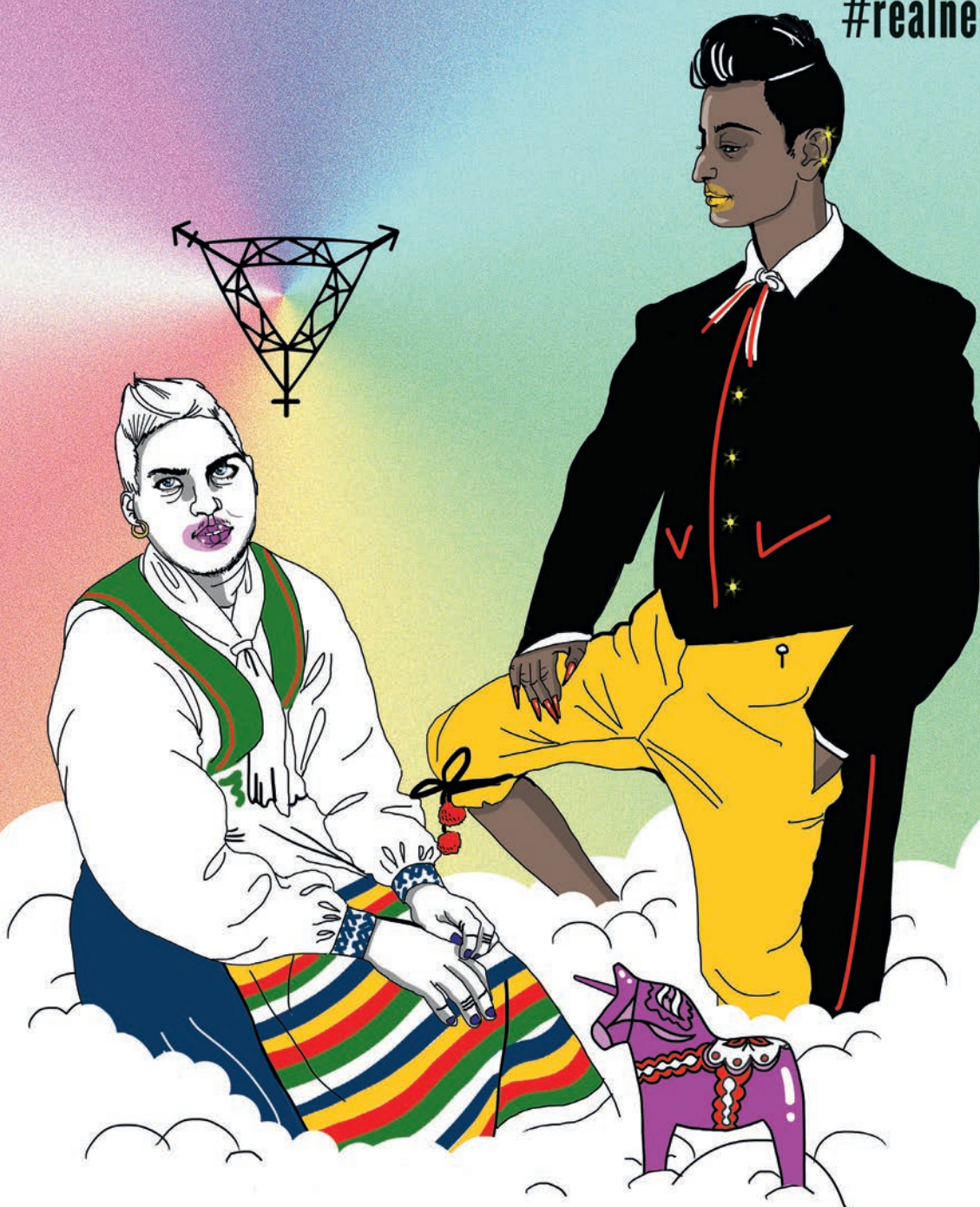


#realness

Illustration: C Käberg



Transpersoner i Sverige

Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor

BETÄNKANDE AV UTREDNINGEN OM
STÄRKT STÄLLNING OCH BÄTTRE
LEVNADSVILLKOR FÖR TRANSPERSONER



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2017:92

Transpersoner i Sverige

Förslag för stärkt ställning
och bättre levnadsvillkor

*Betänkande av Utredningen om
Stärkt ställning och bättre levnadsvillkor för transpersoner*

Stockholm 2017



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2017:92

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslagsillustration: #Realness, C Kåberg (2015). Tillhör Statens museer för världskultur

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2017

ISBN 978-91-38-24711-2

ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Kulturdepartementet

Regeringen beslutade den 1 december 2016 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att göra en bred kartläggning av transpersoners villkor och situation i samhället och föreslå insatser som bidrar till förbättrade levnadsvillkor och ett tryggare livsutrymme för transpersoner (dir. 2016:102).

Som särskild utredare förordnades den 1 december 2016 Ulrika Westerlund. Utredningen har antagit namnet Utredningen om stärkt ställning och bättre levnadsvillkor för transpersoner (Ku 2016:05).

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 23 januari 2017 Karin Stenson och Pia Kjellander, Kulturdepartementet, Filip Nilsson, Utbildningsdepartementet och Caroline Nilsson, Socialdepartementet. Från och med den 25 april 2017 entledigades Filip Nilsson och Karin Stenson från sina uppdrag och Marie Ek, Kulturdepartementet och Åsa Karlsson, Utbildningsdepartementet förordnades från och med samma dag som sakkunniga i utredningen.

Som experter i utredningen förordnades den 23 januari 2017 Tommy Eriksson, Folkhälsomyndigheten, Malte Sundberg, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor och Johanna Jupiter, Socialstyrelsen. Georg Lagerberg, Socialstyrelsen, förordnades som expert i utredningen från och med den 25 april 2017. Johanna Jupiter entledigades från sitt uppdrag från och med den 22 juni 2017. Från och med den 26 juni 2017 förordnades Bassam Michel El-Khoury, Socialstyrelsen som expert i utredningen.

Utredningen har även knutit till sig en referensgrupp bestående av bland annat läkare och jurister.

Som sekreterare förordnades Jonah Akleye den 16 januari 2017 och Annelie Larsson den 1 februari 2017.

Utredningen överlämnar härmed sitt betänkande *Transpersoner i Sverige – Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor* SOU 2017:92. Uppdraget är i och med detta slutfört.

Stockholm i november 2017

Ulrika Westerlund

/Jonah Akleye
Annelie Larsson

Innehåll

Sammanfattning	21
Summary	41
1 Begreppsordlista	61
2 Utredningens uppdrag och arbete.....	67
2.1 Utredningsuppdraget.....	67
2.1.1 Kartläggning av transpersoners levnadsvillkor	67
2.1.2 Kartläggning av den könsbekräftande vården.....	69
2.1.3 Gemensamma utgångspunkter för utredningens båda delar.....	69
2.2 Hur arbetet bedrivits	70
2.2.1 Transpersoners berättelser	70
2.2.2 Den könsbekräftande vården – berättelser från professionen.....	71
2.2.3 Bilateral kontakt, samrådsmöten och hearing.....	72
2.2.4 Referensgrupp och konsulter.....	74
2.2.5 Befintligt material.....	74
2.2.6 Sprida kunskap om transpersoners levnadsvillkor	77
2.3 Betänkandets innehåll.....	77
3 Med utgångspunkt i mänskliga rättigheter.....	81
3.1 Globala mänskliga rättigheter och principer	82
3.1.1 Generella rättigheter och principer	82

3.1.2	Trans- och intersexspecifika rekommendationer.....	92
3.2	Trans- och intersexrättigheter inom Europarådet.....	99
3.2.1	Europakonventionen och domar från Europadomstolen.....	99
3.2.2	Istanbulkonventionen.....	101
3.2.3	Resolutioner från Europarådets parlamentariska församling.....	103
3.2.4	Ministerrådets rekommendation.....	106
3.2.5	Rekommendationer från Europarådets kommissionär för mänskliga rättigheter.....	108
3.3	EU:s lagstiftning och arbete för lika rättigheter för transpersoner och personer med intersexvariation	113
3.3.1	EU:s lagstiftning på asylrättsområdet	115
3.3.2	Brottsofferdirektivet.....	116
4	Utredningens sammanhang.....	117
4.1	Regeringens strategi för det nationella arbetet med mänskliga rättigheter.....	117
4.1.1	En nationell institution för mänskliga rättigheter	118
4.1.2	Ett samordnat och systematiskt arbete med mänskliga rättigheter inom offentlig verksamhet.....	119
4.1.3	Några konventioner och protokoll som ej tillträtts	119
4.1.4	Granskningen av Sverige i FN:s råd för mänskliga rättigheter 2015.....	120
4.2	Staten, kommuner och landstings ansvar i arbetet för transpersoners levnadsvillkor	120
4.2.1	Staten	121
4.2.2	Kommuner och landsting	129
4.3	Internationella exempel på nationellt strategiskt arbete	133
4.3.1	Rekommendationer från Europarådets avdelning för frågor om sexuell läggning och könsidentitet.....	134

4.3.2	Norge	135
4.3.3	Malta.....	136
4.3.4	Storbritannien.....	137
4.3.5	Ytterligare internationella exempel	137
4.4	Arbetet mot diskriminering	138
4.4.1	Diskrimineringslagen	138
4.4.2	Diskrimineringsombudsmannen och Nämnden mot diskriminering.....	139
4.4.3	Föreslagna förändringar	141
4.4.4	Anmälningar till Diskrimineringsombudsmannen	143
4.4.5	Antidiskrimineringsbyråerna.....	144
4.5	Ett transperspektiv på jämställdhetspolitiken.....	145
4.5.1	De jämställdhetspolitiska målen och kritik från ett hbtqi-perspektiv	145
4.5.2	Ett transperspektiv på arbetet med Jämställdhetsintegrering i myndigheter, JIM.....	148
4.5.3	En feministisk jämställdhetspolitik och en ny myndighet	151
4.6	Folkhälsopolitiken	152
4.6.1	Folkhälsopolitikens övergripande mål och målområden	153
4.6.2	Folkhälsopolitikens struktur	155
4.6.3	Kritik och förbättringspotential.....	160
4.6.4	Folkhälsoarbetet en global fråga – Agenda 2030.....	162

DEL I

5	Transpersoners levnadsvillkor	167
5.1	Generella iakttagelser.....	167
5.2	Att leva i enlighet med sin könsidentitet.....	168
5.2.1	Livskvalitet, nöjdhet och framtidstro.....	171
5.2.2	Det juridiska könet.....	172
5.3	Utsatthet för kränkning och diskriminering.....	174
5.3.1	Utsatthet för kränkningar och trakasserier	174

5.3.2	Upplevelser av diskriminering.....	176
5.4	Utsatthet i det offentliga rummet	177
5.4.1	Utsatthet vid besök på könsuppdelade toaletter.....	181
5.5	Utsatthet vid resor	186
5.5.1	Upplevda hinder i samband med resor	186
5.6	Utsatthet för våld	190
5.6.1	Utsatthet för våld och hot om våld.....	190
5.6.2	Utsatthet i nära relationer	194
5.6.3	Hedersvåld och begränsningar	195
5.6.4	Hatbrott.....	195
5.7	Allmänt hälsotillstånd	204
5.7.1	Vänner, familj och partnerrelation.....	205
5.7.2	Fysisk hälsa.....	209
5.7.3	Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR).....	209
5.8	Attityder till transpersoner	219
5.8.1	Hbt-personers upplevelser av förekomsten av negativa yttringar gentemot transpersoner	221
6	Fler perspektiv på transpersoners levnadsvillkor	223
6.1	Livscykelperspektiv	224
6.1.1	Levnadsvillkor för barn och unga som är transpersoner.....	224
6.1.2	Äldre transpersoners levnadsvillkor.....	236
6.1.3	Föräldraskap.....	244
6.2	Transpersoner med särskilda erfarenheter	254
6.2.1	Transpersoner med annan etnisk bakgrund än svensk.....	254
6.2.2	Transpersoner med funktionsnedsättning.....	257
6.2.3	Transpersoner med erfarenhet av sex mot ersättning	259
6.2.4	Transpersoner med erfarenhet av migration	262

7	Transpersoners psykiska hälsa	279
7.1	Psykiskt välbefinnande	279
7.1.1	Minoritetsstressmodellen som möjlig förklaringsmodell	282
7.1.2	Psykosocial livssituation, utsatthet och psykiskt välbefinnande	284
7.2	Befintliga insatser för att stärka den psykiska hälsan	287
7.2.1	Regeringens strategi inom området psykisk hälsa	287
7.2.2	Överenskommelse mellan staten och SKL	288
7.3	Ätstörningar	290
7.4	Självordstankar och självmordsförsök.....	292
7.4.1	Att förebygga självmord och självmordsförsök	295
7.5	Alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT).....	297
7.5.1	Alkohol	297
7.5.2	Narkotika.....	298
7.5.3	Tobak.....	298
7.5.4	Struktur för ANDT-arbetet.....	298
8	Bemötande inom hälso- och sjukvården samt social omsorg	305
8.1	Generella iakttagelser.....	305
8.1.1	Transpersoners upplevelser av bemötande inom hälso- och sjukvården	306
8.1.2	Brister i bemötande påverkar teamen för den könsbekräftande vården	310
8.2	Bemötande på vårdcentraler	311
8.3	Bemötande inom psykiatri	312
8.4	Bemötande inom gynekologi, graviditets- och förlossningsvården samt inom fertilitetsvården.....	314
8.4.1	Gravida män och ickebinära transpersoner.....	316
8.5	Bemötande inom barn- och ungdomspsykiatri.....	318

8.6	Bemötande på ungdomsmottagningar	320
8.7	Bemötande inom elevhälsa.....	323
8.7.1	Elevhälsans uppdrag.....	324
8.8	Bemötande inom äldreomsorgen.....	325
8.9	Bemötande inom socialtjänsten.....	326
8.10	Bemötande inom LSS-verksamheter	328
8.11	Initiativ till ett bättre bemötande	329
8.11.1	Västra götalandregionens pågående arbete	330
8.11.2	RaTe – health care for trans people	331
8.12	Utredningens uppdrag att sprida kunskap.....	331
9	Transpersoners fritid	333
9.1	Generella iakttagelser	333
9.1.1	Många politikområden berör fritiden	334
9.1.2	Kommunernas roll	334
9.2	Om unga transpersoners fritid	335
9.2.1	Mötesplatser för unga hbtq-personer	337
9.3	Transpersoners egenorganisering	341
9.3.1	Behov av verksamhet för anhöriga till transpersoner.....	343
9.3.2	Befintliga föreningar och arrangemang för och av transpersoner	343
9.4	Internets särskilda betydelse.....	347
9.4.1	Transformering.se	348
9.5	Möjligheter till motion och träning.....	349
9.5.1	Idrottens åldersindelning.....	350
9.5.2	Transpersoners upplevelser av barn- och ungdomsidrott.....	351
9.6	Omklädningsrummens bristande tillgänglighet	354
9.6.1	Könsuppdelade omklädningsrum och brist på möjlighet till ombyte.....	354
9.6.2	Simhallar	355

9.7	Att besöka idrottsevenemang.....	358
9.8	Den svenska idrottspolitiken	358
9.8.1	Riksidrottsförbundet.....	361
9.8.2	Granskning av statsbidragen till idrottsrörelsen	365
9.8.3	Kulturutskottets uppföljning av statens idrottspolitiska mål.....	367
9.8.4	Centrum för idrottsforskning	368
9.8.5	Pågående förändringsarbete	369
9.9	Uppdraget att sprida kunskap om transpersoners levnadsvillkor	370
10	Transpersoners situation på arbetsmarknaden	371
10.1	Generella iakttagelser.....	371
10.2	Befintliga studier om transpersoners villkor på den svenska arbetsmarknaden	373
10.3	Internationell utblick.....	374
10.4	Situationen för transpersoner på den svenska arbetsmarknaden	377
10.4.1	Psykosocial arbetsmiljö.....	377
10.4.2	Fysisk arbetsmiljö.....	379
10.4.3	Yrkesverksamma som genomgår könsbekräftande vård och behandling.....	381
10.4.4	Hinder och diskriminering i samband med rekrytering	383
10.5	Myndigheters arbete och lagstiftning på arbetsmarknadsområdet	386
10.5.1	Arbetsförmedlingen	386
10.5.2	Arbetsmiljöverket.....	387
10.5.3	Diskrimineringsombudsmannen	389
10.5.4	Nytt centrum för kunskap och utvärdering om arbetsmiljö	391
10.6	Dialog med arbetsgivarorganisationer	392
10.7	Dialog med fackliga organisationer	393

11	Administrativa problem för personer som ändrat juridiskt kön.....	395
11.1	Generella iakttagelser	396
11.2	Socialstyrelsens kartläggning för administrativa problem för personer som ändrat juridiskt kön	399
11.2.1	Bakgrund.....	399
11.2.2	Uppdraget.....	400
11.3	Personnumret – en nyckel till information om enskilda....	401
11.3.1	Betydelsen av personnumrets näst sista siffra.....	401
11.3.2	Hur personuppgifter hanteras i folkbokföringen	403
11.3.3	Uppgifter från folkbokföringen till myndigheter.....	404
11.3.4	Uppgifter från folkbokföringen till andra aktörer än myndigheter	405
11.3.5	Sekretessmarkering	406
11.3.6	Relationen till närstående i folkbokföringen.....	407
11.4	Administrativ hantering för vissa myndigheter.....	409
11.4.1	Erhållande av nya id-handlingar	409
11.4.2	X som könsmarkör i pass	412
11.4.3	Pension	416
11.4.4	Hälso- och sjukvård.....	416
11.5	Administrativ hantering för vissa övriga aktörer.....	419
11.5.1	Bankväsendet.....	420
11.5.2	Kreditupplysning.....	423
11.5.3	Försäkringsbolagen.....	425
11.6	Orsaker till problem.....	427
11.7	Diskriminering?.....	427
12	Utfärdande av nya betygskodokument vid ändrat juridiskt kön.....	429
12.1	Arbetsintyg	431
12.2	Problemformulering.....	431
12.2.1	Administrativa utmaningar.....	432

12.2.2	Statliga myndigheters hantering	433
12.2.3	<i>Examensbevis i fokus</i> – Sveriges förenade HBTQ-studenters rapport.....	434
12.2.4	Tillämpning och egna rutiner hos skolor och lärosäten	435
12.2.5	Behovet av riktlinjer	436
12.2.6	Datering av nya betygsdokument.....	437
12.2.7	Kopia eller original?.....	438
12.3	Rättsliga förutsättningar för att utfärda nya betygsdokument.....	439
12.3.1	Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna	439
12.3.2	Att utfärda betygsdokument	441
12.3.3	Originalhandling.....	447
12.3.4	Datering	449
12.3.5	Möjligheter att få ett beslut ändrat.....	449
12.3.6	Administrativa problem för personer som bytt juridiskt kön.....	455
12.4	Möjliga lösningar.....	456
12.4.1	Andras förslag på lösningar.....	456
12.4.2	Utredningens tankar om möjliga lösningar	459
13	Transpersoner i statistiken.....	461
13.1	Inkludering av ickebinära i enkäter och undersökningar ...	461
13.1.1	Exempel på hur ickebinära kan inkluderas.....	462
13.2	Transerfarenhet som bakgrundsvariabel.....	465
13.3	Inkludering av ickebinära i könsuppdelad statistik.....	466
13.3.1	Personuppgiftslagen (PUL).....	467
13.3.2	Dataskyddsförordningen	469
13.4	Den officiella statistiken.....	470
13.4.1	Krav på könsuppdelning i den officiella statistiken	471

14	Överväganden och förslag	475
14.1	Transpersoners levnadsvillkor	475
14.1.1	Samordning av arbetet för hbtqi-personers rättigheter	476
14.1.2	Utredning om att införa ett tredje juridiskt kön	488
14.1.3	Kunskap om hbtqi-personers levnadsvillkor i relevanta utbildningar	490
14.1.4	Ökade möjligheter till personlig upprättelse för diskriminerade	492
14.1.5	Utred vilka hinder transpersoner upplever vid resande	494
14.1.6	X som könsmarkör i svenska pass.....	496
14.1.7	Tillgängliga toaletter och omklädningsrum.....	497
14.1.8	Ökad kunskap om transpersoners brottsutsatthet.....	499
14.1.9	Stöd till civila samhällets arbete med brottsofferstöd	500
14.1.10	Stärkt och förbättrat arbete för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter	501
14.1.11	Pågående och kommande lagstiftningsarbete och arbete med uppföljning av Sveriges åtaganden med mänskliga rättigheter	502
14.2	Fler perspektiv på transpersoners levnadsvillkor	505
14.2.1	Barn och unga transpersoners levnadsvillkor	506
14.2.2	Äldre transpersoners levnadsvillkor.....	507
14.2.3	Föräldraskap och familjebildning.....	509
14.2.4	Asylsökande transpersoners situation	511
14.3	Transpersoners psykiska hälsa.....	515
14.3.1	Kunskapshöjande insatser och ett mer riktat arbete.....	515
14.4	Bemötande inom hälso- och sjukvård samt social omsorg.....	519
14.4.1	Ökad kunskap om en tryggare vård.....	520
14.5	Transpersoners fritid.....	522

14.5.1	Tryggare mötesplatser och stärkt egenorganisering.....	522
14.5.2	Idrott och motion.....	524
14.6	Transpersoners situation på arbetsmarknaden.....	527
14.6.1	Kunskapspridande insatser.....	527
14.7	Administrativa problem för personer som ändrat juridiskt kön.....	529
14.7.1	Tillgänglig information.....	529
14.7.2	Hänvisningspersonnummer blir obligatorisk uppgift.....	531
14.7.3	Uppföljning av kartläggning.....	532
14.7.4	Ökad patientsäkerhet.....	533
14.7.5	Ny utredning.....	534
14.8	Utfärdande av nya betygsdokument vid ändrat juridiskt kön.....	536
14.8.1	Nationella riktlinjer ska tas fram.....	537
14.8.2	Ny utredning.....	538
14.9	Transpersoner i statistiken.....	539
14.9.1	Bättre inkludering av transpersoner i enkäter och undersökningar.....	539

DEL II

15	Den könsbekräftande vården.....	545
15.1	Socialstyrelsens kunskapsstöd.....	549
15.1.1	Kunskapsstödens rekommendationer.....	549
15.1.2	Tillämpningen av kunskapsstöden.....	560
15.1.3	Socialstyrelsens utredning från 2010.....	568
15.1.4	Exempel på andra former av styrning av vård.....	574
15.2	Transpersoners upplevelser och erfarenheter av den könsbekräftande vården.....	576
15.2.1	Generella erfarenheter och skillnader mellan transpersoner med olika könsidentitet.....	578
15.2.2	Erfarenheter av olika instanser inom den könsbekräftande vården.....	630
15.2.3	Erfarenheter av de olika teamen.....	632

15.2.4	Ungas erfarenheter och behov	639
15.2.5	Erfarenheter från personer med funktionsnedsättningar.....	651
15.2.6	Könsbekräftande vård för personer utan uppehållstillstånd	666
15.2.7	Erfarenheter av självbehandling	669
15.3	Organisationernas ståndpunkter	683
15.3.1	RFSL och RFSL Ungdom	683
15.3.2	FPES	684
15.3.3	Benjamin/Transsexuella i Sverige.....	684
15.3.4	Föreningen KIM – Kön Identitet Mångfald.....	685
15.3.5	Transförsvaret	685
15.3.6	Transammans.....	685
15.3.7	TGEU	686
15.4	Erfarenheter från utredningsteamerna	686
15.4.1	Teamens och Svensk förening för transsexuell hälsa, SFTH:s, beskrivningar av utmaningar.....	686
15.4.2	Beskrivning av väntetiderna och orsakerna till dessa	703
15.4.3	Insatser för sexuell hälsa och fertilitet.....	715
15.4.4	Utmaningar för eftervården enligt endokrinologer.....	730
15.4.5	Nationella kvalitetsregistret	733
15.5	Socialstyrelsens rättsliga råd	734
15.5.1	Rättsliga rådet och dess uppgifter.....	734
15.5.2	Det tidigare steriliseringskravet i könstillhörighetslagen.....	735
15.5.3	Tillstånd till sterilisering krävs fortfarande i vissa fall.....	736
15.5.4	Antalet ansökningar 1972–2016.....	738
15.5.5	Avslag på ansökningar 2013–2017	739
15.5.6	Riktlinjer och liknande som har inverkan på besluten från Rättsliga rådet.....	750
15.6	Kommande förändringar av vården	759
15.6.1	Revidering av ICD	759
15.6.2	Uppdatering av kunskapsstöden	767
15.6.3	Nytt initiativ för könsbekräftande vård	768

15.6.4	Förändring av könstillhörighetslagen.....	768
15.7	Internationella erfarenheter och goda exempel.....	776
15.7.1	Norge och Danmark	776
15.7.2	Mänskliga rättigheter, könsbekräftande vård och juridiskt erkännande.....	779
15.7.3	Goda exempel från Sverige.....	784
15.8	Levnadsvillkor för personer med intersexvariation	786
15.8.1	Generella iakttagelser	787
15.8.2	Socialstyrelsens kartläggning	788
15.8.3	Kritik från ett juridiskt mänskliga rättigheter- perspektiv.....	790
15.8.4	Mer om andra dokument med ställningstaganden om vård för personer med intersexvariation	792
15.8.5	Resultat från dsd-LIFE	792
15.8.6	Andra studier om CAH, hypospadi och tidiga ingrepp.....	798
15.8.7	Andra erfarenheter från personer med intersexvariation – och från föräldrar till barn med intersexvariation	799
15.8.8	Kommentar från Statens medicinsk-etiska råd....	800
15.8.9	INIS position.....	802
15.8.10	CAH-föreningens position.....	804
15.8.11	Klinefelternätverkets position	806
15.8.12	RFSL och RFSL Ungdoms position	807
15.8.13	Intersex Scandinavias och OII:s position	809
15.8.14	Ställningstagande från det tredje internationella intersexforumet 2013 och uttalande från det fjärde internationella intersexforumet 2017.....	809
15.8.15	Uttalande från det första europeiska intersexcommunityeventet	811
15.8.16	Amnesty Internationals rapport (fokus på Danmark och Tyskland)	812
15.8.17	Transgender Europas ställningstagande.....	814
15.8.18	Förslaget i SOU 2014:91.....	815
15.8.19	Pågående arbete i Norge	817
15.8.20	Ytterligare erfarenheter från andra länder.....	817

16	Överväganden och förslag	819
16.1	Kortare köer och en mer jämlik vård	820
16.1.1	En överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting.....	820
16.2	Ytterligare tankar kring framtida förändringar.....	827
16.2.1	Tillgängligare information och vård.....	827
16.3	Insatser för att förbättra livskvaliteten för personer med intersexvariation	830
16.3.1	Utredning om lagstiftning mot ingrepp och åtgärder för förbättrad vård för alla med intersexvariation.....	830
17	Konsekvensbeskrivningar	833
17.1	Konsekvenser för kommuner och landsting – den kommunala självstyrelsen och finansieringsprincipen	833
17.1.1	Förslag som berör kommuner och landsting	834
17.1.2	Förslag som berör vissa landsting	834
17.2	Konsekvenser för statens finanser.....	835
17.2.1	Den könsbekräftande vården	835
17.2.2	Ökningar i befintliga statsbidrag.....	836
17.3	Konsekvenser för brottsligheten	838
17.4	Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet	839
17.5	Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män.....	839
17.6	Konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.....	840
17.7	Övriga konsekvensbeskrivningar enligt utredningens direktiv (dir. 2016:102)	841
18	Referenser	847

Bilagor

Bilaga 1	Kommittédirektiv 2016:102	891
Bilaga 2	Inbjudan till hearing om transpersoners rättigheter...	907
Bilaga 3	Uppdraget att sprida kunskap om transpersoners levnadsvillkor	909
Bilaga 4	Länder som har infört möjligheten att ha X som könsmarkör i pass	911

Sammanfattning

Utredningen om stärkt ställning och bättre levnadsvillkor för transpersoner redogör i detta betänkande för resultaten av vår kartläggning av transpersoners levnadsvillkor. Vi lämnar också förslag till åtgärder inom flera områden i syfte att stärka transpersoners ställning.

Utredningens utgångspunkter och sammanhang

Utredningen redogör inledningsvis för några av de politikområden som våra förslag berör. Med start i det globala och europeiska arbetet för mänskliga rättigheter går vi sedan vidare till arbetet för mänskliga rättigheter generellt i Sverige, åtgärder för hbtq-personers rättigheter, arbetet mot diskriminering, för jämställdhet och för folkhälsa.

Bland annat beskriver vi utformningen av *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck*, utvärderingen av denna, och några goda exempel på strategier från andra länder. Vi gör också en kortare analys av jämställdhetsarbetet ur ett transperspektiv, och redogör ur ett transperspektiv för några av de senaste satsningarna mot diskriminering och för jämställdhet. Förslagen under nedanstående rubrik har sin bakgrund i såväl båda dessa kapitel som i kapitlet om levnadsvillkor.

Transpersoners levnadsvillkor

Utredningen ska, enligt direktiven, undersöka hur transpersoner påverkas av samhällets cis- och heteronorm samt identifiera de hinder som finns i samhället för transpersoners möjligheter att leva i enlighet med sin könsidentitet. Vid behov ska utredningen även föreslå insatser för att åtgärda eventuella brister.

Utredningens slutsats är bland annat att arbetet för att förbättra transpersoners levnadsvillkor måste stärkas på ett strukturellt plan, med förtydliganden av ansvar och uppdrag till myndigheter.

Utredningens kartläggning om transpersoners levnadsvillkor

Utredningens resultat visar bland annat att en relativt hög andel av transpersonerna inte kan leva i enlighet med sin könsidentitet och att detta försämrar hälsan. Det är vanligare bland transpersoner än bland befolkningen i stort att skatta sin egen hälsa som dålig.

Det finns också en tydlig skillnad inom gruppen transpersoner, där ickebinära i högre utsträckning skattar sin hälsa som dålig, liksom de som uppger att de inte kan leva i enlighet med sin könsidentitet. Unga transpersoner skattar sin livskvalitet som lägre än unga cispersoner. Självordstankar och självmordsförsök är vanligare bland transpersoner än bland befolkningen i stort. Bland unga transpersoner uppger en majoritet att de har haft självmordstankar.

Att inte ha stöd av sin närmaste omgivning tycks leda till sämre hälsa, och resultat från flera undersökningar tyder på att transpersoner som grupp har sämre stöd i sin omgivning än befolkningen i stort.

Det är vanligare att transpersoner utsätts för trakasserier, kränkande behandling och diskriminering än vad det är för befolkningen i allmänhet. Många transpersoner upplever också att de osynliggörs i samhället, till exempel genom språkbruk som könar, de svenska personnumrens konstruktion och att det saknas möjlighet att ha en juridiskt erkänd identitet som något annat än kvinna eller man.

Många transpersoner har erfarenheter av utsatthet och otrygghet på olika arenor, bland annat olika platser i det offentliga rummet, på restauranger, under resor och vid toalettbesök.

Det är vanligare att transpersoner är utsatta för fysiskt våld än vad befolkningen som helhet är. När det gäller våld i nära relationer kan transpersoner utsättas för en specifik form av våld som tar sikte just på könsidentiteten och könsuttrycket. Hatbrott och hedersrelaterade brott drabbar också transpersoner.

Ett konstaterat problem är att statistiken gällande transpersoners utsatthet är bristfällig. Detta kan delvis förklaras av att många utsatta inte anmäler brott till polisen på grund av bristande tillit, eller bristande tilltro till att det kommer att göra någon skillnad.

Yngre transpersoner uppger att de önskar mer information om sexuell hälsa, till exempel vilka effekter hormonbehandlingar kan ha på den sexuella hälsan och sexualiteten. Även vad gäller reproduktiv hälsa och rättigheter finns brister i den tillgängliga kunskapen om till exempel behovet av stöd.

Förekomsten av hiv bland transpersoner i Sverige är inte känd, eftersom statistiken inte omfattar könsidentitet eller könsuttryck som en variabel. Transspecifik information om säkrare sex är något som efterfrågas.

Baserat på ovanstående föreslår utredningen följande insatser:

Bättre samordning av och struktur på arbetet för hbtqi-personers rättigheter

- Regeringen tar fram en handlingsplan för hbtqi-personers lika rättigheter och möjligheter. Fler myndigheter utses till strategiska myndigheter och en av myndigheterna får ett permanent samordnande ansvar.
- Migrationsverket, Polismyndigheten, Statens skolverk, Barnombudsmannen och den nya Jämställdhetsmyndigheten utses till nya strategiska myndigheter i tillägg till de redan existerande fem.
- Jämställdhetsmyndigheten ges ett samordnande ansvar och ett stödande uppdrag.

En utredning om möjligheten till ett tredje juridiskt kön

- Regeringen tillsätter en utredning i syfte att utreda möjligheten till ett tredje juridiskt kön i Sverige samt därmed ett införande av könsneutrala personnummer.

Bättre kunskap om hbtqi-personers levnadsvillkor

- Ändringar i examensbeskrivningarna i högskoleförordningen i relevanta utbildningar genomförs för att säkerställa att kunskap om hbtqi-personers och personer med intersexvariationers levnadsvillkor ingår.

Förbättrade möjligheter att resa

- Jämställdhetsmyndigheten ges i uppdrag att utreda vilka hinder transpersoner upplever i samband med resor.
- Polismyndigheten ges i uppdrag att undersöka möjligheten att införa alternativet X som könsmarkör i svenska passhandlingar.

Tillgängligare toaletter och omklädningsrum

- Regeringen inför ett statsbidrag för stöd till utvecklingsprojekt för transinkluderande miljöer.
- Diskrimineringsombudsmannen ges i uppdrag att, i samarbete med Boverket, ta fram en vägledning för hur transinkluderande omklädningsrum och toaletter kan utformas.
- Alla offentliga aktörer bör skylta enskilda toaletter könsneutralt.

Stärkt stöd till brottsoffer

- Ett uppdrag ges till Polismyndigheten att genomföra en intern kompetenshöjning med hbtqi-perspektiv, med tydligt transperspektiv, gällande hatbrott, hedersrelaterade brott och våld i nära relationer.
- Ett uppdrag ges till Brottsförebyggande rådet att inkludera transpersoner i Nationella trygghetsundersökningen.
- Ett långsiktigt ekonomiskt stöd till civila samhällets stödverksamhet för hbtqi-personer som brottsoffer ska säkerställas.

Stärkt och förbättrat arbete för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

- Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att se över statistiken avseende överföringar av hiv i syfte att utreda om transpersoner bättre kan inkluderas i denna.
- Regeringen tar fram en nationell SRHR-strategi, med ett tydligt hbtqi-perspektiv integrerat.

Fler perspektiv på transpersoners levnadsvillkor

I utredningens direktiv framgår att vi ska anlägga ett intersektionellt perspektiv på uppdraget och bland annat belysa hur andra diskrimineringsgrunder som etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning och ålder samspelar med frågorna om könsidentitet och könsuttryck. Utredningen ska även ha ett livscykelperspektiv och belysa vilka hinder som kan uppkomma under ett liv som transperson, samt redogöra för skillnader mellan transpersoner med olika könsidentitet. I detta avsnitt har vi särskilt belyst situationen för transpersoner i olika delar av livscykeln, samt för bland annat transpersoner med erfarenhet av att rasifieras och av att ha en funktionsnedsättning. Utredningen föreslår följande insatser:

Stärkt trans- och intersexperspektiv i arbetet för barns rättigheter

- Barnombudsmannen ges i uppdrag att prata med barn och unga om frågor som rör könsidentitet och om intersexvariationer, utifrån sin metod Unga Direkt. Detta syftar till att öka kunskapen i samhället om hur barns rättigheter enligt barnkonventionen tillgodoses för unga transpersoner och barn och unga med intersexvariation.
- Skolinspektionen ges i uppdrag att utreda transpersoners situation som elever i grundskola och gymnasium.

Barnombudsmannen har uppgett för utredningen att antalet barn med transerfarenhet som hör av sig har ökat. Barnkonventionen har föreslagits bli svensk lag och enligt utredningen finns det ett behov av

att inkludera ett trans- och intersexperspektiv i arbetet med att säkerställa att konventionens intentioner följs.

Många av de berättelser som kommit in till utredningen från yngre transpersoner handlar om skolan. Att alla har lika rätt till utbildning och att kunna ta del av denna utan att utsättas för trakasserier eller diskriminering, är av central betydelse.

Stärkt hbtqi-perspektiv i arbetet för äldres levnadsvillkor

- Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ta fram ny kunskap om äldre transpersoners levnadsvillkor och särskilda behov, samt att kartlägga vilka insatser som behövs för att öka äldre transpersoners psykiska välbefinnande.
- Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram rekommendationer för hur kommuner kan inkludera ett hbtqi-perspektiv, med ett tydligt transperspektiv, i de planer och styrdokument som rör äldreomsorgen.
- Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram en handbok för hur verksamheter inom äldre vården kan arbeta med frågor som rör könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning och sexualitet.

Kunskapen om äldre transpersoner är begränsad. Det finns mer kunskap om situationen för äldre homo- och bisexuella personer, och mer om unga transpersoner. Bland de äldre svarande i Folkhälsomyndighetens studie var det vanligare än bland de yngre svarande att sakna emotionellt stöd.

Inom äldreomsorgen finns brister i såväl kunskap som åtgärder för att säkerställa att äldre transpersoners behov uppfylls.

Stärkt stöd till hbtqi-familjer

- Socialstyrelsen ges i uppdrag att kartlägga behovet av stödmaterial till familjer där någon eller flera av föräldrarna är transpersoner, samt till familjer med transbarn.
- Regeringen tillsätter en utredning med uppdrag att genomföra en översyn av föräldrabalken i syfte att göra den könsneutral.

Det finns bristande kunskap om transpersoner och föräldraskap. I en undersökning från EU:s byrå för grundläggande rättigheter uppgav 58 procent av de svarande transpersonerna att de var föräldrar.

Transpersoner som är föräldrar har behov av transkompetenta vårdgivare inom till exempel vården för gravida och på barnvårdscentraler.

Att föräldrabalken inte är könsneutral leder till administrativa problem vad gäller registrering av transpersoner som är föräldrar i folkbokföringen. De förslag som lämnats av tidigare utredningar adresserar inte detta problem på ett tillfredsställande sätt enligt utredningen. Utredningen menar därför att det finns ett behov av att se över föräldrabalken. Alternativt bör en utredning tillsättas med ett begränsat uppdrag att föreslå nödvändiga åtgärder ur ett trans- och intersexperspektiv.

Förbättrat arbete för asylsökande hbtqi-personer

- Migrationsverket ges i uppdrag att förbättra möjligheterna att kontinuerligt utvärdera kvaliteten av prövningarna av hbtqi-personers asylansökningar. Utvärderingarna ska ha ett normkritiskt perspektiv så att eventuella stereotypa föreställningar som kan präglade beslut blir belysta.
- Migrationsverket ges i uppdrag att förändra utformningen av LMA-korten så att de inte skapar hinder för transpersoner.
- Migrationsverket ges i uppdrag att i myndighetens register registrera asylsökandes könstillhörighet baserat på självidentifikation.
- Migrationsverket ges i uppdrag att säkerställa trygga boenden för asylsökande hbtqi-personer.

Asylsökande transpersoner som utredningen varit i kontakt med uppger att de saknar trygga boenden. Det skapar problem att LMA-korten som används för att identifiera asylsökande inte återspeglar deras könsidentitet och/eller könsuttryck och att transkompetensen hos Migrationsverkets handläggare varierar.

Juridiska biträden och kuratorer som utredningen varit i kontakt med ger en liknande bild av bland annat beslut som fattas på stereo-

typ och godtycklig basis och om utsatthet på Migrationsverkets boenden.

Migrationsverket har själva utvärderat kvaliteten i beslut vad gäller ansökningar med ”hbtq-skäl” och konstaterat att det finns förbättringspotential.

Transpersoners psykiska hälsa

Enligt direktiven ska utredningen, i samråd med den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09), identifiera hur insatser för att öka den psykiska hälsan och minska stressen bland transpersoner kan inkorporeras i det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa. Utredningen ska även föreslå hur riktade preventiva insatser mot självmord och självmordsförsök bland transpersoner kan inrymmas i Folkhälsomyndighetens uppdrag att samordna det suicidförebyggande arbetet samt föreslå hur det nuvarande alkohol, narkotika- och tobaksförebyggande arbetet kan säkerställa att den förhöjda risk som finns hos gruppen transpersoner beaktas. Dessutom har utredningen ett generellt uppdrag att kartlägga transpersoners levnadsvillkor, vilket vi i detta kapitel har gjort med fokus på psykisk hälsa. Utredningen lämnar följande förslag:

Folkhälsomyndighetens arbete får ett tydligare trans- och intersexperspektiv

- Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att genomföra kunskaps- höjande insatser riktade mot personer med strategiskt ansvar för folkhälsoarbete.
- Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att fokusera på transpersoners utsatthet och särskilda behov i sitt arbete med suicidprevention. Detta ska bland annat ske genom att det nyligen inrättade anslaget på området för stöd till civila samhällets organisationer permanentas och höjs.

- Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att kartlägga förekomsten av ätstörningar bland transpersoner i Sverige samt ta fram förslag på möjliga åtgärder och identifiera utvecklingsbehov.
- Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ta fram ny kunskap samt utveckla ett stödmaterial om hbtq-personer och ANDT-problematik. Stöd till peer-to-peer-insatser och metodutveckling ska tillgängliggöras i syfte att möjliggöra för mindre organisationer som representerar särskilt utsatta grupper att söka bidrag.

En tydligare ANDT-strategi

- Den befintliga ANDT-strategin ska uppdateras på så sätt att det finns tydliga förslag kring hur särskilt utsatta grupper ska nås.

Ett tillägg i överenskommelsen med SKL

- I överenskommelsen för psykisk hälsa mellan staten och SKL skrivs in att kommunerna i sina länsvisa handlingsplaner ska redogöra för hur de planerar att arbeta med att främja den psykiska hälsan och förebygga psykisk ohälsa hos transpersoner.

Undersökningar visar att utsattheten för stress är mycket högre bland transpersoner än hos befolkningen i allmänhet. Mer forskning om situationen för transpersoner i Sverige behövs bland annat vad gäller ätstörningar och vad gäller vilka insatser som får effekt när det gäller att till exempel minska utsattheten för minoritetsstress.

I svenska enkätundersökningar uppger en högre andel av gruppen transpersoner att de funderat på självmord eller har försökt ta sitt eget liv, jämfört med befolkningen i stort.

I överenskommelsen mellan staten och SKL om arbetet för psykisk hälsa ingår bland annat att länsvisa planer för att förbättra den psykiska hälsan ska tas fram. Hbt-gruppen finns nämnd i 9 av de 21 planerna, som en särskilt utsatt grupp.

Inom det suicidpreventiva arbetet finns en nationell handlingsplan, som saknar ett hbtq-perspektiv. Den nationella ANDT-strategin har inte heller något uttalat transperspektiv, eller ett hbtq-perspektiv.

Bemötande inom hälso- och sjukvården samt social omsorg

I utredningens direktiv står att vi, med utgångspunkt i tidigare genomförda studier, ska kartlägga hur bemötandet ser ut för transpersoner inom hälso- och sjukvården. Utredningen lämnar följande förslag:

Kunskapen och säkerheten inom hälso- och sjukvården ska öka

- Socialstyrelsen ges i uppdrag att göra en förstudie om vilka utbildningsinsatser för befintlig vårdpersonal som behövs.
- Socialstyrelsen ges i uppdrag att kartlägga om de journalsystem som används i Sverige för graviditetsrelaterad vård, förlossningsvård och fosterövervakning är anpassade för individer med manligt personnummer.
- Landsting och regioner bör säkerställa att journalsystem som köps in inte har spärrar mot vissa personnummer.
- Socialstyrelsen och Statens skolverk ges i uppdrag att uppdatera *Vägledning för elevhälsan* med kunskap om unga transpersoners levnadsvillkor.

Undersökningar visar bland annat att upp till en fjärdedel av de svarande transpersonerna uppger att de utsatts för diskriminering eller dåligt bemötande inom vården och att detta leder till att de drar sig för att uppsöka vården igen.

Utredningen har också via vår webbplats tagit emot ett stort antal berättelser om problematiskt bemötande inom vården, bland annat från vårdcentraler, psykiatri inklusive BUP, samt ungdomsmottagningar.

Vi har noterat specifika utmaningar för transmän och ickebinära som är gravida, både vad gäller behov av särskilt stöd, och tekniska svårigheter med journalsystem.

Transpersoners fritid

Enligt direktiven ska utredningen föreslå konkreta insatser för att förbättra transpersoners förutsättningar att tryggt kunna delta i olika typer av fritidsaktiviteter, i det civila samhället och i andra sociala sammanhang, samt föreslå åtgärder för att förbättra transpersoners möjligheter att delta i träning och idrott. Utredningen lämnar följande förslag:

Tryggare mötesplatser och stärkt egenorganisering

- MUCF ges i uppdrag att fördela projektstöd till aktörer som möjliggör mötesplatser och verksamheter för transpersoner och personer med intersexvariationer samt möjlighet till organisering för anhöriga till dessa.
- Statsbidraget till hbtq-organisationer bör höjas.
- MUCF ges i uppdrag att kartlägga hur transpersoner upplever sina möjligheter att vara delaktiga i civilsamhället.
- MUCF tilldelas särskilda medel i syfte att uppdatera utbildningsmaterial och stärka transperspektivet i sitt arbete med att stödja den öppna fritidsverksamheten.

Att ha tillgång till mötesplatser riktade till den egna gruppen är något som unga transpersoner uppger är mycket viktigt i en undersökning från Ungdomsstyrelsen, nuvarande MUCF.

Egenorganisering och kontakten med andra transpersoner nämns i flera av de berättelser som kommit in till utredningen som avgörande för välmåendet. Även anhöriga kan ha behov av kontakt med andra anhöriga. Det kan också finnas behov av att organisera sig i grupper med särskilt fokus på transpersoner med vissa erfarenheter, det är därför viktigt att bidrag är möjliga att söka också för mindre organisationer.

Transpersoners möjligheter att idrotta och träna ska stärkas

- Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att identifiera orsaker till transpersoners stillasittande samt föreslå åtgärder för att få transpersoner i rörelse.
- Regeringen bör inleda en dialog med Riksidrottsförbundet om transpersoners situation inom idrotten.
- Regeringen bör utforma anslagen, anslagsposterna och anslagsvillkoren på ett sådant sätt att endast barn- och ungdomsidrott som bedrivs med beaktande av barnrättsperspektivet får bidrag.
- Centrum för idrottsforskning (CIF) ges i uppdrag att utveckla indikatorer så att statens stöd till idrotten kan följas upp ur ett barnrättsperspektiv.

Transpersoner har en mer stillasittande fritid än befolkningen i stort. I en undersökning från EU:s byrå för grundläggande rättigheter, FRA, uppgav en dryg fjärdedel av de svarande transpersonerna att de upplevt diskriminering på träningsanläggningar. Flera undersökningar visar också att transungdomar har negativa erfarenheter av att vara aktiva inom idrotten, har upplevt trakasserier kopplade till transidentiteten och även brist på stöd från tränare när detta inträffat. Mer kunskap behövs för att kunna undanröja hinder.

Den svenska idrottspolitikerna syftar bland annat till att främja folkhälsan och stödja den fria idrottsrörelsen. Det ekonomiska stödet till idrottsrörelsen har fokus på barn och unga, och lägger vikt vid allas möjlighet att delta. Riksidrottsförbundet är svensk idrottsrörelsens paraplyorganisation, som bland annat fördelar bidrag.

Transpersoners situation på arbetsmarknaden

Utredningen har haft i uppdrag att i dialog med arbetsmarknadens parter kartlägga hinder för transpersoners möjligheter att på lika villkor delta i arbetslivet, samt vid behov föreslå konkreta insatser för att förbättra arbetsmiljön och situationen på arbetsmarknaden för transpersoner. Utredningen lämnar följande förslag:

Kunskapen om transpersoners situation på arbetsmarknaden ska öka

- Den nya myndigheten Nationellt Arbetsmiljöcentrum ges i uppdrag att med utgångspunkt i befintliga studier utforma ett kunskapsunderlag för arbetsmiljöfrågor med ett hbtq-perspektiv, med särskilt fokus på transpersoners situation. Materialet ska rikta sig till såväl arbetsgivare som skyddsombud och andra förtroendevalda på arbetsplatser.
- Arbetsmiljöverket ges i uppdrag att omarbета eller komplettera de paragrafer i arbetsmiljöföreskriften Arbetsplatsens utformning som rör regler för omklädningsrum, tvätt- och duschutrymmen samt toaletter i syfte att inkludera ett transperspektiv.
- Diskrimineringsombudsmannen ges i uppdrag att genomföra kunskapsspridande insatser till arbetsgivare med goda exempel och metoder för implementering av aktiva åtgärder ur ett transperspektiv.

Utredningen konstaterar att kunskapen om transpersoner på arbetsmarknaden är begränsad och borde öka. Det finns vissa faktorer som gör att transpersoners situation inom arbetslivet särskiljer sig från cispersoners. Detta handlar bland annat om tillgång till toaletter och omklädningsrum. Det finns också en rädsla för att komma ut på arbetsplatsen och riskera att bli utsatt för diskriminering.

Arbetsgivare uppger för utredningen att de gärna vill göra mer för att motverka diskriminering, men att det saknas kunskap, och att det är svårt att veta hur de ska implementera de nya reglerna om aktiva åtgärder.

Fackförbunden konstaterar att det kommer in få anmälningar men att mörkertalet vad gäller diskriminering antagligen är ganska stort. Dock har utredningen kunnat konstatera att fackförbunden har drivit en del ärenden om diskriminering av transpersoner till förlikning, vilket borde bli mer känt.

Administrativa problem för personer som ändrat juridiskt kön

Utredningen ska identifiera vilka administrativa hinder transpersoner möter i sin vardag. Utredningen ska också föreslå konkreta insatser för hur transpersoners vardag kan underlättas när det gäller handläggning och bemötande i kontakt med myndigheter och andra aktörer. Utredningen lämnar följande förslag:

Obligatorisk uppgift från Skatteverket, förbättrad information och en ny utredning

- Skatteverket och Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram lättillgänglig information om de administrativa konsekvenserna av ändrad juridisk könstillhörighet.
- Skatteverket ges i uppdrag att säkerställa att hänvisningspersonnummer anges som obligatorisk uppgift i informationssystemet Navet.
- Socialstyrelsen ges i uppdrag att följa upp sin kartläggning från 2014 av administrativa problem för personer som ändrat juridiskt kön.
- Regeringen tillsätter en utredning med uppgift att utreda hur det kan säkerställas att en person som byter personnummer inte blir behandlad som en ny person.

Utredningen har fått in ett mycket stort antal berättelser om problem som har uppstått efter ändring av juridiskt kön och därmed personnummer, vid kontakt med såväl privata aktörer som myndigheter.

Problemen beror på att information om enskilda i Sverige oftast är knuten till personnumren och en ändring av den juridiska könstillhörigheten innebär att personen tilldelas nytt personnummer. Relativt många samhällsaktörer har system som inte kan hantera en sådan förändring, det finns inga rutiner för att hantera situationerna och informationen till de som ändrat juridisk könstillhörighet är bristfällig.

Nytt utfärdande av examensbevis, betyg och annan dokumentation vid ändrat juridiskt kön

Utredningen ska enligt direktiven kartlägga vilka eventuella hinder som kan uppkomma när en person som ändrat juridiskt kön behöver använda dokumentation som är utfärdad i enlighet med tidigare personnummer. Vid behov ska utredningen lämna förslag på åtgärder som kan vidtas på kort respektive lång sikt för att komma tillrätta med sådana eventuella hinder samt föreslå hur kontakterna mellan individer och aktörer inom utbildningsväsendet och arbetsmarknaden kan förenklas.

Utredningen har inriktat sig på aktörer inom utbildningsväsendet och transpersoners behov av och möjlighet att få ut dokumentation om genomgången utbildning i nytt personnummer och lämnar följande förslag:

Åtgärder för att förenkla möjligheten att få ut betyg och examensbevis i rätt personnummer

- Statens skolverk, Universitets- och högskolerådet och Myndigheten för yrkeshögskolan får ett gemensamt uppdrag att utreda och ta fram riktlinjer kring hur nya betygsdokument kan tas fram inom respektive utbildningsväsende.
- En utredning bör tillsättas i syfte att säkerställa rätten för personer med ändrat juridiskt kön att få ut betygsdokument och närliggande handlingar i sitt nya personnummer.

Utredningen har fått information om att hanteringen har sett olika ut för olika personer och att olika skolor, universitet och högskolor fattar olika beslut när det gäller att få ut examensbevis eller slutbetyg med nytt personnummer. Till utredningen har framförts att en likvärdig hantering är önskvärd.

Transpersoner i statistiken

Enligt direktiven ska utredningen belysa hur enkäter och undersökningar kan inkludera ickebinära personer och peka på goda exempel på hur detta kan genomföras. Utredningen ska också belysa hur könsuppdelad statistik kan kompletteras genom att inkludera ickebinära personer. Utredningen lämnar följande förslag:

Bättre inkludering av transpersoner i enkäter och undersökningar

- Statistiska centralbyrån (SCB) ges i uppdrag att ta fram ett stödmaterial för hur offentliga aktörer kan inkludera binära och ickebinära transpersoner i enkäter och undersökningar.

Utredningen har tagit del av erfarenheter och exempel från bland andra SCB, RFSL och Göteborgs stad, gällande inkludering av ickebinära i enkätundersökningar. Bland annat betonas vikten av att ha tänkt igenom vilken aspekt av kön det är som ska belysas i undersökningen (juridiskt kön, könsidentitet, könsuttryck) och ställa frågan utifrån detta. För att uppfylla lagkrav om könsuppdelad statistik och samtidigt vara inkluderande måste enkäter ställa frågor både om juridiskt kön och om könsidentitet. För att få korrekta resultat om alla transpersoner krävs också en explicit fråga om transidentitet.

Vid könsuppdelad statistik som baseras på registerdata finns en del utmaningar när det gäller att komplettera denna så att ickebinära personer, men även binära transpersoner, inkluderas. Detta handlar bland annat om risken för identifiering av individer som inte gett sitt samtycke till detta. Även personuppgiftslagens förbud mot insamling av data som räknas som känsliga uppgifter är relevant i sammanhanget. Utredningen påpekar att det kan finnas anledning att ifrågasätta vad som numera kan anses vara känsliga uppgifter.

Utredningen menar att en inkludering av ickebinära personer i registerbaserad könsuppdelad statistik är komplicerat bland annat med anledning av att det inte är möjligt fullt ut. Vi hänvisar därför här till vårt förslag om att utreda möjligheterna att införa ett tredje juridiskt kön.

Den könsbekräftande vården

Enligt direktiven ska utredningen belysa hur personer som genomgår könsbekräftande vård uppfattar utredning, vård och behandling, inklusive eftervård; belysa hur dessa personer uppfattar kontakten med olika instanser; kartlägga väntetider för start av utredning och tiden för utredning, samt föreslå konkreta insatser för att öka välbefinnandet hos personer som väntar på vård; samla goda exempel på korrekt information till personer som behöver genomgå vården och hur dessa kan spridas; undersöka i vilken omfattning könsbekräftande vård och behandling är anpassad till ickebinära personers behov och föreslå eventuella insatser. Utredningen lämnar följande förslag:

En överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting för att korta köerna och göra tillgången till vård mer jämlik

- Regeringen tar initiativ till att en överenskommelse med SKL ingås i syfte att göra den könsbekräftande vården mer jämlik över landet och säkra tillgång till könsbekräftande vård för alla som har behov av den oavsett till exempel ålder och könsidentitet.
- Till överenskommelsen knyts ett belopp för fördelning mellan de olika teamen och specialisläkare inom olika vårdområden. Fördelningen ska ske utifrån längden på köerna och teamens prestationer och justeras vid behov.

Socialstyrelsen gav 2015 ut två kunskapsstöd för den könsbekräftande vården, ett för vården av barn och ungdomar och ett för vården av vuxna. Året därefter gjordes en uppföljning. Socialstyrelsen konstaterade att bristande kunskap och resurser hos remitterande landsting leder till att vården är fortsatt ojämlik mellan landstingen.

Svensk förening för transsexuell hälsa, SFTH, har också uppmärksammat att den könsbekräftande vården är ojämlik i landet, på liknande områden som Socialstyrelsen iakttagit, och menar att detta är ett problem.

Utredningen har också fått in ett ganska stort antal berättelser om svårigheter med att få remiss till den könsbekräftande vården,

samt tagit del av enkätundersökningar som visar på ett relativt utbrett missnöje.

De berättelser utredningen fått in om problem inom vården kan delas in i sex olika huvudområden: de långa väntetiderna och de negativa följderna för den psykiska hälsan; problem med brist på information och delaktighet; oklar nytta med psykologtester och ”real-life-period”; upplevelse av att man förväntas leva upp till stereotypa bilder; känsla av maktlöshet och utsatthet; varierande erfarenheter av bemötande från vårdgivare.

Enligt teamen för den könsbekräftande vården finns utmaningar på flera områden vad gäller möjligheten att bedriva god vård. Bristande resurser och svårigheter att rekrytera tillräckligt med personal med rätt kompetens, bristande kunskap hos beslutsfattare, och därmed svårigheter att få gehör för vikten av verksamheten hör till utmaningar som nämns.

Utredningen har också kartlagt väntetiderna för att få komma till de olika teamen och till de olika behandlingarna som erbjuds efter utredning och diagnos. Väntetiderna varierar kraftigt över landet.

Levnadsvillkor för personer med intersexvariation

Utredningen ska, enligt direktiven, där det är lämpligt, undersöka levnadsvillkoren för personer med intersexvariation. Vi har tagit del av synpunkter från organisationer som representerar personer med intersexvariation, samt av forskning inom ämnet. Utredningen lämnar följande förslag:

Åtgärder för att förbättra vård och rättigheter för personer med intersexvariation

- Regeringen tillsätter en utredning med uppgift att förutsättningslöst utreda frågan om lagstiftning eller andra åtgärder gällande kirurgiska och andra ingrepp på personer med intersexvariation.
- Socialstyrelsen ges ett uppdrag att utreda möjligheten att säkra patientens rätt till information om den egna medicinska historien.
- Socialstyrelsen ges ett uppdrag att, i samarbete med organisationer som företräder berörda personer, ta fram ett kunskapsstöd för

vården av personer med intersexvariation. Arbetet kan inledas med att göra en kartläggning och ska komplettera den tidigare gjorda kartläggningen.

Utredningen har tagit del av resultat från en enkätundersökning, dsdLIFE, där svenska personer med intersexvariation svarade på frågor om sin livskvalitet. De flesta som svarat är nöjda eller ganska nöjda med sina erfarenheter men många menar samtidigt att vården egentligen borde vänta med irreversibla ingrepp. Resultaten får tolkas med försiktighet.

Statens medicinsk-etiska råd menar i en kommentar att kirurgiska ingrepp på spädbarn eller små barn inte ska göras utan medicinsk indikation eller på svag indikation med bristande kunskapsunderlag. Mer kunskap efterfrågas, liksom stöd åt föräldrar och barn.

Bland de organisationer som representerar personer med intersexvariation finns olika uppfattningar i frågan om kirurgiska ingrepp på spädbarn och små barn. Däremot finns konsensus rörande behovet av mer kunskap inom vården och tillgång till specialistvård.

Summary

In this official report, the Inquiry concerning a Stronger Status and Improved Living Conditions for Trans People provides an account of the results of our survey of trans people's living conditions. We also propose measures in several areas with the aim of strengthening the status of trans people.

Context of the inquiry

In these sections, the inquiry describes some of the policy areas that our proposals touch on. Beginning with the work undertaken to promote human rights at the global and European level, we then move on to general human rights efforts in Sweden, action to promote the rights of LGBTIQI people, efforts to combat discrimination and to promote gender equality and public health.

We describe the design of *A Strategy for Equal Rights and Opportunities Regardless of Sexual Orientation, Gender Identity or Gender Expression*, the evaluation of this and some good examples of strategies from other countries. We also conduct a brief analysis of gender equality efforts from a trans perspective and provide an account, from a trans perspective, of some of the latest initiatives to tackle discrimination and promote gender equality. These chapters, as well as the chapter on living conditions, provide the background to the proposals under the following heading.

Trans people's living conditions

According to its terms of reference, the inquiry is to investigate how trans people are affected by society's cis and hetero norms, identify the barriers in society to trans people's opportunities to live according

to their gender identity and, where necessary, propose interventions to remedy any shortcomings.

Among the inquiry's conclusions is that efforts to improve trans people's living conditions must be reinforced at a structural level, with the responsibilities and tasks of public authorities being set out clearly.

The inquiry's survey of trans people's living conditions

The inquiry's results indicate that a relatively high proportion of trans people cannot live in accordance with their gender identity and that this has a detrimental impact on their health. Trans people are more likely than the population as a whole to rate their own health as poor.

There is also a clear difference within the group, trans people, where non-binary people to a greater extent rate their health as poor, as is the case with those who state that they cannot live in accordance with their gender identity. Young trans people rate their quality of life as poorer than young cis people. Suicidal thoughts and attempted suicide are more common among trans people than among the population as a whole. A majority of young trans people state that they have had suicidal thoughts.

Not having the support of those closest to you is thought to lead to poorer health, with the results of several studies suggesting that trans people as a group have less support from those around them than the population as a whole.

It is more common for trans people to experience harassment, degrading treatment and discrimination than the general population. Many trans people also feel they are made invisible in society, for example, through the use of gendered language, the format of Swedish personal identity numbers and because it is not possible to have a legally recognised identity other than as a woman or a man.

Many trans people have experienced vulnerability and insecurity in various public spaces, for example, in restaurants, while travelling, or when accessing public toilets.

Trans people are more likely than the general population to experience physical violence. In close relationships, there is a specific form of violence that affects trans people, specifically focusing on

gender identity and gender expression. Trans people are also affected by hate crimes and honour-related crimes.

One clear challenge is that the crime statistics are incomplete, partly, because many victims do not file police reports due to a lack of trust or confidence that doing so will make a difference.

Younger trans people state that they want more information about sexual health, for example, what impact hormone treatments can have on sexual health and sexuality. Regarding reproductive health and rights, there is also a lack of knowledge available concerning factors such as the need for support.

The incidence of HIV among trans people in Sweden is not known because the statistics do not reveal gender identity or gender expression as a variable. There is a demand for trans-specific information about safe sex.

On the basis of this information, the inquiry proposes the following:

Improving the coordination and structure of work to promote the rights of LGBTQI people

- The Government develops an action plan for the equal rights and opportunities of LGBTQI people. This work should involve additional public authorities being appointed as strategic authorities and one assigned permanent responsibility for coordination.
- The Swedish Migration Agency, the Swedish Police Authority, the National Agency for Education, the Ombudsman for Children in Sweden, and the forthcoming Swedish Gender Equality Agency are appointed as new strategic authorities in addition to the existing five.
- The new Gender Equality Agency is given responsibility for coordination and an supportive mandate.

An inquiry into the feasibility of a third legal gender

- The Government establishes an inquiry to investigate the feasibility of introducing a third legal gender in Sweden, as well as gender-neutral personal identity numbers.

Improved knowledge about LGBTQI people's living conditions

- Changes should be made to the qualification criteria in the Swedish Higher Education Ordinance for relevant study programmes to ensure that these include knowledge of the living conditions of LGBTQ people and people with intersex variations.

Improved opportunities to travel

- The Gender Equality Agency is tasked with investigating difficulties experienced by trans people when travelling.
- The Police Authority is tasked with investigating the possibility to introduce the option X as a gender signifier on Swedish passport documents.

More accessible toilets and changing rooms

- The Government establishes state funding to support development projects for trans-inclusive environments.
- The Swedish Equality Ombudsman, in collaboration with the National Board of Housing, Building and Planning, is tasked with developing guidelines on designing trans-inclusive changing rooms and toilets.
- All public agencies should provide gender-neutral signage on individual toilets.

Stronger support for victims of crime

- The Police Authority is tasked with implementing an internal skills development programme with an LGBTQI perspective and a distinct trans perspective regarding hate crimes, honour-related crimes and violence in close relationships.
- The Swedish National Council for Crime Prevention is tasked with including trans people in the Swedish Crime Survey.

- A long-term grant for support activities provided by civil society to LGBTQI victims of crime is to be secured.

Strengthened and improved efforts to promote sexual and reproductive health

- The Public Health Agency of Sweden is tasked with reviewing the HIV transmission statistics to see how best to include trans people.
- The Government develops a national SRHR strategy that integrates a specific LGBTQI perspective.

More perspectives on the living conditions of trans people

The inquiry's terms of reference state that we must apply an intersectional perspective to the task and explore how other grounds of discrimination such as ethnicity, disability or age intersect with issues pertaining to gender identity and gender expression. The inquiry must also have a life cycle perspective and highlight the barriers that impact the life of a trans person, as well as present the differences among trans people with diverse gender identities. In this section, we have specifically highlighted the situation for trans people at different stages of the life cycle in addition to, among others, the experiences of trans people who are being racialised and trans people with disabilities. The inquiry proposes the following:

Strengthened trans and intersex perspective in efforts to promote children's rights

- The Ombudsman for Children in Sweden is tasked with talking to children and adolescents about issues pertaining to gender identity and to intersex variations, using its Young Speakers method as a basis. The aim of this is to improve society's knowledge of how children's rights according to the Convention on the Rights of the Child are fulfilled for young trans people and children and adolescents with intersex variations.

- The Swedish Schools Inspectorate is tasked with investigating the situation trans people face as pupils in compulsory and upper secondary schools.

The Ombudsman for Children has reported to the inquiry that there has been an increase in the number of children with trans experience contacting the office. It has been proposed that the Convention on the Rights of the Child becomes Swedish law and, according to the inquiry, there is a need to include a trans and intersex perspective in the work to ensure that the intentions of the convention are adhered to.

Many of the submissions received by the inquiry from younger trans people concern school. Of central importance is that everyone has an equal right to education and to be able to exercise this right without being subjected to harassment or discrimination.

Strengthened LGBTQI perspective in efforts to improve the living conditions of older people

- The Public Health Agency is tasked with developing new knowledge about the living conditions and specific needs of older trans people and investigate what initiatives are required to improve the psychological well-being of older trans people.
- The National Board of Health and Welfare is tasked with developing recommendations concerning how municipalities can include an LGBTQI perspective, and a distinct trans perspective, in the plans and governance documents that pertain to elder care.
- The National Board of Health and Welfare is tasked with producing guidelines that set out how organisations within the field of elder care can work with issues related to gender identity, gender expression, sexual orientation, and sexuality.

Knowledge about older trans people is limited. More is known about the situation of older lesbian, gay and bisexual people, and of young trans people. In the Public Health Agency's study, the older respondents were more likely to lack emotional support than their younger counterparts.

Within the field of elder care, there is a lack of knowledge and measures to ensure that the needs of older trans people are met.

Strengthened support to LGBTQI families

- The National Board of Health and Welfare is tasked with investigating support material needs for families where one or more of the parents are trans people and in families with trans children.
- The Government establishes an inquiry tasked with reviewing the Children and Parents Code to make it gender neutral.

There is a lack of knowledge about trans people and parenthood. In a survey by the European Union Agency for Fundamental Rights, 58 per cent of the trans respondents stated that they were parents.

Trans people who are parents are in need of trans-qualified caregivers within, for example, prenatal care and at child health centres.

The lack of gender neutrality in the Children and Parents Code results in administrative problems when registering trans people as parents in the national population register. The proposals put forward by previous inquiries do not, according to the inquiry, address this problem in a satisfactory manner. According to this inquiry, there is a need to review the Children and Parents Code. Alternatively, an inquiry should be established with the limited task of suggesting necessary amendments from a trans and intersex perspective.

Improved work for LGBTQI asylum-seeking people

- The Migration Agency is tasked with improving the possibilities of continually evaluating the quality of the review of LGBTQI people's asylum applications. These evaluations are to have a norm-critical perspective so that any stereotypical assumptions that may shape decisions are highlighted.
- The Migration Agency is tasked with changing the format of the asylum seeker card so that it does not create barriers for trans people.
- The Migration Agency is tasked with registering asylum-seeking people's gender on the basis of self-identification.
- The Migration Agency is tasked with ensuring there is safe accommodation for LGBTQI asylum-seeking people.

Asylum-seeking trans people with whom the inquiry has been in contact state they do not have safe accommodation. It is problematic that the asylum seeker card used to identify them does not reflect their gender identity and/or gender expression and that the Migration Agency's officers' trans expertise varies.

Legal counsel and welfare officers with whom the inquiry has been in contact paint a similar picture that includes decisions based on a stereotypical and arbitrary basis and vulnerability in the Migration Agency's residential facilities.

The Migration Agency has itself evaluated the quality of its decisions pertaining to applications on 'LGBTQ grounds' and concludes that there is room for improvement.

Trans people's mental health

The inquiry's terms of reference state that it is to identify, in consultation with the national coordinator for development and coordination of interventions within the field of mental health (S 2015:09), how interventions that aim to improve mental health and reduce stress among trans people can be incorporated into the work being carried out by public authorities, municipalities, county councils and organisations within the field of mental health. The inquiry is also to propose how targeted interventions to prevent suicide and attempted suicide among trans people can be accommodated in the Public Health Agency's task of coordinating suicide prevention and propose how current alcohol, drug and tobacco prevention can ensure that the increased risk existing among trans people is taken into account. In addition, the inquiry has a general mandate to investigate trans people's living conditions, which has been addressed in this chapter with a focus on mental health. The inquiry proposes the following:

The Public Health Agency's work given a more distinct trans and intersex perspective

- The Public Health Agency is tasked with conducting educational interventions aimed at people with strategic responsibility for public health efforts.

- The Public Health Agency is tasked with focusing on trans people's vulnerability and specific needs as part of its work on suicide prevention. This is to be achieved through means such as increasing, and making permanent, the recently established grant to support civil society organisations in this area.
- The Public Health Agency is tasked with mapping the incidence of eating disorders among trans people in Sweden and drawing up proposals for possible actions and identifying developing needs.
- The Public Health Agency is tasked with developing new knowledge and support materials concerning LGBTQI people and alcohol, narcotics, doping and tobacco (ANDT) problems. Support for peer-to-peer interventions and developing methods should be made available with the aim of facilitating smaller organisations that represent particularly vulnerable groups to apply for grants.

A clearer ANDT strategy

- The existing ANDT strategy should be updated so that it includes clear proposals concerning how particularly vulnerable groups are to be reached.

A supplement to the agreement with SALAR

- It should be included in the agreement for mental health between the Government and the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR) that municipalities are to report in their county-wide action plans how they plan to promote mental health and prevent mental ill health among trans people.

Surveys indicate that trans people are much more susceptible to stress than the general population. More research about the situation for trans people in Sweden is needed regarding, among other matters, eating disorders and interventions that are effective, for example, in reducing susceptibility to minority stress.

In Swedish surveys, a higher proportion of trans people state they have contemplated suicide or have attempted to take their own lives, compared with the general population.

The agreement between the Government and SALAR regarding efforts to promote mental health includes the creation of county-wide plans for improving mental health. The LGBT group is named in 9 of the 21 plans as a particularly vulnerable group.

The suicide prevention programme contains a national action plan, which is lacking an LGBTQI perspective. In addition, the national ANDT strategy lacks any explicit trans perspective or an LGBTQI perspective.

Attitudes within the health and social care sectors

The inquiry's terms of reference state that, on the basis of past studies, how trans people are treated within the health sector is to be explored. The inquiry proposes the following:

Knowledge and privacy within the health sector shall improve

- The National Board of Health and Welfare is tasked with conducting a preliminary study of required training interventions for existing healthcare personnel.
- The National Board of Health and Welfare is tasked with investigating whether the medical record systems used in Sweden for obstetric care and foetal monitoring are adapted to individuals with male personal identity numbers.
- County councils and regions should secure that new medical record systems do not have a block against certain personal identification numbers.
- The National Board of Health and Welfare and the National Agency for Education are tasked with updating *Vägledning för elevhälsan* (Guide to Pupils' Health) with information about the living conditions of young trans people.

Research indicates that up to one in four trans respondents have been subjected to discrimination or been treated badly within the health sector and that this leads to a reluctance to seek further care.

Through its website, the inquiry has also received a large number of submissions concerning problematic treatment within the health sector, for example, at primary care centres, psychiatric services, including child and adolescent psychiatry, and young people's clinics.

We have noted specific challenges for trans men and non-binary people who are pregnant, relating to both the need for specific supports and technical difficulties with the medical records system.

Trans people's leisure time

The inquiry's terms of reference state that it is to propose concrete initiatives that improve trans people's opportunities to safely participate in various recreational activities, in civil society, and in other social contexts, as well as propose measures that improve trans people's opportunities to participate in exercise and sports. The inquiry proposes the following:

Safer meeting spaces and strengthened self-organising

- The Swedish Agency for Youth and Civil Society is tasked with allocating grants to actors that facilitate meeting places and activities for trans people and people with intersex variations, and facilitate relatives of trans people and people with intersex variations to form organisations.
- The Government grant to LGBTQ organisations should be increased.
- The Agency for Youth and Civil Society is tasked with investigating how trans people perceive their opportunities to participate in civil society.
- The Agency for Youth and Civil Society is allocated specific funding to update educational materials and strengthen the trans perspective in its efforts to support open and inclusive recreational activities.

Access to meeting places specifically for their own group is something that young trans people indicated is very important in a survey conducted by the National Board for Youth Affairs, now the Agency for Youth and Civil Society.

Forming organisations and contacts with other trans people is mentioned in several of the submissions received by the inquiry as vital to well-being. Relatives can also be in need of contact with other relatives. There can also be a need to organise groups with a specific focus on trans people with certain experiences, which is why it is important that smaller organisations are also able to apply for grants.

Increased opportunities for trans people to participate in sports and exercise

- The National Board of Health and Welfare is tasked with identifying reasons for the sedentary leisure time of trans people, as well as suggesting initiatives to encourage greater activity.
- The Government should initiate a dialogue with the Swedish Sports Confederation on the situation of trans people in sports.
- The Government should design grants and terms of funding in such a way that only children and youth sports taking account of the child rights perspective receive funding.
- The Swedish Research Council for Sport Science is tasked with developing indicators so that the state's support for sports can be reviewed from a child rights perspective.

Trans people have more sedentary leisure time than the general population. In a survey by the European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), just over one in four trans respondents stated that they had experienced discrimination at sports facilities. Several studies indicate that young trans people also have negative experiences from their involvement in sports, have experienced harassment associated with their trans identity, as well as a lack of support from coaches when this occurred. More knowledge is required to address these barriers.

Swedish sports policy has aims that include promoting public health and supporting the independent sports movement. The finan-

cial support provided to sports is focused on children and young people and emphasises everyone having the opportunity to participate. The Sports Confederation is the umbrella organisation for Swedish sports and its role includes allocating grants.

Trans people's situation in the labour market

The inquiry has been tasked with mapping, in dialogue with the social partners, the barriers to trans people's opportunities to participate in working life on equal terms and, where necessary, with proposing concrete actions to improve the work environment and the labour market situation for trans people. The inquiry proposes the following:

Increase knowledge about trans people's situation in the labour market

- The new agency, National Work Environment Centre, is tasked with, on the basis of existing studies, developing basic information materials concerning work environment issues with an LGBTQ perspective, including a special focus on the situation of trans people. The information should target employers, as well as safety representatives and other elected representatives at the work place.
- The Swedish Work Environment Authority is tasked with amending or adding to the paragraphs in the work environment directive, *Workplace Design* concerning the rules for changing rooms, washing and shower facilities, and toilets, with the purpose of including a trans perspective.
- The Swedish Equality Ombudsman is tasked with disseminating knowledge to employers with good examples and methods for implementing active measures from a trans perspective.

The inquiry concludes that there is limited knowledge about trans people in the labour market, which should increase. There are certain factors entailing to the situation of trans people in working life differs from that of cis people. These include access to toilets and changing

rooms. There is also a fear of coming out in the workplace and risk being subjected to discrimination.

Employers are telling the inquiry that they would like to do more to combat discrimination, but that there is insufficient knowledge, and that it is difficult to know how to implement the new regulations concerning active measures.

The trade unions are realising that while there are few reports of discrimination, there is probably a rather large number of incidents that go unreported. The inquiry has found that the unions have taken a number of settled cases of discrimination against trans people, which should be highlighted.

Administrative challenges facing people who have changed their legal gender

The inquiry is to identify the administrative barriers that trans people experience in their everyday lives. The inquiry is also to propose concrete initiatives that can ease trans people's everyday lives in terms of administration and treatment when engaging with public authorities and other actors. The inquiry proposes the following:

Obligatory data from the Swedish Tax Agency, improved information, and a new inquiry

- The Tax Agency and the National Board of Health and Welfare are tasked with producing accessible information about the administrative consequences of a change in legal gender.
- The Tax Agency is tasked with ensuring that the reference personal identity number should be an obligatory item of data in the information system Navet.
- The National Board of Health and Welfare is tasked with following up its 2014 survey of administrative problems for people who have changed their legal gender.
- The Government establishes an inquiry tasked with investigating how to ensure that a person changing their personal identity number is not treated as a different person.

The inquiry has received a very large number of submissions regarding problems that have arisen when engaging with both private sector actors and public authorities following a change of legal gender and subsequent personal identity number.

These problems are due to the individual's information in Sweden most often being connected to their personal identity number and a change of legal gender means that the person is assigned a new personal identity number. Relatively many organisations that engage with the public have systems that cannot facilitate this change, their procedures are lacking or non-existent and the information provided to those having changed their legal gender is inadequate.

Reissuing degree certificates, grades and other documentation after change of legal gender

The inquiry's terms of reference state that it is to map any barriers that may arise when someone who has changed their legal gender must use documentation in accordance with their previous personal identity number. Where necessary, the inquiry is to propose measures that can be implemented in the short and long term to remove any barriers and propose how contact between individuals and actors within the education system and the labour market can be facilitated.

The inquiry has focused on actors within the education system and trans people's needs and opportunities to obtain documentation for completed courses and study programmes that lists their new personal identity number, and makes the following assessments:

Measures to make it simpler to obtain grades and degree certificates with the correct personal identity number

- The Swedish National Agency for Education, Swedish Council for Higher Education, and the Swedish National Agency for Higher Vocational Education are to jointly investigate and develop guidelines for issuing new diplomas and certificates within their respective educational fields.

- A new inquiry is established to ensure the right to diplomas and related educational documents for people who have received a new personal identity number.

The inquiry has obtained information that the process has been different for different people and that different schools, universities and university colleges make different decisions with respect to obtaining degree certificates or final grades with a new personal identity number. It has been suggested to the inquiry that equivalent processing of such cases is desirable.

Trans people in statistics

According to the inquiry's terms of reference, it is to address how questionnaires and surveys can include non-binary people and present good examples of how this can be implemented. The inquiry is also to review how gender-differentiated statistics can be supplemented by including non-binary people. The inquiry proposes the following:

Better inclusion of trans people in questionnaires and surveys

- Statistics Sweden is tasked with producing support material to assist public sector actors to include binary and non-binary trans people in questionnaires and surveys.

The inquiry has reviewed experiences and examples pertaining to the inclusion of non-binary people in questionnaire surveys from organisations including Statistics Sweden, the Swedish Federation for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer Rights (RFSL) and the City of Gothenburg. These emphasise the importance of considering which aspect of gender is to be highlighted in the survey (legal gender, gender identity, gender expression) and posing the question on the basis of this. In order to comply with the legal requirements concerning gender-differentiated statistics, while still being inclusive, questionnaires must ask questions about both legal gender and gender identity. If accurate results are to be obtained from all trans people, there also needs to be a specific question about trans identity.

Gender-differentiated statistics that are based on registry data present some challenges in terms of supplementing these so that non-binary people, as well as binary trans people, are included. These challenges include the risk of identifying individuals who have not consented to this. The Swedish Personal Data Act's ban on collecting data that is considered sensitive is also relevant in this context. The inquiry points out that there may be grounds to call into question what might now be regarded as sensitive data.

The inquiry argues that including non-binary people in registry-based gender-differentiated statistics is complicated because it is not entirely possible. Consequently, we present here our proposal to investigate the feasibility of introducing a third legal gender.

Gender-confirming care

The inquiry's terms of reference state that it is to explore how people who undergo gender-confirming care perceive the assessment, care and treatment, including aftercare; how these people perceive their contact with various authorities; map how long people have to wait before assessments begin and the duration of assessments, and propose concrete initiatives to increase the well-being of people who are waiting for care; collect good examples of accurate information provided to people who need to undergo this care and how these can be disseminated; investigate the extent to which gender-confirming care and treatment are adapted to the needs of non-binary people and propose any initiatives that may be required. The inquiry proposes the following principal action:

An agreement with the Swedish Association of Local Authorities and Regions to shorten waiting times and make access to care more equal

- The Government initiates an agreement with SALAR with the aim of making gender-confirming care more equal across the country and ensuring that all those who need have access to this care, irrespective of factors such as their age and gender identity.

- A budget attached to this agreement is to be distributed between the various teams and specialist doctors within various fields of care. The length of waiting times and gender teams' performance will determine the distribution of funding which will be adjusted as needed.

In 2015, the National Board of Health and Welfare published two evidence-based guides on gender-confirming care, one for paediatric and adolescent care and one for adult care. A follow-up was conducted the following year. The National Board of Health and Welfare concluded that a lack of knowledge and resources among referring county councils leads to the care provided remaining unequal between different regions.

The Swedish Association for Transsexual Health (SFTH) has also noted that gender-confirming care is unequal across the country in similar areas to those identified by the National Board of Health and Welfare and argues that this is a problem.

The inquiry has also received quite a large number of reports of difficulties obtaining a referral for gender-confirming care and has reviewed questionnaire surveys that indicate there is relatively widespread dissatisfaction.

Reports received by the inquiry concerning problems within the health sector can be divided into six main areas: long waiting times and the negative consequences for mental health; problems with a lack of information and participation; uncertain benefit of psychological tests and the 'real-life experience'; perception of being expected to conform to stereotypes; feelings of powerlessness and vulnerability; varying experiences of the attitude of care providers.

According to the gender teams, there are challenges in several areas in terms of the feasibility of delivering a high standard of care. Lack of resources and difficulties recruiting sufficient staff with the correct expertise, lack of knowledge among decision makers and thus difficulties conveying the importance of these services are among the challenges identified.

The inquiry has also mapped the waiting times for accessing the various teams and the subsequent various treatments offered following assessment and diagnosis. Waiting times vary greatly across the country.

Living conditions of people with intersex variations

The inquiry's terms of reference state that, where appropriate, it is to investigate the living conditions of people with intersex variations. We have explored points of view from organisations that represent people with intersex variations and research in this field. On the basis of this, we propose the following:

Measures to improve care and rights for people with intersex variations

- The Government appoints an inquiry tasked with unconditionally investigating the matter of legislation or other measures pertaining to surgical and other procedures on people with intersex variations.
- The National Board of Health and Welfare is tasked with investigating opportunities to ensure the patient's right to information about their own medical history.
- The National Board of Health and Welfare is tasked with developing, in collaboration with representative organisations, an evidence-based guide for the care of people with intersex variations. This work can be initiated by conducting a survey and is to complement the previous survey.

The inquiry has reviewed the results of a questionnaire survey, dsdLIFE, in which Swedish people with intersex variations answered questions about their quality of life. The majority of respondents are satisfied or quite satisfied with their experiences, but at the same time many argue that the health sector should actually postpone irreversible procedures. The results must be interpreted with care.

The Swedish National Council on Medical Ethics argues in a comment that surgical procedures on infants or young children should not be conducted without a medical indication or when there is a lack of supporting evidence. More knowledge is required, as is more support for parents and children.

There are a variety of perspectives among the organisations that represent people with intersex variations on the issue of performing surgical procedures on infants and young children. However, there

is a consensus regarding the need for more knowledge within the health sector and access to specialist care.

1 Begreppsordlista

AFAB (assigned female at birth) betyder att en person tilldelats det juridiska könet kvinna vid födelsen. Juridiskt kön tilldelas i den absoluta majoriteten av alla fall baserat på utseendet på de yttre könsorganen hos det nyfödda barnet och grundar sig alltså på tanken om kroppsliga egenskaper som könsbestämmande. Alla barn som föds i Sverige tilldelas ett kön för att kunna registreras i folkbokföringen.

AMAB (assigned male at birth) betyder att en person tilldelats det juridiska könet man vid födelsen. Se även ovan.

Binär En binär transperson identifierar sig som ett kön som, inom ramen för ett tvåkönssystem, är motsatt det kön personen tilldelades vid födelsen. En vanlig benämning på binära transpersoner är transsexuell. En person vars könsidentitet är kvinna och som vid födelsen blivit tilldelad det juridiska könet man kan benämnas exempelvis transkvinna eller transsexuell kvinna. En person vars könsidentitet är man och som vid födelsen blivit tilldelad det juridiska könet kvinna kan benämnas exempelvis transman eller transsexuell man. Benämningar som används om personer måste alltid respektera personens egen identitet och de begrepp personen själv föredrar.

Biologiskt kön Begrepp som vanligen syftar till de kroppsliga egenskaper som legat till grund för att en person tilldelats ett visst juridiskt kön vid födelsen. De kroppsliga egenskaper som allmänt anses vara könsbestämmande är könskromosomer ("kromosomalt kön"), inre könsorgan/könskörtlar ("gonadalt kön"), yttre könsorgan ("genitalt kön") och hormonnivåer ("endokrint/hormonellt kön"). En indelning i två så kallat biologiska kön bygger på en uppfattning om normalvariationer inom dessa fyra aspekter och kombinationerna av dessa, där vissa variationer anses falla utanför det normala

och därför diagnostiseras som avvikelser (intersexvariationer). Indelningen i två ”biologiska kön” är en medicinsk konstruktion som antyder en betydligt mer begränsad variation än vad som i praktiken förekommer bland människokroppar.

Cisnormativitet Antagandet att alla människor identifierar sig som det kön de blivit tilldelade vid födelsen och lever enligt de sociala normerna för det könet. Cis är latin för ”på samma sida”. Se vidare begreppet Cisperson.

Cisperson En person som identifierar sig med det kön hen blivit tilldelad vid födelsen. Cis är latin för ”på samma sida”. En cisman är en person som identifierar sig som man och som tilldelats könet man vid födelsen. Vanligen uttrycker personen också sin könsidentitet på sätt som i den tid och det samhälle där personen befinner sig allmänt kodas som ”manliga”. En ciskvinna är en person som identifierar sig som kvinna och som tilldelats könet kvinna vid födelsen. Vanligen uttrycker personen också sin könsidentitet på sätt som i den tid och det samhälle där personen befinner sig allmänt kodas som ”kvinnliga”. Se vidare begreppet Biologiskt kön.

Hbtq Hbtq är ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter. I det här betänkandet förekommer begreppet i olika variationer. Det har bland annat att göra med hur det är formulerat i källtexten. I vissa källor nämns endast hbt och i internationella sammanhang är personer med intersexvariation ofta representerade med ett i.

Heteronormativitet Antagandet att det bara finns två kön, flicka/kvinna respektive pojke/man och att dessa är varandras motsatser eller komplement. Män och kvinnor förväntas vara heterosexuella och bete sig enligt normer för det kön de blivit tilldelade vid födelsen. Se vidare begreppen Biologiskt kön, Cisperson och Cisnormativitet.

Ickebinär Personer som tidvis eller alltid identifierar sig som både man och kvinna, inget av det, mellan eller bortom könsindelningen man och kvinna. Ickebinär används som ett paraplybegrepp för olika

ickebinära könsidentiteter. Begreppet ickebinär kan också vara ett sätt att benämna sin egen identitet.

Intersexvariation Benämning som används för tillstånd där kroppen inte enkelt går att könsbestämma utifrån föreställningen om två biologiska kön. Det finns ett stort antal intersexvariationer. Gemensamt för detta är att någon eller några kroppsliga egenskaper skiljer sig från det som anses som "normalvariationer" i sådan omfattning att det kan bli föremål för diagnos. De egenskaper det här rör sig om är könskromosomer, inre könsorgan/könskörtlar, yttre könsorgan och hormonnivåer. De variationer som diagnostiseras är både sinsemellan och inom respektive kategori olika och har olika orsaker. De yttrar sig på olika sätt och påverkar individen i olika stor omfattning. Intersexvariationer kan upptäckas under barndomen, i puberteten eller i vuxen ålder.

Uppskattningar av hur vanligt det är med intersexvariationer varierar beroende på vilka tillstånd som inkluderas. En uppskattning är att 0,5–1,5 procent av alla nyfödda barn har något slags intersexvariation.

Juridiskt kön eller juridisk könstillhörighet Det kön som registreras för en person i folkbokföringen. Juridiskt kön tilldelas i den absoluta majoriteten av alla fall baserat på utseendet på de yttre könsorganen hos det nyfödda barnet. Juridiskt kön registreras i folkbokföringen i Sverige bland annat genom personnumret där det juridiska könet framgår av en siffra i detta nummer. Bedömningen av kroppens "kön" och det åtföljande tilldelandet av juridiskt kön kan också sammantaget benämnas som (vid födelsen) tilldelat eller tillskrivet kön.

Kön Begreppet kön används i de flesta sammanhang för att särskilja människor genom att dela in dem i grupperna kvinnor och män. Kön är dock mycket mer komplext än så. Kön kan brytas ned i fyra olika delar: Kropp/"biologiskt kön", juridiskt kön, könsidentitet och könsuttryck. Se vidare dessa begrepp.

Könsidentitet En persons självupplevda kön, det vill säga det kön man identifierar sig med. Könsidentitet kallas ibland också psykologiskt eller mentalt kön. Socialstyrelsen definierar könsidentitet som

”en persons självidentifierade kön, den inre upplevelsen av att vara man/pojke, kvinna/flicka eller att tillhöra inget eller något annat kön”. Även den inre upplevelsen av att inte ha något kön alls räknas här alltså som en könsidentitet, vilket tyder på att begreppet könsidentitet är allt för snävt för alla de sätt att identifiera sig som det är tänkt att omfatta.

Könskongruens och könsinkongruens En person vars tilldelade kön överensstämmer med könsidentiteten är könskongruent. Ibland räknas också könsuttryck in i könskongruensen. Socialstyrelsen definierar cisperson som ”en person vars könsidentitet, könsuttryck och födelsekön /vid födelsen tilldelade kön, utredningens anmärkning/ är och alltid har varit kongruenta”. En person vars tilldelade kön inte överensstämmer med könsidentiteten är könsinkongruent. Att det finns en ickeöverensstämmelse mellan en persons tilldelade kön och personens självvalda könsuttryck kan också betecknas som en inkongruens. Ett vanligt sätt att benämna personer med könsinkongruens är transpersoner.

Könsuttryck Med könsuttryck, eller socialt kön, avses attribut som allmänt uppfattas som ”manliga” eller ”kvinnliga”. Sådana attribut kan vara till exempel kläder, kroppsspråk och hår. Dessa kan variera beroende på vilken tid och vilket samhälle en person befinner sig i. Socialt kön kan också vara hur en person uppfattas utifrån kroppsliga egenskaper som allmänt förknippas med kön, så som röst och kroppsform. Transpersonsbegreppet innefattar även personer som, i olika sammanhang eller olika omfattning, använder sig av könsuttryck som i ett tvåkönssystem anses vara motsatta dem som personen förväntas använda. Ett sådant sätt att vara transperson på är att vara transvestit. Transvestiter kan, med en definition av könskongruens som enbart omfattar tilldelat kön och könsidentitet, räknas som cispersoner då deras tilldelade kön överensstämmer med könsidentiteten. Ibland räknas också personer som gör drag (att överdriva könsuttryck som en del av exempelvis performance eller aktivism) till gruppen transpersoner. Se vidare begreppet Transperson.

Könsöverskridande identitet och uttryck En av diskrimineringsgrunderna som avser transpersoner i lagen mot diskriminering och kränkande behandling. Diskrimineringsombudsmannen beskriver

könsidentitet och könsuttryck på följande sätt: ”/.../ att någon inte definierar sig som kvinna eller man eller genom sin klädsel (eller på annat) sätt ger uttryck för att tillhöra ett annat kön än det som registrerats för hen vid födelsen. Begreppen omfattar dels en persons mentala eller självupplevda könsbild, dels hur någon uttrycker det som kan kallas personens sociala kön, till exempel genom kläder, kroppsspråk, smink eller frisyr.”

Könskaraktäristika Kan delas upp i primära och sekundära könskaraktäristika, där de primära är yttre könsorganens utseende och de sekundära är andra aspekter av kroppen som allmänt anses som ”könade”, som kroppsform och röst. Se begreppet Biologiskt kön och begreppet Könsuttryck.

Könsdysfori Psykiskt lidande eller en försämrad förmåga att fungera i vardagen som orsakas av att könsidentiteten inte stämmer överens med det kön personen blivit tilldelad. Könsdysfori är individuell. Den kan omfatta olika kroppsdelar och variera i intensitet och omfattning över tid eller mellan olika sammanhang. Lidandet kan ha såväl psykiska som sociala aspekter. Könsdysfori kan bli föremål för olika diagnoser, beroende på vilken av de internationella sjukdomsklassifikationerna (ICD eller DSM) som används. En del utgår primärt från individens lidande eller upplevda hinder, andra tar sin utgångspunkt i identifikationen med ett visst kön.

Könsbekräftande vård och behandling Samlingsbegrepp för olika sätt att ändra på kroppen så att den stämmer mer överens med könsidentiteten. I direktivet används även ordet könskorrigering, men utredningen har valt att inte använda detta begrepp annat än i citat.

Transpersoner och personer med transerfarenhet eller transbakgrund Paraplybegrepp för en mängd olika individer med erfarenheter av att det juridiska kön de tilldelats vid födelsen inte stämmer överens med könsidentiteten och/eller könsuttrycket. Transpersoner används som ett paraplybegrepp för personer med identiteter och uttryck som på olika sätt bryter mot samhällets normer för kön/könsidentitet. Begreppet transperson kan också vara ett sätt att benämna sin egen identitet.

Det finns inga svenska befolkningsstudier som har transidentitet eller transerfarenhet eller transbakgrund som en variabel. Därför är det väldigt svårt att uppskatta antal personer som på något sätt identifierar sig som transpersoner eller personer med transerfarenhet eller transbakgrund. Antalet personer som söker vård för könsdysfori, antalet som får en könsdysforidiagnos och antalet som ansöker om fastställandet av ändrat juridiskt kön har ökat i Sverige och på andra håll i världen de senaste åren, men det går inte att med ledning av dessa siffror dra några slutsatser om hur många som är transpersoner eller transerfarenhet eller transbakgrund. Man vet inte vad ökningen beror på, men möjliga förklaringar är att samhället blir mer tillåtande eller öppet, att frågor som rör könsidentitet och könsuttryck uppmärksammas i samhället, ökad tillgång till könsbekräftande vård, ökad tillgång till information och minskad stigmatisering.

Transsexuell En person vars könsidentitet är kvinna och som vid födelsen blivit tilldelad könet man benämns exempelvis transkvinna eller transsexuell kvinna. En person vars könsidentitet är man och som vid födelsen blivit tilldelad könet kvinna benämns exempelvis transman eller transsexuell man. Se vidare begreppet Binär.

2 Utredningens uppdrag och arbete

2.1 Utredningsuppdraget

Regeringen beslutade 1 december 2016 att tillsätta en särskild utredare med syfte att stärka efterlevnaden av transpersoners rättigheter och förbättra levnadsvillkoren för transpersoner. Chefen för Kulturdepartementet, statsrådet Alice Bah Kuhnke, utsåg samma dag Ulrika Westerlund att vara särskild utredare. Uppdraget skulle redovisas den 31 oktober 2017.

Utredningens uppdrag har enligt direktiven (dir. 2016:102) varit att utifrån befintlig kunskap göra en bred kartläggning av transpersoners villkor och situation i samhället och föreslå konkreta insatser som bidrar till förbättrade levnadsvillkor och ett tryggare livsutrymme för transpersoner. Utredaren skulle även belysa hur personer som genomgår könskorrigering uppfattar utredning, vård och behandling. Direktiven återfinns i sin helhet i bilaga 1.

2.1.1 Kartläggning av transpersoners levnadsvillkor

I uppdraget att föreslå konkreta insatser för att förbättra levnadsvillkoren för transpersoner har ett flertal områden lyfts fram i direktiven. Det första handlar om transpersoners möjlighet att leva i enlighet med sin könsidentitet eller önskat könsuttryck. Utredningen har uppdragits att:

- undersöka hur transpersoner påverkas av samhällets cis- och heteronorm, och
- identifiera de hinder som finns i samhället för transpersoners möjligheter att leva i enlighet med sin könsidentitet, och vid behov föreslå insatser för att åtgärda eventuella brister.

Utredningen skulle även svara på hur transpersoner i Sverige kan få en bättre psykisk hälsa och belysa hur arbetslivet ser ut för transpersoner i Sverige, samt föreslå konkreta insatser för att förbättra transpersoners arbetsmiljö och situation på arbetsmarknaden. Ytterligare ett syfte var att ta reda på hur transpersoner bemöts inom hälso- och sjukvården. Vidare skulle utredningen ta reda på hur en tryggare fritid för transpersoner kan säkerställas och föreslå insatser för att förbättra transpersoners förutsättningar att tryggt kunna delta i olika typer av fritidsaktiviteter och i det civila samhället. I uppdraget har också ingått att föreslå åtgärder för att förbättra transpersoners möjligheter att delta i träning och idrott. I utredningens uppdrag ingick också att belysa hur enkätundersökningar kan inkludera ickebinära personer samt hur könsuppdelad statistik kan kompletteras genom att inkludera ickebinära personer.

Utredningen skulle dessutom synliggöra hur transpersoner bemöts i sin kontakt med myndigheter, genom att identifiera vilka administrativa hinder personer som ändrat juridiskt kön möter i sin vardag, föreslå insatser för att avhjälpa dessa hinder och vid behov föreslå nödvändiga författningsändringar. Utredningen uppdrogs även att svara på hur personer som ändrat juridiskt kön lättare kan få ut nya betyg och examensbevis från lärosäten och arbetsgivare. Utredningen kunde även på detta område föreslå nödvändiga författningsändringar.

I delar har uppdraget varit utåtriktat och det har ingått att medverka till att sprida kunskap om transpersoners levnadsvillkor till personer som i sin yrkesroll eller roll inom det civila samhället möter transpersoner, men även till allmänheten.

2.1.2 Kartläggning av den könsbekräftande vården

När det gäller uppdraget att belysa hur personer som genomgår könsbekräftande vård uppfattar utredning, vård och behandling skulle utredningen fokusera på hur eventuella brister i dagens utredningsförfarande kan åtgärdas. I uppdraget har ingått belysa hur personer som genomgår könsbekräftande vård uppfattar dagens utredningsförfarande, vård och behandling samt kontakten med olika instanser. Utredningen skulle även kartlägga väntetider, samla goda exempel på inkluderande och korrekt information samt undersöka i vilken omfattning könsbekräftande vård är anpassad till ickebinära personers behov och föreslå insatser. I arbetet med frågorna som berör den könsbekräftande vården skulle utredningen anlägga ett geografiskt perspektiv.

2.1.3 Gemensamma utgångspunkter för utredningens båda delar

I direktiven beskrivs också några utgångspunkter för utredningen och dess arbete. Där står det att utredningen bör tillämpa ett intersektionellt perspektiv och belysa hur övriga diskrimineringsgrunder samspelar med frågor kring könsidentitet och könsuttryck. Utredningen ska synliggöra eventuella skillnader i levnadsvillkoren mellan transkvinnor och transmän.

I direktiven konstateras också att det saknas studier om levnadsvillkor för personer med intersexvariation och att utredningen därför, där det är lämpligt, ska undersöka levnadsvillkoren för dessa.

Det har ingått i vårt uppdrag att beakta andra pågående processer som är relevanta för uppdraget, till exempel lagstiftningsarbete inom Regeringskansliet. Det har även ingått i uppdraget att ha ett utåtriktat arbetssätt genom att delta i den allmänna debatten och medverka i olika former av utbildningstillfällen för att bidra till diskussion i frågor relaterade till uppdraget.

Det har ingått i vårt uppdrag att samråda med statliga myndigheter, kommuner, landsting/regioner och civilsamhällesorganisationer. Det har också ingått i vårt uppdrag att inhämta kunskap och erfarenheter från vårdpersonal vid de utredningsteam som arbetar med könsbekräftande vård och behandling, från Socialstyrelsens rättsliga

råd och från organisationer som arbetar med transpersoners rättigheter.

Utöver att redovisa konsekvenser i enlighet med kommittéförelördningen, skulle utredningen enligt direktiven även beakta ett barnrättsperspektiv och ett ungdomsperspektiv samt redovisa hur förslagen som lämnas förhåller sig till europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och Sveriges övriga åtaganden om mänskliga rättigheter.

2.2 Hur arbetet bedrivits

Utredningen har strävat efter att ha ett utåtriktat arbetssätt där det funnits flera olika sorters möjligheter för berörda personer att komma i kontakt med oss och ge sin bild av situationen för transpersoner i Sverige.

2.2.1 Transpersoners berättelser

Som framgår i detta betänkande är det vanligt förekommande att transpersoner saknar tilltro till det offentliga. En viktig del av vårt arbete har varit att påbörja en process av att skapa det förtroendet. En utgångspunkt i arbetet har därför varit att transpersoner själva ska vara delaktiga och komma till tals i utredningen. För att åstadkomma detta har vi huvudsakligen använt två arbetssätt. Det ena är att skapa en webbplats för utredningen. Det andra att bjuda in transcommunityt till ett antal communityforum.

Utredningens webbplats

Vi har haft en egen webbplats, *transpersonerslevnadsvillkor.se*, där transpersoner och personer med intersexvariation kunnat lämna berättelser anonymt. Möjligheten att lämna berättelser på detta sätt fanns mellan den 4 maj och den 20 augusti 2017. I en text på webbplatsen bad vi berörda personer berätta för oss om sina upplevelser, att det gick bra att berätta om både negativa och positiva erfarenheter och att de själva fick välja vad de ville fokusera sin berättelse kring. Några områden, där utredningen identifierat kunskapsluckor

lyftes dock särskilt, till exempel upplevelser från arbetsliv och föreningsliv samt vilka problem personer haft när de varit i kontakt med myndigheter. Totalt 122 berättelser har inkommit till utredningen genom denna kanal.

De som lämnat berättelser är huvudsakligen personer som själva identifierar sig som transpersoner, men det finns även ett mindre antal berättelser från anhöriga till transpersoner. Vissa berättelser består av enstaka anekdoter, medan andra berättar om hela eller delar av livsförlopp. Materialet har begränsningar i form av att det inte alltid framgår när i tid en händelse som beskrivs har inträffat. Det är också olika hur mycket information personer valt att lämna om sig själva. Medan vissa har angett både vilken typ av transidentitet de har, hur gamla de är och kanske vilken stad de bor i eller vilket utredningsteam de sökt vård hos så finns det andra som helt utelämnat sådan information.

Communityforum och deltagande vid arrangemang för hbtq-personer

Vi har anordnat fem forum för transcommunityt under olika evenemang på olika platser i landet: Trans Fest Stockholm, Båstadträffen, LundaPride, West Pride i Göteborg och Luleå Pride. Utöver detta har vi deltagit och presenterat vårt arbete på exempelvis Transammandagen i Västerås, FPES årsmöte i Uppsala, RFSL:s förtroenderåd i Södertälje, RFSL Ungdoms kongress i Örebro, Stockholm Pride, Linköpings regnbågsvecka och en träff för medlemmar i RFSL Stockholms transanhöriggrupp. Samtliga arrangemang där utredningen närvarat finns redovisade i bilaga 3.

2.2.2 Den könsbekräftande vården – berättelser från professionen

I syfte att få detaljerad information om vad företrädare för den könsbekräftande vården har identifierat för utmaningar inom sitt område har vi skickat ut en enkät till teamen för den könsbekräftande vården. Vi har även genomfört djupintervjuer med fem endokrinologer med fokus på livscykelperspektiv och behov av eftervård. Vi

har också deltagit vid en konferens som European Professional Association for Transgender Health (EPATH) anordnad i Belgrad.

2.2.3 Bilateral kontakt, samrådsmöten och hearing

Under arbetets gång har vi haft ett stort antal bilaterala kontakter och samrådsmöten. Från civila samhället har vi träffat representanter för RFSL, RFSL Ungdom, FPES, Intersex Scandinavia, INIS, Transförsvaret, RFSL Newcomers, Blattettrans, Funkisprojektet (RFSL), Sveriges förenade hbtq-studenter, CAH-föreningen, Malmö mot diskriminering, Nätverket Transhälsa, Klinefelternätverket. Utredningen har även träffat Riksidrottsförbundet.

Statliga myndigheter som vi haft samrådsmöten eller avstämningar med inkluderar: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF), Diskrimineringsombudsmannen (DO), Socialstyrelsen (samt Socialstyrelsens rättsliga råd), Arbetsförmedlingen, Folkhälsomyndigheten, Universitetskanslerämbetet (UKÄ), Skatteverket, Barnombudsmannen (BO), Statistiska centralbyrån (SCB), Boverket, Transportstyrelsen, Statens Kulturråd, Polisen, Migrationsverket, Arbetsmiljöverket, Statens Skolverk, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Kommissionen för jämlik hälsa, Nationella samordnaren för psykisk hälsa och Utredningen för inrättande av en jämställdhetsmyndighet. Vi har även varit i kontakt med Nationella sekretariatet för genusforskning och Centrum för idrottsforskning.

Vi har träffat Sveriges kommuner och landsting (SKL), och även representanter för enskilda kommuner och landsting/regioner till exempel Stockholms Stad, Göteborgs Stad och Kunskapscentrum för sexuell hälsa Västra Götalandsregionen. Utredningen har även genomfört ett studiebesök på anläggningen Högevall i Lund.

Utredningen har träffat Akademikerförbundet SSR, Unionen, Vision, Landsorganisationen i Sverige (LO) och Tjänstemännens Centralorganisation (TCO) liksom representanter för den könsbeaktande vården i Sverige; Svensk förening för transsexuell hälsa (SFTH), Louise Frisén, överläkare på BUP konsultenhet vid Astrid Lindgrens barnsjukhus, samt Västra Götalandsregionen, via Lundströmmottagningen i Alingsås, i syfte att ta del av deras arbete

med ett kvalitetsregister. Vi har även träffat Svenska bankför-
eningen.

Vi har varit i kontakt med ett flertal forskare. Utöver de som in-
gått i utredningens referensgrupp så är det Signe Bremer vid Uppsala
universitet, Johan Norberg vid Malmö högskola, Erik Mägi vid
Göteborgs universitet, Tove Lundberg vid Lunds universitet, Anna
Nordenström på Karolinska Institutet och Jeff Hearn som leder
forskningsprojektet Trans Rights. Utredningen har också träffat
Arbetsgruppen för Forskning inom TransOmrådet (AFTO) via
Transföreningen FPES.

Utredningen har även varit i kontakt med internationella aktörer
så som ILGA World, Transgender Europe, enheten för frågor om
sexuell läggning och könsidentitet (sogi-unit) vid Europarådet,
Amnesty Danmark, samt med anställda vid regeringskansliet på Malta
och i Norge.

Hearing

Den 30 augusti 2017 anordnade utredningen en hearing med repre-
sentanter huvudsakligen från civilsamhällesorganisationer, statliga
myndigheter, kommuner och landsting/regioner i syfte att diskutera
utredningens förslag. Av de 61 inbjudna (som redovisas i bilaga 2)
närvarade följande 37 aktörer: RFSU, RFSL, RFSL Ungdom, FPES,
Transförsvaret, Transammans, Hbt-Liberalerna, Feministiskt Initiativ,
Öppna kristdemokrater, Öppna moderater, psykoterapeut Anneli
Svensson, Diskrimineringsbyrån Uppsala, Malmö mot diskriminering,
DO, Försäkringskassan, BO, Polisen, Brottsofferjouren, Svensk för-
ening för transexuell hälsa, Universitets- och högskolerådet (UHR),
UKÄ, Akademikerförbundet SSR, TCO, LO, Arbetsförmedling-
en, Arbetsmiljöverket, Göteborgs Stad, Jönköpings kommun,
Norrköpings kommun, Malmö stad, Uppsala kommun, Luleå kom-
mun, Västerås stad, Växjö kommun, Örebro kommun, Landstinget
i Västernorrland, och Närhälsan kunskapscentrum för sexuell hälsa
i Västra Götalandsregionen.

2.2.4 Referensgrupp och konsulter

Utöver den expertgrupp som förordnats av Regeringskansliet har utredningen knutit till sig en referensgrupp bestående av Cecilia Dhejne (överläkare, samt patientflödesansvarig för transmedicin vid ANOVA, Karolinska universitetssjukhuset), Reb Kerstinsdotter (jurist samt förvaltningsrättsfiskal), Axel Repka (läkare samt initiativtagare till Nätverket Transhälsa), Kerstin Burman (jurist), Micah Grzywnowicz (internationellt sakkunnig, RFSL), Jameson Garland (postdoktor vid juridiska institutionen, Uppsala Universitet), Erika Alm (lektor i genusvetenskap, Göteborgs universitet), Lina Axelsson Kihlbom (jurist samt grundskolechef), Nils-Olof Zethrin (expert för området fritid och idrott, SKL), Lina Fjelkegård (processutvecklare, SCB) och Mathilda Piehl (författare till rapporten Hbtq och idrott, RFSL).

Utredningen har även tagit hjälp av konsulter som författat delar av betänkandet: Vierge Hård (RFSL Ungdom), Christian Antoni Möllerop, Linnea Ornstein, Marie Nordström, Josefin Nauri, Chris Schenlaer och Pom Sandhagen. Utredningen har även haft Sara Sjölander som praktikant under våren 2017.

2.2.5 Befintligt material

Utredningen har begärt ut handlingar med för oss relevant material från Justitiekanslern, Diskrimineringsombudsmannen och Socialstyrelsens rättsliga råd. Vi har även i stor utsträckning utgått från befintlig forskning eller av andra redan insamlat material.

Kvantitativa undersökningar

Vi har huvudsakligen använt oss av resultat från nedanstående undersökningar. Vi har även fått ta del av insamlat material från en enkätundersökning som RFSL Stockholm genomförde 2016 i syfte att kartlägga behovet av stödjande och sociala insatser för hbtq-personer kopplat till föräldraskap/umgänge med barn, i hela landet samt svaren från en enkät som RFSL Ungdom genomfört med medlemmar i Newcomers Youth. För läsbarhetens skull har vi oftast avrundat procentdecimaler och redovisat hela procentandelar.

Folkhälsomyndighetens enkät om hälsan och hälsans bestämningsfaktorer

Folkhälsomyndigheten genomförde 2015 en enkätundersökning som riktade sig uteslutande till transidentifierade individer. Totalt 800 personer svarade på enkäten, vilket innebär att det är den största folkhälsoenkät riktad till transpersoner som genomförts i Sverige. Enkäten innehöll frågor om livsvillkor, levnadsvanor, hälsa och livskvalitet. Totalt 53 procent av respondenterna var mellan 15 och 29 år gamla. De svarande representerar olika transidentiteter så som transsexuella, transvestiter och intergender. De vanligaste transidentiteterna var transperson, transsexuell och intergender. En hög andel var högutbildad. En hög andel var även låginkomsttagare. De bodde oftare i större län som Stockholm, Västra Götaland och Skåne. När det gäller sexuell identitet var de vanligaste sätten att identifiera sig på bisexuell och queer. Stora delar av resultaten finns redovisade i Folkhälsomyndighetens rapport *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige*. Utredningen har även fått ta del av några tidigare opublicerade resultat avseende svar på frågor om den könsbekräftande vården.

Transgender Europe's enkät om hälsa och hälso- och sjukvård för transpersoner samt enkät om transrelaterade frågor till vårdgivare

Transgender Europe genomförde två enkätundersökningar under 2016. Den ena riktade sig till transpersoner och handlade om deras upplevelser av könsbekräftande vård och allmän hälso- och sjukvård. Den andra vände sig till vårdpersonal och handlade om deras erfarenheter av och syn på transpersoner som patienter. Totalt 472 personer svarade på den svenska brukarenkäten. Nästan alla hade svenskt medborgarskap eller permanent uppehållstillstånd i Sverige. Respondenternas åldrar varierade mellan 16 och 77 år och medianåldern var 27. Totalt 36 procent identifierade sig som transmän, 36 procent som ickebinära och 23 procent som transkvinnor and 5 procent hade annan transidentitet. Den sista gruppen är dock för liten för att ingå i en analys. Totalt 70 procent av respondenterna hade tillskrivits kvinnligt kön vid födseln och 30 procent hade tillskrivits manligt

kön vid födseln. Bland de som identifierade sig som ickebinära hade 84 procent tillskrivits kvinnligt kön vid födseln och 16 procent tillskrivits manligt kön vid födseln. Totalt 487 svarade på den svenska enkäten för vårdpersonal.

Delar av resultaten finns publicerade i TGEU:s rapport *Overdiagnosed but Underserved. Trans Health Care in Georgia, Poland, Serbia, Spain and Sweden: Trans Health Survey*. Fler resultat finns i den av RFSL publicerade rapporten *“In society I don't exist, so it's impossible to be who I am.” – trans people's health and experiences of health care in Sweden*. Det finns ett stort antal frågor i enkäten som inte redovisas i någon av dessa rapporter och utredningen har fått ta del av även det materialet varav en del används i betänkandet. I materialet ingick även fritextsvar.

EU LGBT survey

EU:s byrå för grundläggande rättigheter (FRA) genomförde 2012 en enkätundersökning riktad till hbt-personer. I enkäten ställdes frågor om upplevelser av diskriminering, upplevelser i vardagslivet, på skola och i arbetslivet, utsatthet för våld och trakasserier samt vilken medvetenhet personer har kring vilka rättigheter de har. I undersökningen fanns möjlighet att välja alternativen transperson (med ett antal underkategorier), homosexuell man, homosexuell kvinna, bisexuell man och bisexuell kvinna. De som angav att de var transperson fick även svara på ett antal transspecifika frågor. Dessa rörde bland annat lagstiftning avseende juridiskt könsbyte och tillgång till könsbekräftande vård.

Antalet svarande från Sverige var totalt 2464 personer. Av dessa var 374 transpersoner, 427 homosexuella kvinnor, 1053 homosexuella män, 269 var bisexuella kvinnor och 269 var bisexuella män.

MUCF:s nationella ungdomsenkät

MUCF genomför var tredje år en nationell ungdomsenkät som besvaras av ett slumpmässigt urval av personer mellan 16 och 25 år om arbete, studier, hälsa, trygghet och inflytande. Den redovisade statistiken i utredningen är baserad på en sammanslagning av datamaterial från två ungdomsenkäter, från 2012 och 2015.

Ungdomsenkäten 2012 och 2015 har besvarats av 4551 personer, vilket utgör en svarsfrekvens på 48,8 procent. Sammanlagt besvarade 4423 unga frågan om huruvida de identifierar sig som transperson. Av dessa svarade 1,1 procent ”ja” på frågan och 2,6 procent svarade ”osäker”. De som har svarat ”ja” och ”osäker” redovisas tillsammans som en grupp. I analysen jämförs dessa personer med resterande 96,3 procent som inte identifierade sig som transpersoner. Endast statistiskt signifikanta resultat redovisas i detta betänkande.

2.2.6 Sprida kunskap om transpersoners levnadsvillkor

Utredningens arbetsätt och breda uppdrag har fört med sig att många aktörer som inte tidigare arbetat med eller reflekterat över transfrågor fått en anledning att börja.

Utredningen har även medverkat vid ett antal arrangemang (se bilaga 3) för att sprida kunskap om transpersoners levnadsvillkor och om vårt pågående arbete.

2.3 Betänkandets innehåll

Utredningens uppdrag har enligt regeringens direktiv varit att göra en bred kartläggning av transpersoners levnadsvillkor och föreslå konkreta insatser som ska bidra till förbättrade levnadsvillkor och ett tryggare livsutrymme för transpersoner. Uppdraget har omfattat möjligheten att lämna förslag till författningsändringar när det gäller betyg och administrativa hinder. Resterande delar av uppdraget har inte omfattat att lämna färdiga förslag till författningsändringar.

Utredningen har valt att lämna förslag till möjliga nya utredningsuppdrag, men lägger inte själva fram några förslag om författningsändringar.

Uppdraget har varit synnerligen brett och har inkluderat att både att ge en övergripande beskrivning av de problem som det tvåkönsnormativa och cisnormativa samhället skapar i transpersoners vardag, men även att belysa specifika frågeställningar som hur man kan inkludera ickebinära i statistiken. Detta gör också att betänkandets olika delar skiljer sig mycket åt både gällande innehåll och komplexitet.

Kapitel 3 redogör för utredningens utgångspunkt i mänskliga rättigheter.

Kapitel 4 placerar utredningen i ett politiskt sammanhang. Där går vi igenom Sveriges arbete med mänskliga rättigheter, samt hur utredningen relaterar till jämställdhetspolitiken, diskrimineringsområdet och folkhälsopolitiken. Kapitlet innehåller även en genomgång av ansvarsfördelning mellan staten, kommuner och landsting/regioner i arbetet att förbättra transpersoners levnadsvillkor.

Kapitel 5 ger en generell beskrivning av transpersoners levnadsvillkor: i vilken utsträckning transpersoner anser att det är möjligt att leva i enlighet med sin könsidentitet, utsatthet för kränkningar och trakasserier samt för våld och hot om våld, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt attityder till transpersoner.

I kapitel 6 belyser vi levnadsvillkoren ur ett livscykelperspektiv och synliggör särskilda erfarenheter som vissa transpersoner har, till exempel transpersoner med funktionsvariation och asylsökande transpersoner.

Kapitel 7 ger en bild av hur transpersoners psykiska hälsa ser ut. Vi redogör för befintliga insatser på nationell nivå för att stärka den psykiska hälsan. Kapitlet tar även upp förekomsten av självmordstankar och självmordsförsök, ätstörningar och bruk av alkohol, narkotika och tobak.

I kapitel 8 skildrar vi transpersoners upplevelser av bemötande inom den allmänna hälso- och sjukvården och ger exempel på initiativ som tagits för att förbättra bemötandet.

Kapitel 9 handlar om transpersoners fritid. Behovet av egna mötesplatser och stärkt egenorganisering behandlas, liksom transpersoners upplevelser och behov gällande fysisk aktivitet och idrottsutövande. Kapitlet behandlar även de idrottspolitiska målen och statens stöd till idrotten.

Kapitel 10 beskriver vilka hinder som finns för transpersoner att på lika villkor delta i arbetslivet.

Kapitel 11 består av en kartläggning av de administrativa hinder som transpersoner kan uppleva i sin vardag. Fokus i kapitlet är de problem som uppstår för personer som ändrat juridiskt kön. Ett sådant problem behandlas även i kapitel 12 som behandlar de möjligheter som finns att få ut betyg och intyg med de nya personuppgifterna.

I kapitel 13 ger vi exempel på hur ickebinära kan inkluderas i enkätundersökningar och belyser hur könsuppdelad statistik kan kompletteras genom att inkludera ickebinära. Även frågan om transfarenhet som bakgrundsvariabel behandlas i kapitlet.

I kapitel 14 återfinns utredningens överväganden och förslag på hur transpersoners levnadsvillkor kan förbättras.

Kapitel 15 beskriver transpersoners upplevelser och erfarenheter av den könsbekräftade vården samt identifierar utmaningar hos de olika vårdteamen. I slutet av kapitlet finns ett avsnitt som handlar situationen för personer med intersexvariation.

I kapitel 16 finns utredningens överväganden och förslag gällande den könsbekräftande vården och förslag på insatser för att förbättra livskvaliteten för personer med intersexvariation.

Kapitel 17 innehåller en konsekvensbeskrivning.

Utredningens direktiv har fogats till betänkandet i bilaga 1. Bilaga 2 utgör kallelse och sändlista till den hearing som utredningen genomförde i syfte att diskutera våra förslag. Bilaga 3 är en lista på de arrangemang som utredningen deltagit i. Bilaga 4 utgör en sammanställning av länder som har infört möjligheten att ha X som könsmarkör i pass.

3 Med utgångspunkt i mänskliga rättigheter

I arbetet med att stärka transpersoners ställning och förbättra levnadsvillkoren måste respekten för de mänskliga rättigheterna stå i centrum. I utredningens direktiv påpekas att de mänskliga rättigheterna är universella och gäller för alla utan någon åtskillnad, samt att de svårigheter transpersoner möter aktualiserar viktiga frågor kring samhällets ansvar för implementeringen av de mänskliga rättigheterna och skyddet mot diskriminering. Särskilt nämns också rekommendationen från Europarådets ministerkommitté från 2010 om skydd mot diskriminering på grund av sexuell läggning eller könsidentitet.

Vi tolkar direktivets skrivning som en vilja att lyfta fram dokument och ställningstaganden om mänskliga rättigheter generellt i utredningen, och inte bara till exempel betona dem som har ställning som lag i Sverige, som Europakonventionen (1994:1219). Vi har gjort en övergripande indelning i globala mänskliga rättigheter och principer, med bland annat kärndokument från FN, följt av dokument med olika status från Europarådet, och till sist EU-direktiv.

I de FN-dokument som brukar kallas för kärnkonventioner om mänskliga rättigheter finns inga direkta hänvisningar till transpersoner eller personer med intersexvariation, liksom inte heller till homosexuella eller bisexuella personer¹. Däremot har under de senaste åren flera av de kommittéer som bevakar att konventionerna följs gjort

¹ Internationell konvention om avskaffande av alla former av rasdiskriminering (ICERD), Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter (ICCPR), Internationell konvention om ekonomiska, social och kulturella rättigheter (ICESCR), Konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (CEDAW), Konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (CAT), Konvention om barnets rättigheter (CRC), Internationell konvention om skyddet av rättigheter för alla migrantarbetare och deras familjer (ICMW), Internationell konvention för skydd av alla personer mot påtvingat försvinnande (CPED), Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD).

explicita uttolkningar som inkluderat dessa grupper av personer. Dessutom har tre resolutioner om gruppernas rättigheter röstats igenom i FN:s råd för mänskliga rättigheter.

Terminologin i dokumenten varierar något, men det har över tid blivit allt vanligare att också personer med intersexvariationer inkluderas i samma sammanhang som hbtq-personer. När detta är fallet använder vi därför förkortningen hbtqi-personer.

De olika FN-organen har under senare år producerat mycket informationsmaterial och material för påverkansarbete inom området hbtqi-personers rättigheter. Mycket av detta finns samlat av FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter².

De mänskliga rättigheterna gäller alla, och i såväl FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna³ som i Europakonventionen⁴ finns också en öppen lista gällande förbud mot diskriminering. I detta avsnitt redogör vi för dels de mest relevanta hbtqi-specifika dokument som finns, dels för några av uttolkningarna, inom några särskilt relevanta områden. I kommande kapitel återkommer vi i våra förslag med hänvisningar till några av de dokument som redogörs för här.

Oftast omfattar de dokument vi här hänvisar till hela hbtqi-gruppen. Det är också relativt vanligt att hbtqi-personers rättigheter nämns i samma kontext som kvinnors rättigheter. I den här utredningen fokuserar vi på rättigheter för transpersoner och personer med intersexvariation, men redogör för när dokumenten också inkluderar andra.

3.1 Globala mänskliga rättigheter och principer

3.1.1 Generella rättigheter och principer

Rätten till liv och säkerhet

Rätten till liv finns inskrivet i artikel 3 i den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna, artikel 6 i konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter, artikel 6 i barnkonventionen och

² www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/LGBTUNSystem.aspx (hämtad 2017-09-20).

³ Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna (UDHR).

⁴ Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (ECHR).

artikel 2 i Europakonventionen. I artikel 9 i konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter garanteras allas rätt till säkerhet för sin person, och i artikel 33 i konventionen om flyktingars ställning stadgas att ingen ska skickas tillbaka till platser där personens frihet eller liv hotas.

I en allmän kommentar från FN:s kommitté för mänskliga rättigheter konstateras att artikel 9 i konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter, om personlig frihet och säkerhet, också gäller bland annat hbtq-personer⁵. Detta inkluderar frihet från kroppsskador och mentala skador och rätten till kroppslig och mental integritet.

UNHCR har också klargjort att personer som söker asyl baserat på förföljelse på grund av sexuell läggning eller könsidentitet ska räknas in i termen ”särskild social grupp” och därmed omfattas av konventionens skrivningar⁶.

I en skrift från OHCHR⁷ från 2012 klargör FN-organet att lagstiftning mot hatbrott som skyddar människor från att utsättas för våld på grund av sin sexuella läggning eller könsidentitet ska finnas, och att staterna också ska anta effektiva system för att kunna dokumentera och anmäla hatbrott.

Förbud mot tortyr och annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning

Tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning förbjuds i artikel 5 i den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna, i artikel 7 i konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter och i artikel 3 i Europakonventionen. Som nämnts tidigare finns också den särskilda konventionen mot tortyr, CAT.

I en rapport från 2016 av FN:s särskilda rapportör om tortyr och annan grym, omänsklig och nedvärderande behandling eller straff, anläggs ett genus- och hbtqi-perspektiv på frågorna, och situationen för transpersoner och personer med intersexvariation belyses särskilt,

⁵ CCPR/C/GC/35.

⁶ Guidelines on International Protection No. 9: Claims to Refugee Status based on Sexual Orientation and/or Gender Identity within the context of Article 1A(2) of the 1951 Convention and/or its 1967 Protocol relating to the Status of Refugees.

⁷ Born Free and Equal. Sexual Orientation and Gender Identity in International Human Rights law.

ihop med situationen för kvinnor, samt homosexuella och bisexuella personer⁸.

Rapportören berör bland annat situationen för kvinnor och hbtqi-personer som har frihetsberövats av olika skäl. Bland annat nämns särskilt situationen för asylsökande, som löper särskild risk att utsättas för misshandel och annat dåligt bemötande från andra personer i samma boende som de själva, eller från personal. Rapportören påminner också om att stater inte får skicka tillbaka någon till en situation där det finns stor anledning att tro att de kommer att utsättas för tortyr eller annan misshandel och att detta förbud är av särskild betydelse för kvinnor och hbtqi-personer.

Rapportören konstaterar också att transpersoner löper särskilt stor risk att utsättas för dåligt bemötande inom rättssystemet och inom vården, genom att till exempel placeras på könsindelade enheter utan att hänsyn tas till personens könsidentitet. Det är också en större risk för hbtqi-personer att utsättas för våld i fängelse, än vad det är för andra. Dessutom är det vanligare att dessa inte rapporterar övergrepp de utsatts för, eftersom de har bristande förtroende för de instanser som ska ta emot anmälningarna. Att till exempel säkerställa representation av kvinnor och hbtqi-personer i de funktioner som jobbar med att övervaka situationen i fängelser och andra platser där människor hålls i förvar skulle kunna vara en väg framåt.

Rapportören belyser också problemen för transpersoner och personer med intersexvariation när det gäller att få tillgång till lämplig hälso- och sjukvård, vilket bland annat beror på personalens diskriminerande agerande eller brist på kunskap. Rapportören påpekar också att barn som föds med atypiska könskaraktäristika, personer med intersexvariation, ofta utsätts för irreversibla, normaliserande ingrepp och ofrivillig sterilisering, vilket leder till lidande och stigmatisering.

Rapportören konstaterar vidare att transpersoner och personer med intersexvariation ofta utsätts för handlingar som kan likställas med tortyr för att de inte uppfyller konstruerade förväntningar på kön. Staterna misslyckas ofta med ett bekämpa homofobiskt och transfobiskt motiverade handlingar, som våldsbrott, inklusive hedersrelaterade brott.

⁸ Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/HRC/31/57, 5 januari 2016

Rapportören rekommenderar staterna att försäkra sig om att asylsökande får individuella prövningar, som inkluderar möjligheten att göra till exempel sin trans- eller intersexidentitet känd, och att asylsökande transpersoner som frihetsberövas ska få sin könsidentitet respekterad. Vidare rekommenderas staterna att utbilda aktörer inom hälso- och sjukvården för att motarbeta diskriminering av hbtqi-personer, till följd av könsstereotypa uppfattningar. Staterna uppmanas också att lagstifta bort möjligheten att genomföra ”normaliserande” kirurgi på intersexpersoner, som inte haft möjlighet att ge sitt samtycke, samt att anta transparenta och tillgängliga procedurer för att ändra juridiskt kön. Vidare rekommenderas staterna att säkerställa att alla offer för våld, inklusive i en nära relation, och inklusive transpersoner och personer med intersexvariation, har tillgång till skyddat boende och stöd. Lagar som skyddar mot våld och diskriminering måste gälla lika för alla, oavsett till exempel könsidentitet.

I en tidigare rapport från 2013 från samma rapportör fördöms medicinskt onödiga kirurgiska ingrepp på personer med intersexvariation i starka ordalag⁹. Rapportören beskriver bland annat hur de irreversibla ingreppen kan skapa ärr, smärtor och depressioner, samt ofrivillig sterilitet, och rapportören menar också att ingreppen ofta är påtvingade, ovetenskapliga och bidrar till stigma.

Rätten till respekt för privatlivet

Rätten till respekt för privatlivet finns med i artikel 12 i den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna, artikel 17 i konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter, artikel 16 i barnkonventionen och artikel 8 i Europakonventionen.

I mars 2017 antog FN:s kommitté för mänskliga rättigheter, den kommitté som övervakar implementeringen av ICCPR, Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter, sitt första yttrande gällande transpersoners mänskliga rättigheter¹⁰. Det gällde en gift transkvinna i Australien som inte fick tillgång till ett nytt födelsebevis, där hon var registrerad som kvinna. Australien menade att de inte kunde ge henne ett sådant, eftersom äktenskap i Australien

⁹ UNHCR (2013), Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, A/HRC/22/53

¹⁰ CCPR/C/119/D/2172/2012

endast finns tillgängligt för olikkönade par. Däremot hade hon fått ut ett pass där hon angavs ha kvinnligt kön. Kommittén menade att Australien hade brutit mot artikel 17 (rätten till privatliv) och artikel 26 (diskriminering) i ICCPR. Kommittén menade att de olika behandlingarna av gifta och ogifta personer som ville ändra sitt juridiska kön på sina födelsebevis, inte var rimliga och därmed hade kvinnan diskriminerats på grund av sin könsidentitet och sitt civilstånd.

Rätten till hälsa

I FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter stadgas i artikel 12 att konventionsstaterna erkänner vars och ens rätt att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. För att denna rätt ska kunna tillgodoses ska staterna vidta åtgärder för att skapa förutsättningar som ger alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom. Artikel 12 har också en koppling till artikel 15, som garanterar rätten att åtnjuta fördelarna av vetenskapliga framsteg och dessas tillämpningar, liksom rätten till skydd mot vetenskapliga risker och ovissheter. UNESCO har klargjort detta i *The Right to Enjoy the Benefit of Scientific Progress and its Applications* (2009).

Rätten till hälsa finns också i artikel 25 i den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna, artikel 17, 23 och 24 i barnkonventionen och artikel 25 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Inom Europarådet finns rätten i artikel 11 och 13 i den reviderade Europeiska sociala stadgan från 1996 (SÖ 1998:35).

UNESCO:s *Universal Declaration of Bioethics and Human Rights* från 2005 stadgar också i artikel 4 att det inom medicinsk praktik ska eftersträvas minimal skada på individer, och att fördelarna ska maximeras. Artikel 6 framhåller att den berörda personens medgivande ska eftersträvas i största möjliga utsträckning; och i artikel 8 framhålls att när det gäller sårbara individer ska särskilt skydd finnas för att säkerställa att deras integritet respekteras.

Inom Europarådet finns *Konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och människans värdighet med avseende på tillämpning av biologi och medicin*, vilken också stadgar att kvaliteten på vården måste bedömas i ljuset av vetenskaplig kunskap (artikel 3)

och att informerat samtycke ska inhämtas när det är möjligt (artikel 5 och 6). I *Explanatory Report to the Convention on Human Rights and Biomedicine* klargörs att detta också gäller barn, beroende på hur allvarligt ingreppet är (paragraf 24 och 45).

Rätten till skydd mot diskriminering

I artikel 2 i FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter finns ett förbud mot diskriminering gällande de rättigheter som konventionen gäller. Könsidentitet nämns inte uttryckligen, men i ett uttalande från Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (CESCR) från 2009 betonades att ”könsidentitet är erkänt som en av de skyddade diskrimineringsgrundarna; till exempel utsätts personer som är transgender, transsexuella eller intersex ofta för allvarliga kränkningar av sina mänskliga rättigheter, som till exempel trakasserier i skolor eller arbetsplatser” (vår översättning)¹¹.

Också artikel 26 i konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter och artikel 14 i Europakonventionen berör rätten att skyddas mot diskriminering.

I en rapport från FN:s särskilda rapportör om den mänskliga rätten till vatten och sanitet från 2016 konstaterar rapportören att hbtqi-personer och andra personer som avviker från normer för kön utsätts för diskriminering när det gäller tillgång till bland annat toaletter och också riskerar att utsättas för våld, trakasserier och övergrepp i dessa sammanhang¹². Rapportören betonar att toaletter måste vara tillgängliga och trygga för alla, inklusive transpersoner och andra som avviker från normer för kön, vilka riskerar att utsättas för våld och övergrepp när de använder könssegregerade sanitetsanläggningar.

Transpersoner undviker ibland att använda allmänna toaletter helt och hållet av denna anledning. Transungdomar kan vara extra utsatta när de försöker använda skoltoaletter. Rapportören uppmanar staterna att vidta alla nödvändiga åtgärder för att få bort de hinder som

¹¹ CESCR (2009), General comment NO. 20: Non-Discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (Article 2, paragraph 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), (E/C.12/GC/20).

¹² A/HRC/33/49.

avskräcker människor från att använda sanitetsanläggningar. Det vore också värdefullt att studera hur ojämlikheten när det gäller att få tillgång till toaletter får inverkan på andra mänskliga rättigheter, påpekade rapportören, eftersom bristen på detta leder till svårigheter med att gå i skolan och delta i arbetslivet.

I Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor, Kvinnokonventionen, (CEDAW) stadgas i artikel 2 att de undertecknande staterna ”fördömer diskriminering av kvinnor i alla dess former”. Detta inkluderar också diskriminering från enskilda personer, organisationer och företag.

Artikel 5 stadgar att staterna ska vidta alla lämpliga åtgärder för att ”ändra mäns och kvinnors sociala och kulturella beteendemönster för att därmed avskaffa fördomar samt seder och bruk som grundar sig på föreställningen om det ena könets underlägsenhet eller på stelnade roller för män och kvinnor”.

Artikel 12 specificerar åtagandena för staterna på hälso- och sjukvårdsområdet, och syftar till att säkerställa kvinnors tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive lämplig vård under havandeskap och förlossning.

I artikel 13 förtydligas att staternas förpliktelser går utöver de områden de själva är direkt ansvariga för. Bland annat stadgas att de ska ”vidta alla lämpliga åtgärder för att avskaffa diskriminering av kvinnor inom andra områden av det ekonomiska livet och samhällslivet”. Särskilt nämns sedan rätten till banklån, och rätten att delta i fritidsverksamhet, i idrott och i kulturlivet.

Artikel 16 berör rätten att ha lika rättigheter och skyldigheter som föräldrar, med bland annat skrivningar om ”lika rätt att fritt och under ansvar bestämma om antalet barn /.../ liksom till de medel som erfordras för att kunna utöva denna rätt”.

Kvinnokonventionen har också ett tilläggsprotokoll som antogs 1999. Protokollet innebar att en mekanism för individuella fall infördes och att individer i och med detta kan klaga direkt till CEDAW-kommittén i sitt eget personliga fall. Kommittén kan sedan ge den aktuella staten rekommendationer. Tilläggsprotokollet ger också kommittén möjlighet att initiera utredningar och komma med rekommendationer, gällande de stater som ratificerat protokollet. Sverige gjorde detta 2003.

CEDAW-kommittén har varit en av de mer aktiva kommittéerna när det gäller att explicit inkludera transpersoner i sitt arbete. 2010

antogs två rekommendationer av kommittén som båda bekräftade att ”diskriminering av kvinnor baserat på kön och genus är oupplösligt sammanlänkat med andra faktorer som påverkar kvinnor, så som /.../ könsidentitet” (vår översättning)¹³. 2014 kom ytterligare en rekommendation, om kvinnors asylrätt, som explicit refererar till transpersoner, den här gången med ordvalet ”transgender status”¹⁴. 2015 kom en rekommendation som handlar om möjligheter att få upprättelse i rättssystemet, och här märks ett allt mer intersektionellt perspektiv. Bland annat transpersoner och intersexpersoner finns med i en uppräknning av grupper som ”oproportionerligt ofta kriminaliseras” (vår översättning)¹⁵.

I artikeln ”Designing Women: The Definition of ‘Woman’ in the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women” argumenterar juristen Elise Meyer för att begreppet ”kvinna” i CEDAW måste tolkas på så sätt att alla transpersoner också inkluderas i begreppet, inte bara transkvinnor.¹⁶ Meyer utgår från Wienkonventionen om traktaträtten (1969) och påpekar att konventionens artikel 31 stadgar att tolkningar av traktat ska göras ”ärligt i överensstämmelse med den gängse meningen av traktatens uttryck sedda i sitt sammanhang och mot bakgrunden av traktatens ändamål och syfte”. Meyer konstaterar att det finns flera olika sätt att tolka vem som är kvinna och att alla dessa skulle kunna anses vara ”gängse”.¹⁷

Ett transperspektiv på barns rättigheter

Under 2016 kom Barnrättighetsutredningen med sitt betänkande Barnkonventionen blir svensk lag (SOU 2016:19). Utredningen föreslog att konventionen skulle inkorporeras i svensk lag. Sverige ratificerade barnkonventionen 1990.

¹³ General recommendation No. 27 on older women and the protection of their human rights, 16 december 2010, CEDAW/C/GC/27; respektive General recommendation No. 28 on the Core Obligations of State Parties under Article 2 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, 16 december 2010, CEDAW/C/GC/28.

¹⁴ General recommendation No. 32 gender-related dimensions of refugee status, asylum, nationality and statelessness of women, 14 november 2014, CEDAW/C/GC/32.

¹⁵ General recommendation No.33 on women’s access to justice, 3 augusti 2015, CEDAW/C/GC/33.

¹⁶ Artikeln är publicerad i *Chicago Journal of International Law* 2016, vol. 16, no.2, article 7.

¹⁷ *Ibid*, sidan 572ff.

Flera av konventionens artiklar är relevanta för transbarn och barn med intersexvariation. Barnkonventionens artikel 16 slår fast att inget barn får utsättas för godtyckliga ingripanden i sitt privat- och familjeliv och att barn har rätt till skydd mot sådana ingripanden. Ur ett intersexperspektiv kan påpekas att artikel 16 skulle kunna anses vara relevant när det gäller utförandet av irreversibla kroppsliga ingrepp, som inte är medicinskt nödvändiga, men som ändå utförs på personer som är för unga för att själva ha kunnat ge sitt medgivande.

I artikel 22 beskrivs konventionsstaternas förpliktelser gällande barn som är flyktingar. Dessa ska erhålla lämpligt skydd och humanitärt bistånd och åtnjuta ”tillämpliga rättigheter”. Här kan finnas särskilda behov för transbarn och barn med intersexvariation som är flyktingar.

Artikel 23 stadgar att konventionsstaterna ska erkänna att ett barn med ”fysiskt eller psykiskt handikapp” ska åtnjuta ett fullvärdigt och anständigt liv, som säkerställer värdighet, främjar självförtroende och möjliggör ett aktivt deltagande i samhället. Vissa intersextillstånd kan leda till ett liv med funktionsnedsättningar, vilket aktualiserar artikel 23.

I konventionens artikel 24 finns skrivningar om att erkänna varje barns rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering, samt att konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till hälso- och sjukvård. Dessutom finns skrivningar om att konventionsstaterna ska vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa. Många transbarn och barn med intersexvariation har behov av trans- eller intersexspecifik hälso- och sjukvård, utöver annan sjukvård, vilket ju aktualiserar rättigheterna som specificeras i artikel 24.

Också situationen för transpersoner och personer med intersexvariation som är föräldrar berörs av barnkonventionen. I barnkonventionens artikel 7 nämns barns rätt att om möjligt få kännedom om vilka dess föräldrar är, och att bli omvårdad av dessa. Betydelsefullt här är bland annat hur ”förälder” definieras, så att det till exempel inte endast handlar om personer som har en genetisk eller biologisk koppling till sina barn.

I sammanhanget kan också nämnas att FN:s kommitté för barnets rättigheter, CRC, som övervakar staters efterlevnad av barnkonven-

tionen, i januari 2015 under den 68:e sessionen uttryckte oro över att hbt-barn utsätts för mobbning, hot och våld i Sverige¹⁸. Sverige borde särskilt fokusera på att förebygga diskriminering och där det är nödvändigt jobba med positiv särbehandling för att skydda hbt-barn och andra särskilt sårbara grupper av barn, som barn från marginaliserade och missgynnade familjer, barn med migrationsbakgrund och romska barn, ansåg kommittén.

I december 2016 antog kommittén för barnets rättigheter, CRC, en så kallad allmän kommentar (general comment no. 20) om implementeringen av barns rättigheter under adolescensen¹⁹. I kommentaren nämns hbtqi-ungdomar särskilt. Bland annat konstateras att dessa ofta utsätts för förföljelse, våld, stigmatisering, diskriminering och exkludering från utbildning, liksom brist på stöd från familj och svårigheter att få tillgång till information om sexuell och reproduktiv hälsa. Kommittén fördömer förekomsten av påtvingade kirurgiska ingrepp eller behandlingar på ungdomar med intersexvariation, och uppmanar staterna att vidta åtgärder för att skydda alla hbtqi-ungdomar från våld och diskriminering, bland annat genom att genomföra informationskampanjer.

Till och med oktober 2017 har fem FN-kommittéer gett rekommendationer till 26 stater att vidta åtgärder på området rättigheter för barn och andra med intersexvariation. Rekommendationerna är alltid desamma: att säkerställa att medicinskt onödiga, ej brådskande och irreversibla behandlingar inte utförs utan samtycke från den berörda personen; att säkerställa att föräldrar och barn är fullt medvetna om riskerna och fördelarna med de olika ingreppen innan de samtycker; och att erbjuda kompensation för åsamkad skada och för inkräktandet på de berörda personernas rättigheter. Rekommendationerna har hänvisat till barnkonventionen, kvinnokonventionen, konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, konventionen mot tortyr och konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter^{20, 21}.

¹⁸ CRC/C/SWE/CO/5

¹⁹ CRC/C/GC/20

²⁰ Se till exempel: Committee on the Rights of the Child: Concluding observations on the fifth periodic report of the United Kingdom, CRC/C/CHL/CO/4-5 (2015), Committee on the Rights of the Child, Concluding observations on the combined third and fourth periodic reports of Ireland, (2016) CRC/C/IRL/CO/3-4; Committee on the Elimination of Discrimination against Women: Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Switzerland, CEDAW/C/CHE/CO/4-5 (2016); Concluding observations on the

3.1.2 Trans- och intersexspecifika rekommendationer

Yogyakartapinciperna

Yogyakartapinciperna arbetades fram 2006 av experter på mänskliga rättigheter, i syfte att klargöra tillämpningen av internationell rätt när det gäller brott mot mänskliga rättigheter på grund av sexuell läggning eller könsidentitet. Bland andra var Internationella juristkommissionen inblandade i framtagandet av rättsprinciperna. 2010 tog svenska regeringen fram en svensk översättning av principerna²². Yogyakartapinciperna är inte juridiskt bindande men har haft stort inflytande över utvecklingen av hbtqi-rättigheter såväl internationellt som i enskilda länder.

Dokumentet består av 29 principer samt ett antal rekommendationer till bland annat regeringar om åtgärder för att förbättra skyddet för de mänskliga rättigheterna. Vi redogör här kortfattat, med något moderniserat språkbruk, för några av de principer som är mest intressanta ur ett svenskt transperspektiv i dag.

Princip 3: Rätten till erkännande inför lagen, betonar allas rätt att erkännas som en person i lagens mening. Ingen ska tvingas genomgå medicinska processer för att få sin könsidentitet erkänd. Staterna ska vidta alla nödvändiga åtgärder för att se till att det finns förfaranden som säkerställer att alla identitetshandlingar som tillhandahålls av staten som anger en persons kön, till exempel pass, speglar personens egendefinierade könsidentitet, och att alla förfaranden är

combined seventh and eighth periodic reports of Germany, CEDAW/C/DEU/CO/7-8 (2017); Committee Against Torture: Concluding observations on the seventh periodic report of Switzerland, CAT/C/CHE/CO/7 (2015); Committee Against Torture, Concluding observations on the sixth periodic report of Austria, CAT/C/AUT/CO/6 (2016), Committee Against Torture, Concluding observations on the sixth periodic report of Denmark, CAT/C/DNK/CO/6-7 (2016); Concluding observations on the seventh periodic report of France, CAT/C/FRA/CO/7 (2016); Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Concluding observations on the initial report of Italy, CRPD/C/ITA/CO/1 (2016); Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Concluding observations on the initial report of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, CRPD/C/GBR/CO/1; Human Rights Committee (Comité des droits de l'homme), Observations finales concernant le quatrième rapport périodique de la Suisse, CCPR/C/CHE/CO/4 (2017).

²¹ En sammanställning finns i *The Rights of Children in Biomedicine: Challenges posed by scientific advances and uncertainties*, utgiven av The Committee on Bioethics of the Council of Europe 2016.

²² www.regeringen.se/49baf9/contentassets/fadeb656cb2e44bba5cb076100e1cb70/yogyakartapinciperna-pa-svenska

effektiva, rättvisa och icke-diskriminerande. Till personer som genomgått könsbekräftande behandlingar ska socialt stöd erbjudas.

Princip 5: Rätten till personlig säkerhet, betonar staters förpliktelse att skydda alla mot våld och kroppsskador. Staterna ska bland annat säkerställa att våldsgärningar som begås mot någon på grund av dennes sexuella läggning eller könsidentitet ska utredas noggrant, dömda förövare straffas och offren få upprättelse.

Princip 9: Rätten till human behandling under frihetsberövande, betonar att alla som är frihetsberövade ska behandlas med respekt. Staterna ska säkerställa att frihetsberövade personer inte utsätts för våld, fysiska, mentala eller sexuella övergrepp och att alla frihetsberövade personer har tillgång till medicinsk vård och rådgivning, inklusive könsbekräftande behandlingar; i möjligaste mån garantera att alla frihetsberövade är delaktiga i beslut som rör vilken anstalt som är lämplig med hänsyn till könsidentitet; införa skyddsåtgärder för frihetsberövade personer, som är särskilt utsatta på grund av könsidentitet eller sexuell läggning; säkerställa att personalen utbildas.

Princip 11: Rätten att skyddas mot alla former av utnyttjande av, försäljning av och handel med människor, betonar vikten av att staternas åtgärder mot detta beaktar faktorer som ökar utsattheten, bland annat ojämlikhet och diskriminering beroende på sexuell läggning eller könsidentitet.

Princip 12: Rätten till arbete, uppmanar staterna att bland annat tillhandahålla lämpliga utbildningsprogram för att motverka diskriminerande attityder.

Princip 15: Rätten till en lämplig bostad, uppmanar staterna att etablera stödprogram för att komma till rätta med faktorer som är knutna till sexuell läggning eller könsidentitet som ökar utsattheten för hemlöshet, inklusive till exempel avvisande från familj eller våld i hemmet.

Princip 17: Rätten till bästa uppnåeliga hälsa, påminner staterna om att alla har rätt till högsta uppnåeliga standard för fysisk och psykisk hälsa, och att sexuell och reproduktiv hälsa är en grundläggande aspekt av denna rättighet. Staterna uppmanas bland annat att vidta alla lagstiftningsåtgärder och andra åtgärder som krävs för att se till att alla människor har tillgång till inrättningar, varor och tjänster med anknytning till hälso- och sjukvård, också vad gäller sexuell och reproduktiv hälsa och till de egna medicinska journalerna, utan diskriminering på grund av sexuell läggning eller könsidentitet. Sär-

skilt betonas också vikten av att underlätta tillgång till kompetent och icke-diskriminerande könsbekräftande behandling, samt av att anta utbildningsprogram för att säkerställa att all personal kan tillhandahålla högsta uppnåeliga standard inom hälso- och sjukvården för alla, utan diskriminering.

Princip 18: Skydd mot medicinskt utnyttjande, uppmanar staterna att vidta alla åtgärder som krävs, inklusive lagstiftning, för att säkerställa att inget barns kropp förändras oåterkalleligt genom medicinskt förfarande i ett försök att ge barnet en könsidentitet utan ett fullständigt, frivilligt och informerat samtycke från barnet i enlighet med barnets ålder och mognad.

Princip 23: Rätten att söka asyl, påminner staterna om att alla har rätt att söka och åtnjuta asyl från förföljelse. Ett land får inte utvisa en person till ett land där denna riskerar att bli utsatt för tortyr, förföljelse eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning på grund av sexuell läggning eller könsidentitet.

Princip 24: Rätten att bilda familj, uppmanar staterna att vidta alla åtgärder som krävs för att garantera rätten att bilda familj, också genom tillgång till adoption eller konstgjord befruktning, utan diskriminering på grund av sexuell läggning eller könsidentitet; och att se till att all lagstiftning och politik erkänner olika familjeformer.

Princip 28: Rätten till effektiva rättsmedel och skadestånd, konstaterar att alla offer för brott mot de mänskliga rättigheterna, inklusive brott som baseras på sexuell läggning eller könsidentitet, har rätt till effektiva, lämpliga och tillräckliga rättsmedel. Detta inkluderar rätten till skadestånd. Staterna ska etablera de rättsliga förfaranden som krävs för att garantera att offer har tillgång till ett fullständigt skadestånd och också bland annat säkerställa att alla personer har tillgång till all nödvändig information om förfaranden för ansökan om kompensation och upprättelse.

Yogyakartapriinciperna hänvisades till av regeringen i *Avskaffande av steriliseringskrav som villkor för ändrad könstillhörighet* (DS 2012:46). Socialstyrelsen gjorde också en referens i sin rapport från 2010, *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar: Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd*. I *The Yogyakarta Principles at Ten* av Michael Flaherty²³ konstateras

²³ I *Nordic Journal of Human Rights*, 33:4, 280–298.

att principerna allt mer erkänns av aktörer som arbetar för mänskliga rättigheter.

Under hösten 2017 pågår en uppdatering av principerna, med planerad lansering i november. Experterna som jobbade med uppdateringen har enats om att lägga till ytterligare nio principer, vilka tillsammans innehåller 52 uppmaningar till stater. Till de befintliga principerna har ytterligare 50 uppmaningar till stater lagts till. Dessutom har det tillkommit fem nya rekommendationer till icke-statliga aktörer.

De nio nya principerna är: rätten att skyddas av staten mot kränkningar av de mänskliga rättigheterna; rätten att erkännas juridiskt; rätten till kroppslig och mental integritet; rätten att vara befriad från kriminalisering och straff på grund av sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och könskaraktäristika; rätten att skyddas mot fattigdom; rätten till sanitet; rätten till främjande, skydd och åtnjutande av mänskliga rättigheter genom information och kommunikationsteknologi; rätten till sanning; rätten att praktisera, skydda, bevara och återuppliva kulturell mångfald²⁴.

Resolutioner i MR-rådet om hbtq-personers rättigheter

Den första resolutionen om hbtq-personers rättigheter från FN:s råd för mänskliga rättigheter kom 2011. Resolutionen innehöll bland annat skrivningar om att rådet ”uttrycker stark oro över de våldshandlingar och den diskriminering som begås i alla regioner i världen mot människor på grund av deras sexuella läggning och könsidentitet” (vår översättning)²⁵. Resolutionen gav också bland annat i uppdrag till FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter att dokumentera diskriminerande lagar och våldshandlingar.

2014 antogs en ny resolution, bland annat med innehållet att den tidigare beslutade och genomförda rapporten skulle uppdateras²⁶. Den senaste resolutionen inom området antogs i juni 2016, och innehåller framför allt ett beslut om att tillsätta en oberoende expert. Experten ska under tre år utvärdera implementeringen av redan existerande mekanismer som ska motverka våld och diskriminering mot

²⁴ Uppgifter från samtal med Micah Grzywnowicz, RFSL

²⁵ Human rights, sexual orientation and gender identity, 15 juni 2011, A/HRC/17/19

²⁶ Human rights, sexual orientation and gender identity, 2 oktober 2014, A/HRC/RES/27/32

hbtq-personer, skapa medvetenhet om problemen och identifiera orsakerna till dem, konsultera bland annat stater och civila samhället, samarbeta med stater och stödja dem i deras arbete för att motverka våld och diskriminering²⁷.

I de två rapporterna från FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter som kom 2011²⁸ respektive 2015²⁹ redogörs för det våld som drabbar transpersoner. Rapporterna tydliggör att transpersoner drabbas av ett liknande våld som det som kvinnor utsätts för, vilket inkluderar våldtäkter och hedersrelaterade mord. Rapporten från 2011 lyfter explicit fram artikel 2 i kvinnokonventionen, som handlar om förbud mot diskriminering, och applicerar denna på transpersoner.

Till mötet med FN:s råd för mänskliga rättigheter i juni 2017 kom den första rapporten från den oberoende experten³⁰. I texten betonar rapportören att de redan existerande instrumenten till skydd för mänskliga rättigheter gäller också hbtqi-personer. Bland annat nämns rekommendationer från CEDAW-kommittén, rapporter från WHO och uttalanden av kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (se nedan).

Den oberoende experten pekar särskilt ut sex åtgärder som avgörande för att motverka våld och diskriminering: avkriminalisering av samkönade relationer; effektiva antidiskrimineringsåtgärder; juridiskt erkännande av könsidentitet; avstigmatisering och avpatologisering; sociokulturell inkludering; och främjande av utbildning och empati (våra översättningar). Experten betonar genomgående vikten av att ha ett intersektionellt perspektiv i arbetet och redogör bland annat för vad andra FN-mekanismer gjort på området på senare tid.

Gällande vikten av att ha effektiva antidiskrimineringsåtgärder på plats konstaterar experten bland annat att transpersoner ofta diskrimineras i skolan och att detta leder till marginalisering och risk för utsatthet längre fram i livet. Experten pekar också på att även om det finns lagar mot diskriminering kan implementeringen vara svag

²⁷ Protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, 30 juni 2016, A/HRC/RES/32/2.

²⁸ Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity: report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 17 november 2011, A/HRC/19/41.

²⁹ Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity: report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 4 maj 2015, A/HRC/29/23.

³⁰ Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, 19 april 2017, A/HRC/35/36.

och möjligheten till personlig upprättelse vara för otillgänglig. Sådana svagheter måste också åtgärdas.

Gällande juridiskt erkännande av människors könsidentitet påpekar experten att det finns ett behov av att staters lagstiftning erkänner människors könsidentitet utan någon form av tvingande krav. Identifierade problematiska krav som experten nämner inkluderar bland annat påtvingade psykologiska utvärderingar och medicinska ingrepp, svårigheter att få tillgång till önskad vård, som till exempel hormonbehandling, och byråkratiska hinder. Allt detta kan leda till svårigheter att få tillgång till utbildning och arbetsmarknad. I sammanhanget nämner experten också problemen med påtvingade kirurgiska ingrepp på små barn med intersexvariation.

I frågan om avpatologisering konstaterar experten att det gällande transpersoner är av stor vikt att säkerställa tillgången till önskad vård, samtidigt som arbetet med att minska stigmatiseringen genom att till exempel justera klassificeringen av transidentiteter inom ICD pågår.

På områdena sociokulturell inkludering och främjande av utbildning och empati betonar experten vikten av olika åtgärder som motverkar exkludering av hbtqi-personer, vilket kan leda till utsatthet och ökad risk för ohälsa. Inom utbildningsområdet pekar experten på att goda resultat kan uppnås genom att inkludera frågor om sexuell läggning och könsidentitet i till exempel arbetet mot mobbning generellt.

Expertens betonar att detta är den första rapporten i arbetet, och att fler kommer att följa med ytterligare rekommendationer. Expertens har också bjudit in stater att skicka in relevant information gällande de av experten sex utpekade prioriterade åtgärderna.

De avslutande rekommendationer till stater som ges i denna rapport och som berör transpersoners och personer med intersexvariationers rättigheter är följande: staterna uppmanas att ratificera kärnfördragen på området mänskliga rättigheter och implementera dem till fullo också vad gäller hbtqi-personer; staterna uppmanas att följa de rekommendationer som getts av de olika organen för mänskliga rättigheter och inom Universal Periodic Review-processen; arbetet med hållbarhetsmålen borde inkludera ett hbtqi-perspektiv; på nationell nivå borde diverse åtgärder vidtas för att säkerställa respekten för mänskliga rättigheter, bland annat inom rättsväsendet genom kapacitetsstärkande åtgärder; samarbetet med oberoende mänskliga rättigheter-aktörer borde stärkas nationellt och regionalt; civila sam-

hällets insatser måste skyddas och arbetet med ökad medvetenhet stärkas.

Gemensamma uttalanden från FN-organ

2014 publicerade flera FN-organ (FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter, OHCHR; UN Women; UNAIDS; Förenta nationernas utvecklingsprogram, UNDP; FN:s befolkningsfond, UNFPA, UNICEF och Världshälsoorganisationen, WHO) en gemensam rapport om tvångssteriliseringar, bland annat av transpersoner och personer med intersexvariation³¹. Enligt rapporten innebär tvångssteriliseringar ett brott mot rätten att slippa tortyr och annan grym, omänsklig och förnedrande behandling och bestraffning, men också mot rätten till hälsa, rätten till privatliv, rätten att bilda familj och rätten att inte diskrimineras. FN-organen rekommenderar att ingrepp som leder till sterilitet ska skjutas upp till dess att den berörda personen är mogen nog att själva fatta ett informerat beslut, om ingreppen inte är medicinskt nödvändiga.

Den 29 september 2015 publicerade tolv olika FN-organ (ILO, OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, FN:s organ mot brott och narkotika, UNODC; UN Women, FN:s livsmedelsprogram, WFP; WHO) ett gemensamt uttalande mot våld och diskriminering av hbtqi-personer. Organen uppmanade regeringar över hela världen att göra mer för att komma tillrätta med våld, diskriminering och övergrepp mot hbtqi-personer. Bland annat nämns särskilt att stater inte borde utvisa hbtqi-personer till platser där deras liv eller frihet hotas, och att onödiga medicinska ingrepp på personer med intersexvariation, utan samtycke, borde upphöra. Staterna borde också möjliggöra juridiskt erkännande av könsidentitet utan kränkande krav, samt arbeta mot fördomar om hbtqi-personer genom till exempel kampanjer och utbildningssatsningar.

Den 17 maj 2017 uppmanade en grupp experter på mänskliga rättigheter, från bland annat FN-organ, stater att skydda barn och ungdomar med transidentiteter, eller andra könsöverskridande iden-

³¹ OHCHR, UNWomen, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, WHO (2014): Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: An interagency statement.

titeter, från diskriminering, exkludering, våld och stigmatisering och arbeta för att skapa stödjande familjer för transpersoner³².

3.2 Trans- och intersexrättigheter inom Europarådet

I Europakonventionen saknas en referens till könsidentitet, könsuttryck, könskaraktäristik eller andra ord som explicit inkluderar transpersoner och personer med intersexvariation. Däremot har Europadomstolen i en dom från 2015³³ slagit fast att transpersoner inkluderas i konventionens artikel 14, som handlar om rätten att inte diskrimineras vad gäller tillgången till de rättigheter som konventionen har etablerat. Sedan 1992 har domstolen kommit med en rad domar som positivt har tydliggjort transpersoners rättigheter. Den senaste domen kom så sent som april 2017 (se nedan).

Också andra mekanismer inom Europarådet har tagit ställning för transpersoners och personer med intersexvariationers rättigheter. Kommissionären för mänskliga rättigheter har givit ut flera betydelsefulla publikationer och 2010 kom en banbrytande rekommendation från ministerrådet. Här redogör vi för innehållet i några av dessa.

3.2.1 Europakonventionen och domar från Europadomstolen

Enligt regeringsformen 2 kap. 19 § får svensk lag inte strida mot Europakonventionen, om det inte rör sig om en konflikt mellan själva regeringsformen och konventionen. Det är dock möjligt för personer vars rättigheter skyddas av konventionen att också i sådana fall driva sina fall i svenska domstolar³⁴. Europakonventionen är alltså både gällande svensk rätt och internationell rätt, och individer kan driva sina fall både i Sverige och till Europadomstolen om deras rättigheter har kränkts.

Flera rättigheter i Europakonventionen är av särskild vikt för transpersoner och personer med intersexvariation: skydd mot tortyr och nedvärderande behandling (artikel 3); rätt till frihet och säkerhet

³² www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21622&LangID=E (hämtad 2017-10-14)

³³ *Identoba and others v. Georgia*, (no. 73235/12), dom 12 maj 2015

³⁴ Se bland annat Ian Cameron, *Introduction to the European Convention on Human Rights* (7 edition, Iustus 2014)

(artikel 5); rätten till privat- och familjeliv (artikel 8) och frihet från diskriminering (artikel 14). Europadomstolens Grand Chamber, den högsta beslutsfattande instansen, har klargjort att staterna har ett begränsat tolkningsutrymme när det gäller statens ansvar att skydda individers rätt till privatliv. Staterna har också en plikt att skydda barn från skada i situationer där staten kände till risken för skada, eller borde ha känt till den³⁵.

Vad gäller rätten till juridiskt erkännande av könsidentitet har domstolen slagit fast att även om det inte finns konsensus hos medlemsstaterna kring exakt hur rättigheterna på området ska utformas, så ska den vetenskapliga och samhällseliga utvecklingen följas och analyseras. Särskilt ska också proportionaliteten analyseras när det gäller lagstiftning på områden som berör intrång i en individs privatliv³⁶.

I april 2017 kom den senaste betydelsefulla domen gällande transpersoners rättigheter från Europadomstolen. Det gällde tre separata fall från Frankrike och frågan om rätten att ändra namn och juridiskt kön utan att genomgå ett ingrepp som med stor sannolikhet skulle leda till sterilitet³⁷. Domstolen ansåg att kraven från Frankrike på att de sökande måste genomföra ingreppet innebar en kränkning av artikel 8, rätten till privatliv, vad gällde sökande två och tre. Domstolen ansåg dock samtidigt att det inte hade inneburit någon kränkning av artikel 8 att Frankrike ställde krav på sökande två att bevisa att hen "led av könsidentitetsstörning", eller att krav hade ställt på sökande ett att genomgå en medicinsk undersökning. Dock betonades att Frankrikes krav hade inneburit att rätten att fullt ut åtnjuta rätten till privatliv hade villkorats av att göra avkall på rätten till den personliga integriteten.

I den tidigare nämnda domen från 2015, *Identoba and others v. Georgia*, klargörs också att transpersoner inkluderas i skyddet under artikel 3, förbud mot tortyr (eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning). Skyddet gäller mot handlingar utförda såväl av statens representanter, som av privata aktörer eller individer. Artikel 3 lämnar inget tolkningsutrymme för stater och domen är därför betydelsefull.

³⁵ Jmf *Söderman v. Sverige* (GC) no. 5786/08 (2013).

³⁶ Jmf *Goodwin v UK* (GC), no. 28957/95, och *Van Kück v Tyskland*, no. 35968/97.

³⁷ *A.P.*(no. 79885/12), *Garçon* (no. 52471/13) and *Nicot v. France* (no. 52596/13), dom 6 april 2017.

2015 kom också en annan dom som klargjorde att det innebär en kränkning av artikel 8 att kräva att en person är steril för att personen ska få genomgå könsbekräftande behandlingar³⁸.

Tidigare domar från domstolen har bland annat gällt rätten att gifta sig i sitt nya juridiska kön³⁹ och rätten att få tillgång till tillräcklig könsbekräftande vård, inklusive inte bara kirurgi utan också till exempel hormonbehandling och hårborttagning⁴⁰.

Europadomstolen har i ett par fall, som inte direkt gällt transpersoner eller personer med intersexvariation, men ändå kan vara vägledande vad gäller domstolens uppfattning gällande frågor som berör dessa, haft uppfattningen att också mindre ingripanden av vårdpersonal i personers fysiska integritet kan vara ett brott mot artikel 8⁴¹.

3.2.2 Istanbulkonventionen

Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet (CETS no. 210) öppnades för undertecknande i maj 2011 i Istanbul av Europarådets ministerråd och kallas ofta Istanbulkonventionen. Konventionen handlar inte direkt om transpersoners rättigheter, men den är det första juridiskt bindande regionala instrumentet som explicit refererar till könsidentitet i sin antidiskrimineringsartikel, som här är artikel 4(3). I Sverige trädde konventionen i kraft i november 2014.

I en förklarande rapport till konventionen utvecklas uttolkningen av begreppet ”könsidentitet”. Bland annat sägs, i paragraf 53, att människor kan bli diskriminerade på grund av sin könsidentitet, vilket definieras som ”könet de identifierar sig med inte är detsamma som det som tilldelades dem vid födseln. Detta inkluderar kategorier som transpersoner, transsexuella, ’cross-dressers’, transvestiter och andra personer som inte motsvarar det samhället anser hör till ’manliga’ eller ’kvinnliga’ kategorier” (vår översättning)⁴².

³⁸ Y.Y. v. Turkey (no. 14793/08), dom 10 mars 2015.

³⁹ Goodwin and I v UK (no. 28957/95 och 25680/94), dom 11 juli 2002.

⁴⁰ L. v. Lithuania (no. 27527/03), dom 11 september 2007.

⁴¹ Till exempel Storck v. Germany, application No. 61603/00, dom 16 juni 2005; Glass v. United Kingdom, application No. 61827/00, dom 9 mars 2004.

⁴² Ministers’ Deputies, Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Explanatory report), 7 April, 2011, CM(2011)49addfinal, para 53.

Enligt artikel 5.2 har stater som anslutit sig till konventionen ett ansvar för att vidta nödvändiga lagstiftningsåtgärder och andra åtgärder för att förebygga, utreda, straffa och gottgöra våldshandlingar som omfattas av konventionen (bland annat psykiskt och fysiskt våld, tvångsäktenskap, tvångsabortering och tvångssterilisering) och begås av icke-statliga aktörer. Staterna ska också på nationell nivå anta och genomföra en effektiv, omfattande och samordnad politik för att förebygga och bekämpa alla former av våld mot kvinnor och våld i hemmet (artikel 7). Civila samhällets arbete på området ska stödjas (artikel 9) och staterna ska utse eller inrätta offentliga organ som ansvarar för att samordna, genomföra, bevaka och utvärdera politiken och åtgärderna på området (artikel 10).

Konventionen innehåller också bestämmelser om förebyggande åtgärder, bland annat om utbildning av yrkesgrupper som kommer i kontakt med brottsoffer eller förövare (artikel 15), och om åtgärder som ska syfta till skydd. Bland annat finns en artikel om tillgång till skyddat boende (artikel 23). De förebyggande åtgärderna och åtgärderna gällande stöd och skydd ska genomföras på ett sätt som tar särskilt utsatta personers särskilda behov i beaktande (artikel 12.3 och 18.3) och dessa grupper specificeras i den förklarande rapporten så som varandes bland annat personer med funktionsvariation, äldre, barn, gravida, personer med missbruksproblematik och hbtq-personer.

Implementeringen av konventionen övervakas av en expertgrupp, GREVIO, och de anslutna staterna ska rapportera till gruppen om sitt arbete. Sverige ska rapportera i november 2017⁴³.

Den 12 september 2017 röstade Europaparlamentet ja till att EU ska ratificera och implementera konventionen. I rapporten som ledde fram till beslutet nämns lesbiska och bisexuella kvinnor, transkvinnor och kvinnor med intersexvariation explicit som en särskilt utsatt grupp vars behov måste beaktas i arbetet. Dessutom rekommenderas kommissionen att revidera EU:s lagstiftning så att hatbrott mot personer med anledning av deras sexuella läggning, könsidentitet och könskaraktäristika inkluderas⁴⁴.

⁴³ nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/mans-vald-mot-kvinnor-ett-globalt-perspektiv/istanbulkonventionen/ (hämtad 20170912).

⁴⁴ www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A8-2017-0266+0+DOC+PDF+V0//EN (hämtad 2017-09-20).

3.2.3 Resolutioner från Europarådets parlamentariska församling

I oktober 2017 antog PACE, Parliamentary Assembly of Council of Europe, Europarådets parlamentariska församling, en resolution om mänskliga rättigheter och personer med intersexvariation⁴⁵. Resolutionen uppmanar medlemsstaterna att förbjuda ”medicinskt onödiga, normaliserande kirurgiska ingrepp” och andra behandlingar som utförs på små barn och unga utan deras tydliga samtycke. I rapporten som resolutionen bygger på, konstateras bland annat att barns kroppsliga integritet och självbestämmande måste skyddas genom att utveckla vården, tillsammans med organisationer som arbetar för personer med intersexvariation. Resolutionen uppmanar dessutom staterna att göra registrering av kön valfritt för alla, och att erbjuda flera olika alternativ till registrerat juridiskt kön.

I april 2015 antog PACE en resolution som beskriver situationen för transpersoner i Europa och ger rekommendationer till Europarådets medlemsstater⁴⁶.

I resolutionen uttrycks oro över de kränkningar av grundläggande rättigheter, som rätten till privatliv och till fysisk integritet, som förekommer i staters krav på personer som ansöker om att ändra juridiskt kön. Särskilt noteras förekommande krav på sterilisering, skilsmässa, vissa medicinska behandlingar, diagnoser eller en särskild period då den person som ansöker måste visa att den under en viss tid har ”levt i” det kön som personen önskar ändra sitt juridiska kön till, något som ibland kallas för ett ”real life test”. Den problematiska administrativa bördan för personer som bytt juridiskt kön noteras också.

Som en positiv kontrast nämns bland annat stater som baserar sin lagstiftning på självdefinition och rätten att få sin könsidentitet juridiskt erkänd.

Vad gäller åtgärder mot diskriminering uppmanas staterna att explicit förbjuda diskriminering på grund av könsidentitet och inkludera situationen för transpersoner i mandatet till nationella mänskliga rättigheter-institutioner, implementera internationella standarder för mänskliga rättigheter, inklusive domar från Europadomstolen,

⁴⁵ Resolution 2191 (2017) Promoting the human rights of and elimination discrimination against intersex people.

⁴⁶ Resolution 2048 (2015) Discrimination against transgender people in Europe.

samla in och analysera information om situationen för transpersoners mänskliga rättigheter, inklusive diskrimineringsfall och förekomsten av hatbrott, introducera hatbrottslagstiftning som inkluderar transpersoner och utbilda aktörer inom rättsväsendet, erbjuda effektivt skydd mot diskriminering på grund av könsidentitet till exempel på arbetsmarknaden och vid tillgång till boende och sjukvård, involvera och konsultera transpersoner och organisationer som representerar dem när lagstiftning och andra åtgärder som berör dem ska införas och implementeras.

Medlemsstaterna uppmanas också att utveckla snabba, transparenta och tillgängliga tillvägagångssätt, baserat på självdefinition, för byte av juridiskt kön. Att ändra juridiskt kön ska också göras tillgängligt för alla personer som önskar sig detta, oavsett till exempel ålder, medicinsk diagnos och personlig ekonomisk situation. Det ska också vara möjligt att på samma tillgängliga sätt genomföra ändringarna på alla relevanta dokument, som till exempel id-kort, pass och betyg. Staterna uppmanades också att förbjuda steriliseringar och andra tvingande medicinska behandlingar, liksom psykiatriska diagnoser, som krav för att kunna ändra juridiskt kön. Regler som hindrar rätten för transpersoner att fortsätta vara gifta, eller som leder till att personer som är gifta med transpersoner eller deras barn förlorar rättigheter, ska också tas bort.

Andra rekommendationer till medlemsstaterna är att överväga att införa ett tredje alternativ för juridiskt kön för de som önskar, och att göra könsbekräftande behandlingar, inklusive hormonbehandlingar, kirurgi och psykologiskt stöd, tillgängliga och finansierade av det offentliga. Staterna uppmanas också att explicit inkludera transpersoner i forskning om suicidprevention och åtgärder på detta område, liksom att utforska alternativa modeller för könsbekräftande vård, baserad på informerat samtycke. Nationella klassifikationsmanualer för sjukdomar bör justeras, och staterna medverka till förändring av internationella manualer, för att säkerställa att transpersoner inte klassificeras som psykiskt sjuka, och garanteras tillgång till vård fri från stigmatisering.

Staterna rekommenderas också att arbeta med informationsspridning om transpersoners mänskliga rättigheter och om diskriminering mot transpersoner, genom informationskampanjer och genom utbildning av till exempel lärare, poliser, psykologer, psykiatriker och

allmänläkare. Särskilt fokus bör ligga på kravet på respekt för privatlivet.

2013 antogs en annan resolution från Europarådets parlamentariska församling, om tvångssteriliseringar⁴⁷. Resolutionen innehöll tydliga ställningstaganden om att tvångssteriliseringar innebär grava kränkningar av mänskliga rättigheter och inte kan accepteras bland Europarådets medlemsstater.

I resolutionen konstateras bland annat att definitionen av ”tvång” (engelskans ”coerced”) är under utveckling inom internationell mänskliga rättigheter-lagstiftning, men att den utgår från situationer där informerat samtycke saknats. Även om en person har skrivit på ett dokument om samtycke kan det anses ha förelegat en tvångssituation om personen har blivit felinformerad eller manipulerad eller utsatts för ekonomiska eller andra påtryckningar. Ibland anses till och med tvång ha förelegat om situationen där beslutet om sterilisering fattades präglades av till exempel en maktobalans, som mellan en läkare och en patient.

Resolutionstexten konstaterar vidare att det är nödvändigt att, för att motverka framtida liknande övergrepp, arbeta förebyggande med att förändra attityder och fördomar mot människor som framstår som annorlunda. Inom sjukvården finns behov av att arbeta mot ”paternalistiska attityder” som möjliggör övergrepp.

Den parlamentariska församlingen anser vidare att offer för tvångssteriliseringar ska ges upprättelse genom officiella ursäkter och åtminstone symbolisk kompensation. Församlingen uppmanar medlemsstaterna att förändra sina lagar och policys så att ingen form av tvångssterilisering längre kan förekomma; säkerställa upprättelse för offren; be om ursäkt offentligt; och arbeta för att säkerställa att sjukvården erbjuder evidensbaserad vård baserad på informerat samtycke.

Samma år, 2013, antogs ytterligare en resolution av Europarådets parlamentariska församling, om barns rätt till fysisk integritet⁴⁸. I resolutionen berörs kvinnlig könsstympning, omskärelse av pojkar av religiösa skäl, tidiga medicinska ingrepp på barn med intersexvariationer och ofrivilliga tatueringar, piercings och plastikkirurgiska ingrepp på barn. Församlingen rekommenderar medlemsstaterna att

⁴⁷ Resolution 1945 (2013) Putting an end to coerced sterilisations and castrations.

⁴⁸ Resolution 1952 (2013), Children’s right to physical integrity.

arbeta för förbättrad medvetenhet kring riskerna dessa företeelser kan ha för barns hälsa och att utöka det rättsliga skyddet för barn.

Staterna uppmanas bland annat att undersöka förekomsten av de olika kategorierna av icke-medicinskt motiverade operationer och ingrepp och besluta om vad som borde göras utifrån ett tydligt barnrättsperspektiv; initiera medvetandehöjande åtgärder och utbildning om alternativ till vissa av ingreppen inom bland annat sjukvården; ta initiativ till forskning för att öka kunskapen om situationen för personer med intersexvariationer, säkerställa att ingen utsätts för onödiga medicinska eller kirurgiska behandlingar som är kosmetiska snarare än nödvändiga för hälsan under spädbarnstiden eller barndomen, garantera kroppslig integritet, autonomi och självbestämmande för berörda personer och erbjuda familjer med barn med intersexvariation nödvändigt stöd. Staterna uppmanas också att öka medvetenheten om att säkerställa att barn själva, när det är möjligt, är delaktiga i beslut som rör deras fysiska integritet och att anta lagstiftning som säkerställer att vissa operationer och praktiker inte utförs innan ett barn är gammalt nog för att vara delaktigt i beslutet.

3.2.4 Ministerrådets rekommendation

2010 antog Europarådets ministerråd en rekommendation till medlemsstaterna, gällande arbetet mot diskriminering på grund av sexuell läggning eller könsidentitet⁴⁹. Dokumentet är ett framförhandlat, men ej bindande dokument, som fortfarande gäller. En första återrapporteringsrunda genomfördes 2013⁵⁰ och en ny är planerad till 2018. I utredningens direktiv nämns rekommendationen särskilt.

Rekommendationen innehåller uppmaningar till staterna att bland annat utvärdera sin lagstiftning regelbundet och samla in information för att övervaka diskrimineringen och avhjälpa den; införa ny lagstiftning och vidta andra åtgärder för att motarbeta diskriminering; samt säkerställa att de som diskriminerats känner till och har tillgång till effektiv hjälp.

⁴⁹ Recommendation CM/REC(2010)5 of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity, antagen 31 mars 2010.

⁵⁰ Återrapporteringarna är tillgängliga på www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/Others_issues/LGBT/Follow_up_en.asp

Rekommendationen innehåller specifika uppmaningar på ett antal områden. Här redogör vi för några av åtagandena som är särskilt relevanta för Sverige och transpersoners rättigheter:

- Rätten till liv, säkerhet och skydd mot våld. Staterna uppmanas att vidta åtgärder för att säkerställa att hbtq-personer skyddas mot hatbrott, inklusive hetsande tal (engelskans "hate speech"). Bland annat ska staterna se till att aktörer inom rättsväsendet har tillräcklig kunskap för att kunna identifiera hatbrott så att offer kan anmäla dem och få upprättelse och stöd. Åtgärder ska vidtas för att motarbeta hatbrott, inklusive hetsande tal i medier och på nätet. Staterna ska också samla in statistik på ett tillfredsställande sätt.
- Rätten till respekt för privat- och familjeliv. Staterna rekommenderas att regelbundet utvärdera krav, inklusive krav på fysiska förändringar, som ställs upp för att en person ska få ändra juridiskt kön, för att kunna avlägsna krav som är "kränkande". Staterna ska också vidta åtgärder för att säkerställa det fulla rättsliga erkännandet av en persons könskorrigering på alla livets områden, särskilt genom att göra det möjligt att byta namn och juridiskt kön på ett snabbt, transparent och tillgängligt sätt. Där det är lämpligt ska staterna också säkerställa att också icke-statliga aktörer, som till exempel utbildningsanordnare, genomför ändringarna på viktiga dokument. Staterna ska också, med hänsyn till barnets bästa, säkerställa att beslut om vårdnaden om barn inte är diskriminerande.
- Anställning. Staterna ska säkerställa att det finns ett effektivt skydd mot diskriminering, och att detta särskilt ska skydda transpersoners privatliv så att tidigare juridiskt kön eller namn inte måste avslöjas i till exempel anställningssituationer.
- Utbildning. Staterna ska lagstifta och vidta andra åtgärder för att säkerställa att alla barn kan ta del av utbildning utan att utsättas för våld, mobbning, social exkludering eller annan diskriminerande eller nedlåtande behandling på grund av sexuell läggning eller könsidentitet.
- Hälsa. Staterna ska lagstifta och vidta andra åtgärder för att säkerställa att den högsta uppnåeliga hälsostandarden kan åtnjutas av alla, oavsett sexuell läggning och könsidentitet. Hbtq-personers särskilda behov ska särskilt tas hänsyn till när det gäller nationella

åtgärder på hälsoområdet, som till exempel suicidpreventionsplaner, hälsoenkäter, medicinska läroplaner och vid utvärderingar av hälso- och sjukvården. Transpersoner ska ha tillgång till könsbekräftande vård, inklusive expertis inom psykologi, endokrinologi och kirurgi, utan att utsättas för orimliga krav. Ingen ska utsättas för behandlingar personen inte samtyckt till. Beslut om att inskränka de offentligt finansierade delarna av den könsbekräftande vården ska vara lagliga, objektiva och proportionerliga.

- Sport. Homofobi, transfobi och diskriminering inom idrotten är oacceptabelt och ska bekämpas. Sportaktiviteter och idrottsanläggningar ska vara tillgängliga för alla. Dialog ska föras med idrottsklubbar för att jobba med medvetandehöjande åtgärder mot diskriminering.
- Rätt att söka asyl. Staterna ska särskilt säkerställa att asylsökande inte skickas till ett land där deras liv eller frihet hotas, eller där de riskerar att utsättas för tortyr, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, på grund av sexuell läggning eller könsidentitet.
- Nationella strukturer för mänskliga rättigheter. De funktioner som finns inom staten ska ha ett tydligt mandat att arbeta mot diskriminering på grund av sexuell läggning och könsidentitet. De ska särskilt ha möjlighet att komma med rekommendationer om lagstiftning, arbeta med medvetandehöjning mot allmänheten, och undersöka individuella klagomål, samt initiera rättsfall.

3.2.5 Rekommendationer från Europarådets kommissionär för mänskliga rättigheter

Mänskliga rättigheter och personer med intersexvariation

2015 publicerade Europarådets kommissionär en skrift med fakta och ställningstaganden gällande mänskliga rättigheter för personer med intersexvariation⁵¹. Rapporten är en uppföljning av ett tidigare

⁵¹ Human rights and intersex people. Issue paper published by the Council of Europe Commissioner for Human Rights, 2015

mindre omfattande dokument från 2014⁵² och innehåller beskrivningar av situationen för personer med intersexvariation vad gäller bland annat registrering av juridiskt kön, diskriminering och medicinska ingrepp och ger en vägledning utifrån ett mänskliga rättigheter-perspektiv. Kommissionären ger också ett antal rekommendationer till stater, som handlar i huvudsak om två olika områden: att få stopp på ”medicinskt onödiga” behandlingar som genomförs utan samtycke; och att ge förslag på hur diskrimineringskyddet för personer med intersexvariation kan stärkas. Kommissionären ger åtta olika rekommendationer (våra översättningar):

1. Medlemsstaterna uppmanas att inte längre genomföra onödiga ”normaliserande” behandlingar, som till exempel kirurgiska ingrepp som inte kan återställas och steriliseringar, om inte den berörda personen själv haft möjlighet att samtycka till behandlingen. Personer med intersexvariation ska få tillgång till den könsbekräftande vård de själva önskar från en ålder då de själva kan uttrycka sitt samtycke.
2. Personer med intersexvariation och deras familjer ska erbjudas stöd, inklusive stöd från andra i liknande situation. Personernas tillgång till sina egna medicinska journaler måste säkras.
3. Nationella och internationella medicinska klassifikationer som patologiserar variationer i könsutvecklingen borde ses över för att avlägsna hinder för personer med intersexvariation att åtnjuta sina mänskliga rättigheter, inklusive rätten till bästa möjliga hälsa.
4. Staterna rekommenderas att göra det möjligt för personer med intersexvariation att få juridiskt erkännande för den självdefinierade könsidentiteten, att göra det enkelt att ändra juridiskt kön i officiella dokument och att göra det möjligt att inte tvingas välja mellan endast manlig eller kvinnlig könsmarkör. Staterna uppmanas också att generellt beakta proportionaliteten vad gäller krav på att ange kön i officiella dokument.

⁵² A boy or a girl or a person – intersex people lack recognition in Europe, Human Rights Comment, 2014

5. Kommissionären rekommenderar också att ”könskaraktäristik” explicit ska inkluderas i hatbrottslagstiftning och diskrimineringslagstiftning, som en egen diskrimineringsgrund eller som tydligt inkluderat i diskrimineringsgrunden kön.
6. Nationella diskrimineringsombudsmän och liknande funktioner ska aktivt arbeta med frågor som rör situationen för personer med intersexvariation, inklusive gällande möjligheten att få upprättelse rättsligt för tidigare kränkningar.
7. Staterna borde genomföra forskning om situationen för personer med intersexvariation, bland annat vad gäller behovet av skydd för de mänskliga rättigheterna. De berörda personerna och organisationer som representerar dem borde aktivt involveras i forskningen som rör dem och i utvecklandet av åtgärder som förbättrar respekten för deras mänskliga rättigheter.
8. Stater som har utsatt personer med intersexvariation för kränkningar borde erkänna detta och kompensera de berörda personerna, samt säkerställa att mänskliga rättigheter inte kränks fortsättningsvis.

Rapport om diskriminering av hbtq-personer

2011 publicerades resultaten av en stor studie om hbtq-personers situation i Europarådets medlemsstater⁵³. Såväl lagstiftning som den sociala situationen hade studerats på sex olika områden: Attityder och uppfattningar; rättslig standard och implementering av denna; skydd: våld och asyl; deltagande: demonstrationsfrihet, yttrandefrihet och organisationsfrihet; privatliv: erkännande av könsidentitet och familjeliv; tillgång till hälso- och sjukvård, utbildning och anställning. I rapporten framfördes också ett flertal rekommendationer på dessa områden, samt vad gäller forskning och datainsamling.

Många av dessa rekommendationer är snarlika dem som gjordes redan 2009 i rapporten gällande transpersoners mänskliga rättigheter (se nedan). Här nämner vi några av de rekommendationer som är relevanta ur ett svenskt transperspektiv och som inte återfinns nedan.

⁵³ Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe.

På området rättslig standard och implementering av denna rekommenderade kommissionären att stater undertecknar och ratificerar tilläggsprotokoll nummer 12 till Europakonventionen, samt att effektiviteten och implementeringen av lagstiftning på antidiskrimineringsområdet ska övervakas. Inom området gällande skydd (våld och asyl) rekommenderas staterna att utbilda aktörer inom rättsväsendet om hatbrott, samt anställda inom migrationsmyndigheterna i frågor om asylsökande hbtq-personers situation. Situationen för asylsökande hbtq-personer i boenden för asylsökande ska också ses över.

På området tillgång till hälso- och sjukvård, utbildning och anställning betonas bland annat vikten av att ta bort krav på att få en psykiatrisk diagnos för att få tillgång till vård, att personer som utbildar sig till ett yrke inom hälso- och sjukvård måste få kunskap om hbtq-personers behov, att könskorrigering behandlings borde göras tillgängliga baserat på informerat samtycke, och att särskilda satsningar borde göras för att få stopp på exkluderandet och diskriminering av transpersoner på arbetsplatser.

Vad gäller forskning och datainsamling betonas behovet av att systematiskt samla in fakta om diskriminering genom att bland annat inkludera hbtq-relaterade frågor i attitydundersökningar.

Mänskliga rättigheter och könsidentitet

2009 publicerade kommissionären en skrift om mänskliga rättigheter och könsidentitet⁵⁴. Skriften berör, utifrån gällande lagstiftning i olika länder, frågor om könsidentitet som diskrimineringsgrund i Europarådets medlemsstater, juridiskt erkännande av könsidentitet, familjepolitiska frågor, tillgång till hälso- och sjukvård, tillgång till arbetsmarknaden, transfobiskt våld och situationen för asylsökande transpersoner. Den existerande lagstiftningen är i många fall djupt problematisk utifrån ett mänskliga rättigheter-perspektiv, enligt kommissionären.

Bland annat nämns förekomsten av tvångssteriliseringar, tvång på medicinska diagnoser för att få ändra juridiskt kön, tvångsskilmässa och olika hinder vad gäller rätten att uppnå bästa möjliga hälsa, som till exempel stigmatiserande diagnoser, brist på tillgång till offent-

⁵⁴ Human Rights and Gender Identity. CommDH/IssuePaper(2009)2.

ligt finansierad vård eller krav på att till exempel framträda på ett stereotypt sätt för att uppfylla krav för att få tillgång till vård. Diskriminering och kränkande bemötande på arbetsmarknaden var ett annat problem, liksom utsatthet för våld och hatbrott. Särskilt nämndes också situationen för asylsökande transpersoner och bristen på lagstiftning där de explicit nämns så som tillhörande särskilda grupper i behov av skydd, samt tillgång till tryggade boenden. Problem vid resor och förflyttningar generellt togs också upp.

Kommissionären pekade på att transpersoners åtnjutande av mänskliga rättigheter länge hade ignorerats och kränkts och att när det fanns lagstiftning på plats inkluderade denna oftast bara transsexuella personer, medan övriga i gruppen lämnades utanför. Det var anledningen till framtagandet av skriften. Kommissionären konstaterade också att det fanns en stor brist på kunskap och att en stor jämförande studie därför hade lanserats (se ovan).

I skriften lämnades 12 rekommendationer till Europarådets medlemsstater:

1. Implementera internationell mänskliga rättigheter-standard utan någon form av skillnad i tillämpning mellan människor och introducera diskrimineringsgrunden könsidentitet. Använd Yogyakarta-principerna som guide för implementeringen;
2. Introducera hatbrottslagstiftning som uttryckligen inkluderar skydd för transpersoner;
3. Skapa snabba och transparenta processer för att ändra namn och juridiskt kön i pass, id-kort, intyg från utbildningar, och andra liknande dokument;
4. Förbjud lagkrav på sterilisering och annan obligatorisk medicinsk behandling för att erkänna en persons könsidentitet juridiskt;
5. Gör könsbekräftande behandlingar, som till exempel hormonbehandlingar, kirurgi och psykologiskt stöd, tillgängliga och bekostade av det offentliga;
6. Ta bort alla begränsningar vad gäller rätten för transpersoner att fortsätta vara gifta efter ändrat juridiskt kön;
7. Förbered och implementera policier som bekämpar diskriminering och exkludering av transpersoner på arbetsmarknaden, inom utbildning och i hälso- och sjukvården;

8. Involvera och konsultera transpersoner och deras organisationer när policies och lagar som berör dem tas fram;
9. Utbilda om transpersoners mänskliga rättigheter och diskriminering baserad på könsidentitet, till exempel genom kampanjer;
10. Ordna med utbildning till aktörer inom hälso- och sjukvården, till exempel psykologer, psykiatriker och allmänläkare, om transpersoners behov och rättigheter och kravet på att respektera transpersoners värdighet;
11. Inkludera frågor om transpersoners mänskliga rättigheter i det arbete som utförs av aktörer som arbetar för likabehandling och mänskliga rättigheter;
12. Utveckla forskningsprojekt för att samla in och analysera data om situationen för transpersoners mänskliga rättigheter, inklusive erfarenhet av diskriminering och intolerans.

3.3 EU:s lagstiftning och arbete för lika rättigheter för transpersoner och personer med intersexvariation

I Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna⁵⁵ finns inte könsidentitet eller könsuttryck explicit inkluderat, men i artikel 21 som förbjuder diskriminering finns en öppen lista, som bland annat nämner kön och sexuell läggning. Transpersoner som planerar att ändra juridiskt kön och genomgå könsbekräftande behandling, eller har gjort det, skyddas av EU:s lagstiftning mot könsdiskriminering, på de områden där EU har mandat att lagstifta⁵⁶.

Diskrimineringsgrunderna könsidentitet och könsuttryck har sedan 2011 inkluderats uttryckligen i några EU-direktiv på ett par specifika områden (se nedan). På de flesta områden som direkt berör transpersoners rättigheter och levnadsvillkor finns däremot inte, åtminstone inte än så länge, någon lagstiftning på EU-nivå som in-

⁵⁵ 2000/C 364/01.

⁵⁶ Se tex EU Fundamental Rights Agency, Being Trans in the European Union (2014, s. 19 och 21), samt P v S and Cornwall County Council, C-13/94 (1996).

kluderar alla transpersoner. Inget av de anti-diskrimineringsdirektiv⁵⁷ som har antagits inkluderar diskrimineringsgrunderna könsidentitet eller könsuttryck, men direktiven som gäller tillgång till varor och tjänster och likabehandling i arbetslivet inkluderar åtminstone transsexuella. I en rapport om implementeringen av direktiv som gäller tillgång till varor och tjänster 2015 klargjorde dock kommissionen att all lagstiftning som förbjuder diskriminering på grund av könsbekräftande vård ska tolkas så att den inkluderar förbud mot diskriminering på grund av könsidentitet⁵⁸.

Efter en rapport om transpersoner och personer med intersexvariationer som togs fram av kommissionen 2012⁵⁹, har såväl Europeiska unionens råd och Europaparlamentet uttryckt uppfattningen att framtida lagstiftning måste skydda hela gruppen transpersoner och personer med intersexvariation mot diskriminering⁶⁰. Sedan 2014 har också parlamentet två gånger uppmanat medlemsstaterna att upphöra med medicinskt onödiga ingrepp på barn med intersexvariation som inte gett sitt medgivande⁶¹. EU:s byrå för grundläggande rättigheter har också kritiserat dessa praktiker och uppmanat till en omvärdering vad gäller ett binärt system vad gäller registrering av kön⁶².

I den årliga rapporten om jämställdhetsarbetet i EU som antogs av Europaparlamentet i mars 2017⁶³, finns en tydlig inkludering av hbtqi-personer. Parlamentet uppmanar kommissionen att inkludera hets på grund av sexuell läggning, könsidentitet och könskaraktäris-

⁵⁷ De mest centrala är: Direktiv 2000/78/EC (om inrättande av en allmän ram för likabehandling); Direktiv 2000/43/EC (om genomförandet av principen om likabehandling av personer oavsett deras ras eller etniska ursprung); Direktiv 2006/54/EC (om genomförandet av principen om lika möjligheter och likabehandling av kvinnor och män i arbetslivet, om arbetning); Direktiv 2004/113/EC (om genomförande av principen om likabehandling av kvinnor och män när det gäller tillgång till och tillhandahållande av varor och tjänster).

⁵⁸ ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/law_reviews/directive_2004_113_report_en.pdf

⁵⁹ S. Agius och C. Tobler, *Trans and Intersex People: Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression* (2012).

⁶⁰ Europeiska unionens råd, *Guidelines to promote and protect the enjoyment of all human rights by lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) persons*, 11153/13 COHOM 125 COPS 240 PESC 728; Europaparlamentets resolution den 4 februari 2014 om EU:s färdplan mot homofobi och diskriminering på grund av sexuell läggning och könsidentitet (201372183 (INI)).

⁶¹ Betänkande om jämställdhet mellan kvinnor och män i Europeiska unionen 2014–2015 (2016/2249 (INI)); Europaparlamentets resolution den 14 februari 2017 om främjande av jämställdhet inom psykisk hälsa och klinisk forskning (2016/2096 (INI)).

⁶² EU Fundamental Rights Agency, *The fundamental rights situation of intersex people* (2015).

⁶³ A8-0046/2017.

tika i lagstiftningen mot hets mot folkgrupp. Rapporten poängterar också att den framtida strategin för EU:s arbete med jämställdhet borde inkludera transpersoner och personer med intersexvariation. Medlemsstaterna uppmanas att inkludera diskrimineringsgrunderna könsidentitet och könskaraktäristika i sin egen jämställdhetslagstiftning, när EU-direktiv implementeras. Rapporten adresserar också situationen för asylsökande hbtqi-personer och poängterar att dessa ska få stöd i alla stadier av migrationsprocessen, inklusive förflyttning om deras säkerhet hotas, psykologiskt stöd och omedelbart erkännande av sin könsidentitet under asylprocessen.

3.3.1 EU:s lagstiftning på asylrättsområdet

Det första EU-direktivet som explicit inkluderade diskrimineringsgrunden könsidentitet var det så kallade skyddsgrundsdirektivet 2011 (2011/95/EU), en omarbetning av ett äldre direktiv. Förutom att det var ett framsteg på asylrättsområdet för asylsökande transpersoner var det betydelsefullt också i ett större perspektiv att en explicit skrivning om könsidentitet fanns med i ett direktiv.

Diskrimineringsgrunden finns med i ett sammanhang där ett resonemang förs om vikten av att introducera en gemensam tolkning av vad förföljelsegrunden ”tillhörighet till en särskild samhällsgrupp” (vår översättning) innebär. När en sådan grupp ska definieras ska hänsyn tas till problem som kan ha uppstått på grund av till exempel den asylsökandes ”kön, inklusive könsidentitet och sexuell läggning, och som kan ha samband med till exempel vissa lagliga traditioner och sedvänjor och resultera i till exempel könsstympning, tvångssterilisering eller tvångsabort” så länge som de hänger samman med den sökandes välgrundade rädsla för förföljelse.

Ett annat betydelsefullt direktiv på asylrättsområdet är direktivet som behandlar gemensamma förfaranden för att bevilja och återkalla skydd (2013/32/EU), som också det är en omarbetning av ett äldre direktiv. I detta direktiv som antogs 2013 anges att personer som genomför intervjuer med asylsökande ska vara utbildade i hbtq-frågor. I artikel 15 stadgas att den som genomför intervjun ska ha tillräcklig kompetens för att kunna ta hänsyn till de personliga och generella omständigheterna i en ansökan, ”inklusive vad gäller den

sökandes kulturella ursprung, kön, sexuella läggning, könsidentitet eller sårbarhet” (vår översättning).

EU:s lagstiftning på asylområdet är under omarbetning och skyddsgrundsförordningen (KOM(2016) 466), antogs av kommissionen 13 juli 2016. Syftet med denna förordning anges vara en ökad harmonisering mellan medlemsstaterna vad gäller bedömningar av asylansökningar och att säkerställa att rättigheterna för asylsökande är desamma i alla länder. Förändringen är en del av reformen av hela det gemensamma asylsystemet och förhandlingar är klara att inledas⁶⁴.

3.3.2 Brottsofferdirektivet

Den 25 oktober 2012 antogs brottsofferdirektivet (2012/29/EU), som ersatte ett äldre beslut (2001/220/JHA). Direktivet behandlar vilken minimistandard som ska gälla vad gäller rättigheter till, stöd för och skydd av brottsoffer. I detta direktiv nämns såväl könsidentitet som könsuttryck, vilka båda ska vara skyddade diskrimineringsgrunder i arbetet mot diskriminering av brottsoffer i och med detta direktiv. I direktivet står bland annat att brottsoffer ska behandlas med ”respekt, känslighet och professionalitet, utan någon form av diskriminering baserad på någon grund, som till exempel ras, hudfärg, etniskt eller socialt ursprung, genetiska egenskaper, språk, religion eller tro, politisk eller annan uppfattning, tillhörighet till nationell minoritet, egendom, födelse, funktionsvariation, ålder, kön, könsuttryck, könsidentitet, sexuell läggning, uppehållstillståndstatus eller hälsa” (vår översättning). Det tydliggörs också att våld mot transpersoner ska ses i kontexten av annat könsbaserat våld: ”våld som begås mot en person på grund av den personens kön, könsidentitet eller könsuttryck, eller som drabbar personer av ett särskilt kön oproportionerligt ofta, kallas för könsbaserat våld” (vår översättning).

⁶⁴ www.consilium.europa.eu/sv/press/press-releases/2017/07/19-qualification-protection-standards (hämtad 2017-09-12).

4 Utredningens sammanhang

Utredningen vill i följande kapitel ge ett sammanhang och en bakgrund till de områden som vi har kartlagt och kommer att lägga förslag om. Vårt breda utredningsuppdrag berör ett flertal olika politikområden. Här beskriver vi arbetet med mänskliga rättigheter, hbtq-personers rättigheter, antidiskrimineringsarbetet, jämställdhetsarbetet och folkhälsoarbetet. Vi beskriver bland annat ansvarsfördelning, pågående arbete och kommande satsningar. I vårt kapitel med överväganden och förslag återkommer vi med bedömningar och förslag kring hur arbetet borde förändras och utvecklas.

4.1 Regeringens strategi för det nationella arbetet med mänskliga rättigheter

I oktober 2016 beslutade regeringen om sin strategi för det nationella arbetet med mänskliga rättigheter (skr. 2016/17:29). Strategin tar sin utgångspunkt i målet för politiken för mänskliga rättigheter som riksdagen antagit, nämligen att säkerställa full respekt för Sveriges internationella åtaganden om mänskliga rättigheter.

I strategin gör regeringen bedömningen att för att säkerställa full respekt för Sveriges internationella åtaganden om mänskliga rättigheter behövs en sammanhållen struktur för att främja och skydda de mänskliga rättigheterna. En sådan struktur bör bestå av ett starkt rättsligt och institutionellt skydd, ett samordnat och systematiskt arbete med mänskliga rättigheter inom offentlig verksamhet och ett starkt stöd för arbete med mänskliga rättigheter inom det civila samhället och inom näringslivet. I den lägesrapport som ingår i skrivelsen redovisas de internationella instrument om mänskliga rättigheter som Sverige tillträtt sedan 2006 och det pågående arbetet med att konkret säkerställa full respekt för Sveriges konventionsåtaganden

den om mänskliga rättigheter med utgångspunkt i 2015 års granskning av Sverige i FN:s råd för mänskliga rättigheter.

I strategin behandlas delar av de förslag som framfördes i *Ny struktur för skydd av mänskliga rättigheter* (SOU 2010:70) och de rekommendationer som gavs i *Samlat, genomtänkt och uthålligt? En utvärdering av regeringens nationella handlingsplan för mänskliga rättigheter 2006–2009* (SOU 2011:29). Betänkandena framhåller bland annat att det saknas ett helhetsgrepp i arbetet med mänskliga rättigheter, att samordningen är begränsad och att anknytningen till Sveriges konventionsåtaganden är svag. Mot den bakgrunden betonas vikten av etablerandet av en struktur som på ett hållbart sätt och med utgångspunkt i Sveriges internationella åtaganden, kan skydda och främja de mänskliga rättigheterna.

4.1.1 En nationell institution för mänskliga rättigheter

Som en del i ett starkt rättsligt och institutionellt skydd av de mänskliga rättigheterna gör regeringen i strategin bedömningen att en nationell institution för mänskliga rättigheter enligt de så kallade Parisprinciperna, bör inrättas i Sverige. Riksdagen bör vara huvudman för en sådan institution.

Enligt Parisprinciperna bör uppgifterna för institutionen bland annat inkludera att på eget initiativ eller på uppdrag lämna rekommendationer och rapporter i frågor som rör främjande och skydd av mänskliga rättigheter, lämna synpunkter på befintlig lagstiftning och på författningsförslag, samt föreslå att staten ansluter sig till internationella överenskommelser.

Sverige har i nuläget ingen institution som svarar mot Parisprinciperna. Diskrimineringsombudsmannen nedgraderas 2011 från A- till B-status av Global Alliance of National Human Rights Institutions (GANHRI), som bedömer huruvida en nationell institution uppfyller Parisprinciperna. Skälen till bedömningen var bland annat att DO:s mandat är begränsat till frågor om lika rättigheter samt att regeringen både tillsätter och kan avsätta ombudsmannen utan tydliga kriterier. Sverige accepterade rekommendationer om att inrätta en institution för mänskliga rättigheter i enlighet med Parisprinciperna i granskningen i MR-rådet 2015.

4.1.2 Ett samordnat och systematiskt arbete med mänskliga rättigheter inom offentlig verksamhet

Som en del i ett samordnat och systematiskt arbete inom offentlig sektor görs i skrivelsen bedömningen att regeringens arbete med internationell konventionsgranskning bör förbättras. Samråd med berörda aktörer, också inom civila samhället, bör därför vidgas till att omfatta förslag på åtgärder som är nödvändiga med anledning av granskningarna. Uppsala universitet har regeringens uppdrag att kompetensutveckla statligt anställda om mänskliga rättigheter och Länsstyrelsen i Dalarna har ett uppdrag att samordna och utveckla länsstyrelsernas arbete med mänskliga rättigheter.

Regeringen har också en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om att stärka arbetet med mänskliga rättigheter på kommunal nivå. Det övergripande målet för överenskommelsen är att bidra till förverkligandet av målet för politiken för mänskliga rättigheter och att bidra till Sveriges genomförande av Agenda 2030. Detta ska ske bland annat genom att öka kunskaper hos förtroendevalda och anställda samt öka integrering av mänskliga rättigheter i ordinarie processer för styrning och ledning.

4.1.3 Några konventioner och protokoll som ej tillträtts

Det fakultativa protokollet till FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter

Detta ger kommittén som bevakar staters efterlevnad av konventionen rätt att ta emot och granska klagomål från enskilda individer. Frågan om eventuell ratificering analyseras för närvarande i Regeringskansliet.

Det fakultativa protokollet till barnkonventionen om ett individuellt klagomålsförfarande

Gör det möjligt för enskilda som anser sig ha blivit utsatt för en kränkning av bestämmelser i barnkonventionen att göra en framställning om detta till kommittén. Sverige har inte undertecknat protokollet, och ett argument som framförs i skrivelsen är att Sverige vill vara säkra på att det är görligt att leva upp till åtaganden som görs.

Oavsett om Sverige ratificerar tilläggsprotokollet eller inte så är det av vikt att det finns nationella system för att se till att rättigheterna är tillvaratagna.

Tilläggsprotokoll 12 till Europakonventionen

Protokollet innehåller ett generellt förbud mot diskriminering avseende alla rättigheter som erkänns i nationell lag. Sverige har hittills ansett att protokollet är för allmänt hållet och har ett för brett tillämpningsområde. Utvärderaren av handlingsplanen 2006–2009 rekommenderade att Sverige borde tillträda protokollet, liksom även Europarådets kommission mot rasism och intolerans, ECRI.

4.1.4 Granskningen av Sverige i FN:s råd för mänskliga rättigheter 2015

Under den senaste granskningen genomförd av FN:s råd för mänskliga rättigheter 2015 (Universal Periodic Review 2015) fick Sverige rekommendationer på flera områden, dock inget som explicit berör rättigheter för transpersoner eller personer med intersexvariation. Rekommendationerna är inte bindande.

Sverige rekommenderades bland annat att utveckla arbetet mot diskriminering genom att bredda Diskrimineringsombudsmannens mandat och stärka lagstiftningen. Sverige tillsatte med anledning av detta bland annat en utredning om hur arbetet mot diskriminering kan organiseras och effektiviseras (se nedan under avsnittet om diskriminering).

Sverige rekommenderades också att förstärka arbetet mot hatbrott och rasism, och har därför under hösten 2016 antagit en nationell plan mot rasism, liknande former av fientlighet och hatbrott.

4.2 Staten, kommuner och landstings ansvar i arbetet för transpersoners levnadsvillkor

Staten, kommuner och landsting spelar olika roller i förhållande till transpersoners levnadsvillkor. Kommuner och landstings självständiga ställning i förhållande till staten är en viktig del av det svenska

styrelseskicket och regleras främst av kommunallagen (1991:900), men även av lagen om vissa kommunala befogenheter (2009:47) och i annan lag eller författning. Den senaste revisionen av kommunallagen gjordes under 2017. Kommunernas befogenheter regleras i kommunallagens kapitel 2: Kommunala angelägenheter. Lagstiftningen skiljer där mellan så kallad allmän kompetens och specialkompetens. Den allmänna kompetensen tillåter kommunerna att sköta sina egna angelägenheter som är av allmänt intresse och som har anknytning till kommunen eller landstingets område eller deras invånare (2 kap. 1 §).

Specialkompetensen är de uppgifter kommunen har enligt särskild lagstiftning beslutad av riksdagen. Staten kan utfärda förordningar, riktlinjer, bevilja ekonomiska bidrag, samt stifta lagar (specialkompetens) som reglerar särskilda uppgifter kommunerna eller landstingen ska ansvara för. Staten kan även skapa arenor för samordning och erfarenhetsutbyte mellan myndigheter, kommuner och landsting. Landstingens främsta uppgift relaterat till transpersoners levnadsvillkor är koncentrerad kring vården och att skapa förutsättning för transpersoner att kunna färdas tryggt i lokaltrafiken. Kommunerna har däremot en större flexibilitet då dessa i princip kan genomföra de åtgärder de själva anser nödvändiga för att förbättra transpersoners levnadsvillkor (allmän kompetens) förutom i de sektorer som andra myndigheter ansvarar för och/eller där särskild lagstiftning gäller. Ansvarsområden som kommunerna har avseende transpersoners levnadsvillkor är till exempelvis skolan, äldreomsorgen och fritidsliv.

För att kunna förändra transpersoners levnadsvillkor behöver insatser ske lokalt, regionalt och nationellt. Med den kommunala självstyrelsen som utgångspunkt vill vi i detta kapitel beskriva, genom att presentera ett urval konkreta exempel, vilka möjligheter staten, kommuner och landsting har att genomföra insatser som kan bidra till att förbättra transpersoners levnadsvillkor.

4.2.1 Staten

Staten har ett flertal verktyg för att förbättra transpersoners levnadsvillkor. Det handlar om utvecklandet av ny lagstiftning, implementering av lagstiftning, förordningar och regleringsbrev, samt till-

delning av medel genom regeringens budgetproposition och den av riksdagen slutgiltigt beslutade statsbudgeten. Staten kan ta fram strategier, handlingsplaner, mål och indikatorer för genomförande av olika politikområden. I det följande kommer vi att ge några exempel på vilket sätt staten har jobbat med frågor om transpersoners lika rättigheter och möjligheter i budget, regleringsbrev och förordningar. Vi kommer lägga särskilt fokus på den av regeringen beslutade hbt-strategin, *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck* som antogs 2014.

Budget, regleringsbrev, förordningar

I budgetpropositionen kan regeringen föreslå mål för olika politikområden om dessa inte redan är beslutade om genom särskilda propositioner, handlingsplaner eller strategier. I de fall sådana planer finns hänvisas det ofta till dessa i budgetpropositionen. Budgetpropositionens mål styr förordningar och/eller regleringsbrev som i sin tur styr myndigheternas verksamhet. Genom regleringsbreven kan staten ge olika uppdrag till myndigheter och genom förordningar kan exempelvis syfte och riktlinjer för olika former för statsbidrag som fördelas av myndigheterna regleras.

Transpersoners situation har berörts i ett flertal budgetpropositioner, men oftast i termer av nulägesanalyser inom områden som diskriminering, barns och ungas situation, folkhälsa, brottsofferstöd med mera (se exempelvis prop. 2011/12:1, prop. 2013/14:1, prop. 2014/15:1, prop. 2016/17:1).

Avseende transpersoners levnadsvillkor och vård specifikt skiljer propositionen för budgetåret 2013 (prop. 2012/13:1) ut sig från övriga budgetpropositioner. Där konstaterar regeringen att det i och med ändringar i lagen (1972:119) om fastställande av ändrad könstillhörighet i vissa fall, och när det gäller villkoren för beslut om fastställande av ändrad könstillhörighet, krävs förändringar i vården till transpersoner. I propositionen aviserar regeringen att det finns behov av ett kunskapsstöd vars ändamål är att göra vården för transpersoner mer jämlik och enhetlig över hela landet. 23 miljoner kronor beviljades över tre år för detta ändamål, men även i syfte att minska den administrativa bördan för personer som ändrat könstillhörighet, stärka det nationella kunskapsstödet, förbättra informationen till patienter

och vårdpersonal, samt stimulera till ökad regional samordning exempelvis genom gemensamma utrednings- och behandlingsteam.

I ett regeringsbeslut (S2012/4530/FS) ges Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett ”Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori” (Socialstyrelsen 2015h) riktat till hälso- och sjukvården med rekommendationer för utredning, vård, behandling och eftervård vid transsexualism samt andra könsidentitetsstörningar. Socialstyrelsen fick även ansvar för att samordna ett myndighetsövergripande samarbete i syfte att minska den administrativa bördan för personer i samband med ändring av könstillhörighet. Socialstyrelsen fick 2,5 miljoner kronor för detta ändamål och uppdraget slutredovisades den 15 december 2014. Förutom dessa uppdrag finns relevanta förordningar så som förordningen (2008:349) om statsbidrag till organisationer för homosexuella, bisexuella, transsexuella eller personer med könsöverskridande identitet eller uttryck, samt förordningen (2014:1542) om statsbidrag till kommuner och landsting för att öka kunskapen om homosexuellas, bisexuellas och transpersoners situation.

Detta är inte en heltäckande redovisning av alla de insatser regeringen, myndigheter och andra statliga aktörer genomför i syfte att förbättra transpersoners rättigheter, vård och levnadsvillkor, men det är exempel på olika sätt att gå tillväga för att åstadkomma förändring genom styrdokument som budget, förordningar och myndighetsuppdrag.

Strategiskt arbete på nationell nivå

Nationella strategier varierar i karaktär och det varierar i vilken omfattning strategierna får budgetmässiga konsekvenser och på vilket sätt de implementeras. I det följande kommer vi att redogöra för den gällande strategin som omfattar transpersoner.

En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck

I januari 2014 lanserade regeringen strategin, som var den första i sitt slag i Sverige. Syftet är att ha en samlad strategi med långsiktiga insatser. Strategin består av ett övergripande mål: Lika rättigheter och

möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Sex fokusområden definierades och bedömdes vara av särskild betydelse för att nå strategins övergripande mål. Särskilda myndigheter fick ansvaret för att genomföra insatser och prioriteringar inom varje fokusområde. Nedan finns en sammanställning av strategins olika fokusområden, regeringens ambitionsnivå, problembeskrivning samt vilka myndigheter som har det strategiska ansvaret för genomförande av fokusområdet. Sammanställningen är tagen från *Utvärdering av strategin för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck* (2016:31) gjord av Statskontoret (2016).

Fokusområde: Våld, diskriminering och andra kränkningar.

Regeringens ambitionsnivå: Hbt-personers utsatthet för våld, diskriminering och andra kränkningar ska minska. Hela Sverige ska vara ett tryggt land att leva i oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck

Problembeskrivning: Anmälningar om homofobiska hatbrott har ökat och brotten har större inslag av våld i jämförelse med andra hatbrott. En hög andel hbt-personer har utsatts för diskriminering, trakasserier och våld. Hbt-personer utsatta för våld i nära relationer är särskilt utsatta. Hbt-personer söker sällan hjälp eller anmäler det de utsatts för.

Strategisk myndighet: Diskrimineringsombudsmannen

Fokusområde: Unga hbt-personer

Regeringens ambitionsnivå: Unga hbt-personer ska ha verklig tillgång till välfärd och inflytande, och ges möjligheter att självständighet och oberoende utan att begränsas av stereotypa könsroller, tvång eller förtryck som minskar individens handlingsutrymme.

Problembeskrivning: Unga hbt-personer, mår betydligt sämre än unga heterosexuella och cispersoner. En betydligt högre andel i denna grupp har någon gång försökt begå självmord. Det är också mer vanligt att unga hbt-personer utsatt för fysiskt våld av förälder, partner eller någon annan närstående. Många unga hbt-personer vittnar om negativt bemötande inom samhällets olika instanser och det finns få mötesplatser för gruppen.

Strategisk myndighet: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF)

Fokusområde: Hälsa, vård och sociala tjänster

Regeringens ambitionsnivå: Hbt-personer ska ha lika förutsättningar och möjligheter som heterosexuella och cispersoner att uppnå god hälsa. En mer jämlik vård och social omsorg ska också skapas.

Problembeskrivning: Den psykiska ohälsan i form av nedsatt psykisk välbefinnande förekommer dubbelt så ofta bland homo- och bisexuella. Självordsförsök är dubbelt så vanligt bland hbt-personer jämfört med heterosexuella. Det finns brister i hälso- och sjukvården avseende vård och behandling, och många upplever dåligt bemötande och mycket okunskap.

Strategisk myndighet: Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen

Fokusområde: Privat- och familjeliv

Regeringens ambitionsnivå: Rätten till integritet och frihet för den egna personen och familjen skall värnas. Det ska gälla oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck.

Problembeskrivning: Fokusområdet rör främst frågor som rör föräldraskap och möjligheterna att bli förälder. Därutöver är respekten för privatlivet en angelägen fråga för många hbtq-personer, bland annat när det gäller rätten att ändra könstillhörighet.

Strategisk myndighet: Strategisk myndighet saknas. Regeringskansliet har det övergripande ansvaret.

Fokusområde: Kulturområdet

Regeringens ambitionsnivå: Kulturområdets goda möjligheter att bidra till ökad mångfald och öppenhet ska främjas genom att normer som begränsar människor med avseende på sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck synliggörs och utmanas.

Problembeskrivning: Det anges inga egentliga problem under detta fokusområde, men de möjligheter kulturområdet har att synliggöra, öka kunskapen och medvetenheten om hbt-frågor diskuteras. Kultursektorn kan, enligt regeringen exempelvis utmana normer och synliggöra mångfald genom kulturuttryck.

Strategisk myndighet: Statens kulturråd

Fokusområde: Civila samhället

Regeringens ambitionsnivå: Förutsättningarna för organisationer som företräder hbt-personer att främja lika rättigheter och möjligheter ska stärkas.

Problembeskrivning: Föreningslivet kan bidra till en känsla av att ingå i ett sammanhang och ge människor möjligheten att vara sig själva. En inkluderande miljö kan också stärka självkänslan och egenmakten. Studier visar att människor som engagerar sig inom det civila samhället mår bättre och har en bättre hälsa. Föreningar inom det civila samhället som arbetar med att förebygga och motverka diskriminering fyller en viktig funktion, bland annat genom sitt arbete med att ge råd och stöd om diskrimineringsfrågor på lokal nivå.

Strategisk myndighet: Strategisk myndighet saknas. Regeringskansliet har det övergripande ansvaret.

Ekonomiska förutsättningar för genomförande av strategin

I strategin presenterades åtta nya insatser utöver det att de strategiska myndigheterna utsågs. Av dessa bekostades sju stycken huvudsakligen under utgiftsområde 13, Jämställdhet och nyanlända invandrarers etablering. När strategin beslutades avsattes 21 miljoner kronor för perioden 2014–2016 (Utgiftsområde 13). Från 2014 till 2017 har totalt sett 32 miljoner kronor avsatts till åtgärder för att stärka homosexuellas, bisexuellas och transpersoners lika rättigheter och möjligheter varav åtta miljoner till de strategiska myndigheterna.

Statskontorets utvärdering av ”En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck”

Den 22 juni 2016 gav regeringen Statskontoret i uppdrag att utvärdera strategin. Utvärderingen analyserade i vilken utsträckning strategins insatser och struktur har bidragit till att uppfylla strategins övergripande mål. Huvuddragen i utvärderingen kan summeras på följande sätt:

- Statskontoret slår fast att regeringen har haft ett annat syfte och en annan ambition med strategin än vad de strategiska myndigheterna och de berörda intresseorganisationerna har haft. Myndig-

heterna och organisationerna har saknat tydliga prioriteringar, fler konkreta insatser och regelbunden uppföljning av strategins effekter. Det föreslås därför att framtida strategier måste få ett förtydligat syfte och en förbättrad förankring av strategins ambitioner.

- De problem och utmaningar som hbt-personer möter i samhället är föränderliga och nya kunskaper om hbt-personer tillkommer ständigt. Problembeskrivningen i en framtida strategi måste därför revideras och uppdateras.
- I och med att problembilden har förändrats och måste revideras måste valet av strategiska myndigheter ses över. Statskontoret föreslår att även Skolverket och Migrationsverket utses som strategiska myndigheter.
- Styrningen av strategiarbetet är inte tillräckligt för att nå upp till regeringens ambitioner. Roll- och ansvarsfördelning mellan strategiska myndigheter samt regeringen och Regeringskansliet bör förtydligas genom gällande styrdokument för myndigheterna.
- Kontakterna mellan Regeringskansliet och berörda aktörer anses som goda, men ingen direkt samordning av insatser och resurser har skett. Statskontoret föreslår att regeringen utser en myndighet med ett särskilt samordnande ansvar för strategiarbetet.
- Statskontoret föreslår att regeringen, genom myndigheternas regleringsbrev ger alla strategiska myndigheter i uppdrag att integrera ett hbt-perspektiv.
- Det föreslås vidare att regeringen, genom preciseringar i myndigheternas regleringsbrev, förtydligar vad som ska följas upp och redovisas, exempelvis genom att strategins övergripande mål kompletteras med ett begränsat antal mätbara mål.

Som framgår av översikten ovan som redogör för strategins fokusområden, problembeskrivning och ambitionsnivå hänvisar regeringen till ett flertal svenska studier om hbt-personers levnadsvillkor och konstaterar att det finns särskilda utmaningar i förhållande till hbt-personers livssituation och levnadsvillkor, i synnerhet när det gäller transpersoners situation. Transpersoners särskilda behov lyfts fram i några av strategins åtgärder, men de är få och präglas av en beskrivan-

de karaktär där redan pågående utredningar och uppdrag beskrivs, men inga nya satsningar eller insatser föreslås. I Statskontorets (2016) utvärdering framkommer det att både de strategiska myndigheterna och intresseorganisationerna anser att fler insatser för transpersoner behövs.

Statskontoret (2016) konstaterar också att berörda intresseorganisationer anser att arbetet behöver utökade ekonomiska resurser. Bland de strategiska myndigheterna är uppfattningarna om finansieringen av strategins implementering olika. Några anser att genomförande borde integreras i myndigheternas ordinarie verksamhet och därigenom även finansieringen av åtgärderna. Andra anser att fler särskilda uppdrag med specifika medel vore det bästa. En fara med att integrera denna typ av insatser i en myndighets ordinarie verksamhet utan särskilda uppdrag med tydliga krav på uppföljning och åiterrapportering är att genomförande av åtgärder till stor del faller på respektive myndighets engagemang i frågorna. Finns det ingen vilja att lyfta hbt-frågorna från ledningsnivå finns det en risk att frågorna nedprioriteras till fördel för annan verksamhet som uppfattas som mer angelägen. Det behöver dock inte vara ett motsatsförhållande mellan en integrering av ett hbt-perspektiv i ordinarie verksamhet å ena sidan och särskilda uppdrag å den andra.

Överenskommelser och rekommendationer

Ett vanligt förekommande tillvägagångssätt är att staten skriver överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) där särskilda satsningar ska genomföras inom politikområden som faller inom landsting och kommuners ansvarsområde, i synnerhet i de fall då öronmärkta medel ska gå till specifika ändamål. En förutsättning för sådana överenskommelser är att både stat och SKL gemensamt identifierar ett utvecklingsbehov och att det finns behov av att stimulera till förbättring, ökad tillgänglighet och jämlikhet.

Det finns överenskommelser som berör också transpersoners situation. I överenskommelsen *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017* (Regeringen 2017) nämns transpersoner som en särskilt utsatt grupp. I denna överenskommelse, liksom i en hel del andra överenskommelser följer det med stimulansmedel till kommuner och landsting/regioner. I fallet med överenskommelsen om

psykisk hälsa fördelas stimulansmedlen av SKL, men detta varierar från överenskommelse till överenskommelse. I vissa fall ansvarar särskilda myndigheter för att fördela bidrag, i andra fall fördelar SKL vissa delar av ett bidrag och en myndighet fördelar en annan del. Överenskommelser är en effektiv modell för reell samordning och fördelning av eventuella statsbidrag och stimulansmedel som ska riktas mot verksamhet som faller inom landsting eller kommuners ansvarsområden.

Ett ytterligare verktyg som kan bidra till att skapa mer enhetlig praxis inom något område som kommuner och landsting ansvarar för är att SKL tar fram en rekommendation. SKL har tagit fram ett flertal olika rekommendationer som rör områden där enhetlighet och samordning behöver utvecklas och där skillnader mellan kommuner och landsting borde minskas. Ett exempel på en sådan rekommendation är *Rekommendation om enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande av offentlig finansierad assisterad befruktning* (SKL 2016e, SKL:s diarienummer: 16/01938). Senaste uppdateringen av rekommendationen gjordes i samband med den nya lagstiftningen från 1 april 2016 gällande ensamståendes tillgång till assisterad befruktning.

När och hur en rekommendation träder i kraft varierar. I vissa fall informeras kommuner och landsting om att SKL har antagit en rekommendation, i andra fall har varje enskilt landsting formellt antagit rekommendationen.

4.2.2 Kommuner och landsting

Kommuner

RFSL – Riksförbundet för Homosexuella, Bisexuella, Transpersoner och Queeras rättigheter har vid tre tillfällen, 1998, 2006 och 2014/2015 tagit fram en undersökning där organisationen har poängsatt och rankat landets kommuner utifrån olika hbt-relevanta variabler. Den senaste undersökningen gjordes i samarbete med SKL under 2014 och 214 av landets 290 kommuner svarade på enkäten. RFSL och SKL (RFSL 2015a) slår fast att inom det kommunövergripande arbetet och på arbetsgivarområdet har gjorts framsteg sedan 2006. 84,5 procent av landets kommuner, i jämförelse med 34,1 procent 2006, har styrdokument eller policydokument där sexuell läggning

uttryckligen nämns i arbetet med att motverka diskriminering. 2006 hade ingen kommun något styr- eller policydokument som inbegrep könsidentitet eller könsuttryck. 2014 svarar däremot 63,2 procent av kommunerna att de har inkluderat kön och könsidentitet/könsuttryck i plan- och policydokument. Det framkommer dock att det i vissa fall kan ha varit en sammanblandning av kön å ena sidan och könsidentitet/ könsuttryck å andra. I undersökningen slås det vidare fast att 35,1 procent av kommunerna under de senaste fyra åren har genomfört kompetenshöjande insatser, motsvarande siffra för 2006 var 19,6 procent.

RFSL och SKL (RFSL 2015a) undersökte även huruvida socialtjänsten har beredskap att erbjuda hbt-personer, oavsett kön och könsidentitet, som har utsatts för våld eller hot om våld, skyddat boende av en likvärdig kvalitet som den för andra personer i behov av skyddat boende. 36,3 procent av kommunerna svarar att de har sådan beredskap och 12,1 procent svarar att de inte har tillräcklig beredskap. På följdfrågan om vilka det är som kommunerna har svårt att erbjuda ett likvärdigt skydd svarar 39,1 procent att det är män, och 56,5 procent att det är transpersoner.

I Socialstyrelsens regleringsbrev för budgetåret 2016 (S2014/00197/FS, S2014/01928/FS, S2015/08135/RS) fick myndigheten i uppdrag att genomföra en förstudie om vilken typ av kunskapsstöd eller insatser som det finns behov av inom Socialtjänstens olika verksamheter. I förstudien konstateras det att 90 procent av kommunerna inte nämner hbt-perspektivet i introduktionsutbildningar för personal i socialtjänsten, 80 procent av kommunerna har inte någon blankett med möjlighet att kryssa i ett tredje alternativ gällande kön, samt att mindre än 10 procent av kommunerna har tagit hänsyn till hbt-perspektivet i utformningen av sin hemsida.

Enligt Socialstyrelsen är bemötande en viktig fråga för hela hbt-gruppen, men det framkommer att det är för transpersoner, och särskilt de unga transpersonerna extra svårt i möte med socialtjänsten. Socialtjänsten kan ha svårt att ge ett bra bemötande då personalen saknar transkunskap. De känner sig osäkra på vilka frågor som kan ställas och vad som kan upplevas kränkande eller inte. Det faktum att 80 procent av kommunerna inte ger möjlighet att kryssa i ett tredje alternativ gällande kön, är, enligt Socialstyrelsen, en indikation på att majoriteten av kommunerna inte analyserat sitt bemötande av transpersoner. Som en uppföljning av förstudien fick Socialstyrelsen

genom regleringsbrev för budgetåret 2017 (S2015/04635/FST, S2016/07779/RS – delvis) uppdraget att ta fram och sprida ett kunskapsstöd för socialtjänsten avseende hbt-frågor. Stödet ska bygga på den förstudie som genomförts och syftar till att skapa förutsättningar för ett bättre bemötande. Regeringen beviljade 2 miljoner kronor till ändamålet för 2017.

Trots brister i kommunernas arbete och att hbt-frågor fortfarande är ett eftersatt område drar RFSL och SKL (RFSL 2015a) slutsatsen att hbtq-perspektivet är mer närvarande 2014 än 2006 i olika plan- och styrdokument. Det är även fler kommuner 2014 som har genomfört särskilda satsningar på området i jämförelse med 2006.

Det finns några kommuner som har egna handlingsplaner eller strategier för sitt hbt-arbete. Till exempel Örebro, Härnösand, Ovanåker, Göteborg stad och Kumla kommun. I Katrineholm har det genomförts en inventering kring behovet av särskilda insatser och på vilket sätt kommunen kan jobba med frågorna. I Karlstad bedriver kommunen ett systematiskt hbt-arbete med ett flertal aktiviteter och insatser i kommunal regi, men som inte är reglerat i en särskild handlingsplan. I Göteborgs stad finns ett Hbtq-råd med representanter från civila samhället. Detta är ingen fullständig översikt, men det ger exempel på att det sker olika former av insatser inom kommunerna för att förbättra hbt-personers levnadsvillkor.

Socialstyrelsen fördelade 1,9 miljoner kronor 2015 och 2,9 miljoner kronor 2016 till kommuner och landsting och där syftet med bidraget var att öka kunskapen om homosexuella, bisexuella och transpersoners situation (förordning 2014:1542 om statsbidrag till kommuner och landsting för att öka kunskapen om homosexuella, bisexuella och transpersoners situation). Under oktober 2017 beslutades att fördela ytterligare medel enligt samma förordning (dnr Ku2017/02014/DISK).

Landsting

Med förbehåll om att landsting kan ha ett policyarbete på gång har utredningen inte kännedom om att det är något landsting som i dagsläget har aktuella policydokument avseende landstingets hbt-arbete. Stockholm läns landsting hade en policy mellan 2012 och 2016,

Landstinget Sörmlands hbt-plan gällde till 2013 och Örebro Läns Landstings genomförandeperiod var mellan 2010 och 2014.

Inom några landsting pågår dock olika former av insatser. I Västra Götaland och Stockholm Läns Landsting har landstingen själva tagit fram ett utbildningspaket, HBT-Diplomering, som riktar sig till anställda inom landstingets verksamheter. Diplomeringarna har även köpts in av andra landsting i Sverige, exempelvis har Adlon-gruppen (Regionerna Halland, Östergötland, Kronoberg, Jönköping samt landstingen Örebro Kalmar, Blekinge och Sörmland) använt sig av Västra Götalands HBT-Diplomering. I Region Skåne drivs ett eget utbildningskoncept, HBTQompetens, som är en processutbildning i normkritik och hbtq-personers livsvillkor. Västerbotten Läns Landsting har påbörjat ett projekt som syftar till att ta fram ett utbildningspaket för landstingets verksamheter för att förbättra vården, bemötandet och arbetsmiljön.

Stockholm Läns Landsting har även tagit fram en webb-utbildning som riktar sig till personal inom vården. Andra landsting har i stället för att driva ett eget hbt-utbildningsinitiativ använt sig av till exempel RFSL:s utbildning ”Hbtq-Certifiering”, alternativt har särskilda föreläsare hyrts in från RFSL eller någon annan organisation i syfte att föreläsa om ett särskilt ämne. Västra Götalandsregionen har bildat en rättighetskommitté som träffas varje kvartal. I kommittén sitter bland annat representanter från regionens olika RFSL-föreningar och FPES.

Gemensamma nämnare och utmaningar

Det är viktigt att understryka att antalet hbt-planer i landsting eller kommun inte ger en heltäckande och nödvändigtvis rättvis bild av vad samtliga landsting och kommuner gör på området. Frågor som rör sexuell läggning och/eller könsidentitet och könsuttryck kan finnas inkluderade i andra planer så som likabehandlingsplaner eller mångfaldsplaner. En utmaning är dock att en inkludering av frågorna i mer generella och övergripande styrdokument kan leda till ett osynliggörande av de särskilda utmaningarna som homosexuella, bisexuella och transpersoner har i sin vardag.

Vad som framträder som en gemensam nämnare i flertalet av kommunernas och landstingens styrdokument för hbt-arbetet är att hela

gruppen homosexuella, bisexuella och transpersoner adresseras gemensamt. Detta är inte nödvändigtvis ett problem i de fall där generella och övergripande insatser, mål och visioner ska formuleras, men det finns utmaningar kopplat till ett sådant tillvägagångssätt när konkreta åtgärder och insatser ska formuleras och implementeras. Detta då vi kan konstatera att utifrån de studier som gjorts om homosexuella, bisexuella och transpersoners levnadsvillkor kan utmaningarna och orsakerna till ohälsa och utsatthet skilja sig mellan grupperna.

Lite av bakgrunden till svårigheterna är exempelvis att studier visar på psykisk ohälsa inom samtliga grupper. Utmaningen som då uppstår när policydokument och insatser ska utvecklas och formuleras är att orsakerna till den psykiska ohälsan, och behoven av stöd och insatser, kan se mycket olika ut mellan homosexuella, bisexuella och transpersoner. För homosexuella cispersoner kan kompetent och professionellt bemötande inom hälso- och sjukvården vara det centrala, samtidigt som det för transpersoner självklart kan handla om behov av ett professionellt bemötande inom hälso- och sjukvården, men också för vissa transpersoner om tillgång till en specifik form av vård. Detta kräver att de riktade insatser som görs grundar sig på analyser av särskilda behov inom varje grupp.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kan spela en viktig roll i att ta fram rekommendationer, men även olika former av stödverktyg till kommuner och landsting. Sådana stödverktyg måste, säkerställa att de olika grupperna inom hbtq-gruppen får riktade insatser som tar utgångspunkt i varje grupps särskilda behov.

4.3 Internationella exempel på nationellt strategiskt arbete

2010 antog Europarådets ministerkommitté rekommendation CM/Rec(2010)5. Rekommendationen uppmanar medlemsstaterna att genomföra insatser för att motverka diskriminering på grund av sexuell läggning och könsidentitet. Sedan 2010 har ett antal medlemsstater utvecklat och beslutat om nationella handlingsplaner, liksom alltså även Sverige i och med den ovannämnda strategin.

Handlingsplanerna varierar i karaktär och detaljnivå, men gemensamt är att de alla som syftar till att koordinera, främja och skydda

hbtqi-personers mänskliga rättigheter, samt att systematiskt motverka diskriminering baserat på sexuell läggning och könsidentitet (Europarådet 2016c). Bland hbtqi-organisationer i Europa har nationella handlingsplaner lyfts som ett viktigt verktyg för att motverka diskriminering av hbtqi-personer. Transgender Europe (TGEU) skriver bland annat i sin rapport *Human Rights and Gender Identity – Best practice catalogue* (TGEU 2016) att det är osannolikt att transpersoner kommer uppnå jämlikhet om inte specifika och omfattande nationella handlingsplaner tas fram och beslutas om av länders regeringar. De skriver även att lokala och/eller regionala handlingsplaner kan vara ett alternativ om nationella handlingsplaner inte kan tas fram av politiska skäl. Slutligen poängteras det att handlingsplanerna måste utvärderas och vara tidsbegränsade.

4.3.1 Rekommendationer från Europarådets avdelning för frågor om sexuell läggning och könsidentitet

I en konferensrapport (från en konferens som hölls i december 2015) om hur stater kan ta fram handlingsplaner för frågor som rör lika rättigheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och könskaraktäristika listade Europarådet åtta egenskaper som de anser att ideala handlingsplaner bör ha (Europarådet 2016c):

- **Görliga:** handlingsplaner ska presentera realistiska mål och få stöd från en funktion på departementsnivå eller myndighetsnivå. Funktionen ska vara ansvarig för framtagandet och implementeringen av handlingsplanen.
- **Ha tillgång till tillräckliga resurser:** de ansvariga för handlingsplanerna ska ha tillräcklig tid, budget och kompetens, och dessa resurser ska vara avsatta specifikt för detta ändamål.
- **Samverkande:** när handlingsplanerna tas fram och implementeras ska de ansvariga funktionerna involvera hbtqi-communityt.
- **Omfattande och övergripande:** alla områden där staten är ansvarig som påverkar hbtqi-personer och deras liv ska undersökas under framtagandet av handlingsplanen.
- **Djärva:** handlingsplanerna ska adressera potentiellt känsliga frågor, som till exempel familjepolitiska frågor, transpersoners rättig-

heter, inklusive rätten till könskorrigering av vård, och rättigheter för hbtqi-personer i fängelse.

- **Mainstreamade:** alla nivåer och områden på regerings- och myndighetsnivå ska veta hur handlingsplanen påverkar deras ansvarsområden och ha tillräckliga resurser för att integrera detta arbete i det ordinarie arbetet.
- **Övervakade och utvärderade:** handlingsplanerna är levande dokument, ansvariga funktioner ska övervaka kränkningar av mänskliga rättigheter, utvärdera effekten av handlingsplanerna och anpassa sitt arbete efter detta.
- **Välkommunicerade:** kommunikation med allmänheten och civila samhället om handlingsplanerna är nödvändigt för att de ska lyckas, särskilt om det finns ett motstånd.

4.3.2 Norge

Norge fick sin första handlingsplan 2009. Planen hade ett treårs-perspektiv och involverade 64 konkreta åtgärder som skulle genomföras under planperioden. I samband med handlingsplanen etablerades även Lhbt-Senteret som är ett nationellt kunskapscentrum för frågor som rör sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och könskaraktäristika. Centret sorterar under Barne-, ungdoms og familie-direktoratet.

2013 påbörjades en omfattande utvärdering av handlingsplanen som resulterade i en ny handlingsplan, *Trygghet, mangfold, åpenhet – Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017–2020* (Norge 2017). Planen innehåller 40 olika åtgärder som täcker ett brett antal samhällsområden. Åtgärderna reglerar budgetssatsningar och planen ska utvärderas halvvägs in i genomförandeperioden samt efter genomförandeperiodens slut.

Nytt för denna handlingsplan jämfört med tidigare planer är att personer med intersexvariationer är inkluderade och att planen innehåller specifika åtgärder som riktar sig till denna grupp. Utöver den nationella handlingsplanen finns även ett flertal lokala och regionala handlingsplaner i Norge.

LHBT-senteret, Oslo, Norge

LHBT-senteret är ett nationellt kunskapscentrum för sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck i Norge. Centret arbetar för att förbättra levnadsvillkoren för lesbiska, homosexuella män, bisexuella, transpersoner och personer med intersexvariationer (lhbti). Det övergripande målet för verksamheten är att bidra till bättre livskvalitet för lhbti-personer och centrets vision är ett samhälle där alla oberoende av sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck åtnjuter respekt, acceptans och öppenhet. Centret etablerades 2011 och är en integrerad del av den nationella myndigheten, Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir) och fungerar som norska myndigheters expertmyndighet på lhbti-frågor.

Verksamheten hade 2011 en verksamhetsbudget på 4 miljoner kronor och tre anställda. Förutom verksamhetsbidraget erhåller centret olika former för projekt- och forskningsbidrag.

Centrets viktigaste uppgifter är att

- Systematisera, förvalta och sprida kunskap om lhbti-frågor. Ge vägledning, råd och kunskap till andra myndigheter, förvaltning och verksamheter.
- Bedriva forskning om lhbti-personers levnadsvillkor, utsatthet och rättigheter.
- Vara en samlingspunkt för lhbti-kompetens i samarbete med andra myndigheter, forskare och frivilliga organisationer
- Se till att regeringens politik och handlingsplan på området blir genomförda och implementerade, samt att bidra till att identifiera utvecklingsbehov och föreslå ny politik på området.

4.3.3 Malta

Malta lanserade en hbtqi-handlingsplan för perioden 2015–2017 i juli 2015 (Malta 2015). Handlingsplanen togs fram i nära dialog mellan Ministry for Social Dialogue, Consumer Affairs and Civil Liberties och det nationella hbtqi-rådet som består av representanter från civilsamhällets organisationer. Handlingsplanen består av en omfattande intentionsförklaring, samt 10 målområden och totalt 38 olika åtgärder tillhörande varje målområde som ska genomföras under perioden.

Åtgärderna består av allt ifrån lagförändringar till attitydförändringskampanjer.

4.3.4 Storbritannien

2011 lanserades en hbt-handlingsplan och en särskild handlingsplan avseende transpersoners situation, *Advancing Transgender Equality* (Her Majestys Government 2011) i Storbritannien. Både planerna täcker ett antal politikområden som exempelvis utbildning, hälso- och sjukvård och hatbrott. I januari 2016 publicerades en rapport från Women and Equalities Committee i brittiska parlamentet, *Transgender Equality – First Report of Session 2015–16* (House of Commons 2016). I rapporten konstateras det att de flesta av åtgärderna i handlingsplanen från 2011 inte har genomförts, vilket föranleder ett behov av att regeringen ansluter sig till kommitténs föreslagna strategi, där ett antal åtgärder föreslås i syfte att förbättra transpersoners levnadsvillkor och rättigheter.

4.3.5 Ytterligare internationella exempel

Montenegro antog en hbt-handlingsplan 2013 (Montenegro 2013). Planen består av ett antal strategiska mål inom områdena 1) mänskliga rättigheter, 2) utbildning, 4) kultur, säkerhet och attityder, 5) rättsväsendet, 6) hälso- och sjukvård, 7) media, 8) idrott, 9) ekonomisk växt och turism, 10) internationella hbt-frågor. Under varje målområde finns indikatorer för måluppnåelse, totalt 51 stycken.

Utöver exemplen ovan finns det även framtagna handlingsplaner i Italien (Italien 2013), Nederländerna (Nederländerna 2013) och Frankrike (Frankrike 2012). 2015 antog det albanska parlamentet resolutionen *On Protection of Rights and Freedoms of persons belonging to the LGBT community in Albania*. I resolutionen lyfts ett flertal åtgärder som rör levnadsvillkor och rättigheter där en av åtgärderna är att regeringen ska ta fram en handlingsplan. I Serbien (2013) finns en anti-diskrimineringsstrategi för perioden 2013–2018 där ett flertal diskrimineringsgrunder ingår och där hbt-personer nämns särskilt.

4.4 Arbetet mot diskriminering

Arbetet för lika rättigheter och möjligheter oavsett könsidentitet, könsuttryck och sexuell läggning styrs ytterst av diskrimineringspolitiken. Regeringens arbete utgår sedan från den ovannämnda strategin för *Lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck*.

4.4.1 Diskrimineringslagen

Diskrimineringslagens (2008:567) syfte är att motverka diskriminering och främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. I 1 kap. 5 § 2 diskrimineringslagen anges definitionen av könsöverskridande identitet eller uttryck som ”att någon inte identifierar sig som kvinna eller man eller genom sin klädsel eller på annat sätt ger uttryck för att tillhöra ett annat kön”.

Med direkt diskriminering avses enligt 1 kap. 4 § 1 att någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan behandlas, har behandlats eller skulle ha behandlats i en jämförbar situation, om missgynnandet har samband med någon av diskrimineringsgrunderna. Med indirekt diskriminering menas enligt 1 kap. 4 § 2 att någon missgynnas genom tillämpning av en bestämmelse, ett kriterium eller ett förfaringsätt som framstår som neutralt, men som kan komma att särskilt missgynna personer med till exempel en viss könsöverskridande identitet eller uttryck – såvida inte bestämmelsen, kriteriet eller förfaringsättet har ett berättigat syfte och de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet. Lagen innehåller också ett förbud mot diskriminering i form av bristande tillgänglighet, trakasserier och sexuella trakasserier och mot instruktioner att diskriminera.

Aktiva åtgärder

Sedan 1 januari 2017 gäller kravet på aktiva åtgärder alla diskrimineringsgrunderna. Aktiva åtgärder är ett förebyggande och främjande arbete för att inom en verksamhet motverka diskriminering och

på annat sätt verka för lika rättigheter och möjligheter. Regler om aktiva åtgärder för att motverka diskriminering på arbetslivsområdet finns i 3 kap. 1–13 §§ diskrimineringslagen. Arbetet innebär enligt 3 kap. 2 § att bedriva ett förebyggande och främjande arbete genom att undersöka om det finns risker för diskriminering eller repressalier eller om det finns andra hinder för enskildas lika rättigheter och möjligheter i verksamheten, analysera orsaker till upptäckta risker och hinder, vidta skäligen förebyggande och främjande åtgärder och följa upp och utvärdera arbetet. Kravet på aktiva åtgärder gäller inom arbetslivet och utbildning.

4.4.2 Diskrimineringsombudsmannen och Nämnden mot diskriminering

Diskrimineringsombudsmannen ska utöva tillsyn över att diskrimineringslagen följs. Enligt 4 kap. 1 § diskrimineringslagen ska ombudsmannen i första hand försöka få dem som omfattas av lagen att frivilligt följa den.

Med tillsyn avses i diskrimineringslagen en självständig granskning som har till syfte att kontrollera om den granskade verksamheten uppfyller kraven i lagen (4 kap. 1 a §). Den som omfattas av förbudet mot diskriminering och repressalier, av skyldigheten att utreda och vidta åtgärder mot trakasserier eller av bestämmelserna om aktiva åtgärder i diskrimineringslagen är enligt 4 kap. 3 § bland annat skyldig att på begäran av ombudsmannen lämna de uppgifter om förhållandena i verksamheten som kan ha betydelse för tillsynen och komma till överläggningar med ombudsmannen. Den som inte rättar sig efter en begäran enligt 4 kap. 3 § kan föreläggas vite (4 kap. 4 §), liksom den som inte fullgör skyldigheterna att bedriva ett arbete med aktiva åtgärder (4 kap. 5 §).

Enligt 4 kap. 7 § ska Nämnden mot diskriminering pröva framställningar om vitesförelägganden enligt 4 kap. 3 § och överklaganden av beslut om vitesförelägganden enligt 4 kap. 4 §.

Bestämmelser om ombudsmannens uppgifter finns också i lagen (2008:568) om Diskrimineringsombudsmannen. Här framgår bland annat att ombudsmannen ska ta emot anmälningar om diskriminering och repressalier enligt diskrimineringslagen och medverka till att den som utsatts för diskriminering kan ta tillvara sina rättigheter, men också informera, utbilda, överlägga och ha andra kontakter med myn-

digheter, företag, enskilda och organisationer, följa den internationella utvecklingen och ha kontakter med internationella organisationer, följa forsknings- och utvecklingsarbete, hos regeringen föreslå författningsändringar eller andra åtgärder som kan motverka diskriminering och ta initiativ till andra lämpliga åtgärder.

Vikten av ombudsmannens oberoende

I propositionen Ett starkare skydd mot diskriminering (prop. 2007/08:95) där lagen om Diskrimineringsombudsmannen och diskrimineringslagen föreslogs betonades vikten av myndighetens oberoende, bland annat med hänvisning till artikel 13 i EU-direktivet mot etnisk diskriminering (2000/43/EG) enligt vilket medlemsstaterna ska utse ett eller flera organ för främjande av likabehandling av alla personer utan åtskillnad på grund av ras eller etniskt ursprung. Medlemsstaterna ska säkerställa att behörigheten för dessa organ omfattar att på ett oberoende sätt bistå personer som utsatts för diskriminering genom att driva klagomål om diskriminering, att genomföra oberoende undersökningar om diskriminering och att offentliggöra oberoende rapporter om och lämna rekommendationer i frågor som rör sådan diskriminering. När det gäller kön, konstaterades i samma proposition, finns en motsvarande artikel 8a i likabehandlingsdirektivet (direktiv 76/207/EEG, ändrat genom direktiv 2002/73/EG) och en annan motsvarande artikel 12 i direktivet om varor och tjänster (direktiv 2004/113/EG).

Regeringen betonade att det är viktigt för ombudsmannens självständighet och oberoende att myndighetens grundläggande ansvarsområden och uppgifter regleras i lag och att det är riksdagen som bestämmer mandatet. Därigenom garanteras en hög grad av självständighet och oberoende i förhållande till regeringen eftersom eventuella ändringar av ombudsmannens grundläggande ansvarsområden och uppgifter måste beslutas av riksdagen.

Propositionen hänvisade också till de så kallade Parisprinciperna (se även tidigare avsnitt 4.1.1), där vikten av en självständig ställning för nationella institutioner med uppgift att bevaka frågor om mänskliga rättigheter understryks. En sådan nationell institution ska ha ett så brett mandat som möjligt och mandatet ska vara reglerat i grundlag eller annan författning. Regeringen menade i propositionen

att Diskrimineringsombudsmannen uppfyllde dessa krav, men som redogjorts för ovan, är bedömningen att detta inte är fallet fullt ut.

Vikten av Diskrimineringsmannens oberoende betonas även i betänkandet *Bättre skydd mot diskriminering* (SOU 2016:87), också här med hänvisning bland annat till Parisprinciperna.

4.4.3 Föreslagna förändringar

En särskild utredare fick i uppdrag att ta ställning till behovet av en ändring av termen könsöverskridande identitet eller uttryck och definitionen vilket redovisades i betänkandet *Ett utvidgat straffrättsligt skydd för transpersoner m.m.* (SOU 2015:103). I betänkandet föreslås att termen könsöverskridande identitet eller uttryck ska ersättas med könsidentitet eller könsuttryck i diskrimineringslagen, lagen om Diskrimineringsombudsmannen, skollagen (2010:800) och lagen (2012:854) om utyrning av arbetstagare. Vidare ska definitionen ändras till ”en persons identitet eller uttryck i form av kläder, kroppsspråk, beteende eller annat liknande förhållande med avseende på kön”.

I betänkandet konstateras att termen ”könsöverskridande identitet och uttryck” har mötts av kritik sedan den infördes. Utredningen menar också att termen och den legala definitionen av den är otydlig och missvisande. Med anledning av detta, men också med anledning av att formuleringen avviker från benämningen i internationella engelskspråkiga dokument där termerna är ”gender identity” och ”gender expression”, vilket i det närmaste kan översättas till könsidentitet och könsuttryck i det svenska språket, föreslås en förändring. Förändringen innebär, konstateras i betänkandet, att alla individer ska skyddas mot diskriminering på grund av könsidentitet eller könsuttryck, oavsett om de är transpersoner eller cispersoner. De föreslagna författningsändringarna är under behandling samtidigt som arbetet med detta betänkande pågår.

I betänkandet *Bättre skydd mot diskriminering* (SOU 2016:87) föreslås ett flertal förändringar i syfte att stärka den enskildes skydd mot diskriminering, och även möjligheterna till upprättelse. Bland annat föreslås en ny diskrimineringsnämnd i form av ett domstolsliknande organ som prövar diskrimineringsstämningar. Nämndens uppdrag ska omfatta samtliga diskrimineringsgrunder i diskrimineringslagen

och den ska pröva diskrimineringstvister inom samtliga de samhällsområden som omfattas av diskrimineringsförbuden i diskrimineringslagen och föräldraledighetslagen, förutom diskrimineringstvister som rör skollagsreglerad verksamhet och tvister på arbetslivsområdet där anmälaren är medlem i en arbetstagarorganisation som valt att föra anmälarens talan.

Nämnden ska pröva anmälningar om diskriminering och när diskriminering förekommit kunna rekommendera en lösning som till exempel en viss summa i diskrimineringsersättning. Nämnden ska även kunna föreslå att olika åtgärder vidtas för att förhindra att diskrimineringen fortsätter eller upprepas. Nämndens beslut ska inte vara bindande, inte gå att överklaga och förfarandet vid nämnden ska vara skriftligt.

I samma utredning föreslås också att Diskrimineringsombudsmannen i sitt tillsynsarbete bör utreda fler ärenden, sända fler anmälningar till den anmälde för yttrande och överväga möjligheten till förlikning i fler ärenden än i dag. Utredningen föreslår ingen förändring vad gäller huvudregeln för rättegångskostnader i diskrimineringstvister, det vill säga att förlorande part ersätter motpartens rättegångskostnader.

Utredningen föreslår att bevisbörderegeln i diskrimineringslagen ska förtydligas så att det framgår att om den som anser sig ha blivit utsatt för diskriminering kan visa omständigheter som ger anledning att anta att han eller hon har blivit diskriminerad, så är det svaranden som ska visa att diskriminering inte har förekommit. Det föreslås också att stödet till de fristående antidiskrimineringsbyråerna ska öka och att DO ska stödja byråernas arbete med råd och stöd. Ett krav på byråerna för att få bidrag ska vara att minst hälften av medlen används till avgiftsfri rådgivning och stöd till enskilda, föreslår utredningen.

I ett remissyttrande (Ku2016/02814-65) om utredningens förslag framhåller Riksorganisationen för Sveriges Antidiskrimineringsbyråer (SADB) bland annat att förslaget med nämnden är bra eftersom det något skulle öka chanserna för den enskilde att få upprättelse, men att detta är organisationens uppfattning framför allt för att övriga förslag inte kommer att ha denna effekt. SADB är tveksamma till förslaget om att endast skriftlig bevisning ska få användas.

Gällande förslaget om ökade resurser till antidiskrimineringsbyråerna är SADB positiva, men motsätter sig förslaget om att det

huvudsakliga målet ska vara att stödja enskilda. Behoven ser olika ut på olika platser i landet. SADB pekar också på att byråernas dåliga ekonomi i nuläget gör att utveckling av verksamheten är svårt. Det är orimligt att hälften av stödet ska gå till att stödja enskilda.

Förslaget om stöd från DO till byråerna är positivt, menar SADB, men ställer sig frågande till varför juridisk rådgivning inte ska omfattas, då det är detta som byråerna har mest behov av.

SADB framhåller rekommendationen från EU:s byrå för grundläggande rättigheter, FRA, om att medlemsstaterna bör utforma sina rättssystem så att de som inte har tillräckliga ekonomiska resurser tillförsäkras tillgång till adekvat hjälp. Utredningen har själva också redogjort för denna rekommendation, men föreslår ingen direkt lösning.

SADB förordar att reglerna gällande rättegångskostnader ändras så att vardera parten bär sina egna rättegångskostnader. Risken för att få betala motpartens rättegångskostnader är, enligt SADB, den enskilt största anledningen till att så få mål drivs i domstol (se vidare avsnitt 4.4.5). Detta leder till att diskrimineringsersättningen hålls nere på låga nivåer, och SADB menar att det är tveksamt om Sverige lever upp till EU-rättens krav på effektiva, avskräckande och proportionerliga sanktioner vid överträdelse av diskrimineringsförbuden. SADB menar att det måste utredas mer hur sanktionsmöjligheterna kan förbättras.

Förutsättningarna för enskilda att få upprättelse i domstol måste förbättras, och SADB vill bland annat att det sker en ändring av reglerna om rättegångskostnader i diskrimineringsmål, samt reglerna om rättshjälp och skadestånd i diskrimineringsmål.

4.4.4 Anmälningar till Diskrimineringsombudsmannen

Av Diskrimineringsombudsmannens årsredovisningar framgår att det inkommit 213 anmälningar på grunden könsöverskridande identitet eller uttryck under perioden 2009 – 2016. Hittills har ingen anmälan på diskrimineringsgrunden lett till dom. DO har stämt i ett fall, gällande en man som utsattes för trakasserier och sexuella trakasserier på ett sätt som hade samband med sexuell läggning och könsuttryck. Stämningen gjordes i december 2015, men stämningsansökan återkallades senare (DO:s diarienummer 2015/2269).

Utredningen redogör för några andra inkomna anmälningar inom olika samhällsområden i de kapitel i betänkandet där detta område behandlas.

4.4.5 Antidiskrimineringsbyråerna

Antidiskrimineringsbyråerna är en del av det civila samhället. Verksamheterna drivs lokalt och regionalt bland annat med hjälp av statligt stöd enligt förordningen (2002:989) om statligt stöd för verksamhet som förebygger och motverkar diskriminering. Enligt 1§ i denna förordning får statligt stöd lämnas till organisationer och stiftelser för verksamhet som syftar till att förebygga och motverka diskriminering på grund av kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Detta stöd fördelas av Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) enligt 4 § i samma förordning. För verksamhetsåret 2017 fördelades 13,5 miljoner kronor till 15 antidiskrimineringsbyråer.

Antidiskrimineringsbyråernas verksamhet syftar till att hjälpa individer som blivit utsatta för diskriminering genom att erbjuda juridiskt stöd och rådgivning, men de arbetar också förebyggande för att främja allas lika rätt och motverka diskriminering, främst genom utbildnings- och opinionsbildningsinsatser. Antidiskrimineringsbyråerna kan även hjälpa till att anmäla ärendet till den myndighet som ska se till att lagen följs och har även möjlighet att driva ärenden i domstol.

Flera fall på diskrimineringsgrunden könsöverskridande identitet eller uttryck har drivits till förlikning av en antidiskrimineringsbyrå. Bland annat har det gällt ett försäkringsbolag som inte ändrade namn på en kund när kunden bytt namn, för att bolaget menade att namnet inte passade det juridiska könet på personen, och en person som nekades att få börja på Polishögskolan för att personen var transperson.

En försvårande omständighet för antidiskrimineringsbyråerna är att de saknar de ekonomiska förutsättningarna för att driva andra fall än så kallade förenklade tvistemål, där ersättningen till den diskriminerade kan bli högst 22 400 kronor. Detta på grund av den förut-

nämnda regeln om att förloraren fullt ut ska ersätta motpartens rättegångskostnader, vilken inte tillämpas i förenklade tvistemål.

4.5 Ett transperspektiv på jämställdhetspolitiken

Utredningen kommer att göra en konsekvensanalys av våra överväganden och förslag ur ett jämställdhetsperspektiv, i enlighet med 15 § kommittéförordningen (1998:1474). Vi vill därför nu göra en kortare analys av de jämställdhetspolitiska målen ur ett transperspektiv och problematisera dessa i relation till vårt kommittédirektiv, enligt vilket vi ju bland annat särskilt ska belysa situationen för ickebinära personer.

Vi vill också lyfta fram några områden där vi lagt märke till möjliga synergieffekter mellan arbetet för jämställdhet och arbetet för att stärka transpersoners ställning.

4.5.1 De jämställdhetspolitiska målen och kritik från ett hbtqi-perspektiv

Jämställdhetspolitikens övergripande mål är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sitt eget liv (*Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid*, skr. 2016/17:10). Syftet med målet är att ta sikte på både samhällsliga strukturer och den individuella friheten, kopplat till kön och makt. Ett jämställt samhälle är ett samhälle där kvinnor och män har samma makt på kollektiv nivå att forma samhället och att på individuell nivå forma sina liv. Det eftersträlvade resultatet är att kvinnor ska ha samma rättigheter, möjligheter och skyldigheter som män. Regeringen arbetar efter sex delmål, utifrån det övergripande målet, och vi beskriver dem här i korthet.

- En jämn fördelning av makt och inflytande
Kvinnor och män ska ha samma rätt och möjlighet att vara aktiva medborgare och att forma villkoren för beslutsfattandet.
- Ekonomisk jämställdhet
Kvinnor och män ska ha samma möjligheter och villkor i fråga om betalt arbete som ger ekonomisk självständighet livet ut.

- Jämställd utbildning
Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma möjligheter och villkor när det gäller utbildning, studieval och personlig utveckling. (Nytt mål sedan november 2016.)
- Jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet
Kvinnor och män ska ha samma ansvar för hemarbetet och ha möjligheter att ge och få omsorg på lika villkor.
- Jämställd hälsa
Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor. (Nytt som självständigt delmål sedan november 2016.)
- Mäns våld mot kvinnor ska upphöra
Kvinnor och män, flickor och pojkar, ska ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet.

Jämställdhetspolitiken utvärderades senast under 2014–2015 då Jämställdhetsutredningen (2014:06) hade i uppdrag att följa upp och analysera utvecklingen i fråga om jämställdhet de senaste tio åren. I sitt betänkande *Mål och myndighet – en effektiv styrning av jämställdhetspolitiken* (SOU 2015:86) föreslog utredningen bland annat två nya självständiga mål. Utredningen föreslog också att en jämställdhetsmyndighet skulle inrättas.

I sitt remissyttrande till utredningen påpekade Nationella sekretariatet för genusforskning att ”transpersoners erfarenheter av könad ojämlikhet exkluderas” på grund av hur målen är formulerade. Sekretariatet hade också annan kritik: ”Genom att fokusera på fysiska kvinnor och män, som ska ha samma och lika mycket av olika saker, i stället för att låta normer och kön och makt stå i centrum för jämställdhetsbegreppet tenderar en sådan binär förståelse att i själva verket återskapa och förstärka genusrelationer snarare än förändra dem.”, skriver sekretariatet (Nationella sekretariatet för genusforskning 2015).

Nationella sekretariatet för genusforskning kritiserade också de jämställdhetspolitiska målen, såväl de gamla som de nya, för att sakna ett intersektionellt perspektiv generellt. ”Om jämställdhetspolitiken ska kunna göra skillnad på allvar krävs att både analyser, mål och

konkreta insatser bygger på en komplex förståelse av den könade ojämlikhetens konkreta uttryck.”, påpekar sekretariatet och menar att målformuleringarna inte speglar kunskapsläget som det ser ut i dag. Sekretariatet exemplifierar med delmålet ”Mäns våld mot kvinnor ska upphöra”, och konstaterar bland annat att ”formuleringen genom sin binära utformning dels etablerar en rigid bild av vem som kan vara förövare och vem som kan vara offer, och dels tar fokus från informella normer och strukturer i samhället gällande kön, makt och våld genom att så starkt fokusera på fysiska kvinnor och män.”

RFSL, Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter, framförde liknande kritik i sitt remissyttrande (RFSL 2015c) till utredningen. Förbundet konstaterade att utredningen i bakgrundsbeskrivning och utvärdering haft vissa intersektionella perspektiv och på flera platser lyft upp hbtq-personers situation och bland annat särskilt nämnt transpersoners hälsosituation. Medvetenheten om problemen återspeglades dock inte i förslagen på mål för jämställdhetspolitiken, konstaterade RFSL, som påpekade begränsningarna och uteslutningseffekterna av ett binärt synsätt på kön. Utredningens uppdrag borde ha innefattat alla som påverkas av normer kopplade till kön, könsidentitet och könsuttryck. En förklaring till att detta inte var fallet är förstås att de föreslagna målen i stort utgår från tidigare lagda mål, som inte haft ett intersektionellt perspektiv, eller ett hbtq-perspektiv, påpekade RFSL.

Jämställdhetsarbetet bör inkludera alla som missgynnas på grund av kön, och därför borde såväl det övergripande målet som de olika delmålen formuleras på ett mer inkluderande sätt, skriver RFSL, som också pekar på hur utredningen själva konstaterat att en binär syn på kön inte är oproblematisk, men sedan ändå gått vidare med binära skrivningar. RFSL föreslår ett tillägg i målskrivningarna där ”alla, oavsett kön, könsidentitet och könsuttryck” läggs till efter skrivningen om ”kvinnor och män”.

RFSL välkomnade att delmålet ”jämställd hälsa” blev ett nytt självständigt delmål. De pekade på hur utredaren visat på medvetenhet om att gruppen transpersoner har sämre hälsa än befolkningen i stort och att den utsatthet som transpersoner lever med påverkar hälsan negativt. RFSL är därför starkt kritiska till att formuleringarna av delmålet inte heller inkluderar alla transpersoner.

RFSL välkomnade förslaget om en särskild jämställdhetsmyndighet – om denna också gavs i uppdrag att arbeta med hbtq-personers

situation, eftersom våld och fördomar som möter dessa också utgår från föreställningar om kön och sexualitet, samt hetero- och cis-normativitet. Myndigheten bör få i uppdrag att arbeta utifrån ett intersektionellt perspektiv, annars kommer myndigheten inte kunna ”förbättra arbetet med att säkerställa alla människors möjligheter att forma sina liv, oavsett kön, könsidentitet och könsuttryck”, menade RFSL. Myndigheten måste också få ett tydligt uppdrag och tillräckliga resurser.

I regeringens skrivelse (skr 2016/17:10) betonas att strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor, trots den könade målbeskrivningen, omfattar hbtq-personers utsatthet för våld i nära relationer. I genomförandet ska såväl ett barnrättsperspektiv som ett hbtq-perspektiv beaktas. Regeringen menar att strategin därmed uppfyller kraven i Istanbulkonventionen.

I skrivelsen bemöter regeringen kritiken från RFSL med flera med att konstatera att en binär syn på kön kan vara problematisk, både ur ett jämställdhets- och ett transperspektiv, exempelvis för personer som inte identifierar sig enligt könsuppdelningen kvinna/man. Regeringen menade också att arbetet för att förändra föreställningar om kön och könsnormer, såsom normer kring femininitet och maskulinitet, fortsatt är en viktig del av arbetet för jämställdhet och också en central fråga för att främja transpersoners rättigheter och möjligheter i samhället.

4.5.2 Ett transperspektiv på arbetet med Jämställdhetsintegrering i myndigheter, JIM

Regeringen menar att en grundläggande förutsättning för att uppnå de jämställdhetspolitiska målen är att arbeta med jämställdhetsintegrering. Med detta avses att beslut inom alla politikområden ska präglas av ett jämställdhetsperspektiv. Jämställdhetsintegreringen på Regeringskansliet styrs av ett regeringsbeslut för perioden 2016–2020. På myndighetsnivå har sedan 2013 pågått en satsning med regeringsuppdraget Jämställdhetsintegrering i Myndigheter, JIM. 59 myndigheter och en organisation ingår nu, sedan 2016, i arbetet med att säkerställa att myndigheternas arbete bättre bidrar till att uppnå de jämställdhetspolitiska målen. Uppdraget sträcker sig till och med 2018.

Nationella sekretariatet för genusforskning har, genom Göteborgs universitet, i uppdrag att stödja arbetet med jämställdhetsintegrering i statliga myndigheter. Det senaste uppdraget fick sekretariatet 2015 och det löper till 2018 (Regeringsbeslut 2014). Inom ramen för uppdraget har sekretariatet publicerat ett antal handledningar för anställda på myndigheter som jobbar med jämställdhetsintegrering. I augusti 2017 publicerades en handledning med kunskap och förslag på arbetssätt för att utveckla tillämpningen av jämställdhetsintegreringen genom att inkludera ett hbtq-perspektiv, så att ”strategin utmanar heteronormen, snarare än cementerar den”, *Så gör du: HBTQ-kompetent jämställdhetsarbete. En handledning för dig som arbetar med jämställdhetsintegrering på myndighet* (Nationella sekretariatet för genusforskning 2017). I arbetet med att ta fram handledningen har de fem av regeringen utsedda hbt-strategiska myndigheterna, bidragit. De fem myndigheterna är Diskrimineringsombudsmannen, Folkhälsomyndigheten, Kulturrådet, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor och Socialstyrelsen.

I handledningen konstateras att det finns begränsad kunskap om framgångsrika arbetssätt för att kombinera jämställdhetsintegrering med hbtq-perspektiv och att det därför finns ett stort behov av metodutveckling. Handledningen föreslår sedan ett antal arbetssätt för hur arbetet med jämställdhet kan kombineras med ett hbtq-perspektiv, på områdena kvalitetssäkring, inkluderande kommunikation och könsuppdelad statistik.

På området kvalitetssäkring nämner handledningen bland annat vikten av att säkerställa att de som jobbar med jämställdhetsarbetet också har hbtq-kompetens, och att fördjupa och förtydliga analyser av jämställdhetsproblem genom att anlägga ett hbtq-perspektiv på dem. I handledningen understryker också Nationella sekretariatet för genusforskning hur viktigt det är att myndigheter påtalar behov för regeringen. Detta för att säkerställa att regeringen får kunskap om jämställdhets- och hbtq-arbetet som görs vid myndigheterna och för att undvika att myndigheter får uppdrag utan jämställdhets- eller hbtq-perspektiv, i uppdrag då detta skulle vara lämpligt. Utredningen konstaterar också att det fortsatt är centralt att myndigheter får explicita skrivningar i regleringsbrev om vikten av hbtq-perspektiv i arbetet med uppdragen, för att säkerställa att detta alltid finns med när det är motiverat. Annars riskeras en situation där det är upp

till enskilda särskilt engagerade medarbetare att se till att till exempel ett transperspektiv kommer med.

Sekretariatet ger också tipset att undvika ”beköning” som strategi, särskilt i utåtriktade skrivelser. Sekretariatet konstaterar att det är ett vanligt tillvägagsångssätt när styrdokument ska jämställdhetsintegreras att ”kvinnor och män” skrivs ut i stället för könsneutrala beskrivningar av målgruppen som till exempel ”invånare”. Sekretariatet konstaterar att detta kan vara en problematisk strategi som exkluderar individer, eftersom alla inte identifierar sig som kvinna eller man. I stället rekommenderas skrivningar som till exempel: ”Verksamheten ska fungera likvärdigt och bra oavsett mottagarens kön.”

På området inkluderande kommunikation rekommenderar sekretariatet att kön ska benämnas på ett inkluderande och tydligt sätt. De konstaterar att ”/d/en ständiga upprepningen av ’kvinnor, män, flickor och pojkar’ i jämställdhetsarbete osynliggör andra möjligheter.” Det är bättre att ”åtminstone bända något i de stela kategorierna: Kvinnor, män och personer med annat kön.”

Ett annat sätt kan vara att specificera vilken aspekt av kön som avses i ett visst sammanhang (biologiskt, juridiskt, könsuttryck, könsidentitet). Vilken aspekt som är intressant beror ju på myndighetens verksamhet. Språkbruket på myndigheten kan också göras mer inkluderande, genom att till exempel använda ”hen” om hypotetiska personer, men alltid det pronomen som faktiska personer själva föredrar. Ett annat tips är att undvika formuleringar som till exempel ”båda könen”, som signalerar att det bara finns två kön.

Det sista området som berörs i handledningen är könsuppdelad statistik (se även kapitel 13 i detta betänkande). Sekretariatet rekommenderar att myndigheter som producerar egna enkäter för in ett tredje könsalternativ, med till exempel benämningen ”annat/inget”. Om myndigheten baserar sin statistik på personnummerbaserade registerutdrag så är det de två juridiska könen som kommer att synas i statistiken, vilket kan vara viktigt att tydliggöra i analysen. Sådan statistik kan också gärna kompletteras med till exempel egna undersökningar.

Sekretariatet konstaterar också att om arbetet med hbtq-rättigheter ska bli framgångsrikt krävs att resurser avsätts för arbetet. Eftersom ”/d/en myndighet som väljer att på ett mer systematiskt sätt kombinera perspektiven är bland de första att göra det”, så finns inga belägg för att till exempel en viss metod fungerar (Nationella sekre-

tariatet för genusforskning 2017). Det kan också kosta mer att utveckla nya arbetssätt än att implementera befintliga. Arbetet med jämställdhetsintegrering har under en lång tid haft mer resurser än arbetet för hbtq-rättigheter i svensk offentlig sektor, konstaterar sekretariatet. Därför har det arbetet bland annat resulterat i mer systematiska arbetssätt, så som integrering av förändrade arbetssätt i befintlig verksamhet. Arbetet för hbtq-rättigheter har oftast större betoning på utbildning som ska förändra attityder, vilket ska leda till förändrade arbetssätt. Men, konstaterar sekretariatet, denna kedja har visat sig vara svag i praktiskt jämställdhetsarbete – det krävs mer, som mätbara mål, aktivt ägarskap från ledning, förändrade styrdokument och annat för att förändra en verksamhet.

Avslutningsvis konstaterar sekretariatet bland annat att ett lägsta krav på jämställdhetspolitiken måste vara att den inte reproducerar normer som inskränker rättigheter och möjligheter avseende andra maktförhållanden.

4.5.3 En feministisk jämställdhetspolitik och en ny myndighet

I budgetpropositionen för 2017 och i skrivelsen Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid (skr. 2016/17:10) presenterades regeringens jämställdhetspolitik. Regeringen slår fast att de jämställdhetspolitiska målen formuleras utifrån grupperna kvinnor respektive män, men reflekterar kort kring behovet av intersektionella analyser i genomförande och uppföljning av jämställdhetspolitiken för att öka genomslaget och träffsäkerheten. Däremot anser inte regeringen att en inkludering av alla maktordningar som är relevanta för jämställdhetspolitiken i målformuleringar skulle bidra till tydlighet och genomförbarhet.

Regeringen lyfter också fram problematiseringen av en binär syn på kön, som såväl Jämställdhetsutredningen, som ett antal remissinstanser betonat, men skriver ändå att ”könsuppdelad statistik, kartläggning och jämställdhetsanalyser med utgångspunkt i grupperna kvinnor och män” är en författningsstyrd grundförutsättning för jämställdhetsarbetet.

Regeringen klargjorde också skälen för bildandet av den nya jämställdhetsmyndigheten. Den nya myndigheten ska bidra till strategisk, sammanhållen och hållbar styrning och effektivt genomförande av

jämställdhetspolitiken. Myndigheten ska också ansvara för uppföljning, analys, samordning och stöd utifrån de jämställdhetspolitiska målen. Myndigheten ska också samordna och genomföra uppdrag som rör flera departement och myndigheter, och i sitt uppdrag utgå från hur andra maktordningar i relation till kön påverkar genomförandet av jämställdhetspolitiken. Dessutom ska myndigheten stödja arbetet med jämställdhetsintegrering vid myndigheter, landsting, regioner och kommuner och även arbeta med att fördela bidrag till kvinnors organisering och jämställdhetsprojekt. Myndigheten ska också bistå regeringen i bland annat det internationella samarbetet på jämställdhetsområdet, samt överta en del uppdrag som nu ligger på till exempel länsstyrelser.

Några av skälen för bildande av myndigheten är att det är mest effektivt och ger störst genomslag på politiken att bilda en myndighet, att en myndighet stärker jämställdhetsarbetet i ordinarie struktur och att det ger en kontinuitet och en sammanhållen organisation.

I december 2016 gav regeringen en särskild utredare i uppdrag att förbereda och genomföra bildandet så att myndigheten ska kunna inleda verksamheten den 1 januari 2018 (dir. 2016:108). I mars 2017 överlämnade utredaren ett första förslag på verksamhetsplan för myndigheten (Komm2017/00201) och redogjorde där bland annat för ett förslag att myndigheten under 2018 ska arbeta med att analysera effekter av jämställdhetsintegrering som metod och också bygga upp en systematisk form för analys och utveckling inom de sex delmålen.

Vad gäller uppdraget att ge stöd till myndigheter, landsting, regioner och kommuner i genomförandet av jämställdhetspolitiken betonade utredaren att detta arbete ska ha som utgångspunkt att också andra maktordningar, som till exempel könsidentitet och könsuttryck, i relation till kön påverkar genomförandet av jämställdhetspolitiken.

4.6 Folkhälsopolitiken

Folkhälsa handlar om att arbeta med utveckling och hållbarhet där folkhälsan lägger grunden för befolkningens välmående (SKL 2017a, hämtad 2017-10-15). Det är därför en skillnad mellan att arbeta med hälsa å ena sidan och folkhälsa å andra. Världshälsoorganisationen (WHO) definierar hälsa som fysiskt, psykiskt och socialt välbefin-

nande och inte bara frånvaron av sjukdom och funktionsnedsättning. Det betonas att god hälsa ska ses som en resurs för samhället och dess individer och inte som ett mål i sig (SKL 2017a, hämtad 2017-10-15).

Folkhälsa är i motsättning till WHO:s definition av hälsa inte individfokuserat, däremot syftar folkhälsa på hela befolkningens samlade hälsa där det tas hänsyn till både nivå och fördelning, och där en god folkhälsa innebär att hälsan är så god och jämnt fördelad som möjligt bland olika grupper i samhället (SKL 2017a, hämtad 2017-10-15). Folkhälsopolitikens bredd och de insatser som görs lokalt, regionalt och nationellt berör ett flertal politikområden som på olika sätt påverkar transpersoners levnadsvillkor, välbefinnande och livssituation. Vi kommer därför att nu presentera folkhälsopolitikens mål, organisering och diskutera folkhälsopolitikens elva målområden i relation till transpersoners särskilda utsatthet för ohälsa som diskuteras i denna utredning.

4.6.1 Folkhälsopolitikens övergripande mål och målområden

I *Mål för folkhälsan* (prop. 2002/03:35) föreslog regeringen för första gången ett övergripande nationellt mål och en sektorsövergripande målstruktur för det samlade folkhälsoarbetet med elva målområden. Målsättningarna berör ett stort antal politikområden och det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet är ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” (prop. 2002/03:35). I propositionen framhålls även vikten av att det sker regelbundna och samlade folkhälsorapporteringar som gör det möjligt att analysera och bedöma effekterna av insatserna som sker inom de olika målområdena. Sen dess har det tagits fram ett flertal folkhälsorapporter som ger en statusrapport om befolkningens folkhälsa. Hbt-personer diskuteras i varierande grad i dessa rapporter.

I *En förnyad folkhälsopolitik* (prop. 2007/08:110) ligger grundstrukturen för folkhälsoarbetet fast med samma övergripande mål som definierats i prop. 2002/03:35 och ett flertal målområden. Efter några mindre justeringar i målområdenas rubriker beslutas de att vara: 1) Delaktighet och inflytande i samhället, 2) Ekonomiska och sociala förutsättningar 3) Barns och ungas uppväxtvillkor, 4) Hälsa i arbetslivet, 5) Miljöer och produkter, 6) Hälsöfrämjande hälso- och

sjukvård, 7) Skydd mot smittspridning, 8) Sexualitet och reproduktiv hälsa, 9) Fysisk aktivitet, 10) Matvanor och livsmedel, 11) Tobak, alkohol, narkotika, dopning samt spel.

Utanförskapet – det stora hotet mot folkhälsan

Regeringen skriver i prop. 2007/08:110 att folkhälsoarbetet bör ha människans behov av integritet och valfrihet som grund och bygga på relationen mellan hälsans villkor och individens förutsättningar. Regeringen lyfter i propositionen fram utanförskapet som det största hotet mot folkhälsan och poängterar att för att må bra har människor behov av att känna delaktighet och möjlighet att kunna påverka sina egna liv. Det är i gemenskap som präglas av omtanke, ansvarstagande och solidaritet människan utvecklas och mår som bäst (prop. 2007/08:110).

Utanförskap diskuteras i propositionen ur särskilt två perspektiv: 1) Behovet av sociala nätverk: Hälsan i befolkningen påverkas av hur sociala relationer ser ut på samhälls nivå, organisationsnivå och mellan människor. Sociala nätverk är, enligt propositionen, en skyddsfaktor av psykosocial natur som förstärker identitets- och självkänslan. Vänner, familjen och övriga släkten lyfts som särskilt betydelsefulla. 2) Vikten av att ha arbete och vara en del av yrkeslivet: Det andra området som regeringen lyfter är betydelsen yrkeslivet har på välbefinnandet och för folkhälsan. Arbete ger människor inkomst och försörjning, vi blir delaktiga i samhällets aktiviteter, lär oss nya saker och kommer i kontakt med människor. Det framhävs att arbetslöshet kan leda till stress och sociala problem, psykisk ohälsa, och i vissa fall även risk- eller missbruk.

Som särskilda angelägna grupper lyfts barn, unga och deras föräldrar samt äldre fram. Insatserna riktade mot barn och unga bör ta sikte på att öka förutsättningarna för goda relationer, framför allt mellan barn och deras föräldrar, men även med andra barn och vuxna. Regeringen skriver vidare att en trygg anknytning till föräldrarna de första levnadsåren är en avgörande förutsättning för god psykisk hälsa senare i livet. Andra viktiga insatsområden för barn och ungas hälsa är miljön i hemmet, i bostadsområdet, i förskoleverksamheten, skolbarnsomsorgen och skolan, på fritiden samt andra förhållanden som berör deras levnadsvanor och utvecklingsmöjligheter.

Det konstateras att människor i Sverige lever längre vilket är positivt, men det ställer krav på samhällets insatser och den fysiska tillgängligheten i samhället. Regeringen pekar på att förändrade levnadsvanor kan ge positiva hälsoeffekter högt upp i åldrarna och att hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till äldre kan skjuta upp funktionsnedsättning och hjälpberoende. Det poängteras även här att insatser som bidrar till att äldre mår bättre och har en bättre hälsa kommer ge samhällsekonomiska vinster då fler äldre kan arbeta.

Hbt i folkhälsopropositionerna

I prop. 2002/03:35 lyfts relationen mellan sexuell läggning och hälsa, och ett avsnitt ägnades åt homo- och bisexuellas hälsa. I propositionen hänvisas det till forskning som visar på sämre hälsa bland homo- och bisexuella i jämförelse med befolkningen i övrigt, men att det behövs ytterligare kunskap om hur gruppens levnadsvillkor påverkar hälsan. Transpersoners levnadsvillkor diskuteras inte i propositionen från 2002.

I prop. 2007/08:110 skriver regeringen att det finns skillnader i den självupplevda hälsan mellan utrikes och inrikes födda, mellan personer med funktionshinder och övriga befolkningen samt bland homo- och bisexuella i jämförelse med heterosexuella. Trots att hälsan i befolkningen har förbättrats de senaste decennierna har de relativa skillnaderna i hälsan mellan olika grupper i samhället förblivit oförändrade och i några fall ökat. Regeringen skriver vidare att homo- och bisexuella samt transpersoner har en sämre självrapporterad hälsa än befolkningen i övrigt. Regeringen avser dock att särskilt uppmärksamma frågan om hur hbt-personer bemöts i hälso- och sjukvården.

4.6.2 Folkhälsopolitikens struktur

Folkhälsopolitikens grundstruktur bygger på politikens övergripande mål och de elva olika målområdena som diskuteras i avsnitt 4.6.1 ovan. De elva målområdena grupperar hälsans bestämningsfaktorer och ger uttryck för vilka faktorer som har störst betydelse för människors livsvillkor. Enligt regeringen är det mer effektivt att inrikta folkhälsoarbetet på särskilda bestämningsfaktorer där det finns vetenskapligt stöd för att avsaknaden av insatser kan leda till ohälsa. Be-

stärkningsfaktorerna kan både främja hälsa och leda till ohälsa. Inom varje målområde finns bestämningsfaktorer som totalt är 42 stycken. Bestämningsfaktorerna mäts via 36 huvudindikatorer och 47 delindikatorer. Kommuner, landsting och länsstyrelser innehar nyckelpositioner i folkhälsoarbetet och har ansvar för strategiskt viktiga verksamheter för folkhälsan och dess utveckling. Folkhälsomyndigheten ansvarar för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet.

Ett transperspektiv på de folkhälsopolitiska målen

Bredden och omfattningen av politiken ger utrymme för en hel del insatser å ena sidan, men omfattningen och de övergripande ansatserna som präglar politiken riskerar att försvåra styrningen och möjligheten att rikta insatser mot mindre och särskilt utsatta grupper å andra. I syfte att synliggöra på vilket sätt folkhälsopolitiken kan användas för att påverka transpersoners levnadsvillkor kommer vi att kortfattat exemplifiera, utifrån övriga kapitel i denna utredning, vilka insatsområden som finns och på vilket sätt de kan relateras till de elva folkhälsopolitiska målområdena. Det är viktigt att understryka att exemplen nedan inte är en heltäckande bild av samtliga insatser som kan eller borde genomföras, utan exempel som syftar till att visa vilka möjligheter som finns att inom ramen för folkhälsoarbetet påverka transpersoners levnadsvillkor.

Delaktighet och inflytande i samhället

Regeringen skriver att i demokratiska samhällen tillerkänns människor lika värde med jämlika möjligheter att vara delaktiga och ha inflytande. Rätten till delaktighet och inflytande gäller oavsett kön, etnisk eller religiös tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder (prop. 2007/08:110). Som diskuteras i kapitel 5 om transpersoners levnadsvillkor och i kapitel 7 om psykisk hälsa i detta betänkande visar Folkhälsomyndighetens (2015a) studie att transpersoner är en grupp som i hög utsträckning är utsatt för diskriminering, trakasserier och våld, och många känner rädsla för att gå ut ensamma.

Enligt myndigheten har många transpersoner särskilda strategier för att hantera vissa situationer som exempelvis att avstå från att

delta sociala sammanhang och vardagliga aktiviteter på grund av rädsla för att bli trakasserad, diskriminerad, eller i värsta fall utsatt för våld (Folkhälsomyndigheten 2015a). Detta begränsar transpersoners möjlighet till delaktighet och inflytande i samhället.

Ekonomiska och sociala förutsättningar

Regeringen skriver att ekonomisk och social trygghet är en av de mest grundläggande förutsättningarna för en god och jämlik folkhälsa. En hög sysselsättningsnivå som möjliggör för människor att försörja sig genom eget arbete är grundläggande för ett välfärdssamhälle. Som utredningen påpekar i kapitel 10 om transpersoners situation på arbetsmarknaden är kunskapen låg på detta område. I Folkhälsomyndighetens enkätundersökning (2015a) konstateras det att flertalet av respondenterna arbetar eller studerar, men cirka en fjärdedel svarade att de är arbetslösa, får sjukersättning/sjukpenning eller försörjningsstöd. Andelen arbetslösa bland respondenterna är högre än i befolkningen i sin helhet, 13 procent jämfört med 8 procent (Folkhälsomyndigheten 2015a). Siffrorna visar på att det finns en utsatthet inom gruppen avseende ekonomiska och sociala förutsättningar.

Barns och ungas uppväxtvillkor

Enligt prop. 2007/08:110 är trygga och goda uppväxtvillkor avgörande för barns och ungas hälsa. Som framgår i diskussionen i kapitel 7 om psykisk hälsa är det sociala stödet, särskilt från föräldrarna och nära familj till transpersoner en viktig bestämningsfaktor för psykiskt välbefinnande. En trygg och stabil psykosocial livssituation med goda uppväxtvillkor är centralt för unga transpersoners välmående och därigenom en skyddande faktor mot ohälsa.

Hälsa i arbetslivet

Regeringen skriver i prop. 2007/08:110 att arbetsmiljö är en viktig fråga både för den enskildes hälsa och välbefinnande, för verksamheternas utveckling och därmed även för förutsättningar för tillväxt och konkurrens. Regeringen skriver vidare att arbetsmiljön ska vara

utformad på så sätt att arbetet inte innebär risk för att den anställde skadas eller drabbas av ohälsa. För att säkerställa att detta inte är fallet för transpersoner i arbetslivet behövs mer kunskap.

Miljöer och produkter

Regeringen skriver i prop. 2007/08:110 att det på lång sikt finns ett sammanhang mellan en god folkhälsa och en bra yttre miljö. Fokus i målområdet är främst miljöfrågor, men utredningen vill poängtera att en del av insatsområdena inom målområdet är relevanta för transpersoners folkhälsa. Detta rör exempelvis inomhusmiljöer, samt utomhusmiljöer som parker eller andra offentliga områden där människor vistas. Fokus i propositionen är främst hur byggnader och anläggningar kan byggas med miljövänlig standard, men utredningen vill lyfta ett par andra perspektiv som kan påverka transpersoners folkhälsa.

Det första perspektivet rör inomhusmiljön. Som utredningen diskuterar i kapitel 9 om transpersoners fritid finns det ett stort behov av könsneutrala toaletter och omklädningsrum. Rutiner och byggnormer för detta borde ses över då det har en koppling till transpersoners välbefinnande och därigenom folkhälsa. Det andra perspektivet som borde kunna lyftas inom detta målområde och som diskuteras i kapitel 5 om transpersoners levnadsvillkor, är hur man väljer att utforma offentliga områden där människor vistas. Byggnormer och rutiner för hur man kan skapa offentliga områden (till exempel tunnelbanestationer) som ökar människors säkerhet och därigenom försvårar möjligheten för personer att utöva våld eller sexuellt våld är centralt för särskilt utsatta grupper som till exempel transpersoner. Ändrade byggnormer kan därmed bidra till att reducera antalet brott.

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården bör ha hög tillgänglighet och god kvalitet samt erbjuda valfrihet för den enskilde (prop. 2007/08:110). Som utredningen diskuterar i kapitel 15 om den könsbekräftande vården, finns det en förbättringspotential inom den könsbekräftande vården. Samma behov av förbättring finns inom den övriga hälso- och

sjukvården också, vilket vi belyser i kapitel 8 om bemötande inom hälso- och sjukvården, samt socialtjänsten.

Skydd mot smittspridning

För att nå framgång i det förebyggande arbetet mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar är det viktigt att stimulera insatser på lokal och regional nivå och att arbetet bedrivs med ett brett perspektiv på sexuell hälsa (prop. 2007/08:110). Som utredningen diskuterar i kapitel 5 om transpersoners levnadsvillkor så finns det en hel del utmaningar relaterat till skydd mot sexuellt överförbara infektioner bland transpersoner. Förekomsten av hiv bland transpersoner i Sverige verkar vara låg, men det är även dokumenterat i Folkhälsomyndighetens (2015a) enkätundersökning att det är få transpersoner som testat sig. Utredningen lyfter därför behovet av insatser som syftar till att öka kunskapen om hiv och andra sexuellt överförbara infektioner inom gruppen samt öka testningsbenägenheten.

Sexualitet och reproduktiv hälsa

Sexualiteten är en viktig faktor i människors liv för lust och livsglädje och enligt prop. 2007/08:110 formas människors syn på sexualitet i samspel med andra och efter det samhälle där man växer upp och lever. Som diskuterar i kapitlet om levnadsvillkor, framkommer i Folkhälsomyndighetens enkätundersökning (2015a) att många transpersoner känner att de inte kan leva sexuellt som de själva önskar. Kunskapen om transpersoners reproduktiva hälsa är mycket låg och insatser behöver göras inom vården i syfte att exempelvis öka kunskapen om transmän och graviditet. Det behövs vidare insatser för att transpersoner ska kunna få fertilitetsbevarande åtgärder.

Fysisk aktivitet och matvanor och livsmedel

Osunda matvanor och fysisk inaktivitet bidrar till ökad dödlighet och flera vanligt förekommande sjukdomar (prop. 2007/08:110). Som framgår av utredningens kapitel 5 om transpersoners levnadsvillkor är det många transpersoner som inte idrottar eller deltar i fysisk

aktivitet. Som vi även diskuterar i kapitel 7 om psykisk hälsa finns det indikationer på att det är vanligare med en ätstörningsproblematik inom gruppen transpersoner än bland befolkningen i stort.

Tobak, alkohol, narkotika, dopning samt spel

Åtgärder mot skador på grund av tobak, alkohol och spel samt för ett samhälle fritt från narkotika och dopning är både viktiga för att förbättra människors individuella hälsa och välbefinnande och för folkhälsan generellt menar regeringen i prop. 2007/08:110. Som framgår i kapitlet om psykisk hälsa i detta betänkande, är de riktade insatserna gentemot små som till exempel transpersoner få och det skulle behövas till exempel en ny handlingsplan på området som lyfter utsatta grupper särskilt.

4.6.3 Kritik och förbättringspotential

Kommissionen för jämlik hälsa

Kommissionen för jämlik hälsa tillsattes av regeringen i juni 2015 och har till uppgift att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Till grund för kommissionens uppdrag ligger regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation.

Kommissionen konstaterar i sitt första delbetänkande, *Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete* (SOU 2016:55), att skillnaderna i hälsa mellan hbtq-personer och den övriga befolkningen återfinns i synnerhet vad gäller psykisk hälsa. Lägg där till att personer som befinner sig i minoritetsposition på grund av sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck i större utsträckning än övriga befolkningen riskerar att utsättas för olika stressfaktorer, till exempel diskriminering och negativt bemötande. Den högre förekomsten av psykisk ohälsa och användning av psyko-farmaka bland hbtq-personer kan tolkas som ett tecken på stressrelaterad ohälsa i gruppen.

I sitt andra delbetänkande *För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket* (SOU 2017:4) bedömer kommissionen det som centralt att förbättra uppföljningen av hälsan

bland grupper i särskilt utsatta situationer för en stärkt kunskap och stärkta möjligheter att vid behov vidta specifika åtgärder för att främja hälsan i dessa grupper. När det gäller analys av exempelvis situationen för hbtq-personer och nationella minoriteter finns det ett begränsat kunskapsunderlag, inte minst för att det finns uppenbara etiska och integritetsmässiga problem med att registrera exempelvis nationella minoriteter. Det saknas därför i flera fall såväl registerbaserade underlag som direkta möjligheter att identifiera dessa grupper för att nå ut med enkät- eller intervjustudier. För att det ska kunna vidtas lämpliga åtgärder för att främja en god och jämlik hälsa bland grupper i särskilt utsatta situationer bedömer Kommissionen att ett löpande uppdrag till Folkhälsomyndigheten att göra en strukturerad uppföljning av hälsan i dessa grupper är avgörande. Uppföljningen bör ske i nära samverkan med berörda målgrupper, myndigheter och andra relevanta aktörer.

I sitt slutbetänkande *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa* (SOU 2017:47) föreslår Kommissionen att regeringen, inom Regeringskansliet, bör samordna det strategiska och långsiktiga förebyggande arbetet mot våld, hot, mobbning, diskriminering och annan kränkande behandling. Kommuner och landsting bör verka för att ett icke-diskriminerande förhållningssätt används i vård, skola, omsorg och andra relevanta offentliga verksamheter. Personal som har direktkontakt med medborgare, elever, patienter, brukare och så vidare bör utbildas och fortbildas i ett sådant förhållningssätt.

Kommissionen skriver även i sitt slutbetänkande att det folkhälso-politiska ramverket behöver reformeras i syfte att få bättre effekt. Kommissionen föreslår ett antal åtgärder för att strama in målstrukturen, effektivisera styrningen av folkhälsoarbetet på lokal, regional och nationell nivå. Kommissionen föreslår även att det utvecklas en folkhälso- lag. Kommissionen hänvisar till Den Nationella folkhälso-kommittén som föreslog en sådan lag redan under år 2000 (SOU 2000:91). Kommissionen poängterar att ett ytterligare motiv till en särskild folkhälso- lag är att tydliggöra ansvarsfördelning mellan stat, landsting, regioner och kommuner då det i dagsläget finns en risk för att olika aktörers ansvar blir otydligt och arbetet ”faller mellan stolarna” och att allas uppdrag blir ingens ansvar.

RFSL:s kritik av folkhälsoarbetet

RFSL har i flera år arbetat för att folkhälsopolitiken borde reformeras utifrån argumentet att hbtq-gruppen faller mellan stolarna då insatserna blir så breda att ingen tar ansvar för mindre och särskilt utsatta grupper. RFSL tillstyrker därför många av Kommissionen för Jämlik hälsas förslag i SOU 2017:4, avseende tydligare styrning, tydligare målstruktur samt förslaget om en folkhälsolag (RFSL 2017d). RFSL har också lyft frågan om en egen folkhälsolag i två tidigare remissvar, gällande *Gör det enklare!* (SOU 2012:33) samt *En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet* (DS 2012:49). I remissvaren argumenterar RFSL för att behovet för en folkhälsolag beror på behovet av ett smartare och effektivare folkhälsoarbete där det finns tydliga strukturer för ansvarsutkrävande, uppföljning och rapportering (RFSL 2012, RFSL 2013a).

4.6.4 Folkhälsoarbetet en global fråga – Agenda 2030

Det har i decennier bedrivits ett systematiskt och omfattande arbete på internationell nivå för att förbättra folkhälsan. Rätten till bästa uppnåeliga hälsa är en mänsklig rättighet som skyddas av flera internationella konventioner. Inom Världshälsoorganisationens (WHO) konstitution lyfts rätten till bästa uppnåeliga hälsa fram som en mänsklig rättighet (prop. 2007/08:110). Insatser som görs är exempelvis inom områden som fattigdom, infektioner på grund av dålig hygien, insektsburna sjukdomar, brist på mat och rent vatten.

På ett toppmöte i FN i september 2015 antogs Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling. Agenda 2030 är en utvecklingsagenda som består av 17 globala mål med 169 delmål och ersätter de tidigare Milleniemalet. Målområde 3 lyfts av Global Forum on MSM och Hiv och Outright Action International som särskilt viktigt för hbtqi-personer. Målområde 3 är att ”säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar”.

I rapporten *Agenda 2030 for LGBTI Health and Well-Being* lyfter Global Forum on MSM och Hiv och Outright Action International det faktum att forskning, trots att den på global nivå är begränsad, visar att hbt-gruppens hälsa är sämre än övriga befolkningens. Diskriminering, våld, kriminalisering och social exkludering är alla determinanter som leder till ohälsa.

I rapporten föreslås nio sektorövergripande rekommendationer för vad FN:s medlemsländer borde göra i syfte att realisera målområde 3 för hbtqi-personer: 1) förpliktiga sig att stoppa all diskriminering baserat på sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck eller könskaraktäristika i de tjänster som ges av hälso- och sjukvården; 2) säkerställa att alla hbtqi-personer ges möjlighet att på ett meningsfullt sätt aktivt delta i utvecklandet av policys på hälsoområdet som är lyhörda och respektfulla gentemot hbtqi-personers särskilda behov; 3) samla data och genomföra forskning som inkluderar hbtqi som variabler; 4) avskaffa all lagstiftning och styrdokument som förbjuder samkönad kärlek eller relationer, samt människors rätt att själva bestämma sin könsidentitet; 5) förbjuda medicinska ingrepp och procedurer där patienten inte samtyckt till ingreppet; 6) säkerställa att anställda inom hälso- och sjukvården har kunskap om hbtqi-personers särskilda behov och kan adressera dessa vid behov; 7) ge ekonomiskt stöd till communitybaserade organisationer och aktörer som arbetar med och/ eller för hbtqi-frågor; 8) säkerställa att hälso-tjänster som rör sexuell och reproduktiv hälsa, så som hormonbehandling, rutinmässig screening, testning för sexuellt överförbara infektioner och familjeplanering är hbtqi-inkluderande; 9) eliminera ekonomiska hinder för hbtqi-personer att få medicinsk vård och behandling.

I dir. 2016:18 fick en nationell kommitté i form av en nationell delegation i uppgift att i november 2016 lämna en delredovisning av Sveriges genomförande av Agenda 2030 som skulle innehålla en översiktlig helhetsbild av i vilken utsträckning Sverige uppfyller agendans mål och senare i mars 2017 lämna ett fullständigt förslag till handlingsplan för Sveriges genomförande av Agenda 2030.

I delegationens delbetänkande konstateras det att avseende agendans målområde 3 finns betydande skillnader i hälsa, exempelvis mellan personer som har hög respektive låg utbildningsnivå, mellan kvinnor och män, inrikes och utrikes födda och mellan personer boende i olika geografiska områden. Delegationen påpekar att det finns särskilt tydliga hälsoskillnader jämfört med befolkningen i stort för personer med funktionsnedsättning, hbtq-personer, vissa nationella minoriteter och det samiska folket (2030-delegationen Fi 2016:01). Under agendans mål nummer 5 där målet är att ”uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt” skriver delegationen att många aktörer har påpekat vikten av att ha ett intersektionellt per-

spektiv i jämställdhetsanalyser, och det framhävs att organisationer som jobbar med hbt-personers rättigheter och levnadsvillkor har påtalat vikten av att inte fastna i en binär definition av kön och att även icke-binära personer påverkas av ojämställdheten i samhället när åtgärder skall genomföras (Fi 2016:01).

I delegationens föreslagna handlingsplan för Sveriges genomförande av Agenda 2030 beskrivs sex prioriterade områden varav inga av områdena har sin utgångspunkt i målområde 3. Ett av de prioriterade områdena i handlingsplanen är dock ”ett jämlikt och jämställt samhälle”. I det prioriterade området diskuteras jämställdhet som jämställdhet mellan män och kvinnor och inte jämställdhet oavsett kön vilket exkluderar ett hbtq-perspektiv i jämställdhetspolitiken (se även del 4.5 ovan).

I regeringens åiterrapportering till FN:s högnivåforum 2017 om hållbar utveckling nämns ohälsan bland hbt-personer, det framhävs att Sverige har en nationell strategi för lika rättigheter och möjligheter för hbt-personer som en del av en nulägesbeskrivning. Det pekas dock på att hbt-personer kommer beröras av de insatser regeringen avser göra i arbetet mot diskriminering, men det framkommer inte explicit vad som menas eller vilka insatser som avses (Sverige och Agenda 2030).

DEL I

5 Transpersoners levnadsvillkor

Utredningen ska, enligt direktiven, undersöka hur transpersoner påverkas av samhällets cis- och heteronorm samt identifiera de hinder som finns i samhället för transpersoners möjligheter att leva i enlighet med sin könsidentitet, och vid behov föreslå insatser för att åtgärda eventuella brister.

5.1 Generella iakttagelser

För att ta reda på hur transpersoners levnadsvillkor i Sverige ser ut har utredningen använt flera olika tillvägagångssätt. Dessa finns redovisade i kapitel 2 om utredningens uppdrag och arbete. I detta kapitel beskrivs levnadsvillkoren övergripande och i följande kapitel i utredningens del 1 gör vi nedslag inom de områden som skrivits fram särskilt i våra direktiv, exempelvis transpersoners psykiska hälsa, fritid och arbetsliv. Det finns också ett kapitel som belyser levnadsvillkoren ur ett livscykelperspektiv samt villkoren för transpersoner med vissa erfarenheter, till exempel asylsökande.

Gruppen transpersoner är heterogen och består, i likhet med den allmänna befolkningen, av individer med olika bakgrund och erfarenheter. Som grupp betraktat är det dock betydligt vanligare att transpersoner blir utsatta för kränkningar, trakasserier, våld och hot om våld än den allmänna befolkningen. Detta påverkar transpersoners hälsa negativt. Det är vanligare att transpersoner upplever sin hälsa som dålig än att befolkningen i stort gör det. Det är också betydligt vanligare att transpersoner har självmordstankar eller har gjort självmordsförsök. I utredningen är det därför naturligt att det mestadels, men långt ifrån uteslutande, är berättelser om negativa erfarenheter som lyfts fram.

Den sammantagna bild som framträder i materialet är att gruppen transpersoner lever med en stor utsatthet. På individnivå är det vanligt att vara utsatt inom flera områden i livet (exempelvis i hemmet, i skolan och på offentliga platser), även om detta inte gäller för varje enskild person. Det är vanligt att transpersoner uppger att de inte fullt ut kan leva i sin könsidentitet.

Upplevelsen av att vara osynliggjord i samhället är genomgående, särskilt hos ickebinära personer som ofta beskriver hur detta osynliggörande sker på daglig basis. Det är väldigt vanligt att transpersoner får sin könsidentitet ifrågasatt av omgivning. För binära transpersoner tar det sig uttryck i att de förväntas ha ett stereotypt könsuttryck för att visa att de är ”riktiga” män eller kvinnor. För ickebinära kan ifrågasättandet handla om huruvida de är ”riktiga” transpersoner eller att deras könsidentitet förlöjligas eller förnekas.

I detta kapitel skildrar vi transpersoners erfarenheter, ofta i form av citat, så att de själva kommer till tals i materialet. Vi ger exempel på svårigheter som kan uppstå för transpersoner att röra sig i det offentliga rummet, att resa, att besöka (den könsuppdelade) toaletten men även hur transpersoner har det med sina nära och kära, hur viktigt det är att få stöd från sina närmast anhöriga och hur svårt det är när det stödet inte finns. I kapitlet synliggörs också det våld som transpersoner utsätts för; det fysiska våldet, det sexuella våldet, men även det subtila våldet, i form av mikroaggressioner¹. Vi redogör även för hur attityden gentemot transpersoner ser ut bland allmänheten i Sverige.

5.2 Att leva i enlighet med sin könsidentitet

Att komma ut som trans är bara en liten del av resan, att sedan leva öppet som trans – det är då den verkliga kampen börjar. Jag blir felkönad varje dag – av alla – läkare, vården, jobbet, folk på stan... Jag har blivit trakasserad i sociala medier, och av fullkomliga främlingar på allmän plats... Min egen familj och vänner har haft problem att acceptera min könsidentitet och bekräfta mig med rätt pronomen, namn och så vidare, och språket har uppenbara brister! Vad ska min familj kalla mig? Barn istäl-

¹ En mikroaggression är en subtil men kränkande kommentar eller handling riktad mot en minoritetsgrupp eller person tillhörande en minoritetsgrupp och som ofta förstärker stereotyper som finns om den aktuella minoritetsgruppen.

let för dotter? Broster istället för syster? morskon/farskon istället för moster/faster? Vi får själva uppfinna nya ord för det som är jag... (berättelse 54 ickebinär).

År 2015 släppte Folkhälsomyndigheten rapporten *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige*. I rapporten redovisas resultaten från en enkätundersökning riktad specifikt till transpersoner som myndigheten genomfört. Av de 800 personer som svarade på enkäten var det endast 11 procent som uppgav att de helt kan leva enligt sin könsidentitet. Totalt 32 procent uppgav att de i stort sett lever i enligt sin könsidentitet och 33 procent att de gör det till viss del. En fjärdedel svarade däremot att de alltid eller för det mesta döljer sin transerfarenhet. Att leva dolt var vanligare i de äldre åldersgrupperna (Folkhälsomyndigheten 2015a).

Organisationen Transgender Europe² (TGEU) genomförde under 2016 en enkätundersökning som riktade sig till brukare av den könsbekräftande vården och personal inom den vården i fem europeiska länder; Georgien, Polen, Serbien, Spanien och Sverige. Totalt svarade 885 personer på brukarenkäten, 472 av dessa svarade på den svenska brukarenkäten.

Svaren från respondenterna i Sverige visar att transmän (59 procent) och transkvinnor (60 procent) i större utsträckning än ickebinära (42 procent) har möjlighet att alltid eller nästan alltid leva i enlighet med sin könsidentitet. Personer som inte kan leva i enlighet med sin könsidentitet upplever i större utsträckning sin hälsa som dålig (56 procent) jämfört med de som kan leva i enlighet med sin könsidentitet (24 procent). De tre huvudsakliga skälen till att transpersoner i Sverige inte kan leva i enlighet med sin könsidentitet är:

- generella reaktioner från samhället (81 procent),
- rädsla att bli diskriminerad (78 procent) och
- föräldrars reaktioner (51 procent) (TGEU 2017b).

² Transgender Europe är en paraplyorganisation som samlar organisationer inom Europa som arbetar för transpersoners rättigheter. www.tgeu.org

För transpersoner är det vanligt att bli uppfattade av omgivningen som det kön man tillskrevs vid födseln. Särskilt vanligt är det för ickebinära. Totalt 85 procent av ickebinära har erfarenhet av det. Motsvarande andel bland transkvinnor är 45 procent och för transmän 35 procent. Endast 2 procent av ickebinära uppger att de aldrig blir uppfattade som det kön de tillskrevs vid födseln. Motsvarande andel för transkvinnor är 14 procent och för transmän 27 procent. Att bli felkönad av omgivningen påverkar också hälsan. Av de som upplevt att de alltid eller mestadels blir felkönade upplever 46 procent sin hälsa som dålig. Motsvarande andel hos dem som inte felkönas är 21 procent (TGEU 2017b).

Utredningen har under en period haft en egen webbplats där det funnits möjlighet för transpersoner att själva lämna berättelser om sina liv. Det har kommit in ett stort antal berättelser till utredningen som berör felkönning och vilka konsekvenser den får för individen. En transkvinna beskriver att det blivit vardag för henne att bli felkönad och att det är något som känns som ett hugg i bröstet. Hon menar att hon vänjer sig, men att det gör lika ont varje gång (berättelse 35). En ickebinär person berättar om den transfobi den möter i samhället och hur det är att nekas rätten till sin identitet:

Folk som frågar om mina genitalier, folk som säger att eftersom jag ser ut som ett visst binärt kön så är det okej att felköna mig. Folk som säger att ens genitalier bestämmer ens kön och att ickebinära identiteter är hittepå. Total ovilja att förstå, försöka förstå eller ens lyssna på mig om min identitet och mina upplevelser (berättelse 63 ickebinär).

En transkille bär på liknande erfarenheter av att ständigt behöva försvara och förklara sig:

Att ständigt behöva förklara, komma ut och försvara sin egen identitet och samtidigt föreläsa om vad det egentligen innebär. Att ständigt behöva förklara att jag ÄR kille, inte någonting som jag så småningom KOMMER att bli (berättelse 33).

Studentorganisationen Rainbows genomförde på eget initiativ en fokusgrupp med några transidentifierade högskolestudenter och delgav sedan utredningen resultatet av denna. En student, som är ickebinär, berättar att vissa i omgivningen reagerar starkt på pronomenet hen. Personen, som är lingvistikstuderande, möter irritation över pronomenet – att det är löjligt och dumheter. Personen beskriver att det är svårt att säga ifrån från en personlig position och att den

i stället utifrån en neutral utgångspunkt redogör för de olika förklaringsmodellerna för pronomenet. Personen berättar att den skulle vilja säga ifrån, säga att den själv använder hen som personligt pronomen, men att den inte gör det. Ibland berättar personen däremot att andra använder pronomenet (Rainbows 2017).

Att ickebinära ofta upplever att deras identitet inte tas på allvar och måste försvaras kan också få konsekvensen att de väljer att inte komma ut:

Jag är ickebinär och vågar inte komma ut. Jag vet inte om jag vågar stå upp för mig själv för att vara ute. Eftersom många inte vet vad ickebinär är för något måste en förklara saker från grunden för så många människor. Jag vet inte om jag vågar försvara mig mot människor som kommer att ogiltigförklara mitt kön. Jag är konflikträdd och ser framför mig ett liv med mycket ångest om jag skulle komma ut.

I alla sammanhang som jag är i offentligt påverkar det mig att jag är ickebinär men inte kommit ut. Varenda felköning. Jag önskar att det var vedertaget att ickebinära existerar och att en inte kan se på någon vad någon har för kön. Jag önskar att juridiskt kön skulle avskaffas och att vem som helst skulle kunna få transvård genom informed consent. Jag önskar att det inte var någon stor grej att komma ut. I en ideal värld skulle vi inte tilldela kön till barn när de föds. Det skulle vara något som var och en får utforska själv (berättelse 53, ickebinär).

5.2.1 Livskvalitet, nöjdhet och framtidstro

När transpersonerna i Folkhälsomyndighetens enkätundersökning (2015a) fick skatta sin allmänna livskvalitet på en skala mellan 0 (mycket dålig livskvalitet) och 10 (mycket bra livskvalitet) var det 42 procent som skattade sin livskvalitet som 7 eller högre.

De yngre åldersgrupperna upplevde sämre livskvalitet än de äldre. I en undersökning som EU:s byrå för grundläggande rättigheter (FRA) genomförde år 2012 fick respondenterna ange hur nöjda de var med livet överlag på en skala från 1 (mycket missnöjd) till 10 (mycket nöjd). Det genomsnittliga värdet för de svarande transpersonerna var 6,2. För homo- och bisexuella män och kvinnor var motsvarande siffra 6,9. Hbt-personerna i Sverige var något nöjdare än den genomsnittliga transpersonen inom EU (6) respektive den genomsnittliga homo- och bisexuella personen inom EU(6,6).

Tabell 5.1 Hur nöjd eller missnöjd är du i största allmänhet med ditt liv när det handlar om följande?

Andel ganska/mycket nöjda (procent)

	Transpersoner och personer som är osäkra på sin könsidentitet	Cispersoner
Din arbets-/skolsituation	55	69
Din hälsa	58	68
Dina familjerelationer	75	85
Din utbildning	53	64
Ditt liv i sin helhet	66	78

Källa: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor, Nationella ungdomsenkäten 2012 och 2015

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (MUCF) genomför regelbundet en nationell ungdomsenkät i åldersgruppen 16 till 25 år. Den visar att transungdomar och unga som är osäkra på sin könsidentitet³ i lägre utsträckning än cisungdomar är ganska eller mycket nöjda med sin arbets-/skolsituation, sin hälsa, sina familjerelationer, sin utbildning och sitt liv i helhet. Transpersoner och unga som är osäkra på sin könsidentitet är också mindre optimistiska inför framtiden än cispersoner. På en skala från 1 till 5, där 1 betyder mycket pessimistisk och 5 betyder mycket optimistisk är det 55 procent av transungdomarna och 70 procent av cisungdomarna som angett 4 eller 5, det vill säga att de är optimistiska inför framtiden för egen del (MUCF: Ungdomsenkäten 2012 och 2015).

5.2.2 Det juridiska könet

Jag tycker att det kan vara svårt att bli tagen på allvar, när en som transperson inte är i behov av vård, utan väljer att leva i den kropp som en föddes i. Jag önskar mer än något annat att det fanns ett tredje juridiskt kön, så omgivningen kunde förstå att min könsidentitet är på riktigt och att det är viktigt för mig att få den respekterad (berättelse 85, ickebinär transperson).

Ovanstående är skrivet av en ickebinär transperson, som inte är i behov av könsbekräftande vård, utan väljer att leva med kroppen som den är och som upplever att det är svårt att bli tagen på allvar av om-

³ Unga som svarar "vet ej" på frågan "Identifierar du dig som transperson?".

givningen. Personen är en av flera ickebinära som påtalat för utredningen att det behövs ett tredje juridiskt kön. För vissa skulle det också vara ett godtagbart alternativ att det juridiska könet togs bort. Många har också lyft problematiken med att de svenska personnumren är könade. Den näst sista siffran är jämn för kvinnor och ojämn för män. (En fråga som angränsar till detta är möjligheten att ha 'X' som könsmarkör i passet i stället för 'F' eller 'M', den avhandlas i kapitel 11 i detta betänkande.) En ickebinär person berättar:

En av mina hjärtefrågor i transpolitik är införandet av ett neutralt juridiskt kön och neutrala personnummer, för att mitt pass är en lögn. Och att inte ha sig själv erkänd på mitt identitetsbevis som jag får utfärdat av staten? Det är besvikelse på nya nivåer.

Jag är stolt över att vara trans. Inte för att det är coolt, trendigt eller ens särskilt kul. Jag är stolt för att det är en del av vem jag är, och jag är stolt över mig själv (berättelse 63).

I enkätundersökningen som EU:s byrå för grundläggande rättigheter genomförde 2012 angav 23 procent av de svarande transpersonerna i Sverige att de personligen upplevt att de blivit diskriminerade när de behövt visa identitetshandling som visar juridiskt kön under de senaste tolv månaderna. Motsvarande siffra för homo- och bisexuella kvinnor och män var två procent (European Union Agency for Fundamental Rights 2012, hämtad 2017-04-04).

I TGEU:s enkätundersökning (2017b) framkommer att 41 procent av respondenterna hade bytt juridisk könstillhörighet eller var i processen att göra det. Av dessa var 69 procent transkvinnor, 61 procent transmän och 6 procent ickebinära. Av de 59 procent som inte hade bytt juridiskt kön svarade fler än hälften att de vill göra de i framtiden. Bland de som inte ville byta juridiskt kön uppgav hälften att det var för att det kön de ville ha inte fanns tillgängligt.

I Transgender Europes rapport *Overdiagnosed but Under Served. Trans Health Care in Georgia, Poland, Serbia, Spain and Sweden: Trans Health Survey* (2017a) konstateras att den generella processen för juridiskt könsbyte i Sverige behöver bli enklare samt att den behöver separeras från medicinska bedömningar. Sverige behöver också erkänna minderårigas könsidentitet och tillåta juridiskt könsbyte för personer under 18 år. En annan fråga gäller att det för närvarande är omöjligt för ickebinära att få sin könsidentitet erkänd juridiskt. Sverige rekommenderas att dels sluta använda könskodade person-

nummer samt att införa ett tredje juridiskt kön eller avskaffa de juridiska könen (TGEU 2017a).

År 2015 rekommenderade⁴ Europarådets kommissionär för mänskliga rättigheter staterna att göra det möjligt för personer med intersexvariation att få juridiskt erkännande för den självdefinierade könsidentiteten, att göra det enkelt att ändra juridiskt kön i officiella dokument och att göra det möjligt att inte tvingas välja mellan endast manlig eller kvinnlig könsmarkör i identitetshandlingar. Staterna uppmanades också att generellt beakta proportionaliteten vad gäller krav på att ange kön i officiella dokument.

PACE (Europarådets parlamentariska församling) har antagit två resolutioner där medlemsstaterna uppmanas skapa ett mer inkluderande juridiskt kön. Den första, *Discrimination against transgender people in Europe*⁵ antogs 2015 och innehöll en rekommendation till medlemsstaterna att överväga att införa ett tredje alternativ för juridiskt kön för de som önskar.

I oktober 2017 antog PACE en resolution⁶ om mänskliga rättigheter och personer med intersexvariation. I resolutionen uppmanas staterna att göra registrering av kön valfritt för alla, och att erbjuda flera olika alternativ till registrerat juridiskt kön.

5.3 Utsatthet för kränkning och diskriminering

5.3.1 Utsatthet för kränkningar och trakasserier

Över hälften av respondenterna i Folkhälsomyndighetens (2015a) enkätundersökning angav att de hade blivit utsatta för kränkande behandling eller bemötande minst en gång under de senaste tre månaderna. Andelen är nästan tre gånger större jämfört med befolkningen i allmänhet. Det är framför allt yngre personer som blivit utsatta. Att ha blivit utsatt på grund av sitt könsuttryck var den vanligaste anledningen (48 procent), följt av kön (31 procent), sexuell identitet (22 procent) och utseende (15 procent). Det var vanligast att ha blivit utsatt av:

⁴ Human rights and intersex people. Issue paper published by the Council of Europe Commissioner for Human Rights, 2015

⁵ Discrimination against transgender people in Europe. Resolution 2048 (2015)

⁶ Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people. Resolution 2191 (2017)

- en okänd person (35 procent),
- en nära anhörig (21 procent),
- en person på internet (21 procent),
- en vän eller bekant (20 procent),
- en arbetskamrat (14 procent) samt
- personal inom sjukvården (14 procent).

Nationella ungdomsenkäten visar liknande resultat. Totalt 41 procent av unga transpersoner och unga med osäker könsidentitet har upplevt att de, under det senaste halvåret, någon gång eller flera gånger blivit orättvist behandlade på ett sätt som gjort att de känt sig kränkta. Motsvarande andel bland unga cispersoner är 25 procent (MUCF: ungdomsenkäten 2012 och 2015).

Det är inte bara vanligt att transpersoner utsätts för kränkningar eller trakasserier, det är även vanligt att en och samma individ utsätts vid flera tillfällen. Det visar undersökningen som EU:s byrå för grundläggande rättigheter (FRA) genomförde år 2012. Av de som utsätts för trakasserier under det senaste året hade en femtedel blivit utsatta vid tio eller fler tillfällen. Totalt hade 78 procent utsätts vid minst två tillfällen. De vanligaste typerna av incidenter var:

- att bli kallad för något nedsättande (64 procent),
- att bli förödmjukad genom att något skämtat om en (64 procent) och
- att utsättas för andra verbala kränkningar eller förolämpningar (53 procent).

Totalt 30 procent hade utsätts för aggressiva gester, till exempel att någon pekat på dem. Tolv procent hade upplevt mobbning och 17 procent att de blivit ignorerade/isolerade. Totalt 58 procent upplevde att de blivit utsatta på grund av att gärningspersonen betraktat dem som hbt-person. Det var något vanligare att bli utsatt av flera gärningspersoner än en ensam gärningsperson. Nästan hälften hade blivit utsatta av en främmande person och en femtedel uppgav att de blivit utsatta av en tonåring eller en grupp av tonåringar. 15 procent hade blivit utsatta av en kollega och drygt var tionde av någon på skolan eller på universitetet. Sju procent hade blivit ut-

satta i hemmet eller av en familjemedlem. Det var vanligare att förövaren var man (57 procent), men jämfört med våldsbrott så är kvinnor här relativt vanligt förekommande som förövare (20 procent). Totalt 18 procent hade blivit utsatta av könsblandade grupper och fyra procent kände inte till vilket kön förövaren hade. De vanligaste platserna att bli utsatt på var:

- offentlig plats (18 procent),
- arbetsplatsen (15 procent),
- kafé/restaurang/pub/nattklubb (15 procent) och
- i lokaltrafiken (12 procent).

Knappt tio procent hade blivit utsatta på internet och sju procent hade blivit utsatta i skolan. Endast fem procent hade polisanmält incidenten. De vanligaste anledningarna till att inte polisanmäla var:

- att incidenten inte var tillräckligt allvarlig (57 procent),
- att man inte trodde att polisen skulle göra något (37 procent) och
- att man inte trodde att polisen kunde göra något (29 procent).

Totalt 14 procent trodde att de inte skulle bli trodda av polisen och nästan lika många var rädda för att få ett homo- eller transfobiskt bemötande från polisen (European Union Agency for Fundamental Rights 2012, hämtad 2017-04-04).

5.3.2 Upplevelser av diskriminering

Upplevelser av diskriminering beskrivs i detta betänkande på flera olika ställen. Till exempel under olika rubriker i detta kapitel som 5.4 om utsatthet i det offentliga rummet, men även i kapitlen om bemötande inom den allmänna hälso- och sjukvården, transpersoners situation på arbetsmarknaden och transpersoners fritid.

I den undersökning som EU:s byrå för grundläggande rättigheter genomförde 2012 framgår även att 75 procent av alla svarande hbt-personer i Sverige anser att diskrimineringen mot transpersoner är mycket eller ganska utbredd. Här är det ingen skillnad mellan transpersoner och homo- och bisexuella personer. Däremot anser homo- och bisexuella kvinnor detta i högre utsträckning än homo- och bi-

sexuella män (European Union Agency for Fundamental Rights 2012, hämtad 2017-04-04).

Tabell 5.2 Under de senaste 12 månaderna, har du känt dig diskriminerad därför att du är hbt-person ...

Andelar redovisade i procent

	Transpersoner			Homo- och bisexuella		
	ja	nej	vet ej	ja	nej	vet ej
när du sökt arbete?	14	71	14	7	89	3
på arbetet?	19	70	10	16	81	3
när du letat efter ett hus eller en lägenhet att hyra eller köpa?	9	85	6	5	92	4
av vårdpersonal?	24	68	8	15	83	2
personal inom socialtjänst?	19	75	6	12	86	2
av personal på skola eller högskola?	25	66	10	13	84	3
på kafé, restaurang, bar eller nattklubb?	17	75	8	14	84	2
i en butik?	14	78	8	4	94	2
hos en bank eller ett försäkringsbolag?	2	89	4	4	94	2
på en idrotts- eller träningsanläggning?	26	63	11	6	92	2
när du visat identitetshandling där kön framgår?	23	71	6	2	97	1

Källa: European Union Agency for Fundamental Rights. LGBT Survey 2012. Hämtad 2017-04-04

I samma undersökning ställs frågor om upplevelser av diskriminering i olika situationer. Som framgår av tabellen ovan så upplever transpersoner på de flesta områden diskriminering i större utsträckning än homo- och bisexuella personer gör. Det förefaller även vara vanligare att transpersoner inte vet om de blivit diskriminerade eller inte.

5.4 Utsatthet i det offentliga rummet

Folk på tåget har frågat om jag är ”tjej eller bög” (berättelse 1, transkille 15 år).

Vardagliga transfobin finns kvar i mitt liv såklart. Blickarna på gatan. På tunnelbanan. Överallt. Inte så mycket våld, men ibland (berättelse 88).

De gånger jag rör mig i offentligheten (händelser som blir allt färre på grund av social fobi) blir jag utstirrad. Ens en liten visit till mataffären blir en strid mellan mig och de förvirrade, ibland äcklade blickarna.

Jag har blivit stoppad på stan, för att bli synad och undersökt uppifrån och ner av någon som bestämt ville veta vilket kön jag tillhörde. Jag har hört allt från vrålade glåpord till ilska viskningar runt omkring mig. Hur är det tänkt att jag ska känna mig bekväm med och ”leva i enlighet med mitt upplevda kön” när absolut ingen i min omgivning verkar vilja hjälpa mig med detta? Jag har bytt namn. Bytt kläder. Försökt bli bättre på smink. Gör röstövningar. Jag gör verkligen allt jag kan.

Men problemet är: Huruvida man passerar eller ej är inget spektrum, eller en skala. Det är ett binärt system. Antingen gör du det, eller så gör du det inte. Att människor tolkar dig som en feminin man är ett resultat av att inte passera, men att människor stirrar på dig i förvirring av vilket kön du tillhör är inte att passera heller. När folk verbalt eller handgripligen vill kontrollera vilket kön du tillhör, då passerar du inte. Jag vet att jag inte gör det. Och det gör ont (berättelse 119, transkvinna).

Samtliga ovanstående citat kommer från berättelser som har lämnats på utredningens webbplats. De beskriver olika transpersoners upplevelser av att befinna sig i en utsatt position i det offentliga rummet. Det är betydligt vanligare att transpersoner blir utsatta för trakasserier än befolkningen i allmänhet. För många får det konsekvensen att de drar sig för att gå ut ensamma. Nästan hälften av respondenterna i Folkhälsomyndighetens enkät angav att de ofta eller alltid avstår från att gå ut ensamma av rädsla att bli överfallna, rånade eller ofredade på något sätt, jämfört med cirka en femtedel av befolkningen i allmänhet. Otrygghet är vanligare i de yngre åldersgrupperna (15 till 29 år) (Folkhälsomyndigheten 2015a). Andelen som känner sig trygg på buss, tåg, tunnelbana eller liknande är lägre bland unga transpersoner och personer med osäker könsidentitet (86 procent) än bland unga cispersoner (93 procent) (MUCF: Ungdomsenkäten 2012 och 2015). Det förekommer att transpersoner upplevt att stämningen mot personer med normbrytande identiteter blir hätsk samt att risken för att bli utsatt för våldsbrott ökar när de åker kollektivtrafik sent på kvällar eller nätter och att de därför låter bli att vara ute sent (Rainbows 2017). En person berättar för utredningen:

En natt i mars 2012 klev jag på bussen hem efter att ha varit på... föreställning i Kulturens Hus i Luleå. Jag hann bara sätta mig i bussens främre del så hörde jag från dess bakre del en hög och tydlig mansstämma säga: ”Jag hatar transor”. Dålig stämning blev det. Men jag orkade inte säga något. Ingen annan passagerare sa något. Inte heller busschauffören. Inget mer hördes där bakifrån, jag klev av. Ensam. Gick hem. Gjorde en polisanmälan. Blev en pinne i hatbrottsstatistiken. Och

ytterligare en nedlagd förundersökning. Jag fortsätter att undra hur länge människor i Sverige helt opåkallat ska behöva få veta att de är hatade på lokalbussen och andra ställen. Utan att något alls egentligen händer (berättelse 118).

I det egna bostadsområdet

Andelen som känner sig trygg i sitt bostadsområde är lägre bland unga transpersoner och personer med osäker könsidentitet (92 procent) än bland unga cispersoner (98 procent) (MUCF: Ungdomsenkäten 2012 och 2015).

På kafé och restaurang

I enkätundersökningen som EU:s byrå för grundläggande rättigheter genomförde 2012 angav 17 procent att av de svarande transpersonerna i Sverige att de personligen upplevt att de blivit diskriminerade på kafé, restaurang, bar eller nattklubb på grund av att de är transpersoner under de senaste 12 månaderna. Motsvarande siffra för homo- och bisexuella kvinnor och män var 14 procent (European Union Agency for Fundamental Rights 2012, hämtad 2017-04-04).

I butiken och på frisersalongen

Ett annat exempel på problem som transpersoner kan stöta på i samhället är att de anses vara på fel avdelning när de handlar kläder och blir tillrättavisade av personalen utifrån deras uppfattning om personens könstillhörighet. I citatet nedan beskriver en person att den helt blivit nekad att handla kläder från herravdelning:

Jag har varit med om att jag inte fått köpa de kläder jag ville för att jag tagit dem från herravdelningen. Jag vet att det inte händer så ofta... Men det är väldigt frustrerande att tänka tillbaka på det (berättelse 61, ickebinär).

En transperson har blivit nekad att klippa håret på en ”herrsalong”. Den personen valde att göra en anmälan till DO (ANM 2012/1338)⁷. I anmälan, som gjordes 2012, skriver personen:

Jag gick till en frisersalong för att klippa mig. Det var en herrsalong, men jag tänkte att det inte skulle vara ett problem då jag har kort hår och en så kallad ”herrfrisyr”. Jag ser dessutom inte mig själv som tjej, utan som transperson och har ett maskulint könsuttryck. Jag gick in på salongen och undrade om de hade någon ledig tid., men de vägrade klippa mig med motiveringen ”vi klipper inte tjejer”. Jag frågade varför men de fortsatte vägra mig. Jag kände att jag blev diskriminerad på grund av den kropp jag har.

Andra beskriver att de blivit kränkta när de besökt livsmedelsaffärer. En transkvinna i 30-årsåldern berättar:

På Ica slutade de i kassan hälsa på mig när jag började klä mig mer feminint. Jag har flera gånger överhört personalen prata nedsättande om mig och de skrattar åt mig när jag kommer in i butiken (berättelse 74).

En 14-årig transkille berättar om sina upplevelser av att bli könad av butiksbiträden:

Även i de flesta butiker brukar det vara ”hejdå tjejer ha en så bra dag” när jag går dit med mina vänner som många också är transkillar. Detta är självklart väldigt skadande och onödigt att känna att man behöver sätta kön på folk som man inte ens känner (berättelse 99).

En transperson har blivit nekad att köpa cigaretter i en kiosk. Personen blev ombedd att lämna butiken med motiveringen ”sådana som du är inte välkomna” (ANM 2016/1357⁸).

I EU:s byrå för grundläggande rättigheters undersökning från 2012 framkommer även att det är vanligare att transpersoner i Sverige upplever sig diskriminerade på grund av att de är transpersoner vid butiksbesök under de senaste tolv månaderna än att homo- och bisexuella kvinnor och män gör det. Totalt 14 procent av transpersonerna har upplevt det. Bland homo- och bisexuella kvinnor och män är det i genomsnitt 4 procent som upplevt det (European Union Agency for Fundamental Rights 2012, hämtad 2017-04-04).

⁷ DO avslutade ärendet 2012-10-12. Skäl för beslut: Efter att ha gått igenom uppgifterna i din anmälan har DO beslutat att inte starta en utredning, utan vi avslutar ditt ärende. Vi har inte tagit ställning till om du har blivit diskriminerad.

⁸ Den sista noteringen i ärendets handlingslista är från 2016-08-18, där det står att uppgifterna behandlats i beredningen.

På teater

En ickebinär person beskriver i en anmälan till DO (ANM 2012/707)⁹ att den upplevt sig diskriminerad då den försökt gå på teater:

Jag och en vän skulle på en teaterföreställning på /teater/ i /svensk stad/ lördagen den 21 april. Vi hade hört att biljetterna var slut, men vi gick dit ändå för att se om det skulle finnas några platser över när föreställningen väl började. När min vän kom dit ställde hon oss i en kö som fanns för personer utan biljett, men när de med biljett väl hade gått in i salongen gällde tydligen inte denna. Istället pekade personalen ut två av oss fem som stod och väntade och sa att de fick gå in eftersom det var färre män i publiken. Publiken var alltså indelad i grupperna kvinnor och män. Eftersom jag inte definierar mig som varken kvinna eller man kände jag mig illa till mods av personalens definiering av mig som kvinna och att det tydligen även var hennes definiering av publiken som gällde. Jag ifrågasatte detta, men jag fick inte uppfattningen av att hon förstod vad jag menade. Istället bemötte hon mig på ett väldigt arrogant sätt. När jag till sist, för att försöka få henne att förstå, ställde frågan om jag fick gå in om jag identifierade mig som man [---] verkade det gå upp för henne hur hennes bemötande av mig kunde uppfattas som kränkande. Jag sa att jag inte kände för det längre, varpå hon svarade med ett kort ”jaha” och gick iväg.

Det jag i huvudsak vill anmäla /teater/ för är att vi inte blev insläppta på grund av det kön som personalen ansåg att vi tillhörde (kvinna). Jag skulle dock också vilja anmäla dem för deras indelning av publiken, vilket exkluderade mig som har en transidentitet.

5.4.1 Utsatthet vid besök på könsuppdelade toaletter

Könsuppdelade miljöer som till exempel omklädningsrum och toaletter skapar otrygghet för många transpersoner, på fritiden men också i arbetslivet. Frågan om omklädningsrum behandlas i kapitel 9 om transpersoners fritid samt i kapitel 10 om transpersoner i arbetslivet. Problematiken med fysiska miljöer som är uppdelade efter kön finns beskriven bland annat i Ungdomsstyrelsens rapport *Om unga hbtq-personer – fritid* från 2012, men har också framförts av många transpersoner som varit i kontakt med utredningen. En 28-årig transkille har lämnat följande berättelse på utredningens hemsida:

⁹ DO avslutade ärendet 2012-05-09. Skäl för beslut: Efter att ha gått igenom uppgifterna i din anmälan har DO beslutat att inte starta en utredning, utan vi avslutar ditt ärende. Vi har inte tagit ställning till om du har blivit diskriminerad.

Könade, offentliga toaletter är alltid ett helvete och jag försöker alltid att undvika dem så gott det går. Jag har flertalet gånger blivit hotad, utsatt för våld eller ifrågasatt och trakasserad på toaletter. Oavsett vilken (toalett) jag använder kommer det bli problem (berättelse 33).

En transperson, som studerar vid en högskola, beskriver sin vardag:

På fakulteten i stort, alltså att bara röra sig i lokalerna, är för mig personligen ganska otrött. Det är en stor brist på könsneutrala toaletter, exempelvis, och jag ”passerar” inte tillräckligt bra för att vilja ta risken att gå in på herrarnas (berättelse 31).

En 26-åring som beskriver sig som en androgyn person som oftast blir läst som kille, berättar om den inre konflikt som uppstår när den tvingas välja toalett utifrån kön:

Eftersom jag ser ganska androgyn ut så blir jag ibland tveksam om jag ska välja dam- eller herrtoaletten om det inte finns ett neutralt alternativ. Jag väljer inte alltid samma, utan tar det alternativ som känns bäst för stunden. Allmänna toaletter är dock de ställen där jag känner mig som minst trygg i det allmänna rummet. Även om jag inte stött på något problem än så är jag medveten om att allmänna toaletter är det ställe där jag med störst sannolikhet kan råka ut för obehagliga frågor (berättelse 86).

Ett annat exempel som utredningen tagit del av är en anmälan till DO om diskriminering vid besök på offentlig toalett från 2013¹⁰. Det gäller en person som har upplevt att den blivit missgynnad genom att den vid två tillfällen har blivit förhindrad att gå på den toalettavdelning som klienten själv har valt. Anledningen till att personen har nekats tillträde till damtoaletterna är att toalettvärden, utifrån sin egen uppfattning om personens könstillhörighet, ansett att hen i stället bör gå på herravdelningen. Även efter att personen förklarat för värden att hen inte är en man, har värden vidhållit sin uppfattning och vägrat personen tillträde till den toalett som den valt. Toalettvärden har uppträtt aggressivt och vid båda tillfällena spärrat personens väg rent fysiskt, samt vid ett tillfälle hållit fast den hårt i armen. Personen beskriver själv toalettvärdens agerande:

¹⁰ Diskrimineringsombudsmannen avslutade ärendet 2013-02-22. Skäl för beslutet är att anmälarens ombud önskar dra tillbaka anmälan.

Han sa bland annat ”aldrig” när jag försökte öppna en av de lediga toaletterna, samtidigt som han höll fast min hand. Intressant nog så var det ingen som reagerade på att jag var där, men när han kom dit så la sig folk i och tyckte att han hade rätt. Trots att jag förklarade att jag inte definierade mig som han eller kvinna, utan hen så vägrade han förstå (ANM 2013/129).

I en berättelse som kommit in via utredningens hemsida påpekas också problem med könsuppdelade toaletter kopplat till Real Life Experience¹¹:

Jag skulle också vilja säga något kort om Real Life Experience – att exempelvis be en transman använda killtoaletten eller att be en transperson använda omklädningsrummet som stämmer överens med deras kön är ibland orimligt. Jag KAN INTE kissa på killtoaletten om det bara finns en pissoar och ingen toalett. En transperson som inte har fått hormonbehandling eller kirurgiska ingrepp kommer inte alltid accepteras i omklädningsrum och toaletter som stämmer överens med deras kön (berättelse 50).

En 30-årig transkvinna berättar också att hon planerar sina vätskeintag för att helt slippa besöka toaletten i vissa sammanhang, något som måste betraktas som oerhört begränsande för individen och som drabbar henne inte bara på fritiden utan även under hennes yrkesutövning:

Om jag går på till exempel bio så går jag alltid på visningar vid 17:30, jag dricker endast morgonkaffe den dagen så jag inte kommer behöva använda toaletten på biografen eftersom både andra besökare och personal inte tycker jag ska använda damernas.

Varje år jobbar jag på en mäsas, där kan jag inte heller gå på toaletten. I tre dagar jobbar jag med att bygga utställar-monter så det är väldigt fysiskt krävande. Även de dagarna dricker jag inte så jag ska slippa gå på toaletten, både personal och andra utställare har försökt hindra mig från att gå på toaletten och det är lättare att bara skippa det helt (Berättelse 74, transkvinna 30 år).

¹¹ Efter att en person får diagnosen transsexualism får den i allmänhet leva en period i enlighet med sitt rätta kön (sin könsidentitet). Det kallas ibland för Real Life Experience eller Real Life Test.

Införandet av könsneutrala toaletter

Vem som har tillträde till offentliga toaletter har historiskt och globalt sett varit en omstridd fråga. I modern tid i västvärlden var de första offentliga toaletterna pissoarer för män. Det föranledde att kvinnor krävde att få egna toaletter (Townsend 2016, hämtad 2017-09-13). Likaså har funktionshinderrörelsen drivit frågan om tillgängliga toaletter för rullstolsburna personer. I Sverige regleras det sistnämnda i Plan- och bygglagen (2010:900) 8 kap. 1 § där det står att en byggnad ska vara tillgänglig och användbar för personer med nedsatt rörelse- eller orienteringsförmåga.

I södra USA fanns det offentliga toaletter som var uppdelade utifrån hudfärg där svarta och vita tvingades använda olika toaletter fram till 1964. Frågan om transpersoners möjlighet att använda den toaletten som överensstämmer med deras könsidentitet har på senare år varit vida omdiskuterad i USA. Delstaten North Carolina blev 2016 den första delstaten att införa lagstiftning som kräver att personer besöker den toaletten som överensstämmer med det kön som står registrerat på en persons födelseattest. Detta medförde en omedelbar reaktion hos allt från politiker, till idrottsrörelsen, till näringsliv och kändisar. Till exempel ställde företaget Paypal in sina planer på att öppna en avdelning i delstaten, något som skulle ha skapat 400 arbetstillfällen. Artisten Bruce Springsteen ställde in en spelning i delstaten (Townsend 2016, hämtad 2017-09-13).

I USA finns det också exempel på städer som fattat beslut om att samtliga offentliga toaletter som består av enskilda toalettbas ska göras könsneutrala genom att skyltarna byts ut mot könsneutrala toalettskyltar. New York City lagstiftade om det under 2016. Även Philadelphia och Washington D.C. har liknande lagstiftning (CBS News 2016, hämtad 2017-09-13). På Malta beslöt regeringen 2016 att införa könsneutrala toaletter på alla ministerier (Malta 2016, hämtad 2017-09-13). I ett pressmeddelande motiverade den maltesiska regeringen sitt beslut på följande sätt:

Könsneutrala toaletter garanterar den personliga integriteten och eliminerar obehag för transpersoner, som ofta hamnar i obekväma situationer när de försöker besöka könsuppdelade toaletter. Syftet med könsneutrala toaletter är att säkerställa en icke-dömande eller inkluderande miljö för alla.

Könsuppdelade toaletter kommer att finnas kvar inom regeringskansliet, men minst en tredjedel av samtliga toaletter kommer att vara könsneutrala. För att vara tillgängliga för alla kommer könsneutrala toaletter att fördelas lika mellan byggnader och deras respektive våningar. Alla könsneutrala toaletter kommer att ha neutral skyltning på samma sätt som den som bifogas i detta pressmeddelande. (utredningens översättning¹²)



Skylt från Maltas regeringsbyggnader beskrivs i texten ovan).

Ett positivt exempel från Sverige är Luleå kommun. Kommunfullmäktige i Luleå beslutade i april 2016 att en handlingsplan upprättas gällande successivt införande av könsneutrala toaletter och enskilda omklädningsrum i kommunala verksamheter, skolor och fritidsanläggningar. Stadsbyggnadsförvaltningen fick i uppdrag att leda och samordna arbetet. I uppdraget ingick att säkerställa att tillräckliga resurser finns med i kommande budgetplanering och arbetet ska ske i nära dialog och samverkan med organisationer och berörda förvaltningar. Under september 2016 antog stadsbyggnadsnämnden en handlingsplan för könsneutrala toaletter och enskilda omklädningsrum (Luleå kommun 2016). Den består av följande punkter:

¹² Texten i original: Gender neutral toilets ensure privacy and eliminate discomfort for trans and gender variant persons, who often find themselves in uncomfortable situations when trying to access gender segregated toilets. The aim of these toilets is to ensure a non-judgmental or exclusive environment for all.

Gender segregated spaces will remain within ministry buildings, with a minimum of one third of said toilets to become gender neutral. In order to be truly available for all, gender neutral toilets will be distributed equally among buildings and their respective floors. All gender neutral toilets will have neutral signage on the same lines of the one attached in this press release.

- Vid nyproduktion så ska skyltning ske med ett könsneutralt pictogram som visar en bild med texten *toalett*. Det ska föras in som krav vid nästa revidering av Luleå kommuns projekteringsanvisningar.
- Vid nyproduktion så ska det om inte speciella skäl föreligger ges möjlighet till enskild omklädning. Behovsanalys sker i ett programskede i nära dialog och samverkan med berörda förvaltningar.
- Könsneutrala toaletter i befintliga lokaler ska lösas genom att nyttja rullstols wc som per definition är könsneutral. I de fall där rullstols wc saknas och en omskytning kan krävas så ansvarar respektive verksamhet för inventering samt utbyte av skylt.
- Enskilda omklädningsrum i befintliga anläggningar ska primärt lösas genom att ett lämpligt utrymme (till exempel RWC eller idrottslärares omklädning) nyttjas. I de fall en lokalanpassning skulle behövas ska en behovsanalys i nära dialog och samverkan med berörda förvaltningar ske genom ordinarie lokalplaneringsprocess. På detta sätt säkerställs då även att tillräckliga resurser finns i kommande budgetplanering.
- För att säkerställa att ovanstående punkter genomförs successivt ska uppföljning ske löpande på lokalplaneringsmöten med verksamheterna och redovisas i verksamhetsberättelse.

5.5 Utsatthet vid resor

5.5.1 Upplevda hinder i samband med resor

De problem som transpersoner upplever i samband med resande handlar huvudsakligen om problem med bemötande i säkerhetskontroller, säkerhetsskanners och passkontroller samt att det ofta krävs att man anger kön vid bokning av olika resor.

Bemötande i säkerhetskontroller

Dåligt bemötande i säkerhetskontroller är ett återkommande tema i berättelser som utredningen tagit del av. Det är något som upplevts både i andra länder och på svenska flygplatser. Det kan röra sig om

allt från att det utbryter förvirring om personen ska visiteras av en manlig eller kvinnlig vakt, att bli frågad på ett otrevligt sätt vilket kön man tillhör eller att personalen pekar, tittar och pratar om en. En 19-årig transkille beskriver sina upplevelser av att passera säkerhetskontrollen:

Att säkerhetskontrollen kallar mig för tjej efter de har känt på mina bröst. Inga problem att de tar på mig, det kan jag stå ut med men att de först kallar mig för han, sen tar de på mig och sen byter de (pronomen) till henne (Berättelse 40 transkille, 19 år).

En annan transperson beskriver den dubbla utsatthet den lever med som transperson som rasifieras:

Som mörkhyad transperson är det inte alltid lätt att veta vilken av de två sakerna som väcker misstanke, men... jag blir nästan alltid ifrågasatt vid säkerhetskontrollerna på flygplatser (berättelse 72).

Att ange kön vid biljettbokning

Ytterligare ett område som ibland ställer till det för transpersoner är när det är obligatoriskt att fylla i en uppgift om kön (med endast svarsalternativ man och kvinna) när man bokar resor. Det är ett problem för ickebinära därför att det inte finns något svarsalternativ som speglar den egna identiteten. Det kan också vara ett problem för både binära och ickebinära transpersoner om inte det juridiska könet överensstämmer med könsuttrycket. Det är inte tydligt vilken aspekt av kön som efterfrågas; om det är juridiskt kön eller självupplevt kön. Det är inte heller självklart vilket alternativ som skapar minst problem; när det uppgivna könet inte stämmer överens med könsuttrycket eller när det uppgivna könet inte stämmer överens med det juridiska könet.

En person anmälde flygbolaget SAS till DO 2014 (ANM 2014/192)¹³. Motiveringen var just kravet på att ange Mr, Mrs eller Ms vid bokning. Anmälaren påpekar att det är diskriminerande att kvinnor måste ange civilstånd, något som inte män måste samt att det inte finns någon möjlighet att slippa identifiera sig. DO beslöt att

¹³ DO avslutade ärendet 2014-02-07. Skäl för beslut: Efter att ha gått igenom uppgifterna i din anmälan har DO beslutat att inte starta en utredning, utan vi avslutar ditt ärende. Vi har inte tagit ställning till om du har blivit diskriminerad.

inte starta en utredning och avslutade ärendet utan att ta ställning till om anmälaren blivit diskriminerad.

Frågan om vilka uppgifter som behöver samlas in vid bokning av flygbiljetter styrs huvudsakligen av International Air Transport Association (IATA)¹⁴ och deras medlemmar. När det gäller passagerarfartyg så specificeras det i Sjöfartsverkets föreskrifter om registrering av ombordvarande på passagerarfartyg (SJÖFS 1999:15) 4 § 2 att en uppgift om kön måste samlas in när ett passagerarfartyg genomför resor vars längd överstiger 20 nautiska mil räknat från avgångshamnen.

Att bevisa sin identitet

Börja med små ändringar som ändå gör stor skillnad för alla som väntar. Jag ville inte resa utomlands utan att det stod ”kvinna” i mitt pass, och att jag hade fått mitt nya personnummer. I flera år kände jag så, eftersom jag presenterade mig utåt som kvinna. Hade jag bara kunnat byta när jag ville hade jag också kunnat resa när jag ville under den perioden. En stor del av detta var att jag inte ville behöva hävda mig eller på något sjukt sätt behöva bevisa att jag faktiskt är en kvinna (berättelse 23).

Personen i citatet ovan beskriver att den väntat med att resa till dess att den fick rätt juridiskt kön. Även i rapporten *Hon Hen Han. En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner* (Ungdomsstyrelsen 2010) beskrivs att flera av de transungdomar som intervjuats för rapporten uppgett att de begränsas i sitt resande därför att de drar sig för att visa legitimation. På utredningens webbplats har en mamma till en 9-årig transflicka lämnat följande berättelse:

Vi reser mycket omkring i världen. /Hon/ ser ut som en flicka och passet uppdaterar vi jämt. Tyvärr blir vi alltid hindrade i tullkontroll utomlands på grund av att rutan ”male” är ikryssad. I somras tänkte jag ”nu måste vi dra ner hennes byxor och visa könet” så att de fattar. Att juridiskt sett få vara tjej skulle för /henne/ göra all skillnad (berättelse 103).

¹⁴ IATA är en internationell organisation med flygbolag som medlemmar. Organisationen har 275 medlemmar från 117 länder. Dess främsta syfte är verka för pålitliga och säkra flygtransporter av såväl passagerare som gods.

En annan person berättar om hur han tidigare försökt anpassa sitt utseende för att försäkra sig om att det inte skulle uppstå problem när han visade passet. Personen ifråga är en transman som ännu inte bytt juridiskt kön.

Jag flög till Tyskland för några år sedan, då såg jag till att vara renrakad och se lite androgyn ut. Jag var renrakad på passfotot och tänkte att jag kan nog tas som en kvinna med väldigt manligt uttryck. Jag vet inte om jag hade behövt göra det, men jag ville ta det säkra före det osäkra, slippa bli ifrågasatt om det verkligen var jag på grund av att könet på passet inte stämde med utseendet. Nu var det länge sedan jag flög utomlands och jag tror jag kommer undvika det tills jag får mitt nya juridiska kön & personnummer, jag älskar liksom mitt skägg och vill inte anpassa mitt utseende på ett sätt som känns dåligt för mig bara för att inte bli misstänkliggjord i en säkerhetskontroll (berättelse 117).

Intyg från den könsbekräftande vården

Det förekommer att läkare inom den könsbekräftande vården skriver intyg till patienter som de kan ha med sig när de reser. Intygen kan underlätta för personer att bevisa sin identitet. Detta eftersom könsuttrycket inte alltid stämmer överens med det kön som står på personens identitetshandling. På ett sådant intyg kan det till exempel stå att personen genomgår hormonbehandling och att könsutredningen kräver att personer lever som det motsatta könet. Läkare¹⁵ från mottagningen i Lund och ANOVA har också bekräftat för utredningen att det förekommer att patienter haft användning för sina intyg.

X som könsmarkör i pass

Som framkommit ovan kan transpersoner ibland uppleva problem när de ska bevisa sin identitet med hjälp av passet (om könsuttrycket inte stämmer med det kön som finns angivet i passet), något som kan orsaka stress och obehag. En del länder har därför infört möjligheten för personer att få sin könstillhörighet markerad som X i sitt

¹⁵ Epost från Attila Fazekas, Region Skåne. Inkommet 2017-09-28. Dnr Komm2017/01403-1 SV: frågor om intyg vid internationellt resande
Epost från Cecilia Dhejne, ANOVA. Inkommet 2017-09-28. Dnr Komm2017/01403-2 SV: frågor om intyg vid internationellt resande

pass (i stället för M, som i male eller F, som i female). Detta beskrivs mer ingående i kapitel 11 om administrativa problem för personer som ändrat juridiskt kön.

5.6 Utsatthet för våld

5.6.1 Utsatthet för våld och hot om våld

Siffror om våld från Folkhälsomyndigheten

Ungefär var femte respondent (19 procent) i Folkhälsomyndighetens undersökning (2015a) angav att de någon gång varit utsatta för våld på grund av sin transerfarenhet, och detta var vanligast i åldersgruppen 30 till 44 år.

Fysiskt våld

I Folkhälsomyndighetens undersökning (2015a) var utsatthet för fysiskt våld mer än dubbelt så vanligt hos respondenterna än i befolkningen i allmänhet. Totalt sju procent av de svarande transpersonerna angav att de har blivit utsatta för fysiskt våld under de senaste tolv månaderna, jämfört med tre procent i befolkningen i allmänhet. Skillnaden finns kvar även efter åldersjustering. Utsatthet för fysiskt våld var vanligast i åldersgruppen 15 till 19 år där elva procent av respondenterna angav att de utsatts för fysiskt våld under de senaste tolv månaderna. Detta fysiska våld har i de flesta fall skett på allmän plats eller ett nöjesställe, på eller i anslutning till tåg, buss eller tunnelbana samt i hemmet. Den vanligaste förövaren uppgavs vara:

- en okänd person (64 procent),
- en polis under yrkesutövning (25 procent) samt
- den utsatta personens partner (17 procent).

Psykiskt våld

Av respondenterna i Folkhälsomyndighetens undersökning (2015a) svarade 39 procent att de blivit utsatta för psykiskt våld under de senaste 12 månaderna. Det var vanligt bland alla åldersgrupper men

framför allt bland 15 till 19-åringar där drygt hälften (52 procent) hade utsatts för psykiskt våld. Det var vanligast att ha blivit utsatt för psykiskt våld på:

- allmän plats eller ett nöjesställe (21 procent),
- på internet (16 procent) och
- på eller i anslutning till tåg, buss eller tunnelbana (12 procent).

Det vanligaste var att bli utsatt av en okänd person (Folkhälsomyndigheten 2015a).

Sexuellt våld

Totalt 30 procent i Folkhälsomyndighetens undersökning (2015a) angav att de någon gång blivit tvingade till sex mot sin vilja. Sexuellt våld var vanligt i alla åldersgrupper men framför allt i åldersgruppen 20 till 44 år där över en tredjedel svarade att de utsatts för sexuellt våld under de senaste 12 månaderna. Cirka en tredjedel av dem som blivit tvingade till sex mot sin vilja tvingades av en fast partner eller en tillfällig partner. I en fjärdedel av fallen var det en okänd person som tvingade dem. För en fjärdedel var förövaren en bekant och 20 procent uppgav att de blev tvingade till sex av en vän. Flera svarsalternativ kunde anges, vilket förklarar att totalsumman överskrider 100 procent.

Siffror om våld från EU:s byrå för grundläggande rättigheter

Enligt den enkätundersökning som genomfördes av EU:s byrå för grundläggande rättigheter (FRA) (European Union Agency for Fundamental Rights, 2012, hämtad 2017-04-04) så angav 48 procent av transpersonerna i Sverige att de undvek särskilda platser av rädsla att bli misshandlade, hotade eller trakasserade. Samma undersökning visade att 39 procent blivit utsatta för fysiskt eller sexuellt våld eller hot om våld de senaste fem åren samt att 67 procent utsatts för trakasserier på ett sätt som uppfattats som kränkande under de senaste fem åren.

De som utsatts för fysiskt eller sexuellt våld eller hot om våld under det senaste året har fått svara på hur många gånger detta har inträffat. Totalt hade 30 procent blivit utsatta vid ett enstaka tillfälle och 32 procent blivit utsatta vid två tillfällen. Totalt 15 procent hade blivit utsatta vid fem eller fler tillfällen. De som blivit utsatta för fysiskt eller sexuellt våld eller hot om våld under det senaste året fick svara på en rad frågor om det senaste tillfället då de blivit utsatta. Det vanligaste var att bli utsatt för:

- hot om fysiskt våld (33 procent),
- fysiskt våld (27 procent),
- hot om både fysiskt och sexuellt våld (15 procent) samt
- sexuellt våld (12 procent).

Totalt 60 procent upplevde att de blivit utsatta helt eller delvis på grund av att gärningspersonen såg dem som hbt-personer. Totalt 55 procent hade utsatts av en ensam förövare och 45 procent av en grupp förövare. Det vanligaste var att bli utsatt av en främmande person (67 procent). 28 procent angav att de blivit utsatta av en tonåring eller en grupp tonåringar. Tio procent hade utsatts av en familjemedlem eller person som de delade hushåll med. Några hade också blivit utsatta av en eller flera medlemmar av en rasistisk eller extremistisk gruppering (7 procent), av polis (5 procent) och av säkerhetsvakt (3 procent). En majoritet (78 procent) hade blivit utsatta av män, medan 13 procent hade blivit utsatta av en könsblandad grupp och åtta procent blivit utsatta av kvinnor. De vanligaste platserna att bli utsatt på var:

- offentlig plats (25 procent),
- på kafé, restaurang, pub eller nattklubb (18 procent) eller
- i lokaltrafiken (15 procent).

Var tionde hade blivit utsatt i hemmet. Fem procent hade blivit utsatta på sin arbetsplats och fem procent hade blivit utsatta på ett hbtq-specifikt arrangemang eller lokal. Endast 13 procent hade anmält händelsen till polisen. De vanligaste orsakerna som angavs till varför de inte polisanmält incidenten var:

- att de inte trodde att polisen skulle göra någonting (48 procent),
- att de inte tyckte incidenten var allvarlig nog (38 procent) och
- att de var rädda att polisen skulle reagera homofobiskt eller trans-fobiskt (33 procent).

Mer än en femtedel angav också att de inte trodde att polisen kunde göra någonting och 17 procent var rädda att de inte skulle bli trodda.

Siffror från nationella trygghetsundersökningen

I ovanstående undersökningar saknas oftast möjlighet att jämföra siffrorna med den generella befolkningen. För att ge en bild av hur utsattheten för våld ser ut i den generella befolkningen använder vi därför resultaten från Nationella trygghetsundersökningen som BRÅ genomför årligen. Den senaste trygghetsundersökningen som finns redovisad genomfördes under 2016 och frågorna som ställdes avsåg då incidenter som skett under 2015. I Nationella trygghetsundersökningen ställs inga frågor om könsidentitet eller transerfarenhet.

Undersökningen visar att 2 procent av befolkningen (16–79 år) utsattes för misshandel 2015. Utsatthet för misshandel är vanligare bland män än bland kvinnor och vanligast i åldersgruppen 20–24 år. Vanligast är att brottsplatsen är en allmän plats och att gärningspersonen är okänd för den utsatte.

Andelen som blev utsatta för hot 2015 uppgick till 5 procent. Utsatthet för hot är vanligare bland kvinnor än bland män och vanligast i åldersgrupperna 20–24 år och 25–34 år. Vanligast är att brottsplatsen är en allmän plats och att gärningspersonen är okänd för den utsatta personen.

År 2015 var andelen personer som uppgav att de blivit utsatta för sexualbrott knappt 2 procent. Utsatthet för sexualbrott är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män och vanligast i åldersgruppen 20–24 år. Den vanligaste brottsplatsen är en allmän plats, och vanligaste är att gärningspersonen är okänd för den utsatte (BRÅ 2017).

5.6.2 Utsatthet i nära relationer

En skotsk studie från 2010 visar hur transpersoner kan bli utsatta emotionellt, sexuellt och fysiskt av sin partner eller före detta partner och hur subtil denna utsatthet ibland kan vara. Den emotionella utsattheten var vanligast förekommande och då i syfte att förtrycka eller ogiltigförklara personens könsidentitet eller uttryck, exempelvis genom att köpa presenter (som herrparfym eller damtidningar) som uppmärksammar kön och könsuttryck på ett sätt som är oförenligt med den utsattas könsidentitet. Även utsatthet för sexuellt och fysiskt våld förekom och bland de som deltog i studien var benägenheten att polisanmäla partnervåld mycket låg. En förklaring kunde vara skam, antingen över att avvika från normen eller över att så att säga ha låtit sig utsättas, eller att utsattheten blivit en del av vardagen och att respondenterna därför uppfattade händelsen (även grövre händelser såsom misshandel) som felaktig och obehaglig men inte som ett brott (Morton, Ritchie och Roch 2010).

Liknande problematik lyfts i en forskningsartikel av Yerke & DeFeo (2016). Där konstateras dels att det förefaller vara tämligen vanligt att transpersoner blir utsatta för våld i nära relationer, dels att de utsätts i högre utsträckning än cispersoner. Transpersoner blir utsatta på liknande sätt som cispersoner. Däremot finns det ofta ytterligare en dimension av våldet som transpersoner råkar ut för. Det riktar sig mot deras könsidentitet. Exempelvis förekommer det att transpersoner utsätts för utpressning. Att partnern hotar att avslöja könsidentiteten för andra som till exempel en arbetsgivare eller familjemedlemmar. Könsspecifika kroppsdelar, så som bröst och genitalier, står ofta i fokus och kan användas som ett skäl för förövaren att påpeka att personen ifråga inte är en "riktig" man eller kvinna. Det är också vanligt att dessa kroppsdelar angrips vid fysiskt våld.

Författarna menar att ett binärt sätt att se på kön har varit rådande inom forskning om våld i nära relationer sedan 1970-talet. Detta har lett till att transpersoner osynliggjorts och negligerats. Konsekvensen har blivit att transpersoner ignoreras i det strategiska och praktiska arbetet med att skydda våldsutsatta (Yerke & DeFeo 2016).

5.6.3 Hedersvåld och begränsningar

RFSL Ungdom och Alma Europa släppte 2011 en gemensam rapport *HBT och heder – en intervjustudie om unga hbt-personer som lever i familjer med hedersnormer* (Darj, Nathorst-Böös & Jarl-Åberg, 2011). Den handlar om hbtq-ungdomars villkor i familjer med hedersnormer. Enligt rapporten karaktäriseras hedersvåld av fyra aspekter: individens agerande påverkar hela familjen, individens intressen är underordnade familjens intressen, individens sexualitet är en angelägenhet för familjen och sexuella relationer ska ske mellan man och kvinna inom äktenskapet.

Flera av de som intervjuas i rapporten har valt att fly och lever med skyddad identitet på hemlig ort efter att ha utsatts för bland annat omvändelseförsök, hot om tvångsgifte, kidnappning, eller misshandel av andra familjemedlemmar. Många vittnar också om bristande kunskap och förståelse från socialarbetare, kuratorer och andra vuxna de vänt sig till för att få hjälp.

Hedersrelaterade kränkningar finns också beskrivna av ungdomar som intervjuats i Ungdomsstyrelsens rapport *Om unga hbtq-personer – fritid* (2012). En ungdom, som blev slagen, utsatt för verbala kränkningar och kidnappad, beskriver sina föräldrars reaktion när hon kom ut som transsexuell:

När jag kom ut accepterade min mamma det inte alls, hon slog och spotade mig i ansiktet och kallade mig satans barn. Jag har aldrig haft en traumatisk uppväxt men det här var traumatiskt. Min pappa bor i ett annat land och jag åkte dit, men mamma hade ringt pappa och de hade planerat bakom min rygg. Det hela slutade med, och jag var bara 16 år då, att pappa tvingade mig att stanna kvar i hans land i fyra månader. Men jag hade ju en utbildning och vänner i Sverige. Min dåvarande kille kontaktade socialtjänsten och jag lyckades rymma och ta mig till en polisstation. De visste vem jag var eftersom jag var efterlyst och med hjälp av socialtjänsten togs jag till ett barnhem. När jag var säker där ringde jag till pappa och sa att han var tvungen att köpa en flygbiljett hem åt mig (Ungdomsstyrelsen 2012).

5.6.4 Hatbrott

Hatbrott är ett uttryck för bristande respekt för de mänskliga rättigheterna och strider mot principen om alla människors lika värde. Det som definierar ett hatbrott är att ett motiv för brottet varit att kränka en person, en folkgrupp eller en annan sådan grupp av per-

soner på grund av ras, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, trosbekännelse, sexuell läggning eller annan liknande omständighet. Exempel på typiska hatbrott är hets mot folkgrupp och olaga diskriminering. Den som döms för ett brott med hatbrottsmotiv kan få en straffskärpning i samband med att hon eller han döms för den brottsliga gärningen (Polisen 2017b, hämtad 2017-09-28).

Om ett motiv för brottet varit att kränka en person för att denna uppfattas ha en könsöverskridande identitet eller uttryck har betraktats som en "annan liknande omständighet" (när det gäller straffskärpningsregeln). Mot den bakgrunden för också Brottsförebyggande rådet (BRÅ) statistik över anmälda brott med transfoba motiv.

I en lagrådsremiss om ett utvidgat straffrättsligt skydd för transpersoner från 22 juni 2017 föreslår regeringen att grunden "könsidentitet och könsuttryck" läggs till i bestämmelserna om hets mot folkgrupp och olaga diskriminering samt i åtalsregeln om förolämpning. Det föreslås också ett tillägg så att det uttryckligen framgår att det är en försvårande omständighet om ett motiv för ett brott har varit att kränka en person eller en grupp av personer på grund av könsidentitet eller könsuttryck. Den förändrade terminologin skulle också innebära att inte bara transpersoner skulle inkluderas i skyddet mot hets mot folkgrupp, utan också andra personer som utsätts för hets på grund av könsidentitet eller könsuttryck.

I ett protokoll från lagrådets möte 25 september 2017 klargörs att lagrådet avråder från att formulera lagtexten på det föreslagna sättet, och anser att frågan bör övervägas vidare, till exempel genom att låta den nuvarande terminologin, "könsöverskridande identitet eller uttryck" vara den som används.

Transpersoners utsatthet för hatbrott

I BRÅ:s rapport *Hatbrott 2015. Statistik över polisanmälningar med identifierade hatbrottsmotiv och självrapporterad utsatthet för hatbrott* (BRÅ, 2016) definieras transfobiska hatbrott som "brott som begås på grund av rädsla för, fientlighet eller hat mot en person, grupp, egendom eller institution, på grund av könsöverskridande identitet eller uttryck och som aktiverar en reaktion mot den eller dem som är, uppfattas vara eller representerar personer med könsöverskridande identitet eller uttryck".

Statistiken över polisanmälningar med transfobiska motiv är begränsad i flera avseenden, och det finns mycket lite forskning och statistik i övrigt på området. År 2015 identifierades drygt 60 anmälningar med transfobiska motiv. Den vanligaste brottstypen var olaga hot/ofredande, följt av ärekränkning och våldsbrott. Internet var den vanligaste brottsplatsen, följt av via telefon eller sms. Gärningspersonen var obekant för den utsatta i majoriteten av fallen.

I ungefär en fjärdedel av de anmälda fallen var gärningspersonen en närstående. Statistiken ger indikationer på hur hatbrott uppmärksammas i polisanmälningarna. Den säger däremot mycket lite om förekomsten av hatbrott då de flesta brottsliga händelser aldrig polis-anmäls. Det är bara när beskrivningen i fritexten i anmälan gör det möjligt att särskilja det transfobiska motivet från motivet rörande sexuell läggning som händelser kan bedömas som transfobiska i statistiken. Därför är det troligt att en del transfobiska händelser ingår i anmälningarna med homofobiska motiv (BRÅ 2016).

I rapporten exemplifierar BRÅ ett par typiska scenarion som transpersoner kan råka ut för, baserat på de anmälningar som gjorts. Det ena är ett exempel på ofredande via sms:

Stefan anmäler att han har fått obehagliga sms från en okänd person. I meddelandena står det bland annat att människor som Stefan är "vidriga" och "sjuka i huvudet". Stefan vet inte vem som har skrivit meddelandena men uppger att de är skickade av någon som känner till att Stefan är transsexuell. Detta då personen tilltalade Stefan som "Emma", vilket var Stefans namn innan könskorrigeringen.

Det andra är ett exempel på våldsbrott på allmän plats:

Johan var på väg hem till en väninna då en förbipasserande man spottade mot Johan. Johan stannade upp och frågade vad mannen höll på med, varpå mannen först knuffade Johan och sedan tilldelade ett slag mot hans huvud. Mannen kallade därefter Johan för "böggjäv" och lämnade sedan platsen. Johan känner sig kränkt och tror att mannen agerade som han gjorde för att Johan vid tillfället bar kvinnliga kläder.

BRÅ har via epost¹⁶ lämnat en lista till utredningen med exempel på vilken typ av brott det kan röra sig om. Utöver misshandel som redan exemplifierats ovan kan det till exempel handla om:

¹⁶ Epost från Carina Djärv, BRÅ. Inkommet 17-08-28. Dnr Komm2017/01161

- Trakasserier – genom att ringa alla tider på dygnet och sedan lägga på, eller ropa ”böggjäväl”, ”transa”, säga ”din sjuka jävel” eller dylikt och lägga på.
- Kallas saker via telefon, sociala medier, ute på stan i olika kontexter. Kommentarer om klädsel, utseende, beteende; att de inte stämmer överens med gärningspersonens uppfattning om hur en man eller kvinna ”ska” vara, alternativt irriterar sig över att den utsatta inte går att könsbestämma genom att se på den. Få detaljerade frågor om könsdelar och sexliv.
- Trakasserier hemma genom att människor ringer på dörren, knackar på fönstren, kastar ägg eller småsten (med eller utan tillhörande tillmälen), den utsatta hittar lappar på dörren eller i brevlådan med skällsord.
- Att bli nekad att använda toalett. Antingen genom att inte få använda den toalett som stämmer med hur personen känner sig för att personen ser ut som det andra könet, eller för att personen inte går att könsbestämma (av gärningspersonen som nekar).
- Att bli nekad inträde till restaurang/pub. Exempel på skäl har varit ”vi vill inte ha sådana som er här” men även ”det blir bara bråk”, inte för att den utsatta skulle bråka utan för att dennes närvaro kan skapa oro eller göra andra (överförfriskade) gäster våldsamma.
- Att personens könskorrigering eller könsuttryck inte respekteras i tilltal/omtal så att de kallas för fel namn eller blir tilltalade eller hänvisade till enligt fel kön (anmäls som ärekränkning eller ofredande).

År 2016 publicerades en rapport från Malmö Högskola om studenters utsatthet och upplevelser av hatbrott (Andersspn & Mellgren 2016). Till grund för rapporten ligger både ett trettioital intervjuer och en enkätundersökning som 2853 studenter svarade på. Av dem är 4 procent transpersoner, vilket i rapporten definieras som att ha en könsöverskridande identitet eller ägna sig åt någon form av könsöverskridande praktiker. Av dessa hade 25 procent blivit utsatta för hatbrott med motivet könsöverskridande identitet eller uttryck under det senaste året och 32 procent hade blivit utsatta någon gång. De vanligaste ställena att bli utsatt på var på uteställe eller klubb och i den offentliga stadsmiljön. Upprepad utsatthet var vanligast bland

de som blivit utsatta för hatbrott med motiven könsöverskridande identitet eller uttryck eller sexuell läggning. Bland de som utsatts senaste året hade 81 procent utsatts vid två eller fler tillfällen. Undersökningen visar också att det var vanligare för studenter som var homosexuella, bisexuella eller transpersoner än för de som var heterosexuella cispersoner att utsättas för brott.

Av de 69 personer som angett att de blivit utsatta för hatbrott på grund av könsöverskridande identitet eller uttryck eller sexuell läggning är det endast tre personer som anmält händelsen till polisen. Anledningarna till att inte anmäla är att händelsen inte uppfattats som tillräckligt allvarlig och att händelserna är så vanliga att det inte känns lönt, utsattheten har normaliserats och blivit en del av vardagen. Processen med att anmäla känns lång och tung och det finns också ett lågt förtroende för polisen samt en utbredd uppfattning om att polisen av olika skäl inte kommer att utreda brottet. Konsekvenser som utsattheten för med sig är ilska och att man känner sig arg över det som hänt, men även oro för att utsättas igen, samt att personer undviker platser eller ändrar kroppsspråk eller klädstil. Det var mindre vanligt att söka professionell hjälp. En transperson som blivit utsatt för nedsättande kommentarer och som ofta fått sin könstillhörighet ifrågasatt av främlingar citeras i rapporten:

Det är en ständig oro för mig att visa mig utomhus av rädsla att bli anstastad och hånad för min könsidentitet. Den oron har bara blivit värre efter dessa händelser och min tilltro till främlingar har nästan försvunnit helt.

Utsattheten påverkar studenternas känsla av trygghet och säkerhet, liksom deras tilltro till andra människor. För vissa leder också utsattheten till en känsla av förlust: en känsla av att inte kunna vara sig själv (Andersson & Mellgren 2016).

Rapportering från RFSL:s brottsofferjour

RFSL:s brottsofferjour lämnar årligen rapport till ILGA Europe som sedan lämnas vidare till Organization for Security and Co-operation in Europe (OSCE). I rapporteringen avseende 2015 skriver RFSL:s brottsofferjour att 172 personer sökt stöd hos dem och att en majoritet av dessa har blivit utsatta för hatbrott. För RFSL är det svårt

att ange hur stor andel av de stödsökande som är transpersoner, eftersom de inte alltid får vetskap om detta.

Under 2015 så förekom flera incidenter på flyktingboenden där personer utsattes på grund av sexuell läggning eller könsuttryck. En del av dessa rapporterades till polisen, men inte alla. Inget fall som RFSL:s brottsofferjour hade kännedom om hade avgjorts rättsligt. Även i RFSL:s rapportering avseende 2014 lyfts liknande problematik. Där finns två fallbeskrivningar gällande transpersoner som utsatts av andra flyktingar på boendet. I det ena fallet utsätts en transperson för misshandel och sexuellt övergrepp av andra flyktingar på boendet. Händelsen polisanmäls inte, men den anmäls till en anställd på boendet som hjälper transpersonen att komma till ett annat boende. I det andra fallet är det en transkvinna som blir sexuellt och verbalt trakasserad och misshandlad av andra flyktingar på boendet. Händelsen anmäls inte till polisen, men till personal på boendet (RFSL 2015b).

I RFSL:s rapportering avseende 2015 finns även andra fall av hatbrott som transpersoner blivit utsatta för. I ett fall var det en transperson och dennes partner som blev utsatta för hot och skadegörelse av en granne. Händelserna rapporterades till polisen som lade ner förundersökningen i brist på bevis. Brottsoffren kände oro för sin egen säkerhet och planerade att flytta till en annan stad. Ett annat fall gäller en transkvinna som blivit utsatt för fysiskt våld, sexuellt övergrepp och rån av en för henne okänd man som hon varit på dejt med. Händelsen rapporterades till polisen, som lade ner förundersökningen eftersom de inte kunde identifiera gärningsmannen. Polisen förhörde inte brottsoffret på plats utan endast över telefon. Gärningsmannen kunde inte hittas, trots att kvinnan uppgav numret på registreringsskylten på bilen som förövaren körde till polisen. Händelsen fick omfattande konsekvenser för brottsoffret som flyttade till en ny stad till följd av det inträffade. Brottsoffret oroade sig för sin egen säkerhet och hade mist förtroende för andra människor i allmänhet och polisen (RFSL 2016d, hämtad 2017-08-16). I rapporteringen från 2014 beskrivs ett fall då en transman kastats ut från sitt hem av sin bror på grund av att han är transsexuell. Han söker, utan framgång, stöd hos socialtjänsten (RFSL 2015b).

Polisens åtgärder rörande hatbrott

År 2014 gav regeringen dåvarande Rikspolisstyrelsen i uppdrag att utveckla arbetet med att bekämpa hatbrott (Ju2014/1684/PO). Uppdraget bestod av tre huvudsakliga punkter:

- att i samråd med Åklagarmyndigheten och Brottsförebyggande rådet verka för en enhetlig praktisk tillämpning av begreppet hatbrott,
- att stärka kunskapen om hatbrott inom polisen och bli bättre på att identifiera och utreda dessa brott i syfte att nå framgång vid lagföringen. Polisens initiala utredningsåtgärder är av särskild betydelse för att öka förutsättningarna att utreda hatbrott. Samt
- att öka förtroendet för polisen hos de brottsutsatta grupperna framför allt avseende polisens förmåga att hantera hatbrott.

Uppdraget redovisades till regeringen under 2015. År 2016 gav regeringen Polismyndigheten ytterligare ett uppdrag på området:

- att redovisa vilka åtgärder som har vidtagits som ett resultat av uppdraget att utveckla arbetet för att bekämpa hatbrott. I kravet på återrapportering ingår att föra ett resonemang kring vilka effekter åtgärderna bedöms ha lett till eller bedöms komma att leda till. Redovisningen ska innehålla en beskrivning av hur myndigheten avser att fortsätta utveckla arbetet för att bekämpa hatbrott.

I sin redovisning av det sistnämnda uppdraget beskriver myndigheten sitt arbete. Polisregionerna Stockholm, Väst och Syd har alla särskilda utredningsgrupper med ansvar för att utreda demokrati- och hatbrott. Respektive grupp består av ett tiotal medarbetare och en gruppchef. Dessa kan tas i anspråk för andra utredningar när en sådan prioritering bedöms vara nödvändig. Det har medfört att en del hatbrottsärenden inte blivit färdigutredda, något som myndigheten inte anser är optimalt. Prioriteringen har gjorts mot bakgrund av den höga belastning som just nu råder på utredningsverksamheten när det gäller grova våldsbrott. De övriga polisregionerna Nord, Öst, Bergslagen och Mitt har inte särskilda utredningsgrupper. I dessa regioner har kompetenshöjande insatser genomförts med delar av personalen rörande hatbrott. På så sätt har förmågan att identifiera och utreda hatbrott höjts. Även flera av Polisens nationella avdelningar

arbetar på olika sätt med hatbrott. Det gäller i synnerhet Nationella operativa avdelningen (NOA) som till exempel har ett nationellt ansvar att styra, utveckla och följa upp arbetsprocessen vad avser hatbrott och skyddet av grundläggande fri- och rättigheter samt att säkerställa enhetlighet rörande detta i polisregionerna.

Myndigheten menar i sin återrapportering till regeringen att det är svårt att bedöma effekten av polisens höjda förmåga att bekämpa hatbrott. För att mäta en effekt bör det finnas ett utgångsvärde att jämföra emot. Något sådant finns inte eftersom hatbrotten är svåra att följa i polisens anmälningsystem.

Vidare menar Polisen i återrapporteringen att myndigheten genomfört andra åtgärder som kan mätas och följas. Framför allt har resurser tillförts för utredning, kompetensutveckling och utbildning samt förtroendeskapande åtgärder. Myndigheten menar att ”effekterna av åtgärderna borde på sikt bli att polisen blir bättre på att identifiera och utreda hatbrott”. Det framgår inte vilket tillvägagångssätt myndigheten tänkt använda för att ta reda på om så blir fallet eller inte. Däremot framgår att utbildningsinsatserna inom polisen ska fortsätta och under 2017 ska myndigheten arbeta fram en utbildning som riktar sig till anmälningsupptagare och förundersökningsledare (Polisen 2017a).

Internrevisionens granskning av polisens arbete mot hatbrott

Polisens internrevision lämnade sin granskning av polisens hatbrottsarbete 1 september 2017. Syftet med granskningen var att bedöma om Polismyndigheten har säkerställt att det finns en intern styrning och kontroll i dess arbete mot hatbrott.

Internrevisionen har gjort bedömningen att rikspolischefens beslut att stärka polisens förmåga att bekämpa hatbrott och skydda de grundläggande fri- och rättigheterna är ett i huvudsak tydligt inriktningsbeslut som beskriver hur polisen ska öka sin förmåga. De konstaterar dock att det finns en otydlighet kring den del av beslutet som fastslår att det ”i övriga polisregioner ska finnas förmåga till sådan brottbekämpning” därför att ”finnas förmåga” kan tolkas på många olika sätt utifrån respektive polisregions förutsättningar och ambitionsnivå. Internrevisionen menar också att både den natio-

nella och den regionala förmågan att följa upp effekter av genomförda insatser måste öka.

Internrevisionen för fram ett antal rekommendationer i rapporten. De rekommenderar polisregionerna att:

- kontinuerligt uppdatera framtagna regionala styrdokument för hatbrottsarbetet,
- öka förmågan att följa upp åtgärder enligt framtagna regionala styrdokument och
- genomföra en översyn av utredningsorganisationen för att utreda hatbrott.

Vidare rekommenderar internrevisionen att NOA/Utvecklings centrum Stockholm ökar förmågan att följa upp effekter av polismyndighetens arbete mot hatbrott. Ytterligare en rekommendation gäller att säkerställa att det finns en tydlig och förankrad ansvars- och rollfördelning för kompetensutveckling avseende hatbrott inom polisen samt att utbildningar behöver anpassas utifrån verksamhetens identifierade behov. Det bör göras tydligt vilka organisatoriska enheter och funktioner som ansvarar för olika delar av kompetensförsörjningen och hur de ska samverka. Detta utvecklingsarbete bör bedrivas av NOA tillsammans med HR-avdelningen och genomföras tillsammans med polisregionerna. Internrevisionen rekommenderar också att NOA (tillsammans med polisregionerna):

- genomför kontinuerliga kompetensförstärkande åtgärder som i första hand riktas till poliser som arbetar med ingripande verksamhet och operatörer vid Polisens kontaktcenter för att klargöra innebörden av hatbrottsmotiv och straffskärpningsregeln i brottsbalken,
- säkerställer en ökad förmåga att upptäcka hatbrott där grundbrottet utgörs av så kallad mängdbrott¹⁷ och
- utvecklar ett nationellt stöd för att kvalitetssäkra de initiala utredningsåtgärderna.

¹⁷ Brott som är vanligt förekommande, och där förundersökningen oftast leds av polisen, kallas för mängdbrott.

NOA/UC Stockholm rekommenderas också att, tillsammans med polisregionerna, vidta åtgärder för att utveckla förmågan att identifiera hatbrott i utredningsprocessen, utveckla samarbetet mellan brotts- och ärendesamordningsfunktionen, utveckla brottsamordningens forensiska analysförmåga samt utveckla utredningsverksamhetens förmåga att lämna underrättelseuppslag i hatbrottsärenden.

I rapporten konstateras också att det finns en förbättringspotential när det gäller samverkan mellan utsedda åklagare med särskilt ansvar för att handlägga hatbrott och motsvarande polisiära funktioner (Polisen 2017c).

5.7 Allmänt hälsotillstånd

Hälften av transpersonerna i Folkhälsomyndighetens enkätundersökning från 2015 uppgav att de har ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd, vilket är en lägre andel jämfört med befolkningen i allmänhet (73 procent). Cirka en femtedel (18 procent) svarade att de har ett dåligt allmänt hälsotillstånd. Detta svar var också vanligare bland respondenterna jämfört med befolkningen i stort. Över hälften angav att deras arbetsförmåga eller vardag är nedsatt i någon grad på grund av en fysisk eller psykisk sjukdom, och det gäller framför allt bland de yngre åldersgrupperna 15 till 29 år.

I TGEU:s enkätundersökning svarade 61 procent att de upplever sin hälsa som god och 39 procent att de upplever den som dålig. Skillnaderna är stora mellan ickebinära och binära transpersoner. Bland de ickebinära är det 51 procent som upplever hälsan som dålig, jämfört med 30 procent av transkvinnorna och 33 procent av transmännen. Det är betydligt vanligare att transpersoner i Sverige upplever sin hälsa som dålig än det är i Spanien (2 procent), Serbien (3 procent) och Polen (26 procent) (TGEU 2017a).

I tidskriften *The Lancet* publicerades 2016 en forskningsöversikt genomförd av forskare i USA. Undersökningen innefattar kvantitativa studier om transpersoners hälsa publicerade på engelska, spanska eller franska från 2008–2014. Totalt identifierades 116 undersökningar från 30 länder. De flesta av studierna som ingår i översikten är från USA. Översikten visar ett ökat intresse för att bedriva forskning på området transpersoners hälsa, men också avsaknad av studier om barn och unga transpersoner. Den visar också att det finns mer

forskning om personer som tilldelats manligt kön vid födseln än om personer som tilldelats kvinnligt kön vid födseln. Det saknas även forskning som följer utvecklingen av hälsan i gruppen över tid. De flesta studier är deskriptiva och mäter inte samband mellan till exempel riskfaktorer och hälsoutfall. Endast ett fåtal studier jämför transpersoners och cispersoners hälsa.

Översikten visar att det vanligaste området för forskning är transpersoners psykiska hälsa. På det området visar data konsekvent att vuxna transpersoner tyngs av problem med den psykiska hälsan. Det näst vanligaste området för forskning var sexuell och reproduktiv hälsa, missbruk av alkohol och narkotika, våld och utsatthet, stigma och diskriminering. Det minsta antalet studier fanns inom kategorin generell hälsa (till exempel dödlighet, diabetes och cancer). Detta lyfts alltså fram som ett område där det finns behov av mer forskning. Ytterligare ett område som i artikeln lyfts fram som utforskat eller att det behövs mer forskning är till exempel kopplingen mellan lagstiftning och hälsa. Hur påverkar till exempel kriminalisering av det som forskarna benämner som sexarbete transpersoner och deras hälsa? Hur påverkar möjligheten att få sin identitet juridiskt erkänd hälsan? (Reisner, Poteat, Keatley, Cabral, Mothopeng, Dunham, Holland, Max & Baral 2016)

5.7.1 Vänner, familj och partnerrelation

Totalt 38 procent i Folkhälsomyndighetens undersökning från 2015 svarade att de är nöjda eller mycket nöjda med sina relationer med vänner och bekanta, och 13 procent att de är missnöjda eller mycket missnöjda. Vidare är 40 procent nöjda med sitt familjeliv medan 17 procent är missnöjda eller mycket missnöjda. När det gäller partnerrelationer är 54 procent nöjda eller mycket nöjda medan en tiondedel är missnöjda eller mycket missnöjda. Totalt en fjärdedel angav att de saknar emotionellt stöd, och denna andel är dubbelt så hög jämfört med befolkningen i allmänhet (12 procent). Det var vanligare att sakna emotionellt stöd bland de äldre åldersgrupperna 45–64 år (46 procent) och 65–94 år (43 procent) (Folkhälsomyndigheten 2015a).

TGEU:s enkätundersökning (2017b) visar att 66 procent har stöd från sin närmaste familj. Dit räknas föräldrar, syskon, partners

och barn. Det finns inga signifikanta skillnader mellan olika grupper av transpersoner. De som upplever att de har stöd från sin närmaste familj uppger i större utsträckning än andra också att de har god hälsa. Totalt 50 procent av de som inte har stöd av sin familj upplevde också hälsan som dålig, jämfört med 32 procent av de som har stöd från familjen.

Bland de berättelser som inkommit till utredningen är det flera som har haft stöttande familjemedlemmar och vänner. Detta stöd beskrivs då som oerhört viktigt och ibland till och med avgörande för individen.

Under ett år tillbaka har jag varit öppen med min transidentitet. Jag har haft tur eftersom mina vänner och föräldrar varit stöttande. Den trygghet jag känner är deras förtjänst. Utan detta stöd skulle mitt liv vara i ruiner (berättelse 57).

Många vittnar om relationer som tagit slut i samband med att de kommit ut eller gått igenom transition. Det gäller såväl kärleksrelationer som vänskapsrelationer och det finns även de som haft föräldrar eller syskon som tagit avstånd från dem.

Mitt könsbyte har gjort att jag nästan helt bytt vänskapskrets. Svårt att säga varför, givetvis beror det på att jag förändrats men också att mina gamla nära vänner haft svårt att acceptera mitt könsbyte. Detta är även vänner inom hbtq-kretsar (berättelse 60).

Jag har tvångsmässigt fått klara mig själv igenom mina båda puberteter, och har ingen jag kan vända mig till för emotionellt stöd, ingen jag kan lita på alltid kommer finnas där, ingen som jag känner bryr sig om mig för att den faktiskt bryr sig om mig (berättelse 95, binär transman).

Tyvärr tror jag att min komma-ut-process som trans bidrog till att relationen med min dåvarande partner tog slut. Jag frågade i en transgrupp jag är med i hur många som fortfarande lever med samma person som innan transitionen... Ingen! Ingen relation hade klarat övergången! Det var smärtsamt, men jag tänkte att VI skulle klara det, vi skulle vara undantaget, för vi var så medvetna om allt, min partner var väldigt fin och förstående och vi kunde kommunicera kring det. Men trots allt så gick det inte! Vårt sexliv fullkomligt dog ut. Förutom graviditet finns det inget som kan vara mer förödande i hur mycket det könar din kropp – SEX. Och jag klarade inte av det. Vi slutade att ha sex – helt (berättelse 54, ickebinär).

Andra har det kämpigt med att få sina närstående att fullt ut respektera dem:

När jag först kom ut och berättade för alla att jag är trans så trodde jag att jag fick ett jättebra stöd. Det är först nu som jag fattat att det inte alls var det. Jag fattade det som att folk var nyfikna och ville lära sig men när jag tänker på det nu fattar jag inte varför jag trodde som jag gjorde. Allt de frågade om var ju om min egen kropp... Jag har blivit en "token" transperson för mina vänner. De gillar att ha mig och kunna säga att de accepterar folk som mig och är så öppna och fina människor. Men ingen har lärt sig av allt jag pratat om. De outar mig för sina vänner, berättar min livshistoria för vem som helst. Trots att jag varit tydlig med att det är superviktigt att JAG bestämmer OM och NÄR och för VEM jag berättar om min transerfarenhet. Jag har till och med träffat vänners vänner som sagt "det är du som är transan va?!" när jag ska hälsa på dem.

Trots att det gått flera år ska jag fortfarande "acceptera" att folk gör "misstag" när det gäller mitt namn och pronomen. Mina känslor verkar inte spela någon roll utan jag ska alltid acceptera "hen menade inget illa" som ursäkt. Det är alltid andra som ursäktar, inte den som dödnamnade mig.

Vänner vill bara "lära sig" när de är fulla. Det är ingen som ber om länkar, eller googlar själv. Än idag är jag deras frågelåda, och än idag är det bara frågor om min kropp som kommer.

Ibland bjuder mina vänner in mig på "filmkväll med grabbarna", "grabbarna på krogen" och "killkväll hos x". Varje gång blir jag lika ledsen. Jag har blivit bjuden på en tjejkväll och det var en av de lyckligaste stunderna i mitt liv (berättelse 74 – transkvinna snart 30 år).

Flera uttrycker att de tar på sig ansvaret för att andra familjemedlemmar ska acceptera dem. Till exempel skriver en transkvinna:

Min familj är splittrad på grund av det jag är. Det känns jobbigt (berättelse 50).

En transkvinna i 30-årsåldern berättar att omgivningen förutsatte att hennes transition innebar ett lidande för hennes fru:

När jag och min fru bara sågs som ett helt vanligt heteropar så var det inga konstigheter. Vi bara var och alla tyckte vi passade så bra ihop. Men efter att jag kom ut så började många fråga min fru "Men hur är det med dig?" med huvudet på sned och ledsen min. Min fru fattade aldrig varför det skulle vara något problem överhuvudtaget. Det var så många som helt plötsligt antog att min transstatus gjorde henne deprimerad. Till och med när hon sökte vård för just depression antog hennes psykolog om och om igen att den EGENTLIGA orsaken var att hon var gift med "en sån där". Hon fick erbjudanden om att sova på vänners

soffa om hon ”behövde komma bort från allt”. Så många saker, erbjudanden, frågor som aldrig kom innan... förstår inte (berättelse 74).

Att hitta partners

Cisnormen och heteronormen försvårar ibland för transpersoner att hitta partners. Även rädsla för våld kan förhindra transpersoner att hitta partners. En 23-årig transperson berättar:

Jag kan inte nätdejta eller ha one night stands på grund av rädsla att bli utsatt för våld (berättelse 83).

Mikroaggressioner i vänskapsrelationer

I en amerikansk studie från 2017 undersöks transpersoners utsatthet för så kallade mikroaggressioner¹⁸ i vänskapsrelationer. Totalt 211 transpersoner mellan 18 och 65 år ingick i studien. Att bli utsatt för mikroaggressioner från vänner betraktas som mer påfrestande och upprörande för individen än när de kommer från någon som personen inte känner. Studien visar att det är vanligt att transpersoner får sin könsidentitet ifrågasatt. För binära transpersoner tar sig detta uttryck i att vänner ifrågasätter om de verkligen är det kön som de identifierar sig med. Ett stort fokus läggs på kropp och genitalier och de förväntas genomgå viss medicinsk behandling för att betraktas som ”äkta” i sin könsidentitet. För ickebinära gäller ifrågasättandet i stället huruvida de kunde betraktas som trans eller inte. Denna typ av ifrågasättande grundar sig i en föreställning att man måste vilja ändra sin kropp för att betraktas som en ”riktig” transperson.

Binära transpersoner förväntades också ha stereotypt könsuttryck, trots att det inte fanns motsvarande förväntningar på cispersoner.

Flera berättar också om att de blivit outade mot sin vilja av vänner. En 22-årig transkvinna berättar i studien att hennes vän visat foton på henne för sina killkompisar i syfte att ”lura” dem att säga att hon var snygg, i syfte att se deras reaktion när den sedan berättade att ”det är en man”. En annan transperson berättar att den blivit outad av en väninna inför att den skulle träffa en av hennes vänner för första

¹⁸ En mikroaggression är en subtil men kränkande kommentar eller handling riktad mot en minoritetsgrupp eller person tillhörande en minoritetsgrupp och som ofta förstärker stereotyper som finns om den aktuella minoritetsgruppen.

gången. Väninnans förklaring till sitt beteende var att hon hade förmodat att det skulle vara uppenbart för den tredje personen och att hon inte ville att den tredje personen skulle känna sig obekvämt.

En annan vanligt förekommande typ av mikroaggression var felkänande och användande av fel pronomen. Även mikroaggressioner i religionens namn förekom. Till exempel vänner som säger att det är emot Guds vilja att vara trans eller att vilja förändra sin kropp (Pulice-Farrow, Clements & Galupo 2017).

Artikelförfattarna efterlyser vidare forskning kring mikroaggressioner riktade mot transpersoner och vilka skillnader som finns avseende transpersoners ålder, etnicitet, klass och sexuella läggning.

5.7.2 Fysisk hälsa

I Folkhälsomyndighetens enkätundersökning från 2015 uppgav en fjärdedel att de är nöjda med sin kroppsliga hälsa och lika många att de är missnöjda eller mycket missnöjda med den.

Andelen med svåra besvär av värk var 17 procent, och de flesta är yngre. Denna andel är något högre jämfört med befolkningen i allmänhet där 14 procent har svåra besvär av värk. En tredjedel av respondenterna angav att de har huvudvärk eller migrän, och 5 procent har svår huvudvärk eller migrän. Svår huvudvärk eller migrän var vanligast bland respondenter i åldersgruppen 15 till 19 år (9 procent) (Folkhälsomyndigheten 2015a).

5.7.3 Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)

I följande avsnitt fokuseras på sexuell hälsa och reproduktiva rättigheter och hälsa. Den könsbekräftande vården och SRHR-frågor kopplade till denna redogörs för i del 2 av betänkandet, och bemötande inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten redogörs för i kapitel 8 i denna del.

Sex och sexualitet

Under hösten 2010 genomfördes en enkätstudie i regi av RFSU och RFSU Ungdom om transpersoners sexuella hälsa och hivpreventiva behov. Totalt 237 personer svarade på enkäten. Författarna slår där fast att en vanligt förekommande föreställning om transpersoner och gruppens sexualliv är att de inte är intresserade av att ha sex, eller att frågor som rör sex och sexualitet är opassande eller irrelevanta (Gäredal och Orre 2011). Trots att kunskapen om transpersoner har ökat finns det fortfarande felaktiga föreställningar om vad det innebär att vara transperson och hur könsdysfori kan ta sig till uttryck, vilket kan försvåra transpersoners möjlighet att ha ömsesidiga sexuella kontakter och njuta av sina kroppar och sexualliv (Gäredal och Orre 2011).

Enligt Folkhälsomyndigheten (2015a) är genomsnittsåldern för sexuell debut 16,5 år. Totalt 10 procent av respondenterna uppger att de aldrig haft sex medan 86 procent har debuterat sexuellt med någon. Totalt 34 procent anger att de inte har en pågående sexuell relation, 38 procent har en pågående sexuell relation med en partner och 14 procent har sexuella relationer med flera partners. Under de senaste tolv månaderna hade respondenterna i genomsnitt haft tre sexuella partners. Medianen var en partner. Enligt Gäredal och Orre (2011) är 96 procent intresserade av att ha sexuella kontakter med någon annan och de flesta av respondenterna uppger att de ofta eller alltid upplever det som en positiv upplevelse att ha sex med andra. Det finns dock en skillnad mellan att uppleva det sexuella mötet som något positivt när mötet sker och att kunna leva helt eller i stort sett sexuellt på det sätt transpersoner själv önskar. Enligt Folkhälsomyndigheten (2015a) uppger 39 procent att de i stort sett, eller helt kan leva sexuellt på det sätt de själva önskar, 33 procent uppger däremot att de inte alls kan leva sexuellt som de själva önskar.

Folkhälsomyndigheten genomförde under 2015 en kvalitativ undersökning om transpersoners upplevelser och beskrivningar av hinder och möjligheter för sexuell hälsa. Totalt 20 individuella intervjuer med transpersoner genomfördes. Studiens resultat finns redovisade i rapporten *Rätten till hälsa – Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa* (Folkhälsomyndigheten 2016c). Syftet med rapporten, förutom att redovisa resultaten av studien, är att ge underlag för hälsofrämjande och sjuk-

domsförebyggande arbete. I studien beskriver respondenterna känslor av oro, otrygghet och rädsla i sexuella sammanhang. De uppger även att det finns normer och normativa förväntningar till sex, problematik kring kroppar i förändring samt brist på respekt i både informella och formella relationer. Oro, osäkerhet, rädsla, relationer som kännetecknas av att inte få vara den man är, brist på respekt eller diskriminering hindrar upplevelsen av sexuell hälsa och sexuellt välbefinnande vilket i sin tur kan leda till sexuellt risktagande (Folkhälsomyndigheten 2016c).

Att få vara en del av ett sammanhang eller en relation där man förutsättningslöst kan vara den man är kan i stället möjliggöra ökat välbefinnande och minska sexuellt risktagande. En central fråga för sexuellt välbefinnande är transpersoners relation till den egna kroppen, hur bekväm man känner sig i sin kropp, tillgång till önskad vård, respekt och respektfyllda relationer, trygghet samt frihet i sexuella sammanhang (Folkhälsomyndigheten 2016c). Tillgång till önskad könsbekräftande behandling är en viktig förutsättning för upplevelsen av sexuell hälsa och välbefinnande. Information om kropp, sex och samlevnad i samband med könsbekräftande behandling kan också få positiva konsekvenser för den sexuella hälsan (Gäredal och Orre 2011).

Sexologiskt stöd och sexualrådgivning

Transpersoner har sämre tillgång till kompetent vård och information som rör sexualitet än andra grupper i samhället (Gäredal och Orre 2011). Det finns ett stort behov av kunskap och information om sexuell hälsa, särskilt i de yngre åldersgrupperna. Det vanligaste kunskapsbehovet som respondenterna i studien hade var hur ens sexliv kan påverkas av hormonbehandling och kirurgi. Nästan hälften behövde mer kunskap om det. Andra kunskapsbehov var att inleda och upprätthålla konstruktiva relationer samt kunskap om sex, hiv/STI och hur man kan kommunicera med sexpartners om sex. Kunskapsbehoven var mer utbredda i de yngre åldersgrupperna.

Respondenterna fick också ta ställning till olika insatser och ange om de behövde dem eller inte. 82 procent ville ha tillgång till en transkompetent urolog eller gynekolog, endast 9 procent ansåg sig ha det i dagsläget. Samma siffror gällde tillgången på lättillgänglig mottagning

för sexuell hälsa där personalen har transkompetens. Många (73 procent) ville också ha tillgång till samtalskontakt om frågor som rör sexuell hälsa, endast 15 procent ansåg sig ha tillgång till det i dagsläget. Många av respondenterna uttryckte en frustration över bristen på transkompetens inom den vanliga vården, såsom vårdcentraler, gynnottagningar och ungdomsmottagningar. Man vill också att det ska bli lättare att få hjälp med och att diskutera sex och sexualitet inom den könsbekräftande vården (Gäredal och Orre 2011).

Intervjupersonerna i Folkhälsomyndighetens kvalitativa studie (2016c) uttrycker en önskan om och ett behov av likabehandling. Transpersoner utsätts ofta för oförståelse, okunskap och kränkningar i samspelet med både familj, vänner och hälso- och sjukvårdspersonal och tvingas ofta undervisa andra kring, och rättfärdiga, sin könsidentitet. Återkommande upplevelser av oförståelse, ifrågasättande och diskriminering och kränkning utgör hinder och upplevs även påverka den sexuella hälsan negativt. Dessa hinder för sexuell hälsa framträder i nära relationer, men framför allt i bemötandet från personal inom hälso- och sjukvården. De kan ta sig uttryck i språk eller handlingar som visar på oförståelse. Detta påverkar transpersoners möjligheter att få den vård och det stöd de behöver vilket leder till ojämlikhet. Därför behövs en ökad transkunskap i samhället, och speciellt hos personer som möter transpersoner i sin yrkesroll. Normmedvetenhet och normkritiskt tänkande är centralt viktiga perspektiv för att åstadkomma framsteg. Kunskaps- och medvetandehöjande insatser om transpersoners livssituationer och sexuella hälsa behövs också om man vill möjliggöra likabehandling och förbättra bemötandet (Folkhälsomyndigheten 2016c).

För minderåriga som söker sig till den könsbekräftande vården kan det vara svårt att få transkompetent sexualupplysning och till exempel få svar på frågor om hur en eventuell transition påverkar sexualiteten och den reproduktiva förmågan. Detta framkommer i en av intervjuerna som utredningen genomfört med endokrinologer vid de olika teamen för könsutredning.

Endokrinolog: Det är klart att det är en del frågor som kan vara kopplade till sexologi, men jag sköter inte sådant. Det är också vuxenmedicin. Det finns ingen struktur för det heller, för vi på barnsidan är inte kompetenta just i sexologi, det är ingen barndisciplin på något sätt.

Intervjuare: Och det är ju ändå jätterelevant för tonåringar.

Endokrinolog: Jo, men det är inte riktigt på den nivån. Det är klart att skolkuratorn och skolsköterskan kan prata om preventivmedel och lite om hur anatomin ser ut, men det här är på en mer avancerad nivå. Det har hänt att jag har skickat patienter till vuxensexolog för att de har önskat det, mest [biologiska] pojkar. Och då har man kommit tillbaka i ett antal fall och varit, jag ska inte säga chockade, men ändå påverkade av att det här var väldigt vuxenfokuserat. Det kan vara att man till exempel ville mäta erektion nattetid med olika instrument.

Hiv och sexuellt överförbara infektioner (STI¹⁹)

Transpersoner lyfts av UNAIDS, FN:s organ för hiv och aidsfrågor, som en viktig preventionsgrupp avseende hiv och STI. Risker för att få hiv, särskilt bland transkvinnor, anses globalt vara nästan 50 gånger högre än för den generella befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2015a, UNAIDS 2014). Detta kan bero på såväl biologiska och strukturella faktorer, där de biologiska riskfaktorerna anses vara desamma som för cismän som har sex med cismän i samband med oskyddat mottagande analt samlag, om den sexuella praktiken är liknande. För de transpersoner som inte har en sexuell praktik som liknar cismän som har sex med cismän finns naturligtvis inte denna riskfaktor (Folkhälsomyndigheten 2015a). Strukturella riskfaktorer är relaterade till marginalisering och diskriminering samt utsatthet för drogmisbruk. Sådana riskfaktorer är även relaterade till sexuellt riskbeteende, sex i utbyte mot ersättning, begränsad tillgång till hälso- och sjukvård och riktade hiv-förebyggande insatser så som information om hiv och överföringsrisker (Folkhälsomyndigheten 2015a).

I nuläget finns det inte statistiskt underlag för att säga att förekomsten av hiv bland transpersoner i Sverige är jämförbar med situationen för transpersoner i andra länder. De strukturella riskfaktorerna skiljer sig kraftigt från land till land. Vi redogör för resultaten av några enkätundersökningar nedan där de svarande själva svarat på frågan om sin hivstatus. Dessa tyder inte på att förekomsten i Sverige skulle vara lika hög som den är på vissa andra platser i världen. Exakt hur förekomsten ser ut är dock ännu inte känt. Däremot finns det viss forskning som ger oss indikationer på transpersoners utsatthet

¹⁹ STI står för sexuellt transmittad infektion.

för hiv-överföring utifrån den kunskap vi har om testningsbenägenhet, transpersoners kunskap om hiv, andra STI och överföringsrisker, kondomanvändning, och tillgång till transinkluderande mottagningar där man kan testa sig för hiv och andra sexuellt överförbara infektioner.

Kännedom om hivstatus

Internationellt sett så finns det gott om studier som handlar om prevalens av hiv och STI bland transpersoner som tilldelades manligt kön vid födseln. Det saknas däremot studier om prevalens av hiv och STI bland transpersoner som tilldelades kvinnligt kön vid födseln. Även studier om fertilitet och graviditet saknas (Reisner et al., 2016).

Det framkommer inte i Folkhälsomyndighetens (2015a) studie hur många av respondenterna som uppger att de lever med hiv, men bland de av respondenterna som uppger att de har testat sig för hiv uppger 90 procent att de inte har hiv och 3 procent känner inte till sin hiv-status. En person (0,2 procent) svarade att den lever med hiv. Det framkommer inte i Folkhälsomyndighetens rapport (2015a) vad övriga 6,8 procent har svarat. Bland de som svarade på TGEU:s enkätundersökning (2017b) uppgav 35 procent att de inte känner till sin hiv-status. En person (0,9 procent) av respondenterna uppgav att den känner till att den lever med hiv.

Hivtestning

Totalt 46 procent av Folkhälsomyndighetens (2015a) respondenter uppgav att de aldrig hade hivtestat sig, 20 procent hade hivtestat sig under de senaste 12 månaderna, 20 procent har testat sig för 1–5 år sen och 10 procent gjorde ett hivtest för mer än 5 år sen. Bland transpersoner i Sverige var de vanligaste anledningarna till att inte testa sig för hiv att man lever i ett monogamt förhållande med en person som inte har hiv eller att man aldrig haft samlag eller oskyddat samlag (Folkhälsomyndigheten 2015a).

I TGEU:s enkätundersökning uppger 59 procent att de aldrig testat sig, 9 procent har hivtestat sig under de senaste 12 månaderna, 18 procent att de testat sig för 1 till 5 år sedan och 7 procent gjorde ett hivtest mer än fem år sedan (TGEU 2017b). I studien framgår

det även att 7 procent har testat sig de senaste sex månaderna. Bland respondenterna i TGEU:s undersökning (2017b) svarade 33 procent att de aldrig har oskyddat sex, 13 procent att de är i monogam relation med en hiv-negativ person, 9 procent att de inte vet var de kan testa sig, 0,6 procent svarade att sjukvården inte låtit personen ta ett test när den velat, 10 procent att de är oroliga för att bli illa behandlade, 3 procent att de inte litar på att resultatet är sekretessbelagt. 2 procent svarade att de är rädda för att bli igenkända av anställda eller andra patienter, 2 procent att de inte vill veta om sin status, 4 procent att de är rädda för resultatet. 18 procent uppger annan anledning som sitt svar (TGEU 2017b).

Jag blev smittad med könssjukdomar ibland (gonorré och klamydia och dussintals extrema urinvägsinfektioner) men var rädd att söka vård eftersom jag var väldigt ung och eftersom jag fått ett inkompetent, ifrågasättande och ibland till och med förnedrande bemötande då jag tidigare sökt vård (på grund av trans). Än idag vet jag inte vilka sjukdomar jag bär på eftersom jag hellre väntar än att söka vård ”för ingenting” och få transfobi på köpet (Berättelse 88).

Kondomanvändning

Folkhälsomyndighetens (2015a) enkätundersökning visar att det vanligaste svaret om kondomanvändning var att kondom inte behövs för den typ av sex de svarande har. Svaret var särskilt vanligt bland de 42 procent av respondenterna som har pågående sexuell relation med en partner, men även bland de respondenter som hade fler partners (Folkhälsomyndigheten 2015a). Ett annat vanligt förekommande svar på varför respondenterna inte använder kondom var att de känner till partners hivstatus (Folkhälsomyndigheten 2015a). 26 procent av respondenterna som har pågående relation med en partner angav de känner till partners hivstatus liksom 21 procent av respondenterna som har pågående sexuell relation med flera partner. Att alltid använda kondom vid vaginalt eller analt samlag var vanligare (22 procent) bland respondenterna med flera partner (Folkhälsomyndigheten 2015a).

Kunskap om sexuellt överförbara infektioner och tillgång till information om säkrare sex

Totalt 83 procent anser att de fått tillräcklig information för att veta hur man kan skydda sig själv och sin partner mot hiv och 75 procent anser att de fått tillräcklig information om andra sexuellt överförbara infektioner för att veta hur man kan skydda sig (Folkhälsomyndigheten 2015a). TGEU (2017b) frågade i sin undersökning respondenterna om de har mottagit någon form av information riktad specifikt till transpersoner om sexuellt överförbara infektioner, 2 procent uppger att de fått sådan information från sjukvården, 21 procent uppger att de fått sådan information från hbt-organisationer, 26 procent att de kollade upp det eller fick information från vänner och 32 procent uppger att de inte fått någon sådan information och inte behöver det heller 36 procent uppger dock att de inte fått någon sådan information, men skulle vilja ha transspecifik information om säkrare sex (TGEU 2017b).

Tillgång till mottagningar där man kan testa sig mot sexuellt överförbara infektioner

I Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för vård vid könsdysfori (2015h) rekommenderas hälso- och sjukvården, däribland den transspecifika vården, att erbjuda individanpassad sexologisk och sexualmedicinsk rådgivning och behandling till personer med könsdysfori. Totalt 63 procent av Folkhälsomyndighetens (2015a) respondenter känner till någon mottagning där man kan testa sig för hiv eller andra sexuellt överförbara infektioner medan resterande 37 procent inte känner till en sådan mottagning.

Den nationella hiv- och STI politiken

De insatser som i dagsläget riktar sig specifikt till transpersoner inom hivpreventionen är ytterst begränsade. Där insatser sker, genomförs dessa främst av civilsamhällets organisationer och insatserna görs oftast inom ramen för det hiv- och STI förebyggande arbete som riktar sig till män som har sex med män.

I Folkhälsomyndighetens underlag till regeringen ”Översyn och uppdatering av den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar” slår myndigheten fast att det saknas heltäckande data över antalet transpersoner som lever med hiv i Sverige (Folkhälsomyndigheten 2017a). Det konstateras även att den höga förekomsten av hiv som dokumenteras av studier från andra delar av världen inte går att belägga i Sverige. Men, det poängteras att studier i Sverige visar att nästan hälften av transpersonerna aldrig testat sig för hiv, och en tredjedel svarar att de inte känner till någon mottagning som har kompetensen att testa dem för hiv eller annan STI. Förutom dessa konstateranden framkommer det i underlaget inga förslag på konkreta insatser för att förebygga hiv och STI bland transpersoner.

Reproduktiv hälsa

De reproduktiva möjligheterna för transpersoner i Sverige varierar beroende på bland annat vilka ingrepp personen genomgått. Den nuvarande lagstiftningen begränsar vissa möjligheter, men för många transpersoner finns möjligheten att bli föräldrar. Transkvinnor och andra med spermier som genomgått könsbekräftande kirurgi, men sparat spermier kan bli föräldrar om de har en partner som kan genomgå insemination eller IVF med transkvinnans sperma. Transmän och andra med livmoder och ägg kan bli gravida genom samlag med en person som har spermier, insemination eller IVF om de har livskraftiga ägg och livmoder eller blir gravida innan de börjar behandling med testosteron. Det är också möjligt för många att bli gravida genom att ta en paus i testosteronbehandlingen. Möjligheten att bli gravid efter en paus i hormonbehandling är individuell och att det saknas kunskap om vilka konsekvenser långvarig hormonbehandling har på den fertila förmågan hos transmän.

Det finns i nuläget inga svenska studier som har undersökt transpersoners graviditet, barnafödande och upplevelse av reproduktiv hälsa, men utredningen har information om ett pågående doktorandprojekt vid Karolinska Institutet av Felicitas Falck om transmän och graviditet. Det finns dock vissa amerikanska studier på området som visar att gravida och barnafödande transmän har särskilda behov som

behöver uppmärksammas, i synnerhet inom vården. Slutsatserna från studierna kan summeras på följande sätt:

- Ihållande känsla av ensamhet och isolering är vanligt förekommande (Ellis et al., 2015)
- Det finns en brist på positiva, tydliga, välintegrerade förebilder för gravida transpersoner (Ellis et al., 2015)
- Att navigera i samhället som gravid och med ett könsuttryck som inte förknippas med graviditet kan leda till ökad grad av könsdysfori (Ellis et al., 2015; Obedin-Maliver & Makadon 2015)
- Många upplever att hälso- och sjukvården, och i synnerhet graviditetsvården, har bristfälliga kunskaper om transpersoner (Light, Obedin-Maliver, Sevelius and Kerns 2014; Ellis et al., 2015; Obedin-Maliver & Makadon 2015)

Det finns inga studier i Sverige som har undersökt erfarenheter från anställda inom hälso- och sjukvården med att jobba med gravida transmän. Det finns dock, som framkommer i kapitel 8 om bemötande inom hälso- och sjukvården, stor okunskap om transpersoners särskilda behov, vilket i sin tur kan påverka den vård som ges. Det är även tydligt för utredningen att det behövs mer forskning på området, särskilt avseende transmäns erfarenheter av graviditet och barnafödande, hur graviditet påverkar könsdysfori samt hälso- och sjukvårdens stöd vid graviditet.

Kunskapsbehov

Som framgått av detta avsnitt saknas det kunskap om en hel del frågor avseende transpersoners sexuella och reproduktiva hälsa. RFSU – Riksförbundet för sexuell upplysning har i kontakt med utredningen (Dnr Komm2017/01216-1) identifierat ytterligare ett antal områden där organisationen anser att kunskap borde inhämtas. Detta rör områden som:

- Hur könsorganen påverkas av hormonbehandling och vilka blir konsekvenserna av livslång hormonbehandling.
- Frågor om lubrikation, överföringsrisk för hiv och andra sexuellt överförbara infektioner, intimvård, dilatoranvändande, sexuella

praktiker, klimakteriepåverkan och vulvasmärter hos personer som genomgått vaginoplastik.

- Vilka problem finns kopplade till penisplastik.
- Vilka behov som finns gällande cellprovstagning och vilka rutiner som borde finnas avseende cellprovstagning hos målgruppen.

Den nationella SRHR-politiken

Inom det svenska biståndsarbetet finns tydliga mål för de insatser Sverige avser att genomföra på SRHR-området i utvecklingsländer. Däremot finns det inga särskilda nationella styrdokument för SRHR-insatser inom Sverige. År 2014 överlämnade Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten *Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter* till regeringen. I underlaget poängteras vikten av att SRHR-arbetet tar utgångspunkt i normkritiska metoder och perspektiv då ett genomtänkt normkritiskt förhållningssätt innebär möjligheter att utjämna skillnader i hälsan och få fler att uppleva bra och respektfullt bemötande.

Det slås även fast i underlaget att det behövs kunskapsutveckling för att skapa mer likvärdig rådgivning inom sexuell och reproduktiv hälsa, inte bara till kvinnor, men även till transpersoner och män. I underlaget föreslås nationella mål och insatser, indikatorer, samt ett uppföljningssystem. Utredningen konstaterar att regeringen fortfarande inte har föreslagit något nationellt styrdokument för SRHR-politiken.

5.8 Attityder till transpersoner

Det finns få studier som handlar specifikt om attityder till transpersoner i Sverige. The Williams Institute, UCLA Law School, publicerade 2016 resultaten av en attitydundersökning som genomförts i 23 länder, däribland Sverige. Resultaten som redovisas här avser de svenska respondenternas svar. Var tionde person uppgav att de hade en familjemedlem eller en vän som är transperson. Omkring 80 procent ansåg att transpersoner har rätt till könsbekräftande vård och behandling samt att transpersoner ska tillåtas att byta juridiskt kön, skyddas i diskrimineringslagstiftning och ha rätt att gifta sig. En

något mindre andel ansåg att transpersoner borde få adoptera barn (69 procent) eller föda egna barn (74 procent) och använda den toalett som överensstämmer med personens könsidentitet (68 procent). 11 procent ansåg att transpersoner lider av en psykisk sjukdom. De som uppgav att de hade en familjemedlem eller vän som är transperson stöttade också i större utsträckning transpersoners rättigheter. Yngre personer uttryckte också stöd i större utsträckning än äldre, liksom kvinnor uttryckte större stöd än män och de med högre inkomst uttryckte stöd än de med lägre inkomstnivåer (Flores, Brown & Park 2016).

Transfobin och homofobin har flera överlappande karaktärstrag. I dag ökar antalet hatbrott mot homosexuella, bisexuella och transpersoner i Europa och gärningsmännen har ofta kopplingar till rasistiska organisationer (Forum för levande historia 2017, hämtad 2017-08-22).

Forum för levande historia publicerade rapporten *Tid för tolerans* år 2014. I den presenteras resultaten av en enkätundersökning om svenska skolelevers attityder. I rapporten konstateras också att negativa attityder mot olika grupper hänger ihop. Individer som uppvisar höga nivåer av det rapporten benämner som främlingsfientlighet tenderar också att vara homofoba och vice versa. I undersökningen har myndigheten mätt ungdomarnas inställning till invandrare, muslimer, judar, romer och hbt-personer. De svagaste sambanden uppmäts mellan inställningen till hbt-personer och inställningen till respektive av de övriga grupperna. Detta indikerar att homo-, bi- och transfobi befinner sig i en delvis annorlunda attityddimension. Förklaringen kan ligga i att fientlighet mot hbt-personer får näring av bland annat chauvinistiska och patriarkala strukturer snarare än rädslan inför det som är etniskt, religiöst eller kulturellt främmande. Hbt-personer är också den grupp som flest unga är positiva till, men det är också den grupp där inställningen skiljer sig mest mellan pojkar och flickor samt skiljer sig mest mellan högstadie- och gymnasieelever (Forum för levande historia 2014).

Som ett led i sin undersökning om svenska kommuners hbtq-vänlighet uppdrog RFSL åt researchföretaget NEPA att undersöka befolkningens attityd till hbtq-personer. En av frågorna som ställdes var hur ofta under det senaste året som den svarande hört någon i sin geografiska närhet säga något nedsättande om någon på grund av dennes könsidentitet eller könsuttryck. Frågan delades upp i fyra

delar och respondenten fick ta ställning till om den hört något nedsättande sägas med anledning av manlig könsidentitet, kvinnlig könsidentitet, transidentitet eller annan könsidentitet. I det län där högst antal svarat att de aldrig under det senaste året hört något nedsättande om någon med anledning av transidentitet hade 61 procent uppgett detta. I det län där lägst antal svarat att de aldrig under det senaste året hört något nedsättande om någon med anledning av transidentitet hade 44 procent uppgett detta. Undersökningen visar att attityden till hbtq-personer är ungefär likartad över landet. Attityden var bättre i Stockholms län och Gotlands län/Kalmar län (sammanslagna) än i övriga landet och den var något sämre i Värmlands län och Örebro län (RFSL 2015a).

5.8.1 Hbt-personers upplevelser av förekomsten av negativa yttringar gentemot transpersoner

Tabell 5.3 Hur vanligt/utbrett är det att ...

Andel som angett mycket eller ganska vanligt (procent)

	Transpersoner	Homo- och bisexuella
politiker använder nedsättande språk om hbt-personer?	31	23
det skämtas om hbt-personer i vardagslivet?	83	72
någon uttrycker hat eller aversion mot hbt-personer?	45	29
hbt-personer trakasseras där du bor?	43	26

Källa: European Union Agency for Fundamental Rights. LGBT Survey 2012. Hämtad 2017-04-04

I tabellen ovan framgår att det är vanligare att transpersoner upplever olika typer av yttringar av negativa attityder gentemot hbt-personer än att homo- och bisexuella gör det.

Respondenterna i undersökningen har även fått svara på frågan hur utbrett de anser att det är med åtgärder att stärka transpersoners rättigheter. Det är färre transpersoner (23 procent) än homo- och bisexuella (32 procent) som anser att sådana åtgärder är mycket eller ganska utbredda. Även här finns skillnader mellan homo- och bisexuella kvinnor och män, där männen i högre utsträckning anser att åtgärder för att stärka transpersoners rättigheter är mycket eller ganska utbredda.

6 Fler perspektiv på transpersoners levnadsvillkor

Av utredningens direktiv framgår att utredningen bör tillämpa ett intersektionellt perspektiv och belysa hur de övriga diskrimineringsgrunderna bland annat etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning och ålder, samspelar med frågorna kring könsidentitet och könsuttryck. Utredningen ska tillämpa ett livscykelperspektiv i arbetet, belysa situationen för ickebinära samt synliggöra skillnader i levnadsvillkor mellan transkvinnor och transmän. I direktiven konstateras också att det saknas kunskap om levnadsvillkor för personer med intersexvariation och att utredningen, där det är lämpligt, ska undersöka detta.

Vi konstaterar att det inom ramen för utredningens uppdrag har saknats möjlighet att göra en genomgripande intersektionell analys. Detta har sin grund i att såväl befintlig kunskap, som det nya material som vi fått ta del av i form av enkätundersökningar, tillgänglig forskning och de berättelser utredningen samlat in, inte innehåller den information som krävs. Det behövs ytterligare forskning kring hur olika maktrelationer kopplade till diskrimineringsgrunderna påverkar transpersoners liv och samspelar med kön, könsidentitet och könsuttryck.

Utredningen har dock strävat efter att få kännedom om levnadsvillkoren för transpersoner med olika erfarenheter och bakgrund. I detta kapitel presenterar vi därför några särskilda perspektiv på transpersoners levnadsvillkor, med fokus på erfarenheter som görs under vissa delar av livet, eller erfarenheter som några inom gruppen transpersoner har.

Kapitlet inleds med ett livscykelperspektiv där vi redogör för levnadsvillkoren för transpersoner som är barn och unga, äldre transpersoners levnadsvillkor samt villkor för transpersoner med erfaren-

het av föräldraskap. Därefter följer avsnitt om transpersoner med erfarenhet av migration, av att ha sex mot ersättning och av att ha annan etnisk bakgrund än svensk. Situationen för transpersoner med funktionsnedsättning tas här upp i korthet men behandlas primärt i kapitel 15. Där finns också avsnittet som handlar om levnadsvillkor för personer med intersexvariation.

6.1 Livscykelperspektiv

6.1.1 Levnadsvillkor för barn och unga som är transpersoner

En person är i juridisk mening barn upp till fyllda 18 år och enligt Lag (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall kan personer bara ändra sitt juridiska kön efter att ha fyllt 18 år. Viss vård och behandling med exempelvis pubertetsbromsande hormoner kan påbörjas tidigare än fyllda 18 år och regleras inte med åldersgräns i lag. Medvetenheten om att det kön man tilldelats vid födelsen inte stämmer överens med det kön man identifierar sig med börjar för många transpersoner många år innan 18 årsdagen. Under det senaste decenniet har antalet unga med könsdysfori och behov av vård ökat kraftigt (Frisén, Söder, Rydelius 2017, hämtad 2017-10-12). (Den könsbekräftande vården för barn och unga behandlas i detta betänkande i huvudsak i kapitel 15.)

För transpersoner under 18 år är rätten och möjligheten att få utforska sin könsidentitet och uttrycka denna oerhört viktig då man befinner sig i en beroendesituation gentemot vårdnadshavare och andra vuxna och därmed är extra utsatt. Stöd i nära relationer är därför mycket viktigt. Att bli sedd som den man är, bekräftad och uppskattad av dem som står en nära kan ge ett skydd mot snäva och begränsande normer i samhället i stort, påpekar RFSL Ungdom. Avgörande för en bra kommunikation är att vara lyhörd och att respektera det som barn och unga transpersoner berättar om hur de upplever sin identitet och de ord de vill använda om sig själva (RFSL Ungdom 2016).

Det är viktigt att inte ställa krav på hur ens barn ska vara eller sätta gränser för vad som är för mycket. Det är också viktigt med konsekvens och att inte tvinga in barnet i orimliga situationer. Att till exempel säga ”du får ha de här kläderna till vardags, men inte på skolavslutningen”

skapar lätt otrygghet och gör att ditt barn kommer att behöva dölja saker för dig (RFSL Ungdom 2016).

Social transition och behov av vård

Definitionerna av ”barn” respektive ”unga” kan se olika ut i olika sammanhang, även om den juridiska definitionen av barn som alla personer upp till 18 år är tydlig. Tiden för barndom och ungdom överlappar varandra, men skiljer sig också åt i flera avseenden. Barn över 12 har en större självbestämmanderätt än barn under 12, till exempel vid vårdnadstvister och när det gäller att själva få bestämma vilken vårdnadshavare de ska bo hos. Barnrättspolitikerna tar sin utgångspunkt i barnkonventionen och målgruppen för politiken är personer upp till 18 år. I den svenska ungdomspolitikerna definieras personer som är mellan 13 och 25 år som unga (MUCF 2017). I Socialstyrelsens kunskapsstöd, *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori* (2015i), definieras de som ännu inte har kommit i puberteten som barn. Personer som kommit i puberteten och ännu inte fyllt 18 år definieras således som unga. I den forskningslitteratur som utredningen tagit del av definieras unga som personer över 13/14 år och barn som personer under 13 år.

I en studie från USA konstateras det att antalet barn som lever i enlighet med det kön de identifierar sig med i stället för det kön de tilldelats vid födelsen har ökat (Olson, Key & Eaton 2015). I studien undersöktes huruvida transbarn (begreppet definierat som ovan) uppvisade samma grad av kognitiv samstämmighet med sin könsidentitet som cisbarn har. Forskarna fann att transbarnen i studien visade ett tydligt mönster där barnen såg sig själva som det kön de identifierade sig som och levde i enlighet med detta. Forskarna kunde konstatera att det inte fanns några skillnader mellan transbarn och cisbarn vad gällde hur man upplevde sin könsidentitet, vilket forskarna menar indikerar att det inte går att avfärda transbarn som förvirrade. Snarare är transbarn mycket medvetna om sin identitet och lever därefter (Olson, Key & Eaton 2015).

Då jag var riktigt liten, dagis och lågstadiet, så har jag inga minnen av mobbning eller kränkningar. Troligen för att jag bara var barn och mitt "könsöverskridande beteende" eller vad det ska kallas togs inte på samma allvar (berättelse 88).

Olson, Key & Eatons (2015) studie kan dock problematiseras. Som forskarna själva poängterar är det oklart huruvida deras resultat kan generaliseras i fråga om barn vars psykosociala livssituation är instabil och där det saknas stöd från föräldrarna. Det är även oklart om studiens resultat kan göras gällande för ickebinära barn. Barnen i studien hade stöd från sina föräldrar och närstående, barnen upplevde sig och levde i enlighet med sin könsidentitet och de hade själva valt namn och pronomen. Det är också oklart huruvida man utifrån studiens resultat kan dra några slutsatser om framtida och förstärkt könsdysfori i samband med puberteten. Olson, Key & Eaton (2015) konstaterar därför att det behövs mer forskning.

I en artikel publicerad i *Läkartidningen* 2017 där Louise Frisé, Olle Söder och Per-Anders Rydelius (Frisé et al 2017) försöker sammanfatta kunskapsläget på området framkommer också att antalet unga med könsdysfori som söker vård för att få tillgång till könsbekräftande åtgärder har ökat kraftigt under det senaste decenniet, men att det, enligt skribenterna, är en minoritet (cirka 20 procent) av barnen under 12 år som kommer att ha en kvarstående önskan om könsbekräftande åtgärder sedan de kommit i puberteten.

Författarna menar att det är viktigt att vara medveten om detta vid beslut om tidig social transition (att låta barnet leva i enlighet med sin könsidentitet) innan barnet har kommit i puberteten (Frisé et al 2017). Det är till exempel viktigt att informera barn och närstående om att en social transition inte måste vara definitiv och att det går att återgå till att leva i enlighet med det vid födelsen tilldelade könet. Det kan också handla om att synliggöra olika alternativ för barnen, såsom möjligheten att ha mer könsneutrala kläder och att fritt kunna välja aktiviteter och leksaker oavsett könsidentitet. För de barn som tydligt och ihållande har en könsidentitet som inte är densamma som deras tilldelade kön vid födelsen menar författarna dock att den sociala transition som barnet själv initierar bör stötts.

De formella diagnoskriterierna för könsdysfori hos barn är "uttalad brist på samstämmighet mellan personens upplevda/uttryckta könstillhörighet och den tilldelade könstillhörigheten, vilken varat i minst 6 månader". Författarna anser att de barn vars könsdysfori förstärks i samband med puberteten uppfyller diagnoskriterierna för transsexualism och då kan behandlas med pubertetsbromsande hormoner och påbörja social transition. De menar att tidig insatt behandling, det vill säga i samband med pubertetens början, ger behand-

lingen en mycket bättre prognos än senare insatt behandling (Frisén et al 2017).

Det finns också forskning som visar att tidig social transition är viktig för barns och ungas hälsa. Till exempel menar forskarna bakom en studie från University of Washington (Yasgur 2017) där forskarna menar att det finns resultat som tyder på att det inte är rätt att avvakta med social transition till puberteten, utan att den psykiska hälsan i stället verkar bli bättre hos dem som transitionerat tidigt. Dessa har lika god psykisk hälsa som barn i allmänhet, menar forskarna, som jämför med högre förekomst av bland annat depression hos transbarn som inte genomgått social transition.

Jag fick en könsneutral uppväxt där jag kunde bära klänningar och drömma om att vara en prinsessa eller vara en riddare som slogs mot drakar och brottas i leran. Jag var okej med mitt biologiska kön eftersom jag kunde leka mamma pappa barn och vara både mamma och pappa utan att någon brydde sig. När jag kom in i puberteten började saker kännas fel. Min kropp utvecklades snabbt och jag kände mig annorlunda och fel. Könsnormerna blev tydligare och jag märkte skillnaderna på kroppar och beteende. Vid 15 års ålder var jag förvirrad och mina känslor av att vara obekvämt i min kropp blev tydligare. Vi hade sex och samlevnad när jag började komma på att jag var trans. Vi pratade om skillnaderna mellan transpersoner, icke-binära och normer. När jag kom hem virvlade tankarna ständigt i huvudet och jag kollade på olika sociala medier med sökordet transperson. Allt slog ner som en blixtnedslag och jag grät av lättnad och rädsla. Några dagar senare pratade jag med en lärare som skickade mig vidare till kuratorn. Vi pratade och i början var jag osäker och rädd men sakta började det sjunka in att jag faktiskt mårde dåligt i min kropp och behövde en förändring (berättelse 94).

Mer forskning på transbarns situation och på vilket stöd och vilka vårdinsatser som behövs är enligt utredningens uppfattning nödvändigt. Både Olson, Key & Eaton (2015) och Frisé et al (2017) betonar att en helt essentiell faktor för barnen är vilket stöd föräldrar och närstående ger. Insatser behöver därför genomföras i syfte att värna om hela familjen och att i mycket större grad tillgängliggöra stöd till föräldrar och andra närstående.

I Folkhälsomyndighetens enkätstudie (2015a) systematiserades respondenterna efter bland annat ålder och som framkommer i ett flertal kapitel i denna utredning så är unga transpersoner (åldersgrupperna 15-19 och 20-29) särskilt utsatta inom områden som psykisk hälsa, suicid och levnadsvillkor. Detta finns det också exempel på i de berättelser som har inkommit till utredningen:

Första gången jag kände att min kropp var fel var när jag kom in i puberteten. Kroppen utvecklades åt fel håll och det var obekvämt. Jag ville aldrig prata om det med någon, jag försökte bara låtsas som inget hände. Att vara trans var inget som jag ens hade tänkt på då. Jag trodde att transpersoner var detsamma som drag queens/kings, vilket tyder på en fruktansvärd representation, och jag visste att jag inte var en sådan person.

De tankar jag hade om att min kropp skulle vara fel förnekade jag så mycket jag kunde, men när jag väl delade med mig av det till min omgivning så avfärdades de med att "alla tonåringar har kroppskomplex. [...] Jag var 15 år när jag visste att jag var transperson (berättelse 90).

Frisén et al (2017) skriver att mer än hälften av unga med könsdysfori uppfyller DSM-kriterierna för minst en psykiatrisk diagnos utöver könsdysforin. De vanligaste är ångest, depression och självskadebeteende, vilket antas bero på patientgruppens utsatthet (Frisén et al 2017). Utredningen vill här påpeka att det faktum att könsdysfori och exempelvis ångest och depression ofta samvarierar inte är detsamma som att det behöver finnas ett orsakssamband. Obehandlade tillstånd kan dock förstärka varandra och bidra till ett försämrat allmäntillstånd.

Studier visar även att det finns en överrepresentation av autismspektrumtillstånd, upp till 26 procent enligt nyligen publicerade data från flera länder (Frisén et al 2017). Som Frisé et al (2017) för fram behöver insatser vid könsdysfori sättas in tidigt. Behovet av tillgängliga insatser lyfts i ett flertal kapitel i denna utredning, särskilt kapitel 7 om psykisk hälsa. Där konstaterar utredningen att bristande eller obefintlig könsbekräftande vård och behandling kan vara en av orsakerna till depression, ångest med mera.

Jag vill bara kunna leva samma liv som jag skulle gjort om jag inte var trans, jag vill resa och plugga och jobba var jag vill och det jag vill utan att hållas tillbaka av vårdens gatekeeping. Hade jag inte behövt vänta så mycket som jag gjort hade jag varit klar med den vård jag velat ha och jag hade kunnat flytta utomlands utan att oroa mig för framtiden (berättelse 77, 19 år).

Ett transperspektiv på barn- och ungdomspolitiken

Målet för barnrättspolitiken är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling, trygghet, delaktighet och inflytande. Politiken omfattar barn och unga under 18 år (skr. 2013/14:91).

Målet grundar sig på de åtaganden som Sverige gjort genom att ratificera FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen (skr. 2013/14:91).

Utöver barnkonventionen uttrycks barns och ungas rättigheter även i andra traktat så som: Europakonventionen, konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och Lissabonfördraget (skr. 2013/14:91). Alla dessa konventioner, samt andra internationella överenskommelser om mänskliga rättigheter, utgör utgångspunkter för den svenska barnrättspolitik. För att barnkonventionens, andra relevanta konventioners och överenskommelsers anda och intentioner ska realiseras krävs insatser inom politiken på alla de områden där barn och unga är berörda (skr. 2013/14:91). Barnrättspolitik är därför sektorsövergripande, vilket innebär att det krävs och genomförs insatser inom alla områden och verksamheter där barn och unga är berörda. Vidare innebär det att åtgärder och beslut inom all offentlig verksamhet som rör barn och unga under 18 år ska genomföras av ett barnrättsperspektiv.

I skrivelsen *Åtgärder för att stärka barnets rättigheter och uppväxtvillkor* (skr. 2013/14:91) redogörs bland annat för regeringens fortsatta arbete med att säkerställa och tillgodose barnets rättigheter med utgångspunkt i propositionen *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*, som riksdagen antog i december 2010 (prop. 2009/10:232).

När unga transpersoner nämns explicit är det ofta i specifika sammanhang. I propositionen (prop. 2009/10:232) görs en nulägesanalys av unga hbt-personers hälsosituation. I propositionen lyfts bland annat dåvarande Ungdomsstyrelsens uppdrag att genomföra en fördjupad analys av unga hbt-personers hälsosituation (Se Ungdomsstyrelsen, 2010). Även Ungdomsstyrelsens kartläggning av barn och ungas erfarenheter av och attityder till sexuell exponering, sexuellt utnyttjande och sexuella tjänster mot ersättning via interaktiva medier med särskilt fokus på situationen för unga hbt-personer (Ungdomsstyrelsen 2009) lyfts fram.

I skrivelsen diskuteras inte unga transpersoners livssituation ur ett barnrättsperspektiv, men unga transpersoner lyfts, tillsammans med unga homo- och bisexuella, fram som en grupp det är viktigt att undersöka särskilt avseende erfarenheter av sex mot ersättning (skr. 2013/14:91).

Målet för den nationella ungdomspolitiken är att alla ungdomar (från 13 till och med 25 år) ska ha goda levnadsvillkor, makt att forma sina liv och inflytande över samhällsutvecklingen (prop. 2013:14/191). Ungdomspolitiken är, som barnrättspolitiken, sektorsövergripande. Målet innebär, enligt propositionen, att samhället ska skapa goda levnadsvillkor för individen med utgångspunkt i ungdomars rätt att komma i åtnjutande av de mänskliga rättigheterna såsom de uttrycks i grundlagarna och i Sveriges konventionsåtaganden på området (prop. 2013:14/191). Individen ska ha tillgång till utbildning, arbete, bostad, hälsa, trygghet, kultur och fritid, sitt språk, möjlighet till delaktighet och inflytande samt ett liv fritt från diskriminering. Att tydligt uttala att goda levnadsvillkor tar sin utgångspunkt i de mänskliga rättigheterna bidrar till att göra det övergripande ungdomspolitiska målet blir möjligt att följa upp (prop. 2013:14/191). De insatser som riktas till gruppen ungdomar ska också vara av god kvalitet och komma alla individer till del, det vill säga tillgången och möjligheten till goda levnadsvillkor ska vara jämlik (prop. 2013:14/191).

I propositionen (prop. 2013:14/191) lyfts unga hbt-personers situation vid ett flertal tillfällen. Förutom en analys av hbt-personers särskilda utsatthet för ohälsa och diskriminering föreslås ett antal åtgärder som syftar till att förbättra unga hbt-personers välbefinnande och levnadsvillkor: 1) Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor blev en myndighet med särskilt ansvar för unga hbt-personer; 2) det ska genomföras insatser för en öppen och inkluderande skola; 3) det poängteras att unga hbt-personers situation lyfts som en specifik målgrupp i Regeringens antagna strategi *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck*; 4) regeringen anger även att Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor bör genomföra en kartläggning för att öka kunskapen om svårigheter som unga med självrapporterad psykisk ohälsa, i synnerhet unga hbt-personer, upplever; 5) unga hbt-personer nämns specifikt i åtgärder avseende tvångsäktenskap och barnäktenskap; och slutligen 6) anser regeringen att Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor bör genomföra en tematisk analys om unga hbt-personer, samt andra grupper som unga kvinnor och unga nyanlända avseende fritid och organisering.

Barnkonventionen blir svensk lag

I betänkandet *Barnkonventionen blir svensk lag* (SOU 2016:19) föreslås det att barnkonventionen blir svensk lag. Utredningen (SOU 2016:19) slår fast att en inkorporering ska leda till att barnkonventionen blir tillämplig på samtliga rättsområden. Det blir, enligt den utredningen, därmed tydligt att konventionen ska ses som en helhet och att dess artiklar ska tolkas i relation till varandra, något som kan förväntas lägga grunden för ett mer rättighetsbaserat synsätt (SOU 2016:19). Ett konstaterande som görs i betänkandet är att synen på barn inte utgår från att barn har rättigheter. Det präglar hur barn bemöts av myndigheter (SOU 2016:19). Enligt betänkandet särbehandlas barn ibland negativt jämfört med vuxna. Vad gäller barn som utsätts för våld inom familjen konstaterar SOU 2016:19 exempelvis att den vuxnas agerande gentemot sitt barn hade varit straffbart om det hade riktats mot en annan vuxen person, men att det när det riktas mot barn kan bli straffritt med hänvisning till vårdnadshavares ställning gentemot sina barn (SOU 2016:19). Ett annat exempel från betänkandet är barn vars asylskäl endast i mycket begränsad utsträckning prövas i beslut om uppehållstillstånd.

Utredningen (SOU 2016:19) menar därför att en inkorporering av barnkonventionen i svensk lag syftar till att tydliggöra att barn är och ska vara bärare av rättigheter, och att dessa rättigheter ska få en starkare ställning vid en inkorporering.

Det finns inget uttalat trans- eller intersexperspektiv i utredningen (SOU 2016:19), men ett flertal av barnkonventionens artiklar är relevanta ur ett trans- och intersexperspektiv. Det gäller inte minst de som handlar om rätten till bästa uppnåeliga hälsa och rätten att söka asyl. I kapitel 3 i detta betänkande redogör vi mer ingående för unga transpersoner och mänskliga rättigheter.

Barnombudsmannen

I rapporten *Equal opportunities for all children: Non-discrimination of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) children and young people* skriver Europarådet (2016) att principerna om jämlikhet och icke-diskriminering är grundläggande i internationell människorättslagstiftning. Rapporten understryker att lagstiftningen även gäller hbtqi-barn och att stater och statliga aktörer och myndigheter så

som barnombudsmannen spelar en viktig roll för att implementera internationella konventioner om mänskliga rättigheter.

Det framgår inte på Barnombudsmannens hemsida hur man jobbar med frågor som specifikt rör rättigheter för transbarn och barn med intersexvariation. Men Barnombudsmannen har berört hbt-personers levnadsvillkor i olika rapporter, i broschyrmaterial och remissvar. I årsrapporten *Älskar, älskar inte – Om barn och ungas nära relationer* (Barnombudsmannen 2004) diskuteras unga hbt-personers situation och det påpekas att den psykiska ohälsan inom gruppen aktivt måste motverkas. Det påpekas även att mer forskning på området behövs. Barnombudsmannen skriver även att familjetyper där barn växer upp med vuxna hbt-personer inte ska osynliggöras. Tvärtom borde de lyftas fram (Barnombudsmannen 2004).

I rapporten *#Välkommen till verkligheten – Barn och unga om samhällets stöd vid kränkningar och trakasserier i skolan* (Barnombudsmannen 2015a) uppmärksammas det att FN:s barnrättskommitté har uttryckt oro över att mobbningen fortsätter i skolorna. Det nämns även att barn och ungdomar som är homosexuella, bisexuella och/eller transpersoner är särskilt utsatta för mobbning.

I Barnombudsmannens (2014) remissvar till den statliga utredningen, *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering* (SOU 2014:91) skriver myndigheten att de tillstyrker förslaget om att de som har fyllt 15 år själva ska kunna ansöka om att ändra det juridiska könet, och att den som har fyllt 12 men inte 15 år ska kunna göra det med vårdnadshavarens samtycke. Ombudet poängterar dock att de anser att förslagen om att sänka åldersgränsen för ingrepp i könsorganen eller avlägsnande av könskörtlarna inte ingick i utredningens direktiv. De anser att möjligheten att göra ingrepp i könsorganen måste vara en del av en egen utredning för att de ska kunna ta ställning i frågan. Barnombudsmannen avslutar sitt remissvar med att de hade hoppats att utredningen skulle diskutera vad dagens system med två juridiska kön får för konsekvenser för personer som inte identifierar sig som man eller kvinna.

I Barnombudsmannens (2015b) remissvar till den statliga utredningen *Ett utvidgat straffrättsligt skydd för transpersoner m.m.* (SOU 2015:103) skriver myndigheten att de välkomnar utredningens förslag om att stärka skyddet för transpersoner. Barnombudsmannen skriver även att de tidigare har anfört att barn som av olika skäl inte har en identitet, ett utseende eller ett beteende som följer

de rådande eller traditionella könsnormerna behöver ett särskilt starkt skydd. Barn som har föräldrar som på angivet sätt inte följer de rådande normerna har behov av motsvarande skydd.

Vid ett möte som utredningen hade med en representant för Barnombudsmannen under sommaren 2017 framförde myndigheten att de hade börjat notera att fler och fler unga transpersoner hörde av sig till dem genom myndighetens webbplats. Frågorna från unga transpersoner handlar om normativitet, om att man känner sig pressad att vara på ett visst sätt med avseende på till exempel könsuttryck. Barnombudsmannen brukar då svara, uppgav representanten, ungefär att ”enligt barnkonventionen får alla barn vara som de vill, man måste inte vara pojke eller flicka på något särskilt sätt, och det står ingenstans att man måste välja mellan pojke eller flicka heller”.

Det är också ett antal skolor som hört av sig till Barnombudsmannen med frågor om unga transpersoner och unga hbtq-personer generellt, uppgav myndighetens representant. Frågorna hade då gällt till exempel unga som saknade stöd hemifrån. Myndigheten hade också haft kontakt med nyanlända unga transpersoner.

Myndigheten har också satsat på fortbildning och har bland annat haft kontakt med RFSU Ungdom i detta syfte. Myndighetens representant betonade att de försökte ha fokus i arbetet på olika grupper av barn och att en grupps storlek inte spelar någon roll, utan snarare fokuserar myndigheten bland annat på graden av utsatthet. Att särskilt uppmärksamma unga transpersoner är i det avseendet rimligt.

Upplevelser i skolan

Skolan upptar en stor del av de flesta barn och ungas tid. Detta präglar flera av de berättelser som har skickats till utredningens webbplats från unga transpersoner. De vittnar om svåra förhållanden i skolan som för många är oacceptabla. Det ligger inte i utredningens direktiv att särskilt kartlägga eller utreda transpersoners situation i skolan men inom ramen för vårt uppdrag att kartlägga levnadsvillkoren för transpersoner med ett livscykelperspektiv vill vi ändå inkludera också denna aspekt av unga transpersoners liv.

I de berättelser som inkommit till utredningen beskrivs situationer där skolpersonal har använt ett könande språk som inte har

tagit hänsyn till självidentifikation, att transpersoner har osynliggjorts i undervisningen och i läromedel, att transpersoner har otillräcklig eller ingen tillgång till omklädningsrum, samt att barn och unga som är transpersoner har erfarenheter av utsatthet för trakasserier, våld och hot om våld i skolan.

En 15-årig transkille berättar exempelvis att han har blivit inträngd i ett hörn av två andra elever som sedan frågat om han är kille eller tjej. När han försökte ta sig loss blev han slagen. Han beskriver att händelsen gjorde honom väldigt rädd och att han därför åkte hem från skolan. Samma person beskriver hur lärare har ställt privata frågor till honom om hans kropp, hur den ser ut och fungerar. Detta skapar en för honom otrygg skolmiljö:

Jag hatar skolan på grund av att jag känner mig så otrygg efter alla transfoba situationer som jag varit med om (berättelse 1).

En annan ung transperson beskriver att denna förvägrats möjlighet att byta om avskilt i skolan och att en lärare har bemött elevens behov av enskilt omklädningsrum med att be eleven att "sluta tramsa" (berättelse 15). En annan har blivit outad som transperson av sina lärare utan att själv ha gett tillåtelse till detta (berättelse 40, transkille 19 år). Berättelserna visar också att synliggörande av och tillgång till kunskap om transidentiteter kan vara en förutsättning för att förstå sig själv, och att skolan kan ha en viktig roll i detta:

Jag är en transman som fyller 20 om en och en halv månad. Jag är ganska nöjd med mitt liv, men det har tagit ett tag att komma till där jag är nu. Jag kom ut när jag var 16 och jag tror att okunskap var anledningen till att jag inte insåg att jag var trans förrän då. Jag försökte väldigt mycket för att trycka in mig i de normer som samhället förväntade sig av en ung tjej, men en trekant passar inte in i ett fyrkantigt hål. Hade jag fått lära mig mer om trans i skolan och från media, till exempel att transmän existerar, så hade det nog varit lättare (berättelse 77).

Flera lyfter särskilt problem de har haft på skolan där lärare har vägrat att använda de namn de själva önskar bli tilltalade med.

I högstadiet på min skola berättade jag i början av åttonde klass, på höstterminen, att jag ville bli kallad för ett killnamn i stället för mitt tilldelade tjejnamm, och att jag ville bli kallad han. En lärare sa "Jag känner mig inte bekväm med det, går det bra att jag kallar dig för ditt efternamn i stället?" En annan lärare sa "Nja det namnet låter så himla maskulint ... Går det bra att jag säger samma namn men med lite mer feminin/könsneutral böjning?" Eftersom jag sa att jag ville bli kallad för

ett killnamn och försökte stå på mig, anordnade rektorn ett möte med alla lärare på skolan. Rektorn berättade för lärarna att det var strikt förbjudet att kalla mig för det jag ville bli kallad, oavsett vad jag sa, eftersom jag inte hade lämnat in ett papper från skatteverket om att jag bytt förnamn (det räckte inte för dem när jag några veckor senare lämnade in ett som visade att jag ändrat mitt mellannamn till det killnamn jag ville kallas ...)

En lärare till mig hade en bra strategi som fick resten av lärarna att hänga på och börja säga rätt: han började kalla mig för alla möjliga killnamn han kunde komma på, eftersom rektorn bara sa specifikt: "kalla inte elev x för namnet y". Så jag hette Simon, Peter, Fredrik, Ali, Markus, Pär ... allt möjligt under kanske två veckor, och det fick personer på min skola att tänka om. Till slut fick jag också mitt himla förnamnsbyte på papper på riktigt också, efter att ha sparat ihop pengar till PRV-namnbyte, och då var alla lärare tvungna att säga rätt (berättelse 83)

Några vittnar även om mobbning där skolpersonal inte har ingripit för att sätta stopp för mobbningen.

På mellanstadiet blev andra i min ålder som var cispersoner mer könsstereotypa medan jag stack ut allt mer från mängden och där började mobbningen. Lärare ryckte aldrig in då mobbningen alltid handlade om att jag är trans och de såg min transidentitet som "dumheter" eller något jag själv "hittat på" för att jag har "livlig fantasi" och att jag "faktiskt får förklara mig" /.../ I denna ålder började självskadebeteende och beroendeproblem hos mig. Jag var 11 år gammal då och kunde inte se någon framtid för mig då jag inte visste ens vem jag var (berättelse 88).

Jag började använda en binder. [---] Denna orsakade och fortsätter att orsaka fysisk smärta och andningssvårigheter (speciellt i samband med fysisk aktivitet). Företagen som säljer binders varnar för att anstränga sig för mycket när en bär binder. Och jag klarar inte av sociala sammanhang utan att min bröstorgans ser platt ut (jag klarar knappt av att se mig själv i spegeln för att det är så fel). Detta förklarade jag för min idrottslärare flera gånger. Jag förklarade varför jag måste ta det lugnt på idrottslektionerna. Men läraren struntade i att bedöma mig utifrån mina förutsättningar och gav mig ett F (berättelse 90).

En mamma till en 10-årig transtjej berättar om hur hennes dotter har det i skolan:

På gympan har min dotter ett eget omklädningsrum, som går att låsa. Kanske inte det roligaste att byta om själv, men det är iaf bättre än att byta om i killarnas omklädningsrum som hon tidigare gjort /.../. En sak som måste ändras i skolan är att på klasslistorna i dag så finns en liten rad längst ner där det står "Antal pojkar" och "Antal flickor". Denna lilla rad skadar så otroligt mycket. Vår lärare har använt tippex på denna rad

innan hon skickat ut dem till alla vårdnadshavare, men när rektorn skickade ut de nya listorna via posten då fanns raden där igen. Då mätte min tjej så dåligt, hon blev så ledsen (berättelse 109).

Utöver berättelser om utsatthet i skolan finns berättelser om positiva upplevelser som visar hur en öppen och inkluderande skola kan bemöta unga transpersoner.

På mitt gymnasium respekterade alla mina lärare namn och pronomen, och jag behövde inte simma med de andra eleverna så länge jag visade ett intyg på att jag kunde simma, och de respekterade att jag bara ville vara ute som en man och inte som en TRANSman på gymnasiet. Det var inga problem att få ledigt när jag behövde åka in till Stockholm [för könsbekräftande behandling, utredningens anmärkning], och de var väldigt förstående rörande gymnastiklektioner utöver simning jag inte kunde delta i. Det var fantastiskt, och jag gick från att skolka ofta under högstadiet till att ha väldigt hög närvaro på gymnasiet, för att jag var accepterad som den jag var och respekterad (berättelse 50, transman).

6.1.2 Äldre transpersoners levnadsvillkor

I majoriteten av de studier som gjorts om hbtq-personers levnadsvillkor och livskvalitet är datamaterialet om äldre hbtq-personer begränsat, i vissa rapporter mer eller mindre obefintligt. Den forskning som har gjorts om äldre hbtq-personer har tenderat att utgå främst från sexualitet och sexuell läggning utan att inkludera kön, könsidentitet eller könsuttryck som en variabel som undersökts särskilt. Detta innebär att transperspektivet sällan finns med (Siverskog, 2013).

En annan faktor som spelar in är underrepresentation av äldre respondenter i undersökningar om hbtq-personers levnadsvillkor och i de studier som fokuserat specifikt på transpersoner. Folkhälsomyndigheten slår exempelvis fast i rapporten *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner* (2015a) att trots det relativt stora antalet respondenter i undersökningen är de äldre åldersgrupperna underrepresenterade. I undersökningen var över två tredjedelar av respondenterna i åldern 20-44 år. I de studier som gjorts om äldre rent generellt, oberoende av sexualitet och könsidentitet, är frågor som rör sexualitet och könsidentitet en relativt liten del. Äldreforskningen är också kvantitativt inriktad, sexualiteten eller identiteten diskuteras bara i förhållande till äldreomsorgen, det är främst fokus på de yngre äldre och studierna har en heteronormativ utgångspunkt. Det saknas därför kunskap om äldre hbtq-personer,

och i synnerhet äldre transpersoner (Siverskog 2016; Persson 2009; Witten 2014; Fredriksen-Goldsen, Cook-Daniels, Hyun-Jun, Eroshva, Emler, Hoy-Ellis, Goldsen och Muraco 2013).

Den forskning som har gjorts de senaste åren kan ändå ge vissa indikationer om hur målgruppens situation ser ut. I och med att forskningen om äldre transpersoner är än mer begränsad i Sverige än den är i flera andra länder kommer vi att i det följande hänvisa till viss internationell forskning.

Allmän livskvalitet och hälsa

I Folkhälsomyndighetens (2015a) enkätundersökning skattade majoriteten av respondenterna sin livskvalitet som god. Den vanligaste skattningen var 7 på en skala 0–10. De äldre åldersgrupperna rapporterade den högsta livskvaliteten överlag. Siverskog (2016) menar att en möjlig förklaring är att många upplever det som enklare att komma ut som transperson efter att ha gått i pension. Då behöver man inte förhålla sig till kollegor och pensionsåldern ger större möjligheter att själv välja sitt umgänge. Många transpersoner engagerar sig i föreningar eller andra forum där transpersoner möts. Att själv välja sammanhang och umgänge skapar större utrymme att få vara sig själv utan risk för diskriminering eller trakasserier.

I studier från USA rapporterar 13 procent i gruppen äldre hbtq-personer att de har blivit nekade vård, eller fått sämre vård på grund av sin identitet. 83 procent har upplevt stigmatisering i kontakt med vården (Cartwright, Hughs & Lienert, 2012; Porter, Krinsky, 2014). Något som också framkommit är att hbtq-personer ogärna berättar för vårdpersonal om sin bakgrund då de är oroliga för att bemötas dåligt, eller få sämre vård, eller för att de inte anser det vara relevant för vården de söker. Det har dock visat sig att för att man ska kunna identifiera vissa specifika symptom så är det en fördel om man kan vara öppen inför sin läkare. Det är ett antal sjukdomar som har högre prevalens bland äldre transpersoner än bland äldre som grupp, så som diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och leverproblem (Cartwright, Hughs & Lienert, 2012; Rawling 2012; Daley, et al., 2017).

Ett liv präglad av stigmatisering och diskriminering kan skapa vårdbehov som relaterar till olika psykiska sjukdomar och besvär.

Bland äldre transpersoner finns det en högre prevalens av PTSD, ångest, depression och självmordstankar/självmordsförsök än bland äldre homo- och bisexuella (Witten, 2017; Rawling, 2012; Porter, Krinsky, 2014). Dåligt bemötande inom vården, brist på fysisk aktivitet, klinisk fetma, högre grad av utsatthet och internaliserat stigma korrelerar signifikant med psykisk ohälsa, högre sannolikhet för förvärvad funktionsnedsättning, depressiva symptom och upplevd stress (Fredriksen-Goldsen et. al., 2013).

Livsmanuset: cis- och heteronormativa förväntningar i livets olika skeden

Även om äldre transpersoner skattar sin livskvalitet som relativt god präglas transpersoners ålderdom av en mängd olika faktorer som har samband med normativitet. En utgångspunkt för Siverskogs (2016) avhandling är hur människor förväntas ha en viss livscykel eller leva efter vad Ambjörnsson och Bromseth (2010) definierar som ett "livsmanus". I livsmanuset vävs normer kring kön, sexualitet och ålder samman genom förväntningar om hur livet ska se ut, vad som ska ske och när (Ambjörnsson & Bromseth 2010; Siverskog 2016). Livsmanuset präglas av cis- och heteronormativitet. Människor förväntas uttrycka sig och vara i fas med det kön man tilldelats vid födelsen i livets olika skeden (Siverskog 2016). Transpersoner blir tidigt medvetna om vikten av att presentera sig i enlighet med cis- och heteronormativa könsnormer, och denna medvetenhet följer en resten av livet (Siverskog 2016).

I det förväntade livsmanuset är det olikkönade äktenskapet och att få barn centralt. I en studie från USA, som baseras på Trans MetLife Survey on Later-Life Preparedness and Perceptions in Transgender-Identified Individuals, svarade 60 procent av 1 963 respondenter från hela världen att de har varit gifta vid någon tidpunkt i sitt liv. Resterande 40 procent svarade att de inte varit gifta (Witten 2014). 45 procent av respondenterna uppgav att de har barn. Av de transmaskulina respondenterna svarade 27 procent att de hade barn och bland de transfeminina respondenterna hade 70 procent barn, en statistiskt signifikant skillnad (Witten 2014). För de transpersoner som inte levt i en heteronormativ relation i en ålder då det förväntades av dem har många fått frågor och upplevt påtryckningar från omgivningen och familjen som handlat om att det

var dags att ingå äktenskap och få barn (Siverskog 2016). Ett tydligt motiv för att ingå olikkönat äktenskap och att få barn är en önskan om att vara ”normal” (Siverskog 2016). Den cis- och heteronormativa färdvägen är starkt kopplad till ett löfte om att normalitet skapar stabilitet och därigenom lycka, vilket i sin tur styr personer mot vissa och olika livsval (Siverskog 2016).

Jag är född man 1941 och genomgick min könsutredning 1999–2001. Jag gifte mig 1968 i ett slags underförstådd förhoppning om att min könsdysfori skulle upphöra. Detta skedde inte och fyra år efter bröllopet och två egna söner berättade jag om mina känslor men bara för min hustru (berättelse 81).

För att få kunskap om transpersoners åldrande måste transpersoners specifika utmaningar ses ur ett livscykelperspektiv, eller med andra ord: det måste analyseras utifrån det cis- och heteronormativa livsmanusets ramverk och begränsningar (Fredriksen-Goldsen et al. 2016; Mackenzie Jones, Willis 2016; Möllerop 2013; Rawlings 2012; Siverskog 2016). Hur dessa begränsningar påverkar transpersoners åldrande är centralt om vi vill förstå vilka särskilda utmaningar äldre transpersoner möter i sin vardag.

Den åldrande kroppen

Livsmanusets begränsningar påverkar även hur vi ser på våra kroppar. Ålders- och könskodade kroppsnormer är något som alla på något sätt måste förhålla sig till (Möllerop 2013). Det är stereotypa föreställningar om hur kroppen ska se ut och hur den ska fungera i livets olika skeden och på så sätt skapas definitioner av vad som är den fullkomliga kroppen och när den är möjlig att uppnå (Möllerop 2013).

Kroppen är central för många transpersoner, och många äldre transpersoner upplever att det med en åldrande kropp blir svårare att uttrycka sig och bli läst i enlighet med sin könsidentitet (Siverskog 2016). Tvåkönsnormativa, cisnormativa och heteronormativa förväntningar om hur kroppen ska se ut och vara skapar begränsningar för alla transpersoner, även äldre (Siverskog 2016). Intersektionerna mellan ålder, kropp och kön är mycket komplexa och det finns ett stort behov av att förstå dessa

intersektioner utifrån äldre transpersoners egna erfarenheter och inte utifrån yngre åldrar (Siverskog 2013; Witten 2014).

Öppenhet

I Folkhälsomyndighetens (2015a) enkätundersökning angav cirka en fjärdedel av de runt 800 respondenterna att de alltid eller för det mesta döljer sin transerfarenhet. Att dölja sin transerfarenhet var vanligast i de äldre åldersgrupperna. Övriga respondenter uppgav att de alltid eller för det mesta är öppna. Det är vanligt att äldre transpersoner har erfarenheter av könsnormer som genom hela livet har upplevts som begränsande, vilket lett till att många under större delar av sitt liv inte kunnat leva öppet, och med rädsla för och hot om att bli "upptäckta" (Siverskog 2013). Några av Siverskogs (2016) respondenter har levt dolt i flera årtionden och en del har även dolt sin transidentitet inför partners och barn. Fredriksen-Goldsen et al. gjorde 2013 en kvantitativ studie om äldre hbt-personers hälsa (N = 2 560). I studien gjordes jämförelser mellan de äldre transpersonernas svar och de äldre homo- och bisexuella personernas svar i syfte att undersöka skillnader mellan grupperna. Fredriksen-Goldsen et al. konstaterar, i likhet med Siverskog (2016), att äldre transpersoner rapporterar en högre grad av livslång utsatthet och internaliserat stigma, och att gruppen i större utsträckning döljer sin transidentitet i jämförelse med hur homo- och bisexuella äldre döljer sin sexuella läggning. Det ökar sannolikheten för psykisk ohälsa och stress (Fredriksen-Goldsen et al. 2013).

1996 blev även det år då min transvestism blev upptäckt av min hustru. Hon var tillfälligt borta och då passade jag på att tvätta mina kvinnokläder. Medan tvätten kördes i tvättmaskinen slappade jag framför TVn. Hon kom hem, jag var försjunken i något program och hade alldeles glömt vad som pågick i källaren. Plötsligt kom jag på allt och skyndade ner. Hittar min hustru hängandes mina kläder och när hon ser mig finns bara en fråga. "Vems är de här kläderna?" (berättelse 16).

Konsekvenser av att göra avsteg från normen

Avsteg från det cis- och heteronormativa livsmanuset kan få stora materiella och sociala konsekvenser för individen. Det handlar om känslor av skam och rädsla för att bli socialt förskjutet hos den enskilda, avståndstagande från närstående, transfobi i samhället och på arbetsplatsen (Siverskog 2016). Transpersoner i alla åldrar berättar om fysiskt våld som de blivit utsatta för i det offentliga rummet. Enligt Fredriksen-Goldsen et al. (2013) har transpersoner i genomsnitt upplevt elva incidenter av diskriminering och utsatthet under sin livstid, jämfört med sex sådana incidenter för äldre homo- och bisexuella. De vanligaste händelserna som rapporterades var verbala kränkningar (76 procent), hot om fysiskt våld (54 procent), att inte anställas av en arbetsgivare (46 procent), bli nekad befordran (39 procent) och att bli trakasserad av polisen (37 procent).

Ett par månader före jag fyllde 18 år, blev trycket att vara och klä sig som den tjej jag faktiskt var, så stor att jag bestämde mig för att vistas ute, på en promenad i stan. Det var i Malmö, 1987. Klänningen hade jag sytt själv. Den var välsydd och fin. Min lärarinna på syslöjden hade givit mig bästa betyget för den. När jag sydde den, sa jag förstås att det skulle bli en present till mamma. Den klänningen överlevde tre timmars vistelse i staden, sedan blev den en blodig sönderriven trasa, som jag dumpade i en papperskorg i den lilla parken bredvid Nobeltorget. Jag hade tittat i skyltfönster, på skor och kläder, och gått på café. Efter kaffet blev jag antastad av en buse på gatan. Då var jag på Södra Förstadsгатan. Han tyckte jag var klädd som tjej (sic!) och sa åt mig att gå hem och byta om till något mer passande. Det verkade dock inte som om han var intresserad av att prata, utan det hade bara varit en inledning för att misshandla mig. Efter att jag blivit nerslagen, låg jag på gatan när han sparkade och trampade vilt överallt på kroppen (berättelse 12).

Många av dem som har utsatts för våld, trakasserier eller diskriminering rapporterar att stödet och uppföljningen från samhällsinstanser som polisen varit bristfälligt och transfobiskt.

En kvinna i 30-årsåldern hade kurage nog för att rycka honom i armen och vädja att han skulle sluta sparka mig. Bussen drog iväg då, och kvinnan sprang till en telefonkiosk 100 meter bort, och ringde polisen. Polisen kom och hämtade mig, och satte mig på en bänk på polisstationen. Kvinnan följde med. Hon ville att de skulle köra mig till Allmänna Sjukhuset, eftersom jag grät, spydde och blödde som en stucken gris. Vaktavande sa: "Ah, det ser väl inte så farligt ut". Kvinnan sa de skulle upprätta en anmälan, och försöka hitta bussen som gjort det. Polisen tittade åt mitt håll då, och sa att jag fick skylla mig

själv, för att jag genom så grovt provocerande, varit orsak till miss-handeln. Provocerandet bestod uppenbarligen i min klädsel. En pojke (sic!) ska ju inte spatsera omkring offentligt i klänning och ballerinaskor ... (berättelse 12).

Det är värt att understryka att berättelsen ovan beskriver en incident från 1987 och att kompetens och bemötande inom polisen rent generellt förmodligen förändrats sedan dess. Problemet är dock att, oberoende av eventuella åtgärder som genomförts inom polisväsendet sedan 1980-talet, är transpersoners förtroende för viktiga samhällsinstanser fortfarande mycket lågt, vilket gör att många vägrar att uppsöka polisen om de blivit utsatta för brott (RFSL 2017). I Folkhälsomyndighetens enkätundersökning (2015a) uppgav en fjärdedel av respondenterna att de blivit utsatta för fysiskt våld av en polis under yrkesutövning. Transpersoners utsatthet för hatbrott, trakasserier och diskriminering samt gruppens förtroende för samhällsinstanser diskuterades mer utförligt i utredningens kapitel om transpersoners levnadsvillkor.

Nära relationer och emotionellt stöd

Som även diskuteras i föregående kapitel uppgav en fjärdedel av respondenterna i Folkhälsomyndighetens enkätundersökning (2015a) att de saknar emotionellt stöd. Andelen är dubbelt så hög som i befolkningen som helhet. Det konstateras även att det är de äldre åldersgrupperna 45–64 år (46 procent) och 65–94 år (43 procent) som i störst utsträckning saknar emotionellt stöd.

Vanligt förekommande inom den forskning som fokuserar på homosexuellas och bisexuellas åldrande är den så kallade valda familjen. Bromseth (2013) definierar den valda familjen som ”de som en person själv anser vara viktiga i dens liv, något som står i motsats till det traditionella familjebegreppet där familjen oftast refereras till som ursprungsfamilj och biologiska band”. Oftast refereras det till partners, vänner och barn när den valda familjen beskrivs.

Hur det ser ut bland transpersoner är mer varierande eftersom många har levt till synes heteronormativa liv med partners (Siverskog 2016). För de transpersoner som haft möjlighet att vara öppna med sin könsidentitet för kärlekspartners har relationen varit mycket betydelsefull (Siverskog 2016). En del har inte varit

öppna med sin könsidentitet i den relation de levtt och hälften av respondenterna uppger att de inte har någon kärleksrelation. För några av Siverskogs (2016) respondenter är uppväxtfamiljen och relationer till ens släkt viktiga, och dessa definieras av respondenterna som familj. Dessa respondenter har oftast haft en bra relation till sin familj, kunnat vara öppna med sin könsidentitet inför dem och fått stöd.

Respondenterna har stora nätverk, men dessa bygger inte sällan på föreningsengagemang och där finns inte samma typ av stödjande relationer som ens familj eller valda familj ofta utgör (Siverskog 2016).

Livets slutskede

Forskningen om äldre transpersoner är som vi tidigare nämnt begränsad, och än mer begränsad är forskning som rör äldre hbt-personers sista tid i livet. I Wittens (2014) studie svarade 53 procent av respondenterna att de är mycket oroliga eller oroliga för vad som kommer att hända vid den tidpunkt i livet då de inte har kapacitet och/eller resurser att ta hand om sig själv. 32 procent kände mycket eller väldigt mycket oro för att inte kunna vara oberoende av andra till följd av fysiska begränsningar. När respondenterna rankade vad de var mest oroliga för inför livets slutskede var följande fyra svar de som rankades högst: a) att inte vara kapabel att ta hand om mig själv, b) bli sjuk eller få nedsatt funktionalitet, c) bli beroende av andra, d) bli förvirrad eller dement (Witten 2014). Äldre transpersoners rädsla och oro inför livets slutskede handlar alltså till stor del om att förlora kontroll och integritet.

I Wittens (2014) studie framkommer det att många äldre transpersoner är rädda för att deras identitet och önskningar inte kommer bli respekterade under deras sista dagar och efter deras död. I *Lhbtq och åldrande – Nordiska Perspektiv* skriver Möllerop (2013) att det inte är en rädsla för döden i sig som präglar livets slutskede för hbt-personer, utan i stället rädsla och oro för vad som händer vid den tidpunkt där man själv inte längre har kontroll. Som diskuteras ovan har mycket av äldre transpersoners liv handlat om att ha kontroll över sin egen situation, över kropp, könsuttryck, val av omgivning med mera. Sorg, oro och rädsla för att förlora kontrollen och för att önskemål inte ska uppfyllas före och efter döden präg-

lar frågor som handlar om livets sista dagar (Möllerop 2013). Witten (2014) lyfter exempelvis att transpersoner kan känna rädsla för att det namn de tilldelats vid födelsen kommer att stå på deras gravsten istället för deras självvalda namn.

6.1.3 Föräldraskap

Det saknas forskning på ett stort antal områden vad gäller transpersoner och föräldraskap. Det framgår av en forskningsöversikt om transpersoner och föräldraskap som The Williams Institute (UCLA Law School) publicerade 2014. I den ingick 51 studier från huvudsakligen Nordamerika och Europa, dock inga svenska (Stotzer, Herman & Hasenbush 2014). Översikten visar att det är vanligt att transpersoner är föräldrar, men att det verkar en mindre andel av transpersonerna än av befolkningen som helhet. Det finns indikationer på att transkvinnor är föräldrar i större utsträckning än transmän och icke-binära personer. Barn till transpersoner följer samma utvecklingskurvor som barn till cispersoner, vad gäller både generell utveckling och utveckling av könsidentitet och sexualitet. Transpersoner som är föräldrar uppger att de utsatts för diskriminering till exempel vid vårdnadstvister och i adoptionsprocesser (Stotzer, Herman & Hasenbush, 2014).

I en enkätundersökning som EU:s byrå för grundläggande rättigheter, FRA, genomförde 2012 uppgav 21 procent av de svarande transpersonerna i Sverige att de bodde tillsammans med minderåriga barn och att 58 procent uppgav att de var föräldrar (European Union Agency for Fundamental Rights, 2012).

Erfarenheter av föräldraskap

RFSL Stockholm driver sedan ett par år verksamheten HBTQ Familjer som har webbplatsen hbtqfamiljer.se och arrangerar stödjande verksamheter för hbtq-föräldrar och deras familjer. Under 2016 genomförde HBTQ Familjer en enkätundersökning i syfte att kartlägga hbtq-personers behov av stödjande och sociala insatser kopplade till föräldraskap/umgänge med barn, i hela landet. Bland respondenterna fanns 72 personer som angett att de har en transidentitet. Utredningen har fått ta del av svaren för denna grupp.

Nästan alla svarande är mellan 18 och 45 år och över hälften är bosatta i Stockholms eller Västra Götalands län. Fyra av tio är förälder/vårdnadshavare till ett eller flera barn och ungefär lika många anger att de är en viktig vuxen för ett eller flera barn. Nästan hälften av de 72 respondenterna har angett att de inte är föräldrar men önskar bli det i framtiden.

Respondenterna har fått svara på frågan om vad de tycker att umgänge med barn tillför i deras liv. De allra flesta upplever det som positivt, stärkande och glädjefyllt. En person beskriver det så här:

Jag får se platser och uppleva saker som jag inte hade gjort om jag inte varit förälder. Föräldraskapet har gjort mig mer aktiv, fått mig att röra mig utanför mina vanliga områden och det är fått mig att uppskatta saker i vardagen som jag tidigare tog för givet. Föräldraskapet har ökat min förståelse för vad som är viktigt för mig och vad jag mår bra av (RFSL Stockholm 2017).

Av de som deltog i studien var det endast ett fåtal som uppger att de har blivit tvångssteriliserade. En person berättar om sin upplevelse av att vården har försökt tvångsterilisera/kastrera personen, något som beskrivs som skrämmande och psykiskt nedbrytande, men att vården inte lyckats. Personen beskriver sina barn som meningen med livet och att denna är oerhört lycklig över att ha dem. Personen känner samtidigt sorg för alla de som har tvångssteriliserats och som inte kommer att kunna bli genetiska föräldrar.

Respondenterna har även fått svara på om deras erfarenheter av familjeskapande påverkat deras hälsa på något sätt. Många uppger att de mår bra av den regelbundenhet och struktur i livet som barn kräver, att de dricker mindre alkohol sedan de fått barn och att de tillbringar mer tid utomhus och i rörelse. Någon menar att medan det varit positivt att få vara en del av ett barns liv, så var processen att skapa familj jobbig då personen upplevde diskriminering i egenkap av hbtq-person. Flera uttrycker att det varit jobbigt att vara gravid, att det ökat eller utlöst både kroppslig och social könsdysfori. (Se kapitel 8 om bemötande inom hälso- och sjukvården för mer om gravida transpersoner, samt kapitel 5 om levnadsvillkor, reproduktiv hälsa). En person har mått dåligt av att bli sedd som mamma:

Jag fick för första gången i mitt liv könsdysfori av det, både att kroppen ändrades och hur jag blev bemött på grund av det. Och att vår familj kunde se ut som en kärnfamilj i andras ögon (RFSL Stockholm 2017).

En person beskriver negativ påverkan av att vara öppet trans och förälder:

Att folk tycker att jag är konstig. Att de kan fnysa när mina barn kallar mig mapa. Att de ropar saker efter oss, böggjävvel, flata, jävla neutrum och lite vad som helst. Jag blir trött på att förhålla mig till hur andra ser på mig och vår familj. I perioder har jag varit sjukskriven för utmattningssyndrom sedan barnen föddes (RFSL Stockholm 2017).

En av tio anger att de, med anledning av befintligt eller önskat föräldraskap, aktivt sökt sig till vårdinstanser i Sverige som profilerar sig som hbtq-kompetenta. Många beskriver att de fått ett bra bemötande, medan andra har sämre erfarenheter. Till exempel en person som sökt sig till en mödravårdscentral som genomgått en hbtq-utbildning.

De levde inte upp till mina förväntningar. Barnmorskan hade svårt att benämna oss som par och blivande föräldrar. Min partner slutade komma på mvc-besöken delvis därför (RFSL Stockholm 2017).

Över hälften har angett att de har behov av att träffa andra som lever i liknande familjer och ännu fler vill att deras barn ska få träffa familjer som liknar deras familj. Tre av fyra uppger att de har ett behov av en mötesplats fri från heteronormativitet. Många vill också träffa hbtq-personer som liksom de själva planerar att bli föräldrar.

Vi har inte varit så jättemånga gånger på hbtq-familjträffarna men behovet är stort. Det heteronormativa samhällstrycket är enormt sedan vi kom in i förskolevärlden. Kommer söka mig aktivt till sådana platser/träffar ju äldre vårt barn blir (RFSL Stockholm 2017).

En majoritet uppger att de skulle vara intresserade av att delta på föräldrautbildning om den lokala RFSL-avdelningen skulle anordna en sådan. Via utredningens hemsida och på våra communityforum har det också kommit in berättelser om svårigheter i relation till att vara transperson och förälder. Exempelvis att barnavårdscentraler, vårdcentraler, familjerätten och så vidare inte haft blanketter som är transinkluderande.

De som uppgett i HBTQ Familjers undersökning att de har erfarenhet av skilsmässa eller separation, eller funderingar på detta, som involverat barn, har fått svara på frågan hur de upplevde bemötandet från professionella som de mött under processen, till exempel familjerätt och familjerådgivning. En person beskriver hur

den och partnern själva ville och ansåg sig vara jämlika, något som försvårades av vårdens fokus på barn och den som föder barn. De fick rekommendationen att "skippa jämställdheten" ett tag och låta "mamman" (personen som fött barnet) knyta an till barnet. Flera beskriver också en oförmåga hos professionella att förstå att en familj kan se ut på många olika sätt och att fler än två personer kan vara föräldrar till ett barn. De lyfter också problematik med att det bara finns juridisk möjlighet för två personer att vara vårdnadshavare till ett barn (RFSL Stockholm 2017).

I en examensuppsats (Abrahamsson & Arinell 2015) från psykologprogrammet vid Lunds universitet presenteras resultaten av en enkätundersökning om barnönskan och föräldraskap som studenterna genomfört med 154 transpersoner. Merparten av de som deltog i studien ville ha barn. Det fanns också signifikanta skillnader mellan de som hade barn och de som inte hade barn. Till exempel skattade de som hade barn sin livskvalitet och sitt psykiska välmående högre. Det fanns också skillnader mellan ickebinära och binära transpersoner. De ickebinära instämde i högre utsträckning med påståendet "Som förälder blir jag/skulle jag blivit mer ifrågasatt än andra eftersom jag är transperson". Binära transpersoner angav i större utsträckning än ickebinära att det var viktigt att ha egna barn och skattade sin barnlängtan högre (Abrahamsson & Arinell 2015).

Juridiska problem i relation till föräldraskap

Utredningen har under arbetet uppmärksammat på en del administrativa problem för transpersoner som är föräldrar. Utredningen har också haft kontakt med Skatteverket i frågan. En del av problemen som har kommit till vår kännedom har varit tillfälliga, men ändå allvarliga nog för att ha kunnat skapa stora problem. Bland annat har vi fått höra om personer som tillfälligt förlorat den rättsliga kopplingen till sitt/sina barn vid ändring av juridiskt kön. Det har inneburit att det varit svårt att agera vårdnadshavare i juridisk mening, då denna status varit kopplad till ett personnummer som upphört.

En hel del arbete för att komma tillrätta med dessa problem har utförts under de senaste åren, och vi redogör här för några av de åtgärder som vidtagits eller är på gång, samt ger vår syn på återstående problem och hur dessa borde lösas.

Skatteverkets registrering av föräldraskap

Under 2014 och 2015 drev RFSL, med juristen Kerstin Burman, två fall som gällde transmäns rätt att i Skatteverkets personbilder registreras som fäder till de barn de fött. Skatteverket ville registrera männen som mödrar, trots att de hade manligt personnummer. Den ena mannen hade fött barnet när han fortfarande hade kvinnligt personnummer, och den andra hade fött barn efter det att hans juridiska kön ändrats. Problemet löstes i och med ett beslut från Högsta förvaltningsdomstolen, i november 2015, då Skatteverket drog tillbaka ett tidigare överklagande i ett av fallen. Båda fallen hade alltså behandlats i Kammarrätten, i Stockholm respektive Göteborg (Skatteverket 2016a). Båda kammarrätterna gick på männens linje.

I och med beslutet från Högsta förvaltningsdomstolen var dessa fall och liknande situationer för andra berörda lösta. Däremot återstod oklarheter vad som gällde till exempel Skatteverkets registrering av transkvinnor som har barn.

I regleringsbrevet för 2016 gav regeringen Skatteverket i uppdrag att redogöra för hanteringen av ärenden om ändrad könstillhörighet i folkbokföringen. Skatteverket skulle redovisa konsekvenser av personnummerbytet för både den berörda personen själv och personer som har en juridisk relation till personen. I en promemoria, Folkbokföring och ändrad könstillhörighet, daterad 30 maj 2016 redogör Skatteverket för uppdraget (Skatteverket 2016).

Där hänvisar Skatteverket till föräldrabalken gällande vilka begrepp som finns i ett föräldraskapsrättsligt sammanhang. Den som föder ett barn är barnets mor, och vem som är far respektive förälder bestäms i enlighet med föräldrabalkens första kapitel. "Förälder" är i detta sammanhang förbehållet de fall då två juridiska kvinnor har fått barn tillsammans, och blir då beteckningen på den kvinna som inte fött barnet.

Skatteverket redogör för resonemanget kring registrering av föräldraskap som återfinns i betänkandet *Olika vägar till föräldra-*

skap (SOU 2016:11) (se nedan). I detta betänkande konstateras att det saknas avgöranden i Europadomstolen om hur föräldraskap ska registreras. Skatteverket redogör också för de tidigare nämnda svenska fallen, samt konstaterar att Kammarrätten i Göteborg i sin dom skriver att det saknas uttrycklig reglering i föräldraskapen gällande hur föräldraskap ska fastställas vid ändrad juridisk könstillhörighet. Skatteverket skriver också att de vid promemorians tillkomst inte hade kännedom om någon person som ändrat juridiskt kön från man till kvinna och sedan fått barn.

Skatteverket redogör också för problem som de själva redan uppmärksammat och tidigare redogjort för i Socialstyrelsens rapport *Administrativa problem för personer som bytt juridiskt kön* (Socialstyrelsen 2014). I den rapporten konstateras att personer som har vårdnaden om barn står som vårdnadshavare i sin förra juridiska identitet i stället för den nya och att detta syns i barnets personbild. Vårdnadshavaren måste därför själv styrka att ett personnummerbyte har skett. Detsamma då ett barn bytt juridiskt kön, då står barnets tidigare personnummer i föräldrarnas personbild. När föräldern avlider måste barnet själv visa upp bevis för sitt personnummerbyte för till exempel en boutredningsman. Skatteverket betonar också att information om släktskapsförhållanden inte går förlorad, utan finns kvar i databasen, även om alla berörda inte kan se den. Det är därför inte nödvändigt att – vilket inträffat – adoptera sitt eget barn efter barnets personnummerbyte. Självkritiskt konstaterar myndigheten att det kan antas att de inte lyckats förmedla detta externt.

Skatteverket fortsätter med att konstatera att regeringen i propositionen som ledde till att steriliseringskravet avskaffades ur lagen (prop. 2012/13:107) bedömde att befintliga föräldraskapsrättsliga bestämmelser kan tillämpas analogt (att komma fram till hur en oreglerad fråga ska avgöras genom att utgå från lagreglering på liknande områden) då en eller båda föräldrarna till ett barn ändrat juridiskt kön. Regeringen menade dock att rättstillämpningen behövde följas upp. I SOU 2016:11 (se nedan) skriver utredaren att det med hänsyn till vissa tillämpningsproblem finns anledning att överväga ändringar i den föräldraskapsrättsliga regleringen. Skatteverket har själva också påpekat vikten av en tydlig rättslig reglering, bland annat i sitt remissyttrande till betänkandet *Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag* (SOU 2007:16).

Skatteverket redogör också för att ett tiotal personer har hört av sig till myndigheten efter det att de två tidigare nämnda kammarrättsdomarna trädde i kraft. Dessa har också velat ändra sina personuppgifter så att föräldraskapet och vårdnaden om barn ska anges med aktuellt personnummer och namn; att beteckningarna mor och far ska motsvara föräldrarnas könstillhörighet och att aktuellt personnummer och namn ska anges i den juridiska relationen till personens egna föräldrar. Skatteverket konstaterar att de ställs inför svårbedömda situationer, om alla berörda inte är i kontakt med varandra. Om en person som vill få ändrad beteckning i sitt barns personbild inte är vårdnadshavare för barnet, kan personen inte anses företräda barnet, till exempel.

I sin redogörelse för vilka åtgärder som de har vidtagit menar Skatteverket att den föräldraskapsrättsliga regleringen inte är anpassad efter alla situationer som kan uppstå inom folkbokföringen och att det därför är önskvärt med förtydligande bestämmelser i det föräldraskapsrättsliga regelverket.

Från och med den 1 juni 2016 tillämnar dock Skatteverket en ny rutin, inom ramen för den nu existerande föräldraskapsrättsliga regleringen. Denna rutin är att föräldrarnas ändrade juridiska könstillhörighet återspeglas i barnets personbild, så att transmän registreras som fäder och transkvinnor som mödrar. Skatteverket kommer att genomföra rutinen framåtsyftande, så de som redan har barn måste själva kontakta myndigheten om de vill ändra i sitt barns personbild. Framöver kommer det inte att vara möjligt att avsäga sig denna typ av registrering, alla kommer att behandlas på samma sätt. Det som reglerades i och med detta ställningstagande¹ var alltså att transkvinnor fick samma rätt som transmän att få en föräldrabeteckning som överensstämde med deras nya juridiska kön.

Skatteverket pekade i sin promemoria på några kvarvarande problem, som borde lösas av lagstiftaren. Relevant för detta betänkande är särskilt myndighetens konstaterande att situationer som nu är möjliga, att ett barn kan komma att ha två fäder eller två mödrar, kan komma att uppfattas som ett "registerfel" av användare av folkbokföringen. "En lösning kan vara att författningsmässigt skapa

¹ Skatteverket publicerade 2016-05-31 också, förutom promemorian, också ett kortare ställningstagande, där den nya praxisen klargjordes. Ställningstagandet innehåller ingenting utöver det som finns i promemorian.

könsneutrala föräldraskapsrättsliga begrepp”, skriver myndigheten. Med könsneutrala begrepp skulle också andra situationer som nu kan uppkomma, men som inte är förenliga med rättsliga definitioner av föräldraskapsbeteckningar, lösas. En juridisk kvinna som är partner till en transman som föder ett barn och blir far när han ändrar sin juridiska könstillhörighet, är barnets förälder. Detta kan skapa problem för enskilda då kombinationen far och förälder inte möjlig enligt den rättsliga definitionen av begreppet förälder. Klargöranden från lagstiftaren är alltså önskvärt.

Skatteverket belyser också andra situationer, till exempel att det riskerar att uppstå konflikter inom familjer, när en persons uppgifter ändras i andras personbilder. Alla föräldrar kanske inte uppskattar att det juridiska könet på deras barn ändras i föräldrarnas personbild, och före detta makar kanske inte vill att det ska framgå att de har varit gifta med någon av samma kön. Därför, skriver Skatteverket, är det viktigt att lagstiftaren är tydlig med vad som gäller. För personer som föder barn utomlands, eller som ändrat juridiskt kön i ett annat land och sedan flyttar till Sverige och föder barn här, kan också särskilda problem uppstå som har att göra med till exempel medborgarskapsfrågor för barnet.

Förslagen i Olika vägar till föräldraskap (SOU 2016:11)

I februari 2016 lades betänkandet *Olika vägar till föräldraskap* (SOU 2016:11) fram. Den utredningen behandlade flera olika familjepolitiska frågor, vi fokuserar här framförallt på förslagen som rör föräldraskapsbeteckningar. I SOU 2016:11 föreslogs att nya paragrafer skulle införas i föräldrabalken för fall där personer får barn efter att ha ändrat juridiskt kön. I betänkandet konstaterar utredningen att de inte haft i uppgift att göra en fullständig översyn av alla regleringar som kan aktualiseras till följd av det de kallar det slopade steriliseringskravet, utan endast överväga ändringar på områden där det förekommer tillämpningsproblem. Utredningen har inte haft möjlighet att genomföra så omfattande utredningsåtgärder att de kunnat till exempel överväga införandet av könsneutral föräldraskapslagstiftning eller nya föräldraskapsrättsliga begrepp, skriver de. Därför utgår deras förslag från de befintliga begreppen mor, far och förälder.

Utredningen menar i betänkandet att nya paragrafer ska införas bland annat eftersom faderskapspresumtion inte kan tillämpas i de fall då transmän är gifta med en person som föder barn, eftersom de inte har bidragit med spermier.

I ett remissyttrande gällande utredningen skriver juridiska institutionen vid Göteborgs universitet² att utredningens förslag gällande föräldraskapsbeteckningar (vilka överensstämmer med Skatteverkets redan införda praxis, se ovan), kan leda till att en persons transbakgrund röjs. Detta eftersom det inte finns några andra familjekonstellationer där det finns två fäder eller två mödrar till ett barn. Två ciskvinnor som får barn tillsammans blir mor respektive förälder, alternativt adoptivmor, beroende på hur barnet tillkommit, och när två cismän fått barn genom värdgraviditet (surrogatmödraskap) blir den ena adoptivfar. Detta problem skulle kunna lösas med en könsneutral föräldraskapslagstiftning, konstaterar juridiska institutionen.

Juridiska institutionen uppmärksammar vidare att utredningens förslag i de nya paragraferna i föräldrabalken medför problem för personer med intersexvariation. Vad gäller transpersoner som ändrat juridiskt kön finns en logik i att rättigheter, skyldigheter och förmåner som förälder följer det tidigare juridiska könet, vilket föreslås i betänkandet. Det innebär i de flesta fall att det är en persons fysiologiska förutsättningar för föräldraskap som är avgörande. Detta är dock inte alltid fallet vad gäller personer med intersexvariation.

Ytterligare en komplikation av utredningens förslag, påpekar juridiska institutionen, är att utredningen utgår ifrån att en persons transbakgrund är känd för berörda myndigheter. Det är inte alltid fallet och exempelvis kan en situation uppstå där en transman vars partner föder barn registreras som far genom faderskapspresumtion, vilket utredningen menar inte ska vara möjligt med deras förslag till ny skrivning i föräldrabalkens första kapitel. Juridiska institutionen menar att ett sådant faderskap riskerar att upphävas om uppgifter om faderns transbakgrund framkommer, vilket skapar en rättsosäker situation för barn och föräldrar. Detta behöver utredas ytterligare, tycker juridiska institutionen.

² Dnr Ju 2016/01712/L2.

Också förslaget att den som är gift med någon som föder barn inte ska omfattas av faderskapspresumtionen om någon av föräldrarna har ändrat juridisk könstillhörighet får kritik av juridiska institutionen. Detta förslag innebär att personer som har spermier och kan ge upphov till barn behandlas olika enbart på grund av sin egen eller partners transbakgrund. Utredningens förslag innebär alltså en negativ särbehandling på grund av kön och könsidentitet, i strid med diskrimineringslagen, regeringsformen och Europakonventionen, menar juridiska institutionen.

Juridiska institutionen påpekar också att utredningens förslag att ingen ska omfattas av föräldraskapspresumtion om någon av föräldrarna bytt juridiskt kön strider mot gällande rättspraxis. I en dom från Göta Hovrätt från 2014 (mål nr. T 2656-13) slås fast att faderskapspresumtionen för en transman inte ska hävas eftersom förutsättningarna om samtycke till insemination var uppfyllda, enligt föräldrabalken 1 kap. 6 §. Om dessa inte varit uppfyllda, skulle faderskapspresumtionen ha hävts. Juridiska institutionen menar att det rimliga i stället är att behandla alla gifta par lika, oavsett juridiskt kön på föräldrarna, och oavsett om dessa är cispersoner eller transpersoner. Denna ståndpunkt från institutionen gäller också utredningens förslag att särreglera föräldraskapet för personer som ändrat juridiskt kön i särskilda lagparagrafer. Det blir för komplicerat och oöverskådligt och förstärker idén om cispersonen som den självklara utgångspunkten och normen. Dessutom innebär det en mindre fördelaktig lagstiftning för barn till personer som ändrat juridisk könstillhörighet. I stället föreslår juridiska institutionen en "kodifierad analogitolkning" av lagstiftningen för att göra den mer överskådlig. Denna skulle, i korthet, utgå från de fysiologiska förutsättningar människor har att ge upphov till barn.

Avslutningsvis konstaterar juridiska institutionen att flera av de svårigheter som uppstår för personer som ändrat juridiskt kön och blir föräldrar, är följder av föräldrabalkens könade begrepp. En könsneutral föräldraskapslagstiftning skulle minska dessa svårigheter. Lagstiftningen bör, i stället för att utgå från människors juridiska kön, utgå ifrån de fysiologiska förutsättningarna de har att få barn. En utredning för att ta fram en sådan lagstiftning bör tillsättas, anser juridiska institutionen.

Den pågående utredningen om föräldraskapspresumtion

I mars 2017 tillsattes en ny utredning, Modernare regler om faderskap och föräldraskap (dir. 2017:28), med uppdrag att se över föräldraskapens regler om fastställande av faderskap och föräldraskap. I direktiven nämns tidigare utredningars överväganden, inklusive några av förslagen i SOU 2016:11, dock inte de som berör transpersoner. Stor vikt läggs vid ny teknik och möjligheterna att utreda genetiskt faderskap på nya sätt.

Utredaren ges också, utan närmare specifikation, i uppdrag att beakta konsekvensen av att det numera är möjligt att ändra juridisk könstillhörighet med bibehållen fortplantningsförmåga. Denna del av uppdraget är dock inte central, utan presenteras i direktiven mer som ett faktum. Det är inte sannolikt att utredningen kommer att se det som en del av uppdraget att föreslå genomgripande förändringar av hela föräldraskapsbalken.

6.2 Transpersoner med särskilda erfarenheter

6.2.1 Transpersoner med annan etnisk bakgrund än svensk

Utredningen har bland annat haft kontakt med nätverket Blattetrans. Personerna i utredningen har pratat med lyfter att de ofta stöter på föreställningar om personer med annan etnisk bakgrund än svensk som hbtq-fobiska och att denna föreställning riskerar att internaliseras och förstärkas även bland transpersoner som själva har en annan etnisk bakgrund än svensk. Då bilden av personer med annan etnisk bakgrund än svensk som hbtq-fobiska reproduceras kan det skapa oro för att familjen kommer att reagera negativt och därför vågar en del inte komma ut för sina familjer. Detta kan skapa ytterligare en sorts utsatthet för transpersoner med annan etnisk bakgrund än svensk.

Normsamhället och dess syn på blattar och familjen, och den bilden internaliseras, en rädsla som gör att man drar sig undan sin familj (Blattetrans).

Andra berättar om upplevelser av att inte känna sig trygg där man bor, eller i sin familj och tycker att samhället måste göra mer.

På vårdcentralen har jag upplyst flera gånger, och skrivit ett brev om att det finns mycket problematik med heder och hbtq i förorter. Och att de MÅSTE visa oss stöd³.

I berättelser som inkommit till utredningen tar personer upp risken för flerfaldig utsatthet. Det handlar om att vara utsatt för flera slags förtryck, exempelvis både transfobi och rasism. Att bryta mot flera normer, exempelvis både mot vithetsnormer och mot cisnormer kan öka utsattheten för diskriminering och trakasserier.

Jag är även rasifierad och ibland /.../ stör sig inte någon på det ena så stör de sig på det andra. Det känns nästan som ett dubbelt förtryck. Bor även i en lite mindre stad så känns som en syns rätt mycket. Har alltid stuckit ut på något sätt, speciellt utseendemässigt (berättelse 112).

Jag har blivit misshandlad i tvättstugan och trakasserad i många år av en granne. Svårt att säga om det är just för att jag är transperson som de ger sig på mig, men det är nog en kombination av /.../ mitt asiatiska påbrå, min svenskhet, mitt biologiska kön, min teckenspråkighet [och] hbtq-identitet (berättelse 46).

Blattetransnätverkets representant uppgav för utredningen att många inom nätverket upplever transrörelsen och hbtq-rörelsen i övrigt som dominerad av vita personer, att det pratas för lite om vithetsnormer och att det förekommer rasism också inom hbtq-rörelsen.

Det är jobbigt att inte riktigt passa in någonstans. Inte tillhöra normen någonstans, förutom i vissa separatistiska rum (Blattetrans).

Samma iakttagelse har även andra gjort.

Jag märkte att jag var svart när jag kom till Sverige. Jag har känt så även i hbtq-sammanhang. Till exempel på en klubb under Pride-veckan fick jag inte komma in för dörrvakten, som sa att jag hade setts snatta. Det har även hänt att jag inte har fått komma in på gayklubb med förklaringen "Du är full". Jag har fått känslan "Vi vill inte ha dig som svart här."⁴

³ Inkomna intervjuer från konsult, Komm2017/01563.

⁴ Inkomna intervjuer från konsult, Komm2017/01563.

Inom grupper för personer som rasifieras talas det å andra sidan för lite om transfrågor, menade bland andra Blattetransnätverkets representant. Det är mest fokus på det ena perspektivet inom båda grupperna, vilket gör det svårare för de som utsätts för dubbelt förtryck att ta plats.

En kan aldrig få vara båda två sakerna, rasifierad och trans. I grupper i samhället så är du antingen trans eller så är du blatte. Det är väldigt svårt att få leva i alla sina erfarenheter samtidigt (Blattetrans).

Man orkar inte vara rasifierad i den vita gruppen trans, och man orkar inte vara trans i den rasifierade gruppen. Och om man /.../ inte orkar gå in i de olika grupperna så missar man livsavgörande info (Blattetrans).

De intervjuade personerna från bland annat Blattetransnätverket understryker vikten av att det finns separatistiska grupper, plattformar och nätverk. Syftet med sådana separatistiska rum är att deltagarna ska få möjlighet att prata om sina erfarenheter och hitta stöd hos varandra utifrån upplevelsen av att vara utsatt på grund av transidentitet, och på grund av att bli rasifierad.

/.../ att få prata med andra ickebinära och kanske framförallt rasifierade ickebinära har hjälpt mig att orka och det är jag så himla glad för (Blattetrans).

Blattetransnätverkets representant påpekade att det i sig leder till en större utsatthet att inte få känna tillhörighet i någon grupp. Personer missar information, till exempel om könsbekräftande vård, som finns i forum där andra transpersoner befinner sig. När man kanske dragit sig undan sin ursprungsfamilj, eller inte har stöd inom kretsar för andra med erfarenhet av att utsättas för rasism, skapar bristen på information om transrelaterade frågor svåra situationer. Att inte ha stöd av sin ursprungsfamilj eller inte ha något nätverk skapar än större utsatthet för personer som tillhör en minoritet, påpekade representanten för Blattetransnätverket.

Diskriminering på arbetsmarknaden påverkar både gruppen transpersoner och stora delar av gruppen personer med utländsk bakgrund och andra personer som rasifieras. Svårigheter att få ett arbete och rädslan för att utsättas för både rasism och transfobi kan skapa oro inför ens möjligheter på arbetsmarknaden.

Att söka arbete, att vara på en arbetsplats. Det blir för mycket att både vara icke-vit och transperson. Man vågar inte söka det arbetet, vad kan det innebära att jobba där, att både utstå rasism och heterosexism, att inte få stöd från kollegor och chefer. Man vill inte utsätta sig. Det blir få möjligheter att kunna ha ett jobb (Blattetrans).

Jag tänker alltid på det i jobbansökningar "Vad hade hänt om jag anonymiserade mitt CV?" I vissa CV:n som en fyller i på internet så går det att välja annat kön än man eller kvinna. Det är svårt att veta hur det går om jag fyller i det könsneutrala alternativet i stället för kvinna. Går det bättre eller sämre? Samma sak med mitt namn som är könsneutralt och inte något "Svensson-namn", hur påverkar det? Sânt tänker jag mycket på, exempelvis kopplat till att bli kallad till intervju.⁵

6.2.2 Transpersoner med funktionsnedsättning

Erfarenheter och levnadsvillkor inom gruppen transpersoner med funktionsnedsättning skiljer sig åt beroende på typ av funktionsnedsättning. Gruppen omfattar personer med fysiska, psykiska och kognitiva funktionsnedsättningar, samt kombinationer av dessa.

Personer med funktionsnedsättningar antas ofta ha en normativ könsidentitet och sexualitet, i den mån de över huvud taget ses som personer som har en könsidentitet och sexualitet. Enligt förstudien till RFSL Förbundets och RFSL Stockholms projekt Funkisprojektet *"Och aldrig mötas de två". En förstudie om hbtq-personer med erfarenheter av funktionsnedsättningar* (RFSL Stockholm 2013b), och projektets slutrapport (RFSL & RFSL Stockholm 2017) upplever många hbtq-personer med funktionsnedsättningar att de ofta tvingas välja mellan sina båda gruppstillhörigheter – hbtq-person och funkis (person med funktionsnedsättning/ar) – och att det är svårt att bli sedd och bemött som sitt "hela jag".

Det gäller i såväl funktionsnedsättningssammanhang som hbtq-sammanhang och har alltså stora likheter med det som bland andra nätverket Blattetrans framförde i det förra avsnittet. Också andra framför liknande tankar:

Jag tänker spontant att det inte finns plats för ytterligare erfarenheter av normbrott inom en redan normbrytande grupp, men inte för att det i sig är en omöjlighet utan för att det utrymmet inte görs eller tillåts. Jag är inte aktiv i någon funkisrörelse så kan inte svara på det, men

⁵ Inkomna intervjuer från konsult, Komm2017/01563.

känner att transrörelsen inte nödvändigtvis lämnar öppet för fler erfarenheter (såklart mycket beroende på plattform och grupp, det skiljer sig mycket tror jag utifrån vilket slags sammanhang en pratar om). Eller i alla fall inte den mer populära transrörelsen då det kanske är folk som förespråkar öppenhet men inte lämnar mycket rum till övers för de med (en annan) erfarenhet att prata. Jag tror att det går att få ihop olika perspektiv i en grupp men att det också alltid kan vara bra med fler separatistiska grupper där det utrymmet som behövs är en självklarhet och en kan hjälpa till att stärka varandra i sitt normbryt.⁶

Att vara beroende av andras stöd i vardagen skapar också en stor ut-satthet. Under utredningens möte med Funkisprojektet framkom att projektet fått kännedom om situationer där personal på grupp- och serviceboenden har uttryckt stor oro för att om en person är trans ("får" vara trans) så kanske alla vill bli det, och därmed hindrat transpersoner från att vara sig själva/uttrycka sin identitet.

Målet med LSS, Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, är att personer som omfattas av LSS ska kunna leva "som andra". Dock, påpekade representanterna för Funkisprojektet för utredningen, saknas det ett förtydligande i LSS av vad ett "liv som andra" kan innebära när det gäller transpersoners rättigheter.

Funkisprojektet lyfte i mötet med utredningen att det finns behov av identitetsstärkande träffverksamhet, som får statligt eller kommunalt verksamhetsstöd, för transpersoner med kognitiv funktionsnedsättning (särskilt för personer inom LSS/daglig verksamhet och gruppboende). I nuläget finns *Hbtq-hänget*⁷ i Stockholm och Gävle och en verksamhet håller enligt uppgift på att startas i Göteborg. Det behövs dock initiativ i andra delar av Sverige. Dessutom har de nuvarande verksamheterna inget tydligt verksamhetsstöd och riskerar därför att inte kunna finnas kvar på längre sikt. Även för transpersoner med funktionsnedsättningar som inte omfattas av LSS kan ha behov av identitetsstärkande nätverk eller träffpunkter.

För en mer ingående redogörelse om transpersoner med funktionsnedsättning och erfarenheter av den könsbekräftande vården, se kapitel 15.

⁶ Inkomna intervjuer från konsult, Komm2017/01563.

⁷ Hbtq-hänget startades under Funkisprojektet och beskrivs som "En social mötesplats för personer med kognitiv funktionsnedsättning som har rätt till insatser genom LSS".

6.2.3 Transpersoner med erfarenhet av sex mot ersättning

I TGEU:s (2017b) studie uppger 6 procent av respondenterna att de har fått ersättning för sex. Det är främst transkvinnorna (10 procent uppger detta) som har erfarenhet av sex mot ersättning. I Folkhälsomyndighetens (2015a) studie uppger 10 procent av respondenterna att de har erfarenhet av sex mot ersättning: 3 procent vid ett tillfälle och 7 procent flera gånger.

Bland unga män som får ersättning för sex är det främst homo- och bisexuella män och transpersoner, som har sådana erfarenheter enligt en kartläggning gjord av Länsstyrelsen (2014).

Under 2014 distribuerade RFSL Ungdom en enkät om sex mot ersättning. 2 079 hbtq-ungdomar (14–25 år) svarade och 18 procent av dem uppgav att de hade erfarenhet av sex mot ersättning. Resultaten redovisades i *Sex för X – Sex mot ersättning bland unga hbtq-personer* av Darj, Jonsson och Summanen (2015). Sex mot ersättning definierades brett i undersökningen och inkluderade sex i utbyte mot pengar, kläder, alkohol, droger, sovplats och liknande. Utifrån en sådan bred definition konstateras att det inte är ovanligt att unga hbtq-personer får ersättning för sex (Darj, Jonsson och Summanen 2015). Rapporten slår fast att det främst är cis-killar som har erfarenhet av sex mot ersättning (21 procent) följt av personer med transerfarenhet (17 procent) (Darj, Jonsson och Summanen 2015).

Darj, Jonsson och Summanen (2015) skriver vidare att vad gäller sexuell läggning skiljer sig fördelningen mellan de som har erfarenhet av sex mot ersättning och de som inte har det. Av cistjejer som haft sex mot ersättning är andelen homosexuella lägre än bland cistjejer som grupp. Däremot är andelen bisexuella bland cistjejer som haft sex mot ersättning högre än i hela gruppen cistjejer, 55,3 procent jämfört med 49,6 procent. Ciskillar som har haft sex mot ersättning är oftast homosexuella. Spridningen ser annorlunda ut för personer med transerfarenhet, vilket kan bero på att personer med transerfarenhet är en mycket mångfacetterad grupp som inkluderar alla personer som på något sätt bryter mot cisnormen. Eftersom begrepp som homo- och heterosexuell utgår från ens egen könsidentitet tenderar personer med transerfarenhet att i högre utsträckning än andra

identifiera sig som exempelvis queer, bisexuell eller annat (Darj, Jonsson och Summanen 2015).

I RFSL:s rapport *Osynliga, synliga aktörer* (Larsdotter, Jonsson, Gäredal 2011) presenteras en kartläggning av homo- och bisexuella män och transkvinnor som erbjöd sexuella tjänster på nätet under en månad. Av dessa tolkades 65 som transpersoner. De identifierade sig själva på följande sätt: 3 transpersoner, 32 transkvinnor, 13 ”shemale” och 9 ”ladyboy”. Det framkommer att det är främst är personer i åldersgrupperna 20 till 25 (15 procent) och 25 till 30 (närmare 25 procent) som har erfarenhet av att ha sex mot ersättning. Det understryks i rapporten att åldersindelningen kan vara felaktig då ålder i internetannonsen inte behöver överensstämja med personens verkliga ålder. Det framkommer även att det är främst män (155) som tjänsterna riktas till, men även till viss grad kvinnor (25) och par (28).

Tveit och Skilbrei (2008) uppger att det i Norge per dygn beräknas vara 20 transpersoner som får ersättning för sex, och 76 transpersoner per år. Norska PRO-Senteret har gjort en kartläggning där man undersökte 1) förekomsten av annonser med syfte att få ersättning för sex, och 2) vilka individer som står bakom annonserna på internet. Den vanligaste andelen transpersoner bland annonsörerna var 5 procent eller mindre i Norges olika landsting (Kock 2017). Både antal transpersoner som annonserade och efterfrågan på transpersoner för sex mot ersättning låg på en jämn nivå under hela kartläggningsperioden (Kock 2017).

Orsaker till sex mot ersättning

Transpersoner som har haft sex mot ersättning uppger själva ett flertal olika orsaker till detta. Bland de respondenter i Folkhälsomyndighetens enkätundersökning (2015a) som har svarat att de fått ersättning för sexuella tjänster svarade 41 procent att de saknade arbete eller försörjning och behövde pengar, 25 procent svarade att de gjorde det för att det är spännande, 24 procent för att skada sig själv, 19 procent för att få bekräftelse i sin könsidentitet och 19 procent för att de inte kunde motstå ersättningen som erbjöds.

I TGEU:s studie (2017b) svarade 35 procent att det är så de tjänar extra pengar, 19 procent att det var på grund av brist på andra möjligheter, 12 procent för att de känner att de i det sammanhanget

accepteras för den de är, 7 procent för att det är så de försörjer sig, 2 procent att de föredrar att försörja sig genom sex mot ersättning framför något annat och 26 procent uppgav andra orsaker.

Sex började även spela en roll desto äldre jag blev. Hatet och objektifieringen av mig blev mer sexuellt desto äldre jag blev. Jag minns då jag inte ens var byxmyndig och gick ute på stan i smink och en man jag inte kände stoppade mig och sa till mig att han "gillar trans", sen kysste han mig. Det var min första kyss, tyvärr. Denna händelse kom att öppna en helt ny värld för mig. Tidigare hade jag aldrig ens varit fysiskt nära med någon annan människa, men helt plötsligt så insåg jag att jag faktiskt kunde använda cismäns objektifiering av min transkropp till en vinst för mig själv. Jag kunde lämna min familj och leva som den jag egentligen var, om jag betalade med min kropp som jag redan hatade /.../ Mitt liv utanför denna "värld" blomstrade under denna period då jag var ekonomiskt självständig (berättelse 88).

Kunskaps- och stödbehov

I studien *Sex för X – Sex mot ersättning bland unga hbtq-personer* av Darj, Jonsson och Summanen (2015) framkommer det att många personer med transerfarenhet som får ersättning för sex önskar sig olika former av stödinsatser trots att studier visar att transpersoner ofta har dåliga erfarenheter av bemötande från vård och myndigheter. Andel transpersoner som velat få stöd kopplat till att de har haft sex mot ersättning var 31 procent. 69 procent ville inte ha något stöd (N = 337) (Darj, Jonsson och Summanen 2015). 9 procent uppger att de fått någon form av stöd i relation till att de har fått ersättning för sex, medan 91 procent inte har fått något stöd (Darj, Jonsson och Summanen 2015).

Det framkommer också i studien att transpersoner som har sex mot ersättning önskar mer kunskap, främst om hiv/STI och säkrare sex, sextekniker, analsex, BDSM, gränssättning, vad sex är och betyder i en relation och könsorganens anatomi och påverkan av hormonterapi (Darj, Jonsson och Summanen 2015). 53 procent av personerna med transerfarenhet i studien uppger att de främst vill få kunskap om sex genom att söka själva på nätet. En orsak till att så många av transpersonerna vill söka efter information på nätet är att det är där de upplever sig hitta den mest transinklusive eller transspecifika informationen om sex (Darj, Jonsson och Summanen 2015). Studien bygger på data utifrån ett självselekerat icke-representativt

urval. Resultaten är jämförbara med de önskemål transpersoner har i stort vad gäller kunskap om sex och sexualitet (Folkhälsomyndigheten 2015a).

6.2.4 Transpersoner med erfarenhet av migration

Utredningen har vid två tillfällen träffat asylsökande transpersoner som deltar i RFSL Newcomers verksamhet i Stockholm och Malmö. RFSL Newcomers är ett nätverk för och med asylsökande, papperslösa och nyanlända hbtq-personer i Sverige. Newcomersverksamhet finns vid många av RFSL:s lokalavdelningar, dock inte alla och verksamheterna varierar i karaktär utifrån ekonomiska och mänskliga resurser. Det finns också en nationell Newcomersverksamhet vid RFSL:s förbundskansli.

På mötena som utredningen har haft med Newcomers har vi tillsammans kunnat identifiera ett antal områden där asylsökande, papperslösa och nyanlända transpersoner upplever problem och hinder. Det har också till utredningen inkommit ett par berättelser från asylsökande transpersoner, vilka vi redogör för nedan. I avsnittet redogör vi även för de åtgärder som Migrationsverket vidtagit i relation till asylsökande transpersoner, samt för några intervjuer vi gjort med personer som på olika sätt arbetat med att stödja asylsökande hbtqi-personer. Slutligen lyfts några kommande förändringar av lagstiftningen på området, som kan komma att få betydelse för asylsökande transpersoner.

Boende

Som asylsökande erbjuds du boende på något av Migrationsverkets asylboenden. Är du ensamstående delar du rum med någon person av samma (juridiska) kön. Myndigheten skriver på sin hemsida att de värnar om att alla som bor på boendet ska känna sig trygga i sin boendemiljö. Det är enligt Migrationsverket viktigt att alla på boendet respekterar varandra och visar varandra hänsyn, oavsett religion, kultur eller sexuell läggning. Utredningen kan dock utifrån de berättelser som vi tagit del av konstatera att för många är situationen mycket problematisk.

Det är ett till utredningen mycket vanligt framfört önskemål att det ska inrättas särskilda boenden för asylsökande transpersoner eller för hela gruppen asylsökande hbtq-personer. Många inom RFSL Newcomers uttrycker att de har haft ett stort antal mycket negativa erfarenheter på boenden där de till exempel delat rum eller kök och badrum med andra asylsökande, som kanske kommer från samma land som de själva.

Migrationsverket har framfört till utredningen att myndigheten inte tror att separata boenden för hbtq-personer är den bästa lösningen, bland annat eftersom man har erfarenhet av att det kan bli bråk också på boenden där många hbtq-personer bor tillsammans. Att bara låta alla bo på samma plats är därför inte en bra lösning, enligt Migrationsverket. Det krävs i stället, enligt Migrationsverket, att ett konsekvent förbättringsarbete genomförs på flera nivåer.

Vid ett möte mellan Migrationsverket och RFSL i mars 2016 har Migrationsverket och RFSL gemensamt pekat ut framgångsfaktorer i arbetet för att säkerställa tryggare boenden. Efter mötet med RFSL har myndigheten gått vidare med förslagen i ett pågående uppdrag.

Anledningen till mötet med RFSL var att ett boende som RFSL hbtq-certifierat har ett avtal med Migrationsverket som nu löper ut. Hbtq-certifieringen har inte löst alla problem, men enligt RFSL har utbildningen varit en del av en större satsning för att förbättra situationen på boendet på flera områden. Förbättringsarbetet har tagit lång tid och krävt gemensamt arbete från RFSL, boendet och Migrationsverket. Bland annat har det spelat roll att RFSL och boendet kommit överens om att inte placera asylsökande, förmodat heterosexuella, (cis-)singelmän i andra delar av det boende där asylsökande hbtq-personer har haft en egen flygel.

De identifierade framgångsfaktorerna för att en fungerande boendesituation är, enligt RFSL och Migrationsverket: närhet till en välfungerande RFSL-avdelning med Newcomers-verksamhet; samarbete mellan denna och boendet och boendets samarbete med andra delar av Migrationsverket; samt boendeleverantörens kompetens i frågan. Migrationsverket har inlett översyn av boendefrågan. Utredningen fick kännedom om arbetet vid ett möte med en representant för Migrationsverket.

Registrering av identitetsuppgifter

I ett rättsligt ställningstagande angående registrering av identitetsuppgifter (RCI 03/2013) som Migrationsverkets rättschef gjort framkommer det att sökandens identitet består av namn, födelseid och som huvudregel medborgarskap. Det är den sökande som vid ansökningstillfället har ansvar för att styrka/klarlägga sin identitet. Normalt sker registreringen utefter uppgifter i sökandens pass. Om den sökande inte har ett godkänt pass får andra handlingar ligga till grund för registreringen. Om den sökande inte har några handlingar som kan styrka/klarlägga identiteten är huvudregeln att identiteten registreras i enlighet med de uppgifter som den sökande lämnar. Som framgår av det rättsliga ställningstagandet ingår inte kön i Migrationsverkets definition av identitetsuppgifter.

Det finns dock flera samtidigt existerande modeller för registrering av kön, vilket lett till att transpersoner fått kön registrerat på olika grunder, och vissa har registrerats på ett sätt som inte är i enlighet med deras könsidentitet. Asylsökande transpersoner som utredningen har varit i kontakt med poängterar att om kön ska registreras måste det ske utifrån självidentifikation, i synnerhet då kön inte är en identitetsuppgift som behöver registreras enligt Migrationsverkets rättsliga ställningstagande (RCI 03/2013).

LMA-korten

De så kallade LMA-korten är kort som utfärdas till asylsökande för att de ska kunna visa upp bevis på att de är asylsökande. Korten är egentligen inte giltiga som identitetshandling, men flera samhällsfunktioner godkänner dem ändå som det. Det är dock upp till varje aktör att besluta om huruvida korten ska gälla som identitetshandling. Detta medför att till exempel ägare och arrangörer av barer och klubbar inte godkänner korten, eftersom polisen inte kan garantera att poliser vid en eventuell kontroll av ålder på personer som har köpt alkohol, kommer att godta LMA-korten som identitetshandling. Eftersom många asylsökande inte har någon annan sådan handling, då eventuella pass har lämnats in till Migrationsverket, uppstår under hela den tid som asylprocessen pågår situationer där personer inte kan identifiera sig på ett sätt som accepteras av alla samhällsfunktioner där identifiering ibland eller alltid krävs.

För transpersoner är uppgift om kön på LMA-korten en viktig fråga. En representant för Migrationsverket uppgav för utredningen att frågan om kön på LMA-korten har varit uppe för diskussion under en längre tid på Migrationsverket. I ett dokument från mars 2016 framgår att myndighetens rättsenhet fått i uppdrag att utreda om det finns rättsliga hinder för att ta bort uppgift om kön på LMA-korten. Resultaten presenteras i den interna rapporten *Utredning avseende borttagande av könsuppgift på LMA-kort*. Bakgrunden är en annan rapport från Migrationsverket, det tidigare nämnda ställningstagandet om registrering av identitetsuppgifter, som visade att asylsökande som inte ville ange sin juridiska könstillhörighet med nuvarande system tvingades till detta varje gång de behövde visa sitt LMA-kort.

I utredningen konstateras att Migrationsöverdomstolen har angett att identitet består av namn, födelseår och medborgarskap. Av MIGRFS 08/2015 2 § framgår att LMA-kortet ska innehålla fotografi, dossiernummer, personuppgifter som finns i den centrala utlänningsdatabasen, samt uppgift om utlännings rättsliga status.

Den tidigare nämnda rapporten om registrering av identitetsuppgifter skickades till ett antal aktörer på remiss. Svaren varierade. Bland andra SKL och Polismyndigheten var kritiska till att ta bort uppgift om kön från LMA-korten. SKL menade att kön kan ha betydelse vid till exempel placeringar av ensamkommande barn och ungdomar. Polismyndigheten framhöll att uppgift om kön behövs i vissa sammanhang, till exempel då det är reglerat i lag att en kvinna inte får kroppsvisiteras av en man. Det kan också uppstå problem om en person ska omplaceras till skyddat boende. ”Utan könsbestämelse på LMA-kort kan en persons egna uppgifter om kön inte läggas till grund för att t.ex. placeras i ett skyddat boende för kvinnor om vederbörande för polispersonalen framstår som en man”, skriver Polismyndigheten, som också framhåller att endast man och kvinna finns som juridiska kön i Sverige.

Bedömningen i utredningen blir att det inte finns några juridiska hinder för att ta bort uppgift om kön från LMA-korten, men att det ändå finns skäl att behålla det, bland annat med anledning av polisens påpekanden. Rapportförfattaren menar att detta inte utgör diskriminering, eftersom det finns två juridiska kön i Sverige. Om LMA-kortens utformning ändå ska ändras, måste MIGRFS 08/2015 ändras, och kostnader beräknas.

Vid ett möte med en representant för myndigheten framfördes till utredningen att den nuvarande praktiken med registrering av kön på LMA-korten kan leda till ett missgynnande av transpersoner. Dessutom är praktiken inte konsekvent. Personer som kan visa upp ett pass får det kön som är angivet i passet på sitt LMA-kort. De som inte visar upp pass har möjlighet att få det kön som de själva önskar angivet. Detta bekräftar deltagarna i RFSL Newcomers verksamhet för utredningen.

Migrationsverket uppgav för utredningen att missgynnande skulle kunna ske till exempel i situationer då en transkvinna registreras som man, och därefter behandlas som asylsökande man genom hela processen och bland annat placeras på boenden tillsammans med män. Det finns också en risk för att myndigheten i och med registreringen inte uppmärksammar hur komplex personens asylansökan kan vara och att personen kommer in i "fel spår" i myndighetens interna hantering. Denna risk förstärks av att det inte finns något system för att registrera en persons självidentifierade kön, om detta inte överensstämmer med det juridiska könet, eller det tillskrivna könet. (Detta innebär också att personer som flyttar till Sverige inom ramen för till exempel bestämmelserna om arbetskraftsinvandring och har fått ett annat juridiskt kön än man eller kvinna i sitt ursprungsland trots detta tvingas välja mellan de två alternativ som står till buds i Sverige.) Att myndigheten inte har något system som fångar upp transpersoners behov märks också i den nedan refererade rapporten om kvalitet i asylprövningarna. Av de 190 granskade fallen var endast 5 transpersoner, och dessa kom med i materialet av en slump. Alla hade registrerats som män eller kvinnor och ingen markering hade gjorts om transidentitet eller om särskilda behov.

Tolkning

De asylsökande transpersoner som utredningen har träffat ger exempel på problem som kan förekomma med de tolkar som Migrationsverket hyr. En person redogör för ett tillfälle då en tolk vägrade att översätta de ord som beskrev personens könsidentitet, vilket var centralt för förståelsen av personens asylskäl. Personens advokat stoppade då intervjun och personen fick en ny intervju, men först sex månader senare. Om personen hade haft ett annat juridiskt

biträde som inte varit lika insatt i frågorna, hade risken varit stor att intervjun bara hade fortsatt och personens chans att få sin ansökan prövad korrekt hade varit mycket sämre.

Brist på kunskap om asylsökande transpersoners särskilda utsatthet

Flera av deltagarna i RFSL Newcomers verksamhet uppfattar myndighetsrepresentanter från till exempel Polisen, Migrationsverket och Arbetsförmedlingen, liksom personal som arbetar på SFI, Svenska för invandrare, som inte så insatta i de specifika erfarenheter som asylsökande transpersoner kan ha och vilka svårigheter dessa erfarenheter kan vara förenade med. De berättar bland annat om upplevelser av att myndigheterna inte tar hänsyn till att asylsökande transpersoner kan ha erfarenhet av traumatiska upplevelser orsakade av utsatthet på grund av könsidentitet och/eller könsuttryck. Det kan handla om strukturell diskriminering från ursprungslandets myndigheter eller hot från närstående eller andra.

Om det här är vardagen i Sverige där lagarna finns, men friheten ändå är inskränkt för hbtq-personer, var i världen finns det då mänskliga rättigheter? (Berättelse 102).

Av volontärer hos RFSL Newcomers i Malmö har utredningen fått beskrivningar av asylsökande transpersoner som saknar ord för att beskriva sin identitet i en svensk kontext. Andra har inte denna utmaning, utan kan tydligt beskriva sin identitet på ett sätt som blir tydligt för till exempel svenska myndighetspersoner. Oavsett hur den enskilda personens tillgång till språk ser ut är det vanligt att asylsökande är upprörda över att Migrationsverket inte tror på deras transidentitet och ber dem bevisa den. När de berättar blir de inte trodda.

En person på Migrationsverket som jobbade speciellt med hbtq-personer, sa åt mig att jag måste beskriva hur jag är som hbtq-person och skaffa en partner som bevis på att jag är hbtq. Men jag är ju ickebinär (berättelse 101).

Brist på förtroende

Utredningen har fått kännedom om att asylsökande utsatts för trakasserier, våld och sexuellt våld på asylboenden. (Detta redogörs också för i kapitlet om transpersoners levnadsvillkor, i avsnittet om arbetet på RFSL:s brottsofferjour.) Det är mycket vanligt att personer inte anmäler det de utsatts för. Det kan bero på misstro gentemot eller rädsla för myndigheter och polis, men också på att den som anmäler kanske tvingas fortsätta bo tillsammans med dem hen har anmält och att personen är rädd för vad som då kan hända. Personer som blivit utsatta är också rädda för att en anmälan kan påverka deras asylansökan negativt.

Ekonomiska förutsättningar

Många asylsökande transpersoner har en svår ekonomisk situation. Exempelvis är praxis avseende vård som inte kan anstå och huruvida könsbekräftande hormonbehandling ingår i detta olika runt om i landet (vilket vi också berör i kapitel 15 om den könsbekräftande vården). Det innebär att asylsökande transpersoner i stället köper hormoner via internet, vilket kräver mer pengar än vad en person som lever på Migrationsverkets dagersättning har. Många känner sig tvingade att utföra olika sorters arbete svart, och några har sex mot ersättning i syfte att få tag i tillräckligt med pengar. Ett ytterligare och särskilt behov är att kunna skaffa sig kläder som stämmer överens med könsidentiteten, liksom att kunna köpa smink av samma orsak.

När man ansöker om pengar till kläder så gäller det vinterkläder, och det är svårt att få tag på kläder som är rätt för ens transidentitet (RFSL Newcomers).

Tillgång till information

För transpersoner som flyttar till Sverige från andra länder kan lättillgänglig information om bland annat könsbekräftande vård och mötesplatser för transpersoner vara svårt att hitta på andra språk än svenska (eller engelska).

Jag visste inte hur svårt eller enkelt det var att få hormoner i Sverige före jag kom hit, så jag hade hormoner med mig. /.../ Det har varit min [svensktalande] fru som har hittat informationen, då den inte finns speciellt lätt tillgänglig på andra språk (berättelse 59).

Förutom bristen på lättillgänglig information kan forum för hbtq-personer vara otillgängliga för personer som inte pratar svenska eller engelska.

Jag tycker de forum som finns för transpersoner är mycket viktiga. Jag skulle vilja delta mer aktivt, men det är svårt om man inte pratar flytande svenska/engelska (berättelse 59).

Mötesplatser och stödgrupper

Bland de asylsökande transpersoner som utredningen har varit i kontakt med tycker många viktigt det är viktigt att få prata med och umgås med andra som har liknande erfarenheter. Det finns vissa grupper, exempelvis RFSL Newcomers, som vänder sig till asylsökande, papperslösa och nyanlända hbtq-personer. Newcomers vänder sig dock till hela gruppen hbtq-personer och ett önskemål är att det ska etableras arenor där bara transpersoner kan träffas.

RFSL Newcomers är allt jag får höra. Jag letar efter en stödgrupp endast för transpersoner, men jag hittar ingen. Jag behöver det stödet⁸.

RFSL Newcomers upplevs dock som en viktig resurs. Den finns på flera RFSL-avdelningar runt om i landet och erbjuder bland annat lektioner i svenska, rådgivning och stöd. Språklektionerna på RFSL Newcomers kan ses som ett komplement till SFI. Många uppfattar att SFI har en brist på hbtq-perspektiv, vilket gör att transpersoner ibland inte känner sig bekväma och trygga i en SFI-kontext.

I de cirklar där man lär sig svenska är jag inte så öppen, eftersom det är ofta är personer från många olika kulturer där, och många har invandrat från mer HBTQ-fientliga land. Jag skulle önska att det fanns fler forum för att lära svenska tillsammans med andra HBTQ-personer (berättelse 59).

⁸ Intervju gjord till utredningen av konsult, Komm 2017/01563.

Offentliga biträdens syn på asylprocessen för hbtq-personer

RFSL Ungdoms verksamhet Newcomers Youth publicerade sommaren 2017 resultatet av en enkät där organisationen har frågat 20 offentliga biträden som företräder unga hbtq-personer, däribland ensamkommande, om asylprocessen och Migrationsverket (Newcomers Youth 2017). De aspekter som biträdena lyfter fram är i stor utsträckning desamma som de utmaningar som asylsökande transpersoner har framfört till utredningen och som diskuteras ovan.

Trovärdighetsbedömningar

Det största problemet som de offentliga biträdena påtalar är trovärdighetsbedömningen, det vill säga att den asylsökande ska göra sin hbtq-identitet sannolik. Bedömningen genomsyras av förutfattade meningar om hur hbtq-personer ska vara och bete sig och besluten tenderar således att vara godtyckliga. Inte heller görs tillräckliga undersökningar av potentiellt skydd i hemlandet, innan beslut fattas, menade biträdena.

Brist på kunskap

Som de asylsökande själva lyfter poängterar även biträdena att många aktörer, handläggare och tolkar med flera inom asylprocessen bör ges grundläggande hbtq-kompetensutbildning. Hälften av biträdena menar att Migrationsverkets hbtq-specialister (personer med särskild hbtq-kompetens som handlägger asylansökningar) är nödvändiga för hbtq-personers rättssäkerhet, inte minst därför att det är oklart om de anställda på Migrationsverket har adekvat kunskap för att hantera hbtq-ärenden.

Den som möter transpersoner på Migrationsverket måste veta något om transpersoner och hbtq i förväg. Det är inte den som söker asyl som ska vara lärare (berättelse 101).

Flera av de tillfrågade biträdena är osäkra på eller kritiska till kunskapen hos Migrationsverkets anställda om de särskilda behov som barn har, kunskap som är särskilt viktig när ensamkommandes asylskäl ska utredas. För unga hbtq-personer som kommer till Sverige

med sin familj, finns också en problematik i att Migrationsverket inte alltid erbjuder dem egna intervjutillfällen där föräldrarna inte deltar. Som andra problem anges Migrationsverkets tidspress, asylsökandes rädsla för att berätta och risker för hedersvåld. Endast en av fyra tillfrågade biträdena säger sig ha tillgång till tolkar som behärskar hbtq-relaterade begrepp. Andra tolkar har inte velat säga vissa ord, till exempel ord för kön.

Asylsökanden transpersoners särskilda utsatthet

Utredningen har haft kontakt med Calle Brunell, psykolog verksam vid Stockholms Mansmottagning, som har lång erfarenhet av att möta asylsökande transpersoner och bland annat samarbetar med RFSL Newcomers i Stockholm.

Han menar att migranter ofta porträtteras som heterosexuella cispersoner som drabbats av krig eller en naturkatastrof. Transpersoner som flyr har dock ofta ett helt liv bakom sig med olika typer av våld och utsatthet. Under flykten döljer de ofta dessutom de verkliga orsakerna och försöker undvika andra migranter längs vägen. Att vara ensam gör flykten farligare.

De transpersoner som flyr och kommer till Sverige möts av en blandning av rasism, transfobi och heterosexism, enligt Brunell. Asylprocessen och att hitta sin plats i det nya landet innebär ofta ytterligare stress. Många upplever att Migrationsverket misstror dem när de berättar om sin könsidentitet. När ett positivt beslut om asyl slutligen kommer, kommer oron för att inte hitta en plats i samhället, saknaden efter dem man lämnat och sorg. De som söker samtalsstöd har ofta svår och komplex problematik. Asylprocessen och att hitta sin plats i det nya landet innebär ofta ytterligare stress.

Att möta Migrationsverkets handläggare i en asylintervju är svårt för många, säger Brunell. Ofta behöver man återge traumatiska upplevelser och formulera i ord sådant man aldrig tidigare berättat om, och man kan känna skam inför sig själv. Handläggaren kan tycka att berättelsen är otydlig. Den som kommer i behandling hos psykolog innan asylprocessen inleds har större chans att i lugn takt kunna gå igenom sin historia och därmed öka chanserna till att kunna presentera den på ett sammanhållet sätt inför Migrationsverket. Brunell pekar också, liksom de svarande i RFSL Ungdoms enkät

(Newcomer Youth 2017), på att Migrationsverket har förutfattade meningar om hur en hbtq-person ska vara eller bete sig, till exempel hur en person ska "komma ut" för sin omgivning. De som söker asyl har ibland svårt att identifiera sig med "hbtq-karaktärer". Terminologin "att komma ut" som hbtq-person är okänd för många. Centralt för Brunell är också att påpeka att det är viktigt att inte göra asylsökande transpersoner till offer. Brunell vill tydliggöra hur det i stället är mod och hopp som driver personerna.

I en masteruppsats undersöker Joanna Mellquist (2016) erfarenheter och strategier hos asylsökande hbtq-personer. Mellquist (2016) konstaterar att en viss ekonomisk situation och socialt nätverk är viktigt för asylsökande. För dem som inte har rätt nätverk, eller inte pratar engelska, blir det svårare att navigera i asylsystemet. Mellquist (2016) menar att asylprocessen är påfrestande för hbtq-personer därför att de både måste bevisa både sin hbtq-identitet och sin välgrundade rädsla för förföljelse i sitt ursprungsland.

Mellquist tydliggör också att den som söker asyl skapar sina strategier i spänningsfältet mellan asylprocessen hos Migrationsverket och RFSL Newcomers. De gånger en asylsökande fått avslag, är RFSL Newcomers strategi ofta att guida personen för att öka chanserna till ett nytt, positivt beslut. Inte sällan får personerna rådet att framträda i medier och berätta sin historia, eller delta i prideparader, det vill säga att vara öppen på ett västerländskt sätt så att Migrationsverket lättare ska identifiera personen som en hbtq-person. Detta kan kännas tvingande och reproducerar en västerländsk bild av att vara hbtq-person. Synlighet i medier ökar också risken för att bli utsatt av familj och personer från ursprungslandet.

Motsatsen till en sådan påtvingad öppenhet, kallar Mellquist (2016) för "hyper hiding" (hyperdölja eller hypergömma). Först flyr en person från ett land där hen har varit tvungen att dölja sin identitet för att undgå förföljelse. Ett avslag på asylansökan tvingar personen att leva gömd som papperslös för att undvika utvisning. För att kunna gömma sig för polisen döljer personen så mycket hen kan om sig själv, inklusive sin identitet, sitt ursprungsland, sitt namn och det faktum att hen är papperslös.

Utredningen har också varit i kontakt med sjuksköterskan Tilde Gray och kuratorn Niklas Lindau på Venhälsan i Stockholm, en mottagning för män och transpersoner som har sex med män. Venhälsan är också en mottagning för människor som lever med hiv,

oavsett kön och sexuell läggning. De berättar att de möter cirka 10–20 asylsökande transpersoner i verksamheten varje år. En del kommer för att testa sig, andra som patienter på hiv-mottagningen eller den psykosociala verksamheten hos Venhälsans kuratorer. Gray och Lindau menar att antalet asylsökande transpersoner som kommer till Venhälsan för första gången ökar.

De som är i en asylprocess vittnar rent generellt om stor utsatthet till exempel på Migrationsverkets boenden, uppger Venhälsans representanter, som menar att personerna verkar vara utsatta för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld och hot om våld. De hör beskrivningar om misstro mot myndigheter och att de asylsökande ifrågasätts avseende sexualitet och könsidentitet. Många asylsökande transpersoner uttrycker frustration över att inte få påbörja eller fortsätta könsbekräftande vård. De har haft en annan bild av sjukvården och transpersoners situation i Sverige innan de kom hit.

Kvalitet på beslut i asylärenden med hbtq-skäl

I juni 2017 kom rättsavdelningen på Migrationsverket med en analysrapport om kvaliteten på asylärenden där den sökande angett ”hbtq-skäl” (Migrationsverket 2017).

Migrationsverkets (2017) rättsavdelning menar att utredningarna oftast är tillräckligt fylliga för att utgöra ett gott beslutsunderlag. I de flesta fall följer utredningarna också den metod som rekommenderas i myndighetens egna rättsliga ställningstagande angående utredning och prövning av den framåtsyftande risken för personer som åberopar skyddsskäl på grund av förföljelse på grund av sexuell läggning, könsöverskridande identitet eller könsuttryck (SR 38/2015), liksom UNHCR:s dokument *Guidelines on International Protection No 9: Claims to Refugee Status based on Sexual Orientation and/or Gender Identity within the context of Article 1 A (2) of the 1951 Convention and/or its Protocol relating to the Status of Refugees*.

Migrationsverkets rättsavdelning (2017) förtydligar att relevanta rättsliga ställningstaganden inte följs i närmare 30 procent av fallen. Oftast är det ställningstagandet gällande metod för prövning av tillförlitlighet och trovärdighet (RCI 09/2013) som inte följs. Rättsavdelningen menar också att landinformation används i de flesta ärenden där det finns behov av sådan information.

Däremot menar rättsavdelningen att det, även om det finns många bra beslut, också finns beslut som uppvisar grundläggande brister i bevisvärdering av muntliga utsagor, prövning av tillförlitlighet och trovärdighet, individuella bedömningar och beslutsskrivning. Det finns dessutom ett specifikt problem som inte ses så ofta i andra typer av ärenden, framhåller rättsavdelningen: åberopad förföljelse i hemlandet prövas inte. Prövning görs endast vad gäller tillhörighet till gruppen och landinformationen – vilket ju alltså innebär att åberopad bevisning om förföljelsen inte heller prövas.

Migrationsverkets rättsavdelning (2017) konstaterar att det inte är möjligt att söka fram hbtq-ärenden i datasystemet och att de granskade ärendena därför är sådana som myndighetens hbtq-specialister varit involverade i och skickat in. 517 ärenden från 2015 till och med mars 2017 har skickats in och rättsavdelningen konstaterar att det inte är ett statistiskt säkerställt urval. Det är inte möjligt att veta hur många ärenden det totalt har varit fråga om under perioden. 190 ärenden har granskats, 5 av dessa gällde personer som identifierade sig som transpersoner. En jämförelse har sedan gjorts med den nationella kvalitetsuppföljningen som gjordes hösten 2016.

Rättsavdelningen har gjort analyser av den rättsliga kvaliteten på fem olika områden: Id och hemvist, utredningarna, landinformation, bevisvärdering, besluten och resultaten. Vi redogör här kort för varje område.

Id och hemvist

Enligt Migrationsverkets rättsavdelning finns det brister i 10 procent av utredningarna vad gäller identiteten. I 14 procent av utredningarna är det ”oklart” om asylskälen prövats mot rätt land och i 1 procent av ärendena har asylskälen prövats mot fel land. Resultatet är snarlikt det som framkom i den nationella kvalitetsuppföljningen. Orsakerna till att utredningarna brister på denna punkt är framförallt att den sökande haft hemvist i flera olika länder.

Utredningarna

Migrationsverkets rättsavdelning bedömer att 76 procent av utredningarna har gett ett fullgott beslutsunderlag, vilket är bättre än det resultat som framkom vid den nationella kvalitetsuppföljningen,

där endast 53 procent av utredningarna uppfyllde kraven. Rättsavdelningen tror själva att det bättre resultatet kan bero på stödet från SR 38/2015 och UNHCR:s riktlinjer, samt satsningarna på att utbilda hbtq-specialister. Bristerna har handlat om tolkproblem, och om olika sätt att uttrycka sig. Till exempel har utredare frågat om den sökande anser sig avvika från ”normen” i ursprungslandet, vilket verkar vara en fråga som är otydlig för sökande. Det förekommer också begreppsförvirring vad gäller olika hbtq-begrepp och handläggare ställer inte alltid följdfrågor när det gäller att reda ut till exempel ett händelseförlopp. Detta påverkar bevisvärderingen och beslutet.

Landinformation

Landinformation har tillförts i de ärenden där det funnits behov av det och den har i de flesta ärenden varit aktuell och relevant, menar Migrationsverkets rättsavdelning. I 10 procent av ärendena har informationen inte valts ut objektivt, utifrån ett balanserat urval av källor. Sökanden har tillfört landinformation i 35 ärenden, men denna information har bara bemötts i 37 procent av besluten. Förklaringen som ges är kunskapsbrist, orsakad av hög arbetsbelastning och många nyanställda.

Bevisvärderingen

Migrationsverkets rättsavdelning ser stora skillnader mellan bifalls- och avslagsbeslut. I 29 procent av bifallsbesluten har tillförlitligheten av uppgifterna inte prövats i tillräcklig omfattning, i 33 procent av fallen är tillförlitligheten vad gäller sökandes tillhörighet till gruppen inte tydligt motiverad. I 47 procent av bifallsbesluten är tillförlitligheten av uppgifterna om händelser i ursprungslandet inte tydligt motiverad. Motsvarande för avslagsbesluten är 3 procent vad gäller uppgifter, 12 procent vad gäller tillhörighet till gruppen och 19 procent vad gäller händelser.

För både bifalls- och avslagsbeslut gäller att åberopad förföljelse och inlämnad bevisning för denna inte prövats i många ärenden – i 59 ärenden gällande händelser i ursprungslandet och i 31 ärenden inte alls. Detta är inte tillfredsställande, konstaterar rättsavdelning-

en, eftersom tillförlitlig återopad förföljelse kan stödja hela berättelsen och ge den sökande ett lägre beviskrav. Orsakerna till dessa brister är att det är svårt att bedöma tillhörigheten till gruppen hbtq-personer och att den individuella prövningen kan bli bättre. Den allmänna kunskapen hos handläggare om bevisvärdering är otillräcklig konstaterar rättsavdelningen.

Besluten

I 34 procent av fallen har Migrationsverkets rättsavdelning kommit fram till att bedömningen av den sökandes tillhörighet till gruppen inte är tydlig och objektivt motiverad. I 37 procent av fallen är bedömningen av tidigare förföljelse inte tydlig och objektivt motiverad. Detta är något bättre än i den nationella kvalitetsuppföljningen där 42 procent av fallen inte var tillräckligt motiverade. Bäst var bedömningarna av situationen i ursprungslandet, där hade endast 16 procent brister, enligt rättsavdelningen.

En orsak till bristerna, menar rättsavdelningen, är sannolikt att det finns osäkerhet kring hur prövningen ska motiveras och individualiseras. Dessutom finns stora skillnader i kunskap mellan olika beslutsfattare, och olika hbtq-expertter. De har inte haft ett sammanhållet rättsligt stöd och fått för få gemensamma utbildningsdagar.

Resultaten

Enligt Migrationsverkets rättsavdelning var 61 procent av bifallsärendena korrekta, 20 procent felaktiga och 19 procent ”diskutabla”. 79 procent av avslagsärendena hade en korrekt utgång, 15 procent var felaktiga och 6 procent en ”diskutabel” utgång. Migrationsdomstolarna har ändrat utgången i 12 procent av de överklagade avslagsbesluten, och fastställt dem i 68 procent. 20 procent var inte avgjorda då rapporten skrevs.

Införande av gemensam asylpolitik i EU

Sedan 2004 har det varit fastställt i EU:s lagstiftning på asylområdet att personer som riskerar förföljelse på grund av sexuell läggning ska kunna söka asyl inom EU. 2011 preciserade man att könsidentitet

ska uppmärksammas när asylmyndigheterna bedömer huruvida personen tillhör någon särskilt utsatt befolkningsgrupp som riskerar förföljelse. År 2016 presenterade EU kommissionen ett antal olika förslag i syfte att reformera EU:s asylsystem. Dessa presenteras nedan.

New Qualification Regulation (COM (2016) final)

I direktivet definieras en minimistandard för vad som gör att personer kvalificerar sig som asylsökande som är i behov av skydd. Sedan 2004 har direktivet inkluderat sexuell läggning och sedan 2011 har även könsidentitet varit inkluderat. Den europeiska hbtqi-organisationen ILGA Europe (2017) kräver dock att även könsuttryck och könskaraktäristika ska inkluderas i direktivet för att det ska omfatta alla hbtqi-personer som har behov av skydd. ILGA Europe (2017) vill även att direktivet ska ge utrymme för en mångfald familjekonstellationer, samt att migrationsmyndigheter inte ska avslå en asylansökan för att den sökande inte vid första intervju-tillfället berättat att asylskälet bygger på personens könsidentitet, könsuttryck, könskaraktäristika eller sexuell läggning.

Recast Reception Conditions Directive (COM (2016)465 final)

Direktivet syftar till att asylsökande ska få ett tryggt och värdigt bemötande och mottagande. ILGA-Europe (2017) understryker dock att EU måste säkerställa att direktivet är omformulerat på ett sådant sätt att mottagandet av asylsökande, och i synnerhet asylsökande hbtqi-personer förbättras. För detta måste enligt ILGA Europe (2017) asylsökande hbtqi-personer inkluderas i förteckningen över grupper med särskilda behov. ILGA Europe (2017) anser även att det är av stor vikt att dessa får hbtqi-kompetent vård och slutligen att en ny paragraf som inkluderar åtgärder mot våld på grund av könsidentitet eller könsuttryck ska införas i direktivet.

New Asylum Procedures Regulation (COM (2016) 271 final)

Direktivet reglerar vilka procedurer som ska ligga till grund för bedömning och beslut avseende en persons skyddsskäl och däri-

genom huruvida personen har rätt till skydd. ILGA Europe (2017) påpekar att man är positiva till att könsidentitet och sexuell läggning är explicit nämnda, men vill att även könsuttryck och könskaraktäristika ska inkluderas i direktivet. ILGA Europe (2017) vill även att det inkluderas skrivningar i direktivet som ställer krav på tolkarna så att översättningarna blir korrekta och i enlighet med de asylsökande personernas egna berättelser, samt att om könsidentitet ska registreras måste detta ske utifrån den asylsökandes självidentifikation.

Recast Dublin Regulation (Dublin IV) (COM (2016) 270 final)

ILGA Europe (2017) uttrycker stor oro kring förslaget till ny Dublin-reglering avseende vilka som definieras som familjemedlemmar. Enligt ILGA Europe (2017) är skrivningarna i sin nuvarande form för generella och öppnar upp för alltför stora skillnader i tolkning mellan de olika EU-länderna, vilket kan komma att särskilt påverka ogifta som är i en relation, samt personer i samkönade relationer. ILGA Europe (2017) ställer sig bakom ECRE:s syn på utkastet till nytt direktiv som preciserar att en bred tolkning av familjebegreppet är nödvändigt, och att man måste fokusera på faktiska relationer mellan människor och inte på juridiska band.

New Regulation establishing a Union Resettlement Framework (COM (2016) 468 final)

ILGA Europe (2017) vill slutligen att hbtqi-personer inkluderas i förteckningen över utsatta grupper så att de inte riskerar att bli fast i länder där situationen för gruppen är mycket svår (exempelvis Turkiet, Libanon, Jordanien).

7 Transpersoners psykiska hälsa

Enligt direktiven ska utredningen, i samråd med den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09), identifiera hur insatser för att öka den psykiska hälsan och minska stressen bland transpersoner kan inorporeras i det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, lands-ting och organisationer inom området psykisk hälsa. Utredningen ska även föreslå hur riktade preventiva insatser mot självmord och självmordsförsök bland transpersoner kan inrymmas i Folkhälso-myndighetens uppdrag att samordna det suicid-förebyggande arbetet samt föreslå hur det nuvarande alkohol-, narkotika- och tobaks-förebyggande arbetet kan säkerställa att den förhöjda risk som finns hos gruppen transpersoner beaktas.

I utredningens direktiv ingår också generellt att samla kunskap om transpersoners levnadsvillkor, vilket vi därför också gör i detta kapitel, med fokus på psykisk hälsa. Som vi konstaterar nedan är kunskapen på området generellt begränsad, och de större studier som gjorts har handlat om specifika delområden.

7.1 Psykiskt välbefinnande

Över en tredjedel av transpersonerna som svarade på Folkhälso-myndighetens enkätundersökning (2015a) uppgav att de känt sig nedstämda de senaste veckorna. Andelen var högre i de yngre ålders-grupperna. Bland unga mellan 15 och 19 år var andelen så hög som 58 procent. 30 procent hade haft sömnbesvär de senaste veckorna. Sömnbesvär var vanligare i de yngre åldersgrupperna. Över en tredje-del av respondenterna angav att de ofta eller alltid har känt sig spänd under de senaste veckorna. Det gäller framför allt bland de yngsta mellan 15 och 44 år. En fjärdedel är nöjda med sitt psykiska välmå-

ende medan 35 procent är missnöjda eller mycket missnöjda (Folkhälsomyndigheten 2015a).

I TGEU:s (2017a) studie undersöktes respondenternas välbefinnande med hjälp av WHO-5. *WHO-5 Well-Being Index* är ett verktyg som mäter personers känsla av välbefinnande inom de två senaste veckorna. Andelen individer som anses vara i risk för psykisk ohälsa får en WHO-5 index på 48 eller mindre. Medelvärdet för de svenska respondenternas WHO-5 index var 43. Motsvarande index för svenska respondenter i European Quality of Life Survey (EQLS) från 2012 var 64 (TGEU 2017a). Resultatet indikerar att transpersoner har en ökad risk för psykisk ohälsa i jämförelse med befolkningen i stort.

I Folkhälsomyndighetens (2015a) studie framgår det att det är fem gånger vanligare att transpersoner upplever sig stressade än befolkningen i allmänhet. Folkhälsomyndigheten (2015a) skriver att en möjlig förklaring till den höga förekomsten av stress inom gruppen är fördomar, stigma och diskriminering som många transpersoner lever med. Denna ökade stress kommer i kombination med allmän livsstress (t.ex. stress orsakad av ekonomiska förutsättningar, arbete e.dyl.). Olika former av stress, så kallade stressorer kan leda till eller förekomma samtidigt som psykisk ohälsa. Nedstämdhet, sömnbesvär och att vara spänd är vanligt förekommande konsekvenser av stress. På lång sikt kan utsatthet för stressorer leda till psykisk ohälsa av allvarigare karaktär i form av exempelvis depression och ångestproblematik.

Förutom studier om suicid och ätstörningar som diskuteras i detalj nedan finns det i dagsläget få studier som har undersökt förekomsten av psykiatriska diagnoser av mer allvarlig karaktär bland transpersoner (Zeluf, Dhejne, Orre, Mannheimer, Deogan, Höijer, Thorson 2016). Utredningen har dock fått kännedom om att en registerstudie är under arbete hos Socialstyrelsen, men inga siffror var klara för publicering när innan vår utredning publicerades. Olsen-Kennedy (2016) poängterar att när vetenskapen förhoppningsvis förflyttar sig från psykiatrisk patologisering av transexfarenheter och transidentiteter kan vår förståelse för könsdysfori och samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser öka. Ett allvarligt problem är, enligt Olsen-Kennedy (2016) att hälso- och sjukvården och andra aktörer som erbjuder vård för transpersoner kan se psykiatrisk samsjuklighet som skäl att inte påbörja könsbekräftande behandling

eller att det överhuvudtaget inte går att bedöma någons könsdysfori. Exempelvis kan det röra sig om att en person har en depressionsdiagnos och inte får vård och behandling för sin könsdysfori innan depressionen är behandlad. Detta är problematiskt då depressionen i sig kan vara orsakad av könsdysforin.

I en studie från USA av Reisner, Biello, White Hughto, Kuhns, Mayer, Garofalo & Mimiaga (2016) med 298 unga transkvinnor framkommer det att 41,5 procent hade en eller flera diagnoser kopplade till psykisk ohälsa eller diagnoser kopplade till alkohol- och/eller drogmissbruk. 20 procent hade två eller fler komorbida diagnoser (Reisner et al. 2016), det vill säga uppvisade en samsjuklighet. Bland de med någon diagnos hade 35 procent livslång depression eller var i en allvarlig depressiv period, 15 procent diagnostiserades med suicidalitet, 20 procent med ångestrelaterade diagnoser, 8 procent med posttraumatisk stress, 10 procent med alkoholmissbruk och 15 procent med någon form av drogmissbruk (Reisner et al. 2016). I en studie av Dhejne, Lichtenstein, Boman, Johansson, Långström, Landén (2011) framkommer det att undersökningsdeltagarna (transsexuella efter genomgången könsbekräftande vård) har varit inlagda på sjukhus för psykiatrisk sjukdom fyra gånger så ofta än vad kontrollgruppen varit. Psykiatrisk slutenvård var betydligt vanligare bland den här gruppen än hos kontrollgruppen.

En jämförelse kan här göras med resultaten i den av Socialstyrelsen (2016b) framtagna registerstudien om psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap. Socialstyrelsen (2016b) slår fast att förekomsten av psykisk ohälsa i form av riskbruk och beroende, ångestsjukdomar och depressioner var högre bland personer i samkönade äktenskap än bland personer i olikkönade äktenskap. Det framkommer även i studien att kvinnor i samkönade äktenskap var särskilt utsatta för riskbruk och beroende, män i samkönade äktenskap hade i större utsträckning allvarligare sjukdom som psykos och både män och kvinnor i samkönade äktenskap använde psykofarmaka i större utsträckning än personer i olikkönade äktenskap (Socialstyrelsen 2016b). Det fanns även en större mortalitet (orsakad av suicid eller hiv/aids) bland personer i samkönade äktenskap jämfört med personer i olikkönade äktenskap (Socialstyrelsen 2016b). Det är inte möjligt att i denna registerstudie utläsa hur stor andel av personerna i någon av grupperna som har en transidentitet, eftersom det endast är det juridiska könet och statusen som gift som har

kunnat mätas. Enligt uppgifter till utredningen var det ett allt för litet antal personer i utredningen som hade bytt juridiskt kön vilket resulterade i att inga mätningar gjordes på gruppen. Det är dock inte osannolikt att några av de erfarenheter som skapat den större utsattheten för den här undersökta gruppen har likheter med gruppen transpersoners situation, oavsett hur många transpersoner som fanns representerade i denna studie.

7.1.1 Minoritetsstressmodellen som möjlig förklaringsmodell

I Folkhälsomyndigheten rapport (2015a) påpekas det att hälsans bestämningsfaktorer är ett komplext samspel mellan strukturella, socioekonomiska och demografiska variabler, individens levnadsvanor, inflytande och delaktighet i samhället samt individens övriga livsvillkor. Myndigheten konstaterar vidare att hbt-personer är en mycket heterogen grupp där homosexuella, bisexuella och transpersoner har unika hälsobehov (Folkhälsomyndigheten 2015a).

Skillnader avseende hälsans bestämningsfaktorer mellan hbt-personer och heterosexuella cispersoner kan delvis förklaras av faktorer som beskrivs i minoritetsstress teorin (Meyer 2003) (Folkhälsomyndigheten 2015a, Socialstyrelsen 2016b). Teorin grundar sig på antaganden om att fördomar, diskriminering, en förväntan om att bli avvisad, samt internalisering av samhällets negativa attityder kan leda till allvarliga hälsoproblem för personer tillhörande en minoritetsgrupp. Denna ökade stress förekommer också i kombination med allmän livsstress (Tebbe & Moradi 2016; Bränström 2016, Folkhälsomyndigheten 2015a, Socialstyrelsen 2016b).

Richard Bränström (2016) vid Karolinska Institutet har genomfört en longitudinell studie om hälsoskillnader mellan heterosexuella ($n = 12\,659$) och homo- och bisexuella ($n = 717$) i Sverige. Studien utgår ifrån ett perspektiv om att minoritetsstressfaktorer är orsaksvariabler för hälsoskillnader mellan homo- och bisexuella och heterosexuella. I den prospektiva, framåtblickande, studien används data från ett populationsbaserat representativt urval av vuxna personer i Sverige. Det konstateras i studien att homo- och bisexuella har en betydligt högre risk för psykisk ohälsa jämfört med heterosexuella. (Bränström 2016). Skillnaderna fanns inom depressions-, ångest-, och missbruksrelaterade diagnoser samt i användandet av antidepressiv

psykofarmaka (Bränström 2016). Liknande resultat återfinns i Socialstyrelsens registerstudie där jämförelser har gjorts mellan personer i samkönade äktenskap och olikkönade äktenskap (Socialstyrelsen 2016b, se innan). Jämfört med heterosexuella, så var det främst bland bisexuella kvinnor, homosexuella män och yngre homosexuella kvinnor som skillnaderna var som störst (Bränström 2016). Studien ger stöd till minoritetsstressmodellens antaganden om att våld och hot om våld påverkar den psykiska hälsan. Det slås även fast att socialt stöd är en mycket viktig faktor som påverkar den psykiska hälsan. Däremot, och till skillnad från minoritetsstressmodellens antaganden, verkar socialt stöd inte ha en skyddande effekt på kopplingen mellan utsatthet för våld och psykisk ohälsa (Bränström 2016).

Då Bränströms (2016) studie har homo- och bisexuella som målgrupp diskuteras inte transpersoners särskilda utsatthet i relation till minoritetsstress teorin. Förutom att minoritetsstress nämns i Folkhälsomyndighetens (2015a) enkätstudie som en möjlig förklaringsmodell till ohälsa bland transpersoner (samt homosexuella och bisexuella) finns det ingen svensk forskning om hur minoritetsstress teorins antaganden är direkt tillämpbar på transpersoners hälsa och psykiska hälsa. Det finns däremot viss internationell forskning vars slutsats är att några minoritetsstress-indikatorer kan tillämpas, men forskningen är begränsad och ett problem är att i många studier klumpas homosexuella, bisexuella och transpersoner ihop. Det görs antaganden om att transpersoners utsatthet i relation till minoritetsstressmodellen är jämförbar/lika med homosexuella och bisexuellas livssituation. Fokus är främst på homo- och bisexuella och transpersoner diskuteras sällan specifikt (Stennett 2016).

Huruvida minoritetsstressmodellen därmed kan tillämpas på transpersoner har därför inget givet svar. Sabrina Stennett skriver i sin avhandling (2016) att varje minoritetsstressindikator var individuellt associerad med psykisk ohälsa, men när man gjorde en sammanlagd bedömning av indikatorerna var det bara vissa som visade sig vara statistiskt signifikanta och av betydelse. Slutsatsen Stennett (2016) drar i sin avhandling är därför att det finns begränsat stöd för att minoritetsstressmodellens indikatorer sett i kombination är tillämpbar på hennes urval med 270 respondenter.

Däremot kunde hon genom sin studie ta fram ett flertal hypoteser som möjliggör mer forskning på området. Gonzales, Gallego och

Bockting (2017) drar samma slutsats i sin studie av 1210 transpersoner om minoritetstress, könsdysfori och användande av droger.

Stennetts (2016) och Gonzales, Gallego och Bocktings (2017) slutsatser behöver inte tolkas som att minoritetsstressmodellens indikatorer är helt utan betydelse för transpersoner, men det är viktigt att vara medveten om att vissa indikatorer kan vara av större eller mindre betydelse i jämförelse med homo- och bisexuella. Tebbe & Moradi (2016) slår dock fast att om insatser för att förbättra transpersoners psykiska hälsa ska ge resultat, exempelvis reducera depressions- och självmordsrisk, är det mest effektiva att rikta in insatserna på vissa minoritetsstress-indikatorer.

Velez, Breslow, Brewster, Cox, och Foster (2016) definierar negativa attityder mot transpersoner och kongruens, till vilken grad transpersoner känner att deras könsuttryck stämmer överens/ passerar i enlighet med det kön de identifierar sig som, som två specifika minoritetsstressfaktorer särskilt relevanta för transpersoner. De fann ett positivt samband mellan negativa attityder gentemot transpersoner, starkt kroppsfokus, tvångsmässig träning och internalisering av dominerande normer kring vad som bedöms vara ett attraktivt utseende (Velez et al. 2016). Kroppsnormer i relation till ett problematiskt ätande diskuteras närmre i avsnitt 7.3 om ätstörningar.

Utredningen konstaterar att det behövs mer forskning kring vilka minoritetsstress-indikatorer som är av störst relevans för just gruppen transpersoner i Sverige för att uppnå bästa möjliga effekt av insatser som genomförs i syfte att förbättra den psykiska hälsan inom gruppen.

7.1.2 Psykosocial livssituation, utsatthet och psykiskt välbefinnande

I Folkhälsomyndighetens (2015a) studie konstateras att transpersoner är en grupp som i hög utsträckning är utsatt för diskriminering och trakasserier, där många känner rädsla för att gå ut ensamma och/eller har erfarenhet av att vara utsatt för våld. Enligt myndigheten har många transpersoner uppgett att de använder sig av olika copingstrategier, det vill säga bestämda strategier för att hantera vissa händelser som exempelvis att avstå från att delta i sociala sammanhang och vardagliga aktiviteter på grund av rädsla för att bli trakas-

serad, diskriminerad, eller i värsta fall utsatt för våld (Folkhälsomyndigheten 2015a).

Även med hänsyn taget till minoritetsstressmodellens begränsningar, utifrån Folkhälsomyndighetens (2015a) studie och genomgång av tidigare forskning (se till exempel Bränström 2016), finns ändå belägg för att konstatera att rädsla och/eller utsatthet för våld begränsar vardagsmobiliteten och livsutrymmet för många transpersoner, vilket i sin tur är en starkt styrande orsak till sämre livskvalitet, psykisk och fysisk hälsa bland transpersoner.

Förutom att allmän utsatthet, som redovisats tidigare i detta avsnitt, leder till sämre livskvalitet, psykisk och fysisk hälsa bland transpersoner visar studier att psykosocialt stöd kan ha en skyddande effekt på ohälsa vilket är i enlighet med minoritetsstressmodellens antaganden (Folkhälsomyndigheten 2015a). I Folkhälsomyndighetens (2015a) studie uppger en fjärdedel av transpersonerna att de saknar emotionellt stöd, vilket är en andel som är dubbelt så hög jämfört med befolkningen i allmänhet. Det konstateras även att avsaknaden av emotionellt stöd var högst bland de äldre åldersgrupperna 45–64 år (46 procent) och 65–94 år (43 procent).

I Ungdomsstyrelsens rapport *Hon Hen Han – en analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner* från 2010 mättes den psykosociala livssituationen genom att ställa frågor om socialt stöd samt bemötande från familj och vänner relaterat till sexuell läggning och/eller könsidentitet/könsuttryck samt självkänsla. 3094 respondenter svarade på undersökningen som gjordes via en enkät på Quiser, Nordens största community på nätet för hbtq-personer. Undersökningen gjordes i samarbete med RFSU Ungdom som även stod som avsändare för undersökningen.

I studien fann Ungdomsstyrelsen att transpersoner och personer med osäker könsidentitet generellt är mer utsatta för våld och sexuella övergrepp än övriga grupper i undersökningen. De fann även ett samband mellan transpersoners psykosociala livssituation, deras psykiska välbefinnande och utsatthet för hatbrott och sexuella övergrepp. Problematiken är cirkulär på så sett att de hbtq-personer som har utsatts för sexuella övergrepp och våld tenderar att ha en mer problematisk psykosocial livssituation än de som inte varit utsatta och vice versa. Personer med lägre självkänsla utsätter sig för större risker att bli utsatta för sexuella övergrepp, men det är också så att personer kan ha en låg självkänsla som orsakats av sexuella över-

grepp. Även denna undersökning visar en större utsatthet bland de yngre åldersgrupperna. Det gäller även utsatthet för fysiskt våld.

Bland Folkhälsomyndighetens (2015a) respondenter hade 11 procent i åldersgruppen 15–19 utsatts för fysiskt våld. 39 procent av respondenterna uppger att de någon gång under de senaste tolv månaderna har utsatts för psykiskt våld, även här var våldet vanligast bland de yngsta (15–19 år) där 52 procent hade utsatts för psykiskt våld (Folkhälsomyndighetens 2015a).

Resultaten från Ungdomsstyrelsens (2010) studie kan problematiseras utifrån Bränströms (2016) studie som diskuteras ovan. Där framkommer det att det faktum att en individ har socialt stöd inte påverkar huruvida den blir utsatt för våld eller inte. Bränströms (2016) studie har homo- och bisexuella som studieobjekt, men resultaten är relevanta även avseende transpersoners våldsutsatthet. Detta då transpersoner i störst utsträckning utsätts för våld (både fysiskt och psykiskt) som skett på allmän plats, nöjesställe eller i anslutning till tåg, buss eller tunnelbana (Folkhälsomyndigheten 2015a). Både avseende fysiskt och psykiskt våld uppger en majoritet att våldet de har utsatts för var av okänd person, vilket är jämförbart med situationen för homo- och bisexuella (Folkhälsomyndigheten 2015a).

Detta indikerar att en trygg och stabil psykosocial livssituation som inkluderar psykosocialt stöd inte nödvändigtvis, och inte så överraskande, är en skyddande faktor mot våld exempelvis på tunnelbanan. Men som diskuteras ovan indikerar forskningen även att trygg och stabil psykosocial livssituation bidrar till en bättre psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande, och att den trygghet och stabilitet som en trygg och stabil psykosocial livssituation representerar kan bidra till att individer inte utsätter sig i lika stor grad för risker som den kanske annars hade gjort (exempelvis sexuellt risktagande). Här finns dock en skillnad gentemot risken att utsättas för till exempel fysiskt våld i gatumiljö.

Det är dock viktigt att poängtera att vad som är att definiera som en trygg och stabil psykosocial livssituation för den enskilde har många olika variabler. Detta berörs också i kapitel 5 och i avsnittet om äldre i kapitel 6 i detta betänkande. Där poängteras det att aspekter som eventuella kärleksrelationer, familjebildning, relation till ursprungsfamilj och relation till sin omgivning påverkar transpersoners upplevelse av en trygg och stabil psykosocial livssituation, eller med andra ord, upplevelsen av psykosocialt välbefinnande. Alla aspekter

är inte likadana för alla personer. Det är till exempel inte givet att kontakten med ursprungsfamiljen, den biologiska familjen, leder till psykosocialt välbefinnande för den enskilde.

Ålder spelar också en roll när man problematiserar och definierar vad som är psykosocialt välbefinnande, då vi kan anta utifrån den forskning som redovisas i denna utredning att det finns unika och särskilda behov bland olika åldersgrupper, vid olika tidpunkter i livet. Förutom ålder bör även andra diskrimineringsgrunder, som etniskt ursprung, beaktas som en aspekt som påverkar livssituationen, tillgång till vård och utsatthet för diskriminering och stigmatisering. Alla dessa aspekter måste beaktas när framtida forskning om eventuella samband mellan målgruppens psykiska välbefinnande, psykosociala livssituation och utsatthet genomförs.

7.2 Befintliga insatser för att stärka den psykiska hälsan

7.2.1 Regeringens strategi inom området psykisk hälsa

I regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020. *Fem fokusområden fem år framåt.* står att alla som drabbas av psykisk ohälsa ska få tillgång till en jämlik, tillgänglig, god och säker vård, men att det också är viktigt att vara medveten om att olika grupper och individer har olika förutsättningar och behov. Det finns ingen lösning som passar alla. De grupper som är särskilt utsatta måste därför synliggöras. Det gäller till exempel grupper som i ökad utsträckning riskerar psykisk ohälsa. I strategin lyfts också att det finns ett behov av att öka kunskapen om skillnader i psykisk hälsa som kan relateras till kön, könsidentitet och sexuell läggning. Kunskapen behöver höjas både hos personer som arbetar inom området och hos allmänheten.

Nationell samordnare inom området psykisk hälsa

I december 2015 tillsatte regeringen en särskild utredare – en nationell samordnare – för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa. Samordnarens uppdrag är att stödja arbetet som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer

inom området psykisk hälsa och verka för att arbetet samordnas på nationell nivå. Samordnaren ska också identifiera utvecklingsbehov inom området psykisk hälsa och redovisa dessa till regeringen med förslag till åtgärder. Ytterligare en del i samordnarens uppdrag är att följa upp insatser som görs inom ramen för statens överenskommelse med SKL med fokus på effekter på folkhälsan, patienter, brukare och anhöriga. Därutöver ska samordnaren föreslå hur utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa långsiktigt kan integreras i ordinarie myndighetsstruktur. Resultaten av samordnarens arbete ska slutredovisas senast 31 december 2018 (dir 2015:138).

7.2.2 Överenskommelse mellan staten och SKL

Staten och SKL ingick 2016 en överenskommelse om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Syftet är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete på området psykisk hälsa med ett gemensamt ansvarstagande från berörda aktörer. Syftet är också att öka tillgängligheten till stöd och behandling av god kvalitet och att förebygga och motverka psykisk ohälsa. SKL fördelar också stimulansmedel till kommuner och landsting å statens vägnar (Uppdrag psykisk hälsa 2017a).

Överenskommelsen 2016 omfattade 850 miljoner kronor, varav 780 miljoner kronor delades ut som stimulansmedel. För att ta del av stimulansmedlen 2016 var kommuner och landsting skyldiga att länsvis sammanställa handlingsplaner för arbetet med invånarnas psykiska hälsa. Planerna skulle innehålla fem fokusområden: 1. förebyggande och främjande insatser; 2. tillgängliga tidiga insatser; 3. enskildas delaktighet och rättigheter; 4. utsatta grupper; och 5. styrning, ledning och organisation.

Under fokusområde 1 framhåller regeringen särskilt barn och unga där förebyggande insatser har särskilt stor effekt innan ohälsan har debuterat. När det gäller fokusområde 4, utsatta grupper så vill regeringen öka medvetenheten kring olika gruppers specifika behov och förutsättningar och hbt-gruppen nämns som särskilt utsatt när det gäller psykisk ohälsa.

SKL gav forskare via Umeå universitet (Fjellfeldt, Markström & Rosenberg, 2017) i uppdrag att analysera de länsvisa planerna. I forskarnas rapport konstateras att sammantaget hade landsting och kom-

muner identifierat flest behov och därigenom formulerat flest insatser inom fokusområde utsatta grupper. Av 21 län är det 18 som använt regeringens struktur för målområden vilket möjliggjort en analys och en jämförelse landstingen emellan. Av dessa 18 är det 9 som skriver fram hbt-personer som en utsatt grupp. Ibland även med undergrupper av särskilt utsatta inom gruppen som till exempel nyanlända hbt-personer, hbt-personer över 65 år och hbt-personer som utsatts för våld i nära relationer. Det framkommer inte varför just dessa grupper valdes som särskilt prioriterade subgrupper bland landstingen. Hbt-personer omnämns inom andra fokusområden i väldigt liten utsträckning: en gång vardera inom område 1–3 och två gånger inom område 5.

RFSL har påpekat att det behöver undersökas varför vissa landsting och kommuner väljer att inte ha med hbtq-frågor i handlingsplanerna för psykisk hälsa. Med detta som utgångspunkt har organisationen även tagit fram en beställningslista till kommuner, landsting och regioner om vilka insatser som behövs för att förbättra hbtq-personers psykiska hälsa. I rapporten listas ett flertal mål och åtgärder samt goda exempel på insatser som landsting och kommuner redan gör i relation till föreslagna mål och åtgärder redogörs för (RFSL 2017a).

Överenskommelsen 2016 innehöll också en satsning på 5 miljoner som skulle möjliggöra för SKL att ta fram ett förslag på tillvägagångssätt för att bygga upp en nationell struktur med kunskapsnoder, med gemensamt regionalt ansvar, för kunskapsutveckling. I SKL:s slutrapport för arbetet med överenskommelsen 2016 skriver SKL att en inventering gjordes i syfte att inhämta kunskap om vad för typ av nationell struktur som var bäst lämpad för kunskapsutveckling. SKLs slutsats var att det är svårt att upprätthålla vissa kompetenser för att bedriva förbättringsarbete inom vissa landsting. Det föreslås därför att sex resurscentrum baserat på sjukvårdsregioner ska upprättas, vilka ska bistå länen med generell kompetens kring stöd för kunskapsutveckling och spridning. Utifrån samma inventering föreslog SKL att det på nationell nivå upprättas en nationell stödfunktion som kan bidra till samordning kring det arbete som görs på läns- och regionnivå (SKL 2016c).

För överenskommelsen 2017 avsatte regeringen 885 miljoner. Till kommuner och landsting fördelas 250 miljoner kronor vardera av stimulansmedlen, 150 miljoner kronor till initiativ för bättre psykisk

hälsa hos barn och unga och 130 miljoner kronor avsattes för ungdomsmottagningar runt om i landet (Uppdrag psykisk hälsa 2017b). Som en uppföljning på de förslag SKL redovisar i slutrapporten för arbetet med överenskommelsen 2016 om att etablera sex resurscentrum skrevs det även in i överenskommelsen för 2017 att sådana regionala resurscentrum skall byggas upp i syfte att förbättra kunskapspridningen och kunskapsutvecklingen samt öka vårdkvaliteten inom området psykisk hälsa. SKL fick för 2017 ett ekonomiskt bidrag på 45 miljoner kronor för detta arbete.

7.3 Ätstörningar

Studier om ätstörningsproblematik och kroppsbild tenderar att oftast koncentreras kring cispersoner och det vanliga är att i de fall kön och ätstörningsproblematik undersöks är det oftast relationen mellan könsroller (maskulin, feminin), mat och ätande som är fokus (McClain & Peebles 2016). I Folkhälsomyndighetens enkätundersökning (2015a) rapporterar en väsentlig andel (38 procent) av transpersonerna att de har ett problematiskt förhållande till mat och ätande. Det var vanligare bland de yngre åldersgrupperna än de äldre att uppge att de hade ett problematiskt förhållande till mat och ätande. Det finns dock ingen djupare analys av möjliga orsakssamband i studien och det är svårt att kategoriskt kunna slå fast att en problematisk relation till mat och ätande är de facto ätstörningsproblematik bland respondenterna. Det saknas kunskap om ätstörningar bland transpersoner i Sverige, och det är därför nödvändigt att hänvisa till viss internationell forskning som kan ge indikationer på hur situationen ser ut bland transpersoner.

Som diskuteras under avsnittet ovan om minoritetsstress som möjlig förklaringsmodell definierar Velez et al. (2016) negativa attityder mot transpersoner och kongruens, i vilken grad transpersoner känner att deras könsuttryck stämmer överens/ passerar i enlighet med det kön de identifierar sig som, som två specifika minoritetsstressfaktorer särskilt relevanta för transpersoner. De fann ett positivt samband mellan negativa attityder gentemot transpersoner, starkt kroppsfokus, tvångsmässig träning och internalisering av dominerande normer kring vad som bedöms vara ett attraktivt utseende (Velez et al. 2016). Studiens resultat visar att man särskilt måste bejaka mino-

ritetsstressfaktorer som är direkt relaterade till negativa attityder gentemot transpersoner som påverkar transpersoners syn på den egna kroppen, det egna utseende och därigenom transpersoners psykiska välbefinnande.

I en studie från USA som har analyserat data från *National College Health Assessment II* där respondenterna består av 289 024 studenter vid 223 amerikanska högskolor uppger 16 procent av de transidentifierade personerna att de är diagnosticerade med ätstörningar (Diemer, Grant, Munn-Chernoff, Patterson, Duncan 2015). I en studie från Kanada undersöktes ätstörningsproblematik bland 97 ungdomar som var diagnosticerade med könsdysfori. 5 av de 97 patienterna var diagnosticerade med någon typ av ätstörning och 10 av patienterna hade någon form av ätstörningsrelaterade symptom (Feder, Isserlin, Seale, Hammond & Norris 2017). Det poängteras i studien att i tidigare undersökningar om förekomsten av ätstörningsrelaterade diagnoser bland unga ciskvinnor visade att 0,37 procent var diagnosticerade med anorexia nervosa och 1 procent med bulimia nervosa, bland cismännen hade 0,3 procent anorexia nervosa och 0,5 procent bulimia nervosa (Feder et. al., 2017). Genom att använda siffran för anorexia nervosa som jämförelse slår forskarna fast att transmän har 19 gånger, och transkvinnor har 10 gånger högre risk att utveckla ätstörningsproblematik i jämförelse med ciskvinnor (Feder et. al., 2017). Resultatet visar alltså att det är särskilt bland transmän som ätstörningsproblematiken är som störst vilket är i enlighet med en tidigare studie av Vocks, Stahn, Loenser & Legenbauer (2009).

En möjlig förklaring till detta är att många transmän är missnöjda med kroppens feminina drag som bröst och höfter och försöker undertrycka dragen genom strikta dieter, viktminskning, överdriven träning med mera (Ålgars, Alanka, Santtila & Sandnabba 2012; Becker, Nieder, Cerwenka, Briken, Kreukels, Cohen-Kettenis, Cuypere, Haraldsen & Richter-Appelt 2016).

I en annan studie konstateras en ökad grad av bulimia nervosa bland transmän/transpojkar. De som ingick i studien hade en medianålder på 14,75 år, och hade utvecklat bulimi trots pubertetsdämpande behandling under en period på ungefär 2 år. Forskarna slår fast att det är först efter att personerna hade fått könsbekräftande kirurgi som missnöjet med kroppen minskade (de Vries, McGuire, Steensma, Wagenaar, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2014).

I en kvalitativ studie av transpersoner boende i Finland (11 transmän och 9 transkvinnor) fann man att över hälften av respondenterna hade gått på någon form av diet, en fjärdedel rapporterade hetsätning, en fjärdedel rapporterade rensning genom exempelvis laxerande, och slutligen rapporterade uppemot hälften överdriven träning (Ålgars et. al. 2012). Ålgars et. al. (2012) diskuterar olika förklaringsmodeller till varför ätstörningsproblematik var förekommande bland transpersonerna i deras urval. I likhet med tidigare nämnda resultat från USA och Kanada var den vanligaste orsaken till ätstörningsproblematik strävan efter att undertrycka fysiska aspekter av det kön man tilldelats vid födseln och att istället framhäva det kön man identifierade sig som. Även i denna studie minskade ätstörningsproblematiken hos respondenterna när de fick könsbekräftande vård. I och med att Ålgars et al. (2012) var en kvalitativ studie med ett begränsat antal respondenter skall resultaten tolkas med varsamhet. Däremot ger studien vissa indikationer som liknar resultat i större internationella studier.

I en större litteraturgenomgång av Jones, Haycraft, Murjan och Arcelus (2016) om transpersoner och ätstörningsproblematik bekräftas resultaten från tidigare nämnda studier. I granskningen slås det fast att missnöje med kroppen är en central orsak till de stressorer transpersoner har erfarenheter av, och att dessa stressorer bidrar till att transpersoner är en särskilt utsatt grupp för risken att utveckla ätstörningsproblematik.

Utredningen kan utifrån detta konstatera att det behövs forskning på området transpersoner och ätstörningsproblematik i Sverige. Det är av stor vikt att hälso- och sjukvårdspersonal har kunskaper om transpersoners särskilda utsatthet för ätstörningsproblematik och att denna utsatthet och problematik i stor grad beror på missnöje med kroppens könsspecifika drag. Tidigt insatt könsbekräftande vård och psykosocialt råd och stöd avseende den egna kroppsbilden innan och efter den könsbekräftande vården behövs.

7.4 Självmordstankar och självmordsförsök

Transpersoner är kraftigt överrepresenterade när det gäller självmordstankar och självmordsförsök i jämförelse med övriga befolkningen. Enligt Folkhälsomyndighetens (2015a) undersökning så har

36 procent övervägt att ta sitt liv under det senaste året, jämfört med 6 procent bland befolkningen i allmänhet.

Tabell 7.1 Andel som allvarligt övervägt att ta sitt liv de senaste 12 månaderna fördelat efter ålder (N=777)

Ålder	Andel i procent
15–19 år	57
20–29 år	41
30–44 år	30

Källa: Folkhälsomyndighetens 2015a.

Enligt Folkhälsomyndighetens enkätundersökning (2015a) har 57 procent av unga i åldern 15 och 19 övervägt att ta sitt liv de senaste tolv månaderna. Andelen som gjort självmordsförsök under det senaste året är nästan fem gånger större än bland befolkningen i allmänhet. Självmordsförsök är vanligare bland yngre transpersoner än bland äldre. 40 procent i åldrarna 15–19 år har uppgett att de någon gång försökt att ta sitt liv. Bland respondenterna som allvarligt övervägt att ta sitt liv och/eller försökt ta sitt liv angav 18 procent att det helt och hållet berodde på deras transerfarenhet. Totalt 72 procent svarade att det berodde till viss del på transerfarenhet (Folkhälsomyndigheten 2015a). Resultaten är i linje med internationell forskning där självmordsförsök/självmordstankarna ligger mellan 40 och 50 procent (Moody & Smith 2013, Williams 2017, Virupaksha, Daliboyina & Jayashree 2016).

Tabell 7.2 Andel av när TGEU:s svenska respondenter har försökt ta sitt eget liv (n = 472)

När respondenten försökt ta sitt eget liv	Andel i procent
Någon gång under sin livstid	25
Senaste tolv månader	10

Källa: TGEU 2017a.

I TGEU:s enkätundersökning från 2016 har 25 procent av de svenska respondenterna någon gång försökt ta sitt liv. 10 procent uppgett att de försökt ta sitt liv under det senaste året. Undersökningen visar inga skillnader mellan olika grupper av transpersoner (TGEU 2017a).

Tabell 7.3 Andel av var TGEU:s svenska respondenter sökt hjälp för självmordstankar eller självmordsförsök de senaste tolv månaderna (n = 472)

Var har respondenten sökt hjälp	Andel i procent
Inte sökt hjälp alls	59
Hos vänner eller familjemedlemmar	36
Professionell hjälp (psykiatri eller motsvarande)	48

Källa: TGEU 2017a

Som svar frågan om var man söker hjälp svarade 59 procent av TGEU:s respondenter att de inte sökt hjälp alls, 36 procent har sökt hjälp hos vänner eller familjemedlemmar och 48 procent hade sökt professionell hjälp genom psykiatri eller motsvarande (TGEU 2017a). Även TGEU:s undersökning visar en större utsatthet i de yngre åldersgrupperna när det gäller självmordstankar och självmordsförsök (TGEU 2017a).

En studie från USA, som har analyserat resultaten av National Transgender Discrimination Survey¹, visar att självmordsförsök är vanligare bland collegestudenter som inte fått eller har haft svårt att få tillgång till boenden och toaletter utifrån egen könsidentitet på campus. Samma studie visar att självmordsförsöken är överrepresenterade hos icke-vita, personer med funktionsnedsättning, personer från landsbygd och personer som oftare uppfattas som transpersoner av andra. Transkvinnor hade oftare erfarenhet av att nekas tillträde till toaletter. I USA är det vanligt att högskolorna har könssegregerade boenden och att studenter tilldelas boende utifrån könet som registrerades för dem när de föddes. Det saknas ofta möjlighet till enkelrum på campus och det har hänt att högskolor nekat transstudenter boenden (Seelman 2016).

Transpersoners ökade utsatthet för tankar om, och försök till självmord är ett väl dokumenterat område i ett flertal litteraturgenomgångar och det finns ett flertal orsaksförklaringar i litteraturen om varför självmordsbenägenheten är så hög inom gruppen (Williams 2017, Virupaksha, Daliboyina & Jayashree 2016). Avsaknad av stöd från familjen och av ens sociala omgivning, könsbaserad diskrimi-

¹ Den största enkätundersökningen som riktar sig till transpersoner som genomförs i USA. Undersökningen görs av National LGBTQ Task Force and National Center for Transgender Equality.

nering, övergrepp och våld, könsdysfori, kroppsrelaterad skam, svårigheter under den könsbekräftande processen, mobbning och trakasserier av familj, polis eller personal inom hälso- och sjukvården är några orsaksförklaringar till transpersoners ökade självmordsbenägenhet (Williams 2017, Virupaksha, Daliboyina & Jayashree 2016).

7.4.1 Att förebygga självmord och självmordsförsök

Att transpersoner har en ökad risk för självmord och självmordsförsök är som redogjorts för ovan väldokumenterat (Folkhälsomyndigheten 2015a, Moody & Smith 2013, Williams 2017, Virupaksha, Daliboyina & Jayashree 2016). Litteraturen avseende förebyggande insatser och vilka insatser som har bäst effekt är dock begränsad (Moody & Smith 2013). Som påpekats under rubriken ovan om psykiskt välbefinnande finns det viss osäkerhet kring vilka faktorer som särskilt påverkar transpersoners psykiska hälsa i jämförelse med andra grupper. Ett rimligt antagande är att samma osäkerhet finns inom området suicid. Det pågår dock ett flertal insatser på området suicid i Sverige och vissa åtgärder är helt nya.

Suicidpreventiva handlingsplaner och insatser

Riksdagen beslutade år 2008 om ett nationellt handlingsprogram för att minska antalet självmord (Folkhälsomyndigheten 2016a). Visionen för arbetet är att ingen människa ska behöva hamna i en sådan utsatt situation att självmord ses som den enda utvägen. Programmet innehåller nio åtgärdsområden. Två av dessa är att främja goda livschanser för mindre gynnade grupper samt att minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och i högriskgrupper för suicid, områden som är särskilt relevanta för transpersoner. Antalet självmord i Sverige har minskat med 20 procent de senaste 15 åren. Det gäller däremot inte för unga mellan 15 och 24 år. Även hbtq-personer och utlandsfödda pekas i handlingsprogrammet ut som överrepresenterade grupper i självmordsstatistiken (Folkhälsomyndigheten 2016a).

2015 beslutade regeringen att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att: utveckla samordning och samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer, ta fram kunskapssammanställningar, bedriva kunskapsspridning och vägledning, ta fram ny kunskap samt ge stöd till

utveckling av sådan kunskap, utveckla uppföljningen av det suicidpreventiva arbetet, samt publicera årliga sammanfattande rapporter om utvecklingen på området. För 2017 fick Folkhälsomyndigheten 5 miljoner kronor för genomförande av uppdraget.

Folkhälsomyndigheten (2016b) har, utifrån uppdraget, genomfört en kartläggning av det suicidpreventiva arbetet i kommuner, landsting och länsstyrelser. Den visar att det är vanligare att landsting (71 procent) samordnar eller deltar i suicidpreventivt arbete utanför den kliniska verksamheten än att kommuner gör det (23 procent). En tredjedel av landstingen jämfört med en dryg tiondel av kommunerna hade handlingsplaner med ett uttalat mål att förebygga suicid. Flera kommuner (12 procent) uppgav att de hade planer på att starta ett suicidpreventivt arbete under det närmsta året. I undersökningen ställdes också frågor om suicidpreventiva insatser som till exempel om utbildningsinsatser riktade till personal. 23 procent av kommunerna och 57 procent av landstingen hade genomfört utbildningsinsatser (Folkhälsomyndigheten 2016b). Det framgår inte av rapporten huruvida insatser gentemot transpersoner eller hbtq-gruppen i stort har skett.

Civila samhällets suicidpreventiva arbete

Folkhälsomyndigheten beviljade 2017 för första gången statsbidrag till ideella organisationer för att bedriva främjande och förebyggande arbete inom området psykisk hälsa och suicidprevention (under perioden 1 april–31 december 2017). Folkhälsomyndigheten hade 10 miljoner kronor att fördela och totalt 17 organisationer fick ekonomiskt bidrag till främjande och förebyggande arbete inom suicidpreventionen. Folkhälsomyndigheten fördelar bidrag också för år 2018 under förutsättning att regeringen beviljar medel.

Insatser med hbtq-fokus

RFSL beviljades 750 000 kronor och RFSL Ungdom 300 000 kronor av Folkhälsomyndigheten för att bedriva främjande och förebyggande arbete inom psykisk hälsa och suicidprevention under perioden 1 april–31 december 2017. En målsättning är att stärka RFSL:s förutsättningar att hantera och förebygga psykisk ohälsa, suicidtankar

och suicidförsök bland medlemmar/hbtq-personer. Detta ska göras genom kompetenshöjande insatser till avdelningsaktiva och till förbundskansliets personal. En annan målsättning är att kunna erbjuda stöd och information till transpersoner med psykisk ohälsa och suicidtankar. Detta görs genom att RFSL går in som en aktiv samarbetspartner för RFSL Ungdoms hemsida transformering.se och i arbetet med att besvara de mejl som inkommer till trans@rfslungdom.se. Under 2016 tog transmejljen emot 750 epostmeddelanden från transpersoner, anhöriga och yrkesverksamma (enligt epost från Edward Summanen, RFSL²).

Den ideella organisationen Suicide Zero och dess ambassadör Saga Becker³ lanserade under november 2016 kampanjen HBTQ förebygger självmord. Den går ut på att sätta hbtq-frågor på agendan och öka kunskapen om att gruppen är extra utsatt för övergrepp, hot, misshandel och fördomar, något som lett till att hbtq-personer är överrepresenterade i självmordsstatistiken. Kampanjen förespråkar också att i alla län och kommuner bör det finnas en handlingsplan för hur självmorden ska minska. Enligt Suicide Zero bör det också finnas konkretiserat hur hbtq-personer ska kunna stöttas i länens och kommunernas handlingsplaner.

7.5 Alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT)

7.5.1 Alkohol

Hos respondenterna i Folkhälsomyndighetens enkätstudie (2015a), som ju alltså riktade sig till transpersoner, var det vanligast att dricka alkohol en gång per månad eller mer sällan (38 procent). Näst vanligast var att dricka alkohol 2–4 gånger per månad (28 procent) och att inte dricka alkohol alls (17 procent). En tredjedel uppgav att de dricker 1–2 glas en typisk dag då de dricker alkohol och en fjärdedel att de dricker 3–4 glas. Totalt uppgav 13 procent att de dricker 5–6 glas en typisk dag då de dricker alkohol. Generellt har respon-

² Epost från Edward Summanen, RFSL. Inkommet 2017-06-14. Dnr. Komm 2017/00927 Re: frågor om ert suicidpreventiva arbete

³ Öppet transidentifierad skådespelerska som år 2015 vann Guldbagge i kategorin bästa kvinnliga huvudroll för sin rolltolkning i Nánting måste gå sönder.

denterna som rapporterat att de dricker oftare också rapporterat att de dricker större mängder alkohol per tillfälle.

Det finns ett samband mellan alkoholkonsumtion och suicidförekomst i befolkningen. På individnivå finns det också vetenskapligt stöd för att en hög konsumtion av alkohol ökar risken för suicid. Alkohol gör det till exempel svårare för individen att hantera impulser, vilket i sin tur kan leda till ett mer riskfullt beteende (Folkhälsomyndigheten 2016a). Den internationella forskningen (som till stor del fokuserar på användning av alkohol) när det gäller riskbruk och missbruk av alkohol och narkotika visar dock inga enhetliga resultat (Reisner et al. 2016).

7.5.2 Narkotika

8 procent av Folkhälsomyndighetens (2015a) respondenter har använt droger det senaste halvåret och användning av droger var något vanligare bland transpersoner i åldrarna 15–29 år. Nästan 8 procent av respondenterna angav att de har använt droger under de senaste 6 månaderna. Droganvändning var vanligare bland de yngre åldersgrupperna 15–29 år (11 procent). De vanligaste drogerna var cannabis (83 procent), amfetamin (23 procent), andra ospecificerade droger (20 procent) samt kokain, ecstasy och poppers (14 procent vardera) (Folkhälsomyndigheten 2015a). Hur detta skiljer sig från övriga befolkningen och andra utsatta grupper är dock inte möjligt att svara på då det saknas jämförelsesiffror.

7.5.3 Tobak

Folkhälsomyndighetens enkätundersökning (2015a) visar att transpersoner röker i nästan dubbelt så stor utsträckning som befolkningen i allmänhet. Även bruket av snus är högre i gruppen.

7.5.4 Struktur för ANDT-arbetet

Regeringen beslutade om en förnyad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (skr. 2015/16:86) i februari 2016. Den nya strategin avser perioden 2016–2020 och ersätter den första

ANDT-strategin som antogs av riksdagen i mars 2011 för perioden 2011–2015. Det övergripande målet från 2011 ligger fast för den nya strategiperioden. Det övergripande målet är ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk. Regeringen tydliggör dock i strategin att jämlikhets- och jämställdhetsperspektiven ska genomsyra ANDT-arbetet samt att barn ska skyddas från skadliga effekter orsakade av ANDT.

Strategin för att uppnå det övergripande målet består av flera delar. Utöver det övergripande målet anges för den nya perioden sex mål som i likhet med det övergripande målet är tänkta att ligga fast även på längre sikt. Kopplat till varje mål finns ett antal insatsområden (totalt 23 stycken) som ska styra utvecklingen mot uppsatta mål för strategiperioden 2016–2020. Strategin ska genomföras med hjälp av långsiktigt hållbara strukturer på alla nivåer i samhället. Sammanlagt 14 nationella myndigheter räknas som ansvariga inom ANDT-området, och till de centrala aktörerna hör länsstyrelserna och Folkhälsomyndigheten. Uppföljning av strategin görs genom ett antal indikatorer som redovisas löpande. Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att följa upp utvecklingen genom indikatorerna. Dessutom ska myndigheterna med ansvar inom ANDT-området regelbundet redogöra för sin verksamhet till regeringen (skr. 2015/16:86).

Beskrivningen av vad som utgör ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv saknar skrivningar om könsidentitet och/eller könsuttryck, och även sexuell läggning. Däremot nämns kön, ålder, socioekonomisk tillhörighet och boendeort. Dessa faktorer har, enligt strategin, en avgörande betydelse för om förebyggande insatser ska få effekt eller inte. Skillnader i bruk, riskbruk, missbruk och beroende hänger liksom andra ANDT-relaterade skador inte bara samman med socioekonomisk situation utan påverkas även av demografiska förhållanden som kön, ålder, etnisk bakgrund, boendeort, etc.

I tre av sex mål för det fortsatta ANDT-arbetet står det att målen gäller kvinnor och män samt flickor och pojkar. På så vis önskar regeringen tydliggöra jämlikhets- och jämställdhetsperspektivet i ANDT-politiken: ”De jämställdhetspolitiska målen anger inriktningen för ett systematiskt jämställdhetsarbete och omfattar alla politikområden, vilket även gäller ANDT-politiken. I målformuleringarna lyfts därför genomgående både kvinnor och män liksom flickor och pojkar fram. Syftet är att detta ska leda till effektivare insatser som

är anpassade till de skilda behov som kan finnas hos kvinnor och män” (skr. 2015/16:86).

Samordning och statsbidrag

Folkhälsomyndigheten har ett särskilt ansvar för den samordnade uppföljningen samt ett ansvar för att genom tillsyn, tillsynsvägledning och tillståndsgivning bidra till att lagstiftningarna inom alkohol- och tobakområdena följs. I syfte att förstärka samordningen av ANDT-politiken har regeringen även inrättat ett ANDT-råd som har en central roll i spridningen av mål och inriktningen i regeringens ANDT-strategi. I rådet sitter myndighetschefer, Sveriges Kommuner och landsting, forskare samt idéburna organisationer.

Folkhälsomyndigheten handlägger statsbidrag i form av projektmedel på området och syftet är att stödja utvecklingen av ett långsiktigt hållbart kunskapsbaserat preventivt ANDT-arbete. Enligt ANDT-strategin kan medlen användas för att stödja tillämpning av redan kända och verkningsfulla metoder och arbetssätt som behöver spridas geografiskt eller till fler grupper, för utveckling av nya metoder och arbetssätt, för att generera ny kunskap samt sprida erfarenheter av framgångsrikt och väl dokumenterat arbete.

För 2017 fördelade myndigheten bidrag till 24 ANDT-förebyggande projekt där projekten beviljades mellan 500 000 och 3,2 miljoner vardera. Enligt förordning 2017:811 fördelar Folkhälsomyndigheten även statsbidrag till telefon- och webbaserade stödinsatser inom områdena alkohol, tobak och spel om pengar. Inga insatser med särskilt fokus på hbt-gruppen har beviljats bidrag förutom ett mindre projekt i regi av RFSL som genomfördes 2011–2013 (se vidare under rubriken ”Insatser med Hbtq-fokus”).

Socialstyrelsens roll

Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvården, annan medicinsk verksamhet och i frågor som rör alkohol och missbruksmedel. Socialstyrelsen ska också bistå regeringen med underlag och expertkunskap inom sitt verksamhetsområde.

Länsstyrelsernas roll och andra myndigheters ansvar

Enligt ANDT-strategin ligger ansvaret för den regionala samordningen av ANDT-politiken på länsstyrelserna – de så kallade ANDT-samordnarna. Länsstyrelserna ska enligt instruktion se till att de nationella målen för ANDT-politiken genomförs lokalt och regionalt. Länsstyrelserna spelar en viktig roll i att kunna sammanställa och väga samman nationell kunskap med lokala och regionala förutsättningar. En välfungerande samverkan mellan den regionala samordningen och tillsynen är också av stor betydelse för genomförandet av ANDT-strategin. I övrigt räknas sammanlagt 14 myndigheter som ansvariga inom ANDT-området. Det handlar till exempel om brottsförebyggande, brottsbekämpande, tillsyn, trafiksäkerhet, hälso- och sjukvård, socialtjänst, kriminalvård och hälsofrämjande bland barn och unga.

Kommunernas roll

Kommunerna har enligt socialtjänstlagen (2001:453) ett generellt ansvar för att främja människornas ekonomiska och sociala trygghet samt jämlikhet i levnadsvillkor. Socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Socialnämnden ska genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. I fråga om barn och unga ska socialnämnden aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel. Exempel på åtgärder som behöver utföras på lokal nivå är att systematiskt uppmärksamma risk- och missbruksproblem inom olika verksamheter. Förebyggande arbete kan även bedrivas i samarbete med föreningar och som en del av föreringsstödet (till exempel i form av policykrav för att få medel) samt förebyggande arbete i skolan.

Kommunerna fyller en viktig roll när det gäller att förebygga hälsomässiga och sociala skador på grund av missbruk. Kommunerna har ett ansvar för att främja goda uppväxtvillkor, utbildning, ekonomisk trygghet och socialt deltagande i samhället, det vill säga faktorer som påverkar risken för missbruk. Med hänsyn till kommunernas

allmänna ansvar för kommuninvånarna är frågor kopplade till problematik kring riskbruk, missbruk och beroende inte enbart ett ansvar för socialtjänsten. Ett preventivt synsätt bör även beaktas när så är lämpligt i andra kommunala verksamheter som skol-, fritids-, kultur- och hälsoskyddsverksamheter. Tillsynen är en viktig del i det preventiva arbetet.

Kommunen har en stor del av ansvaret för att den omedelbara tillsynen över att tobakslagen och föreskrifter följs. När det gäller handel, till exempel regler om åldersgräns, har kommunen och Polismyndigheten ett gemensamt ansvar. Kommunen och Polismyndigheten har också ett gemensamt ansvar för tillsyn över bestämmelser om servering av alkoholdrycker samt över detaljhandeln med folköl. Kommunen utfärdar även serveringstillstånd som krävs för att kunna servera alkoholdrycker.

Landstingens roll

Med hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada enligt 3 kap. 1 § 8 patientlagen (2014:821).

Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Landstinget ska även i övrigt verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vissa hälsofrämjande insatser kräver en sektorsövergripande samverkan. Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller är missbrukare av alkohol eller något annat beroendeframkallande medel. Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider. Personer med missbruksproblematik har ofta behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. För att stärka samverkan mellan

landsting och kommuner och bättre tillgodose målgruppens behov är huvudmännen skyldiga att ingå en överenskommelse om samverkan. Landstingens verksamhet för att förebygga och behandla skador till följd av ANDT-bruk finns till exempel inom ramen för verksamheter som arbetar med att stödja beteendeförändringar, såsom primärvård, missbruks- och beroendevård, psykiatri eller livsstilsomläggningar.

Aktörer med ansvar för preventionsarbete inom flera områden

På lokal och regional nivå är det i stor utsträckning samma aktörer som är ansvariga för preventionsarbete inom flera olika områden som psykisk ohälsa, brotts- och våldsprevention, föräldraskapsstöd och ANDT. Folkhälsosamordnare och motsvarande professioner har en viktig roll, liksom personal inom arenor där barn och unga vistas. Socialtjänst, primärvård, mödra- och barnhälsovård, förskola, skola, elevhälsa, fritids- och föreningsverksamhet, näringsliv, polis och tillsyn är några av de verksamheter som kan behöva samverka. Många av landets kommuner tar ett helhetsgrepp kring dessa frågor och har en gemensam funktion för exempelvis ANDT-arbete och folkhälsa, eller för ANDT-arbete och brottsförebyggande arbete.

Civila samhällets roll

Enligt den nationella strategin för ANDT-politiken har det civila samhällets organisationer stor betydelse för ANDT-området. Organisationerna anses vara en viktig och unik resurs i genomförandet av ANDT-strategin då de i ett tidigt skede kan fånga upp personer med risk- eller missbruksproblematik samt att förebygga att dessa problem uppstår. I strategin nämns i idrottsrörelsen, ungdoms- och invandringsorganisationer tillsammans med andra ideella organisationer, sociala mötesplatser och arenor där inte minst barn och unga befinner sig.

Insatser med hbtq-fokus

2011–2013 fick RFSL bidrag från dåvarande Folkhälsoinstitutet för att genomföra en studie om hbt-kvinnors alkoholkonsumtion. Rapporten, *Alkohol spelar roll – En studie i hbt-kvinnors alkoholbruk* (Larsdotter 2014) visar på ett flertal utmaningar. Många av informanterna använder alkohol som ett sätt att underlätta situationer som ragg, flirt och annat kontakttagande på ett allmänt plan. Normer kring kön och möjligheten att röra sig utanför dessa under alkoholpåverkan spelar in som faktorer. En del personer uppger också att alkohol kan spela en roll för att de ska våga ha sex eller prova nya sexuella praktiker. Samtidigt kan alkohol ha en negativ inverkan vad gäller oönskade sexuella inviter och kontakter. RFSL och RFSL Stockholm driver sedan hösten 2014 hemsidan alkoholsmart.se, om alkohol, sex och relationer (Alkoholsmart 2017) som främst finansierats av statsbidraget som går till hivprevention.

Som diskuterats ovan fokuserar ANDT-strategins skrivningar i huvudsak på insatser med utgångspunkt i socioekonomiska, och sociodemografiska skillnader. I och med att statsbidragen syftar till genomförande av ANDT-strategin i sin nuvarande form är en följd av detta att insatser inte riktas specifikt mot mindre, särskilda målgrupper där risk- eller missbruksproblematiken är stor. Det framgår exempelvis på Folkhälsomyndighetens hemsida att myndigheten gärna ser projektansökningar med fokus på att utvärdera effekterna av hälsofrämjande och förebyggande insatser med hänsyn till socioekonomiska skillnader.

RFSL som arbetar med hbtq-gruppen har kritiserat regeringen för att särskilt utsatta grupper inte skrivits in som ett särskilt perspektiv inom ANDT-strategin för år 2011–2015 och inte heller i den gällande ANDT-strategin för perioden 2016–2020 (RFSL 2016b). De har befarat att en konsekvens av ANDT-strategin i sin nuvarande form är att fokus kommer riktas in mot större grupper utifrån sociodemografiska eller socioekonomiska variabler och att detta försvårar för organisationer som riktar sig mot mindre grupper. Ett inkluderande av särskilt utsatta grupper kan å andra sidan sägas ingå i utmaningar relaterade till sociodemografi eller socioekonomi. Det är dock RFSL:s uppfattning att en sådan generalisering gör att mindre grupper faller utanför och att specifika insatser och stöd till aktörer som vill genomföra projekt inte prioriteras.

8 Bemötande inom hälso- och sjukvården samt social omsorg

I utredningens direktiv står att vi, med utgångspunkt i tidigare genomförda studier, ska kartlägga hur bemötandet ser ut för transpersoner inom hälso- och sjukvården. Utredningen ska också medverka till att sprida kunskap om transpersoners levnadsvillkor till yrkespersoner inom hälso- och sjukvården och andra relevanta verksamheter.

8.1 Generella iakttagelser

Målet för hälso- och sjukvården är, enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 3 kap. 1 §, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Diskrimineringsombudsmannen (DO) konstaterar i sin rapport *Rätten till sjukvård på lika villkor* (Diskrimineringsombudsmannen 2012) att svensk sjukvård generellt håller hög kvalitet, men den är inte jämlik och det finns problem med diskriminering. Vissa grupper av patienter upplever att de får ett sämre bemötande än andra. Det finns också grupper som har betydligt svårare än andra att få tillgång till rätt vård. Sjukvårdens bemötande av vårdsökande ger även konsekvenser för människors benägenhet att söka vård. I rapporten lyfts också det saknas kunskap om transdiagnoser inom den allmänna hälso- och sjukvården samt att bristen på kunskap om kön, könsidentitet och könsuttryck leder till att transidentifierade patienter upplever sämre bemötande och tillgång till sjukvård jämfört med andra patienter (Diskrimineringsombudsmannen 2012).

Alla har rätt att bli bemötta på ett professionellt och värdigt sätt. Det gäller både patienter och närstående. I lika hög grad gäller det

omvända att patienter och närstående visar vårdpersonalen respekt (1177.se, hämtad 2017-09-12).

Brister i bemötandet mellan patient och personal kan leda till brister i kommunikationen och informationen. Det kan i sin tur leda till patientsäkerhetsrisker. Brister i bemötandet kan även leda till att patienten inte följer ordinationer och behandlingsrekommendationer, att patienten inte återkommer trots att dennes tillstånd kräver det samt att patienten eller personalen inte uppfattar väsentlig information (Socialstyrelsen 2017b). Rapporter från Socialstyrelsen och Diskrimineringsombudsmannen visar att det finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen och att bemötandet och den vård som erbjuds skiljer sig åt beroende bland annat på faktorer som kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Rapporterna visar att dessa faktorer samverkar med de socioekonomiska faktorerna och missgynnar människor med exempelvis låg utbildning, låg yrkesstatus, låg lön, ingen eller liten kontantmarginal och annat födelseland än Sverige. Detta sker trots att alla har rätt till en vård på lika villkor (Socialstyrelsen 2015c).

8.1.1 Transpersoners upplevelser av bemötande inom hälso- och sjukvården

Ett flertal rapporter visar att transpersoner upplever ett dåligt eller bristfälligt bemötande inom vården och andra hälsofrämjande och behandlande verksamheter, till exempel socialtjänst. Till utredningen har framför allt berättelser om negativa erfarenheter inkommit, vilket inte är överraskande eftersom personer med dessa erfarenheter har större skäl att kontakta utredningen samt att vårt övergripande fokus i arbetet varit att identifiera hinder för transpersoner att leva i enlighet med sin könsidentitet.

I Folkhälsomyndighetens enkätundersökning från 2015 anger mer än var fjärde att man blivit dåligt bemött inom sjukvården på grund av sin transerfarenhet. Fem procent har dessutom vägrats vård på grund av samma skäl. Oro inför att bli dåligt bemött och/eller tidigare erfarenheter av dåligt bemötande gör att många undviker att söka vård. Totalt 40 procent har skjutit upp att söka vård på grund av oro för dåligt bemötande, och var fjärde respondent (23 procent) gjorde det på grund av tidigare erfarenheter av dåligt bemötande.

Ungefär en tredjedel uppgav att sjukvårdspersonalen har velat hjälpa till men att de saknade nödvändig kunskap om transfrågor. Nästan lika många rapporterade att de behövde utbilda sjukvårdspersonalen om sin transerfarenhet för att kunna få rätt hjälp. Respondenterna angav dessutom att sjukvårdspersonalen inte velat använda respondenternas rätta eller egenvalda namn respektive pronomen (13 procent respektive 19 procent) (Folkhälsomyndigheten 2015a).

Liknande resultat presenteras i Transgender Europes rapport *Overdiagnosed but Under Served. Trans Health Care in Georgia, Poland, Serbia, Spain and Sweden: Trans Health Survey* (TGEU2017a). Andelen av de svenska respondenterna i deras enkätundersökning som uppgett att de skjutit upp ett besök till den allmänna hälso- och sjukvården är 62 procent (TGEU 2017a).

Resultaten från enkäten till svenska respondenter visar att transmän (75 procent) undvek besök till allmänna hälso- och sjukvården i större utsträckning än transkvinnor (51 procent) och ickebinära (58 procent). Totalt 23 procent av respondenterna angav att de hade upplevt diskriminering inom hälso- och sjukvården under det senaste året. Bland dessa var det betydligt vanligare att skjuta på besök till den allmänna hälso- och sjukvården (92 procent), än bland de som inte upplevt diskriminering (53 procent). Den allmänna hälso- och sjukvården behöver ökad transkompetens, både vad gäller bemötande men även för att kunna ge transpersoner adekvat vård, menade de svarande i TGEU:s enkätundersökning. Totalt 91 procent anser att den allmänna hälso- och sjukvården skulle bli mer tillgänglig om personalen genomgick obligatorisk och regelbunden utbildning om transfrågor. Totalt 83 procent ser gärna hbtq- eller transspecifika vårdinrättningar och 90 procent anser att en lista på transkompetenta läkare och mottagningar skulle göra vården mer tillgänglig för transpersoner. Det var endast 27 procent av de transpersonerna i Sverige som kände till en transvänlig allmän vårdinrättning. Georgien var det enda andra landet i studien som hade en lägre andel som angav detta. I Spanien var det 70 procent som kände till en transvänlig allmän vårdinrättning (TGEU 2017a).

EU:s byrå för grundläggande rättigheters (FRA) enkätundersökning LGBT Survey 2012 visar liknande resultat för Sverige. Totalt 24 procent av transpersonerna i den undersökningen har upplevt att de blivit diskriminerade av vårdpersonal på grund av att de är transpersoner. 29 procent har upplevt opassande nyfikenhet hos sjukvårds-

personal. Drygt tio procent har fått byta läkare på grund av negativa reaktioner.

Problematiska möten med vården påverkar även andra områden i livet eftersom de bidrar till oro och ångest som bland annat begränsar individens tid, ork och lust att initiera meningsfulla fritidsaktiviteter (Ungdomsstyrelsen 2012).

År 2015 genomförde RFSL en kunskaps- och attitydmätning bland hbtq-personer. Totalt 5000 personer svarade på undersökningen, av dessa definierade sig 361 personer som transperson alternativt hade tidigare definierat sig som transperson. Resultaten redovisas i rapporten *Förtroende att stärka. Om hbtq-personers förtroende för olika samhällsinstitutioner och vad som behöver förändras*. (RFSL 2017b) I rapporten konstaterar RFSL att ungefär 40 procent av transpersonerna känner misstro inför att vården har ett professionellt bemötande av homo-, bisexuella och transpersoner som utsatts för våld, hot och trakasserier. Andelen är högre än bland hbtq-personer generellt där motsvarande andel är cirka 25 procent.

Folkhälsomyndighetens rapport *Rätten till hälsa. Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa*. från 2015 bekräftar bilden av problem med bemötande inom vården. 20 djupintervjuer med transpersoner ligger till grund för rapporten (Folkhälsomyndigheten 2016c). Flera beskriver det som påfrestande att behöva komma ut hela tiden, vid varje möte med en ny person, och att de upplever att de tilldelas en roll som uppslagsverk. Svaret läggs på individen att informera vårdpersonalen om vad det innebär att vara transperson. Många har också erfarenheter av att hälso- och sjukvårdspersonal tar tillfället i akt att lära sig mer om trans och till exempel har bett att få se kroppsdelar som inte varit av primärt intresse för vårdbesöket. Detta har även skett på mottagningar där personalen genomgått någon form av hbtq-utbildning. Erfarenheter av dåligt bemötande kan leda till att personer undviker eller skjuter på att söka vård. Det har även hänt att personer nekats stöd från hälso- och sjukvården med motiveringen att "valet att vara transperson" inte var förenligt med den yrkesverksammas etiska principer och den därför inte kunde behandla en patient som var transperson. Ickebinära vittnar också om att de upplevt att de inte blivit tagna på allvar och att deras identiteter betraktas som politiska (Folkhälsomyndigheten 2016c).

Ytterligare ett problem som kan uppstå i kontakt med vården är att personalen inte använder patientens önskade namn och/eller pronomen. Till exempel DO-anmälde (ANM 2014/355¹) Göteborgs rättighetscenter mot diskriminering Västra Götalandsregionen för diskriminering 2014 efter att en psykolog vägrat kalla en patient för ”hen” eller ”han”. Därefter hade den psykiatriska mottagningen nekat personen fortsatt vård hos annan psykolog med hänvisning till att de inte har hbtq-kompetens. En annan person berättade att den blivit frågad av vårdpersonal vad den hette tidigare, något som den upplevt som onödigt och förnedrande.

I vissa landsting måste transpersoner som vill påbörja en könsutredning söka sig till primärvården eller psykiatrin för att få remiss till könsutredningsteam. Många av de transpersoner som varit i kontakt med utredningen beskriver dessa möten som problematiska. En person har träffat flera psykologer som alla sagt att de inte anser att personen är trans och att den skulle må bättre om den skärpte sig och betedde sig som sitt ”riktiga” kön. En annan beskriver att primärvården först vägrat remittera den och att den själv fått ”ligga på väldigt hårt för att få dem att skicka remiss”. I TGEU:s enkätundersökning har det funnits öppnasvarsalternativ på vissa frågor, där respondenterna kunnat lämna fritextsvar. Där han en person, som vänt sig till en psykiatrisk mottagning för att få en remiss till könsutredning, berättat:

Psykiatrin i /svenskt landsting/ har i bästa fall varit ohjälpsamma, men ofta otrevliga och oförstående. Framförallt så har de först vägrat skriva remiss, sen skrivit en felaktig remiss och till slut – efter ett år av tjtande – skrev de en komplett remiss som gjorde att jag kallades till utredningsteamet (TGEU 2017b).

Problematiken med svårigheter att komma till teamen för den könsbekräftande vården beskrivs mer utförligt i kapitel 15 i detta betänkande. Det finns också berättelser om problem med tillgänglighet inom vården. Dessa problem uppstår som följd av att Sverige har könskodade personnummer och berör journalsystem för juridiska män som blir gravida och föder barn (se avsnitt 8.4 i detta kapitel), men även kallelse till screening för olika cancerformer och möjlighet

¹ DO avslutade ärendet 2014-04-03. Skäl för beslut: Efter att ha gått igenom uppgifterna i din anmälan har DO beslutat att inte starta en utredning, utan vi avslutar ditt ärende. Vi har inte tagit ställning till om du har blivit diskriminerad.

att beställa klamydiatest online som berörs i kapitel 11 om administrativa problem för personer som ändrat juridiskt kön.

8.1.2 Brister i bemötande påverkar teamen för den könsbekräftande vården

Bristande bemötande och transkompetens inom den allmänna hälso- och sjukvården påverkar inte bara patienterna utan även de anställda vid könsutredningsteam. Det framkommer i de intervjuer som utredningen gjort med fem endokrinologer vid dessa team. En endokrinolog beskriver hur varierad kunskapsnivån är inom den allmänna hälso- och sjukvården samt vilka konsekvenser det kan få när kunskapen saknas och bemötandet brister:

Det behövs ständigt mer information och utbildning. Jag har/patienter/ som råkar rätt tråkigt ut när de gör akutbesök, till exempel. Jag hade en transkvinna som sökte på grund av buksmärter och så trodde man att det var en cysta som hade snurrat. Och så skulle man skicka i väg patienten på en gynekologundersökning, och då berättade den här personen om transitionen, och den doktorn sa någon otroligt trist kommentar, som sårade enormt mycket. Där har jag fått använda jättemycket psykologkontakt för att /patienten ska/ hamna på banan igen. Jag ringde kirurgkliniken och bråkade som tusan över bemötandet och fick dem att officiellt be personen i fråga om ursäkt. Så man kan råka väldigt illa ut i vården. På apoteket kan folk säga, men du ska inte ha den här medicinen, den är ju för män. Och så står det tre personer bakom i kön. Då blir jag också helt vansinnigt arg. Och jag kan ju inte hålla på och arga runt, utan man skulle behöva göra någon sådan här allmän information, tycker jag. Och samma, nu har jag en transman som ska föda barn, och då måste jag höra av mig till förlossningsvården och prata med dem, förbereda dem, liksom bädda för den här patienten, så att /vårdpersonalen/ uppför sig som folk. Så det skulle jag önska att det bara flöt på. Att det var en självklarhet.[---] Det bottenar ofta i en brist på kunskap faktiskt. Folk som har kunskap betar sig ofta bättre.

I intervjuer med endokrinologerna framkommer också att de huvudsakliga områden där det finns behov av eftervård för personer som står på långvarig könskonträr hormonbehandling är psykiska, sociala och frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Det behöver finnas beredskap inom den allmänna hälso- och sjukvården att tillhandahålla denna eftervård.

8.2 Bemötande på vårdcentraler

Utredningen har tagit del av flera berättelser från personer som fått ett negativt bemötande på vårdcentraler. Några exempel på vad transpersoner råkat ut för på vårdcentraler är att fokus under besöket blir personens transidentitet trots att den söker vård för något där detta är irrelevant, till exempel ont i halsen, att personalen använder fel namn och pronomen eller att patienter får utbilda sina läkare om trans under pågående besök. En person beskriver ett besök på en vårdinrättning för att lämna blodprover. Hon blev både felkönad och ignorerad av personalen – som i stället pratade om ”honom” med hennes fru:

Jag är nålrädd och tar med min fru om jag ska lämna blodprov. Sköterskorna som ska ta blodet pratar inte ens med mig. De pratar med min fru istället och frågar om ”han har fastat”. Min fru rättar dem och vi blir båda arga. Men nästa gång är det likadant igen.

Jag har nu helt slutat söka till vården. Förutom att endokrinologen behöver blodprover en gång om året så är jag aldrig på vårdcentralen. Det är inte värt det. Det gör ondare att dödnarnas² och felkönas än det gör i mitt knä, min höft, min rygg. Jag orkar inte söka för depression heller, tidigare har det spekulerats kring diagnoser som borderline och kronisk depression, men sedan jag kom ut vill alla psykologer se min transerfarenhet som orsaken till allt. Till och med mardrömmarna om hur pappa slogs och söp (berättelse 74, transkvinna snart 30 år).

Utredningen har också fått in en berättelse från en person som vid ett tillfälle nekats vård:

En gång när jag skulle ta min Nebido-injektion (testosteron) så vägrade sjuksköterskan på vårdcentralen jag besökte ge mig den och hänvisade till att det var ett väldigt dyrt läkemedel och att jag därför skulle vända mig till vårdcentralen som jag är listad hos. Jag hade valt den här vårdcentralen eftersom de hade drop in-tider vid en tid på dagen när jag hade möjlighet att ta mig dit och har inte varit där vid något annat tillfälle. Det är viktigt att ta Nebido regelbundet och att inte behöva skjuta upp en injektion på grund av sjukvårdens bemötande. Jag blev väldigt chockad av sjuksköterskans bemötande och protesterade därför inte under det korta mötet utan kontaktade istället en annan vårdcentral (inte den där jag är listad då jag inte hade möjlighet att besöka den vid den tid de hade drop in-tider och jag visste sedan tidigare att deras distrikts-

² Att dödnarnas betyder när någon använder ens tidigare namn, som inte överensstämmer med personens könsidentitet.

sköterskor var fullbokade) där jag kunde ta min injektion nästa dag (Berättelse 20).

Det är vanligt att vårdcentralen är den första instans som personer vänder sig till för att få remiss till könsutredning. En person, som bor i ett landsting där könsutredningsteamet kräver remiss från psykiatriker, vände sig till sin husläkare på vårdcentralen för att få remiss till psykiatriker (som i sin tur skulle remittera vidare till könsutredningsteamet):

När jag kom i kontakt med min husläkare för att få min remiss till en psykiatriker visste inte läkaren vad trans var. Inte ens när jag försökte förklara i ett mer binärt narrativ förstod läkaren. Det var nära att läkaren inte ens skickade remissen till psykiatrikern. Dessutom tog psykiatrikern nästan inte emot remissen på grund av hur den var formulerad från min husläkare (Berättelse 39).

8.3 Bemötande inom psykiatrin

Utredningen har tagit del av flera berättelser om missförhållanden och dåligt bemötande inom psykiatrin. Ett exempel finns i en DO-anmälan från 2013 (ANM 2013/1884³) där en person besökt en psykiatrisk klinik för receptförnyelse. Läkaren har då uttryckt att hon ”förväntade sig en flicka”. Personen tog mycket illa vid sig av att läkaren på detta sätt uttryckte att hon inte tyckte att personens namn stämde överens med personens kön.

En annan person tog kontakt med psykiatrin för att få remiss till könsutredning:

Jag tog kontakt med vuxenpsykiatrin, men där visste man ingenting. Ingen kunde berätta vart jag skulle vända mig (berättelse 100, transgender 29 år).

³ DO avslutade ärendet 2013-12-27. Skäl för beslut: Efter att ha gått igenom uppgifterna i din anmälan har DO beslutat att inte starta en utredning, utan vi avslutar ditt ärende. Vi har inte tagit ställning till om du har blivit diskriminerad.

En person som besökt en psykiatrisk mottagning i syfte att få remiss till könsutredning har DO-anmält (2014/1213)⁴ sin läkare. I anmälan står det att läkaren hade åsikter om vilket kön personens partner hade samt att läkaren uttryckte att den inte tyckte det var förenligt med att vilja genomgå en könskorrigering.

Läkaren blandade ihop könsidentitet med sexuell läggning... Läkaren konstaterade att jag var förvirrad över min sexuella läggning när det i själva verket var läkaren som själv som hade stor okunskap och därtill svårigheter att tänka utanför sina egna föreställningar. Dessutom upplevde jag att läkaren inte godtog mina svar utan hellre antog saker eller rättade mina svar. Ett exempel på det är att läkaren frågade om jag ville ha barn eller inte. När jag svarade nej rättade hon mig väldigt fort och konstaterade att jag ändå var för ung för att kunna ta ställning i frågan. På mitt önskemål att i remissen framföra att kallelsen inte fick skickas hem på grund av sekretess gentemot föräldrar så svarade läkaren att jag ändå måste komma ut för föräldrarna förr eller senare och det lika gärna kunde göras när de läser kallelsen.

Utredningen har också fått in berättelser från personer som vårdats på psykiatrisk mottagning. En berättelse kommer från en transkvinna som tidigare under 2017 lidit av stark ångest och då blev inlagd på psykiatrisk slutenvård. Hon menar själv att ångesten inte har med hennes könsidentitet att göra. Hon fick då träffa en läkare som ifrågasatte hennes könsidentitet och i stället menade att hon fått en psykos.

Han berättade att han minsann jobbat med psykotiska patienter i många år och kände igen en psykotisk patient. Jag tolkade det som att det var just att jag påstod att jag är en kvinna i själen som tolkades som en vanföreställning. Läkaren medgav att ämnet trans är känsligt men att han minsann inte hade några fördomar, han kände faktiskt flera bögar.

Jag blev så arg att jag inte visste vad jag skulle säga. Jag reste mig upp och berättade att nej, jag mår nog bättre av att åka härifrån. Då berättade läkaren att om jag skulle åka därifrån skulle han ringa polisen. Jag behövde vårdas med tvång, jag var ju förmodligen psykotisk, menade han.

⁴ DO avslutade ärendet 2014-10-30. Skäl för beslut: DO konstaterar att det inte finns några vittnen till ditt besök och att ord står mot ord gällande vad som sagts vid besöket. Mot denna bakgrund bedömer DO att det skulle vara svårt att nå framgång i domstol med ditt ärende. DO avslutar därför ärendet. DO har inte tagit ställning till om det du anmäler utgör diskriminering.

Jag blev chockad av bemötandet, men jag hade inget annat val än att stanna. Läkaren sa att vi skulle tala mer imorgon.

Nästa dag fick jag träffa en läkare, men inte honom utan en ny, kvinnlig läkare. Av henne fick jag motsatt bemötande. Det verkade som att hon accepterade min könsidentitet. Jag fick intrycket att hon fått reda på vilket dåligt bemötande jag fick av den tidigare läkaren för hon var närmast överdrivet trevlig. Jag undrade om jag vårdades med tvång, vilket den tidigare läkaren sagt. Hon sa att nej, jag är fri att åka därifrån när jag vill (berättelse 89 trans male-to-female).

En annan person, som också varit inlagd på psykiatrisk mottagning berättar om en skötare som gick för långt i sin vilja att vara transinkluderande. Personen som beskriver sig själv som binär upplevde att skötaren förutsatte att han var ickebinär och att han var bekväm om att prata om transfrågan (berättelse 95). Ytterligare en person har tvingats dela rum med patienter som har samma juridiska kön som en själv (DO-anmälan 2015/1227)⁵.

8.4 Bemötande inom gynekologi, graviditets- och förlossningsvården samt inom fertilitetsvården

I Sverige används ofta samlingsbegreppet ”kvinnosjukvård” för att beskriva gynekologi och vård som är relaterad till graviditet och förlossning. Begreppet kvinnosjukvård exkluderar transmän som ickebinära personer som tilldelades kvinnligt kön vid födseln som har kvar sina inre och/eller yttre könsdelar. Begreppet exkluderar även i vissa fall transkvinnor som inte genomgått underlivskirurgi. Likaså är andra termer som är vanligt förekommande inom detta vårdområde exkluderande, till exempel ”mödravård”. Utredningen har fått in några berättelser som handlar om erfarenheter från vård inom dessa områden.

Transmän som väljer att ha kvar sin vagina måste kanske gå till gynekologen ibland, vilket jag drar mig för eftersom att jag inte orkar eller vill handskas med någon som inte förstår eller accepterar transpersoner. Detsamma gäller naturligtvis transpersoner av andra kön – ibland be-

⁵ DO avslutade ärendet 2015-10-14. Skäl för beslut: Efter att ha gått igenom uppgifterna i din anmälan har DO beslutat att inte starta en utredning, utan vi avslutar ditt ärende. Vi har inte tagit ställning till om du har blivit diskriminerad.

höver vi icke-transspecifik sjukvård och det kan vara otroligt svårt att hitta någon vettig läkare (Berättelse 50).

Det är jobbigt att gå till gynekolog eftersom det blir en situation där jag blir outad om konceptet finns i de andra patienternas huvud, men jag gör det trots att det är obekvämt, och kollar upp problem när de dyker upp. Personalen där är professionell och får mig inte att på något sätt få könsdysfori eller känna mig avkönad. Det är snarare de andra patienterna i väntrummen som gör mig nervös. Ett särskilt väntrum för transpersoner eller liknande skulle varit skönt, speciellt känns det ju rimligt på ett sjukhus där det faktiskt finns ett transteam och transoperationer utförs (berättelse 95).

RFSL Stockholm driver sedan ett par år verksamheten HBTQ Familjer som har en webbplats, *hbtqfamiljer.se*, och arrangerar stödjande verksamheter. Under 2016 genomförde HBTQ Familjer en enkätundersökning⁶ i syfte att kartlägga behovet av stödjande och sociala insatser för hbtq-personer kopplat till föräldraskap och umgänge med barn, i hela landet. Bland frisvaren som lämnats i samband med att personer genomfört undersökningen finns flera berättelser om bemötande i kontakt med vården i relation till familjeskapande. En transkille berättar att han bemötts med förvirring och fördomar, i synnerhet gällande sitt sexliv, av flera personer inom vården. Han har påbörjat sin könsutredning efter att steriliseringskravet togs bort ur lagen. Trots det har han rekommenderats av gynekolog att sterilisera sig (RFSL Stockholm 2017).

Det finns många berättelser om blanketter som inte varit inkluderande. På en fertilitetsmottagning ändrades det efter påpekande från en transperson, men i stället för att göra blanketten könsneutral så behöll mottagningen den vanliga vita blanketten och gav till cis-kvinnor och gjorde en könsneutral grön blankett som de gav till transpersoner (berättelse 108). Många upplever också att det skriftliga material som delas ut till exempel till de som väntar barn är heteronormativt, cisnormativt och osynliggörande.

En transman har fått frågor om han genomfört underlivskirurgi när han och partnern besökt fertilitetsklinik. Detta skedde trots att det var partnern och inte han som skulle bära barnet (RFSL Stockholm 2017). Ytterligare en annan transperson har fått höra att

⁶ Bland respondenterna fanns 72 personer som angett att de har en transidentitet. Utredningen har fått ta del av svaren för denna grupp.

det faktum att den gick på könsutredning kunde vara ett skäl till att inte få genomgå fertilitetsbehandling tillsammans med sin partner:

Samtidigt som jag gjorde transutredningen stod jag och min sambo i kö för att göra insemination. När vi träffade kuratorn på reproduktionsmedicinska (som utreder blivande föräldrar) gjorde hon en stor grej av att jag var under utredning. Hon hade läst i min journal och visste inte om jag och min sambo kunde få hjälp med insemination, på grund av min transutredning. Vi fick gå ifrån det mötet utan att veta och det var ren ångest kan jag säga. Jag ville såklart framstå i god dager inför kuratorn så jag höll ihop under mötet men började storböla i trapphuset på vägen ut. Jag klarade inte av att gå och jobba efteråt. Allt kändes helt svart. Skulle det inte bli något barn? För att jag är trans? Kuratorn ringde upp senare samma dag och berättade att hon hade stämt av med några kollegor och nej, transutredningen var inget hinder. DET tycker jag att hon borde vetat före vårt möte. Mitt när vi satt där på mötet (och jag försökte hålla tillbaka gråten) fick vi också lite boktips som ”skulle kunna vara till nytta om det blev ett barn”. Hon delade ut ett par böcker som vi fick bläddra i och – nej. De skulle inte vara till nytta för de var transfoba och heteronormativa (berättelse 78).

8.4.1 Gravida män och ickebinära transpersoner

Själva graviditeten och amningen var mycket negativ för mig och min kropp femininiserades massor och jag har svårt att hitta kläder med manlig passform (RFSL Stockholm 2017).

Att vara gravid är på ett sätt det mest könande en människa kan vara med om, jag beundrar de transpersoner som kan hålla sin identitet intakt även under en graviditet med allt som sker med kroppen och hur oerhört kvinnogörande det är. [---] Jag fick en så överväldigande klaustrofobi, som att min kropp var ett fångelse – att alla andra såg något som inte var jag, det var som att vara osynlig, som att vara instängd i ett skal! (berättelse 54)

En graviditet kan innebära stora påfrestningar för transmän och ickebinära personer. Kroppen förändras och könsdysforin riskerar att öka. En graviditet kan till och med utlösa könsdysfori hos personer som inte tidigare varit dysforiska (RFSL Stockholm 2017). För ickebinära blir det mer påtagligt att samhället ser en som kvinna. I en amerikansk kvalitativ studie om transmän och ickebinära som blivit gravida och burit barn efter transition konstateras också att samtliga deltagare hade känt sig isolerade och ensamma under hela processen från att försöka bli gravida till att föda barn och sedan anpassa sig

till livet som förälder. Det är därför angeläget att kunskapen inom vården höjs (Ellis, Wojnar & Pettinato 2015).

En transkille som gått på en mödravårdscentral med hbtq-profil beskriver att han fått ett bra bemötande där men att han trots det hade det kämpigt under graviditeten.

Man känner sig ändå ensamast i världen om man är gravid och identifierar sig som kille. Det är verkligen skittufft. Min barnmorska hade haft gravida killar tidigare så hon förstod en massa saker som andra inte gör, till exempel att man går runt 100 % av tiden och oroar sig för att bli sparkad i magen när man är höggravid för man vet att ens utseende är provocerande och förvirrande för omgivningen (RFSL Stockholm 2017).

Journalssystem som utestänger gravida män

För gravida personer som är juridiska män finns också risk att det uppstår problem med journalssystem som inte kan registrera juridiska män som gravida. En transman har DO-anmält Stockholms läns landsting vid två tillfällen (ANM 2016/2125 & ANM 2015/1345). Landstinget använder sig av journalssystemet Obstetrix samt fosterövervakningssystemet Milou där det tidigare inte varit möjligt att registrera män som gravida. Transmannen har fött två barn i Stockholm. Redan efter det första barnets födelse år 2015 DO-anmälde han landstinget samt påpekade felet för landstingsrådet. Trots detta fanns spärren kvar i systemet nästa gång han blev gravid och födde barn. Transmannen fick under bägge graviditeterna bära med sig en pappersjournal. Han skriver i sin anmälan till DO:

Förutom att jag och barnen riskerat allvarliga vårdskador, har det blivit problem med sjukskrivning, föräldrapenning, barnets personnummer, boka ultraljud, barnets hörseltest, med mera. Allt som ska ske smidigt på grund av att Obstetrix är kopplat mot myndigheter och andra journalssystem, fungerar inte alls eftersom jag är utestängd (DO-anmälan 2016/2125).

I anmälan från 2015 står också att andra transmän nekats smärtlindring i samband med förlossning.

DO konstaterar i sitt beslut i ärendet från 2015 att det föreligger en risk för diskriminering av gravida män, då manliga personnummer inte kan registreras i journalsystemen Obstetrix och Milou.

Denna omständighet medför att uppgifterna om patienten istället kan komma att föras i pappersjournal, vilket kan medföra vissa patient-säkerhetsrisker på grund av begränsad tillgång till patientinformation. Detta kan i sin tur komma att innebära ett missgynnande i förhållande till hanteringen av journaluppgifter av en gravid kvinna. DO noterar att Stockholms läns sjukvårdsområde har vidtagit åtgärder för borttagande av spärren av manliga personnummer i de båda datasystemen vilket DO anser inom en snar framtid kommer att lösa frågan och därmed möjliggöra för gravida män att registreras i datasystemet. Mot denna bakgrund samt utifrån 4 kapitlet 1 § DL väljer DO att inte utreda ärendet vidare (DO ANM 2015/1345).

När DO beslutade i ärendet från 2016 bedömde myndigheten att Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har brutit mot diskrimineringsförbudet i diskrimineringslagen (2008:567) 2 kap. 13 § 1 punkten, då det inte varit möjligt att registrera gravida med manliga personnummer i de datasystem som hanterar graviditeter.

8.5 Bemötande inom barn- och ungdomspsykiatri

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är till för personer under 18 år som behöver psykiatrisk stöd eller vård. Det finns BUP-mottagningar i hela landet, framför allt så kallade öppna mottagningar dit man kommer på förbokade besök, men också akutmottagningar om man behöver hjälp direkt. På större orter finns det också BUP-mottagningar där barn och unga kan vara inlagda och få vård dygnet runt. Som patient har man rätt att byta BUP-mottagning, men det är ofta bara möjligt om det finns en annan mottagning inom rimligt avstånd.

Utredningen har genom RFSL:s personal som arbetar med och transformerar.se tagit del av berättelser från personer som upplevt bristande bemötande på BUP samt att BUP vägrat remittera personer vidare till könsutredningsteam. En ungdom fick vänta två år på att få en remiss från BUP. Vi har också blivit kontaktade både av transpersoner men också av anhöriga om allvarliga missförhållanden på BUP. En ungdom fick frågor om sina sexuella preferenser av en läkare som sa att detta behövdes för att skriva en remiss till könsutredningsteamet. Läkaren skickade sedan inte remiss vilket ”skapat en konstig stämning inombords” för den unga (TGEU 2017b). En ung transman som första gången sökte hjälp för sin könsdysfori för fem år sedan berättar om sin kontakt med BUP:

Jag sökte först hjälp hos BUP i en relativt liten stad. De hade absolut ingen erfarenhet eller information om någonting, och respekterade inte alls min könstillhörighet. De hävdade också att min familj bara behövde använda rätt kön och namn när jag var med, och kunde säga vad de ville bakom ryggen på mig. Jag försökte förklara hur det var ett tecken på att de inte respekterade mig och mitt kön, men ingen lyssnade. Dessutom fick jag höra att självskada är vanligt hos tonårsflickor, och därför inte bör tas seriöst och är inget att oroa sig för – problematiskt både på grund av felkoningen och för att självskada visst är allvarligt och någonting att oroa sig för (berättelse 50).

Det har också uppstått problem då BUP genomfört egna utredningar på unga transpersoner. Detta har i åtminstone två fall som utredningen känner till lett till utdragen tid för könsutredning eftersom BUP inte klarat av att genomföra könsutredningen och den unga sedan fått göra en ny utredning vid könsutredningsteam. En ung transkille har skickat in nedanstående berättelse till utredningen:

Jag sökte mig till vården när jag var 16 år gammal, med mål att få komma till ett av de officiella utredningsteam. Min första kontakt var en vanlig lokal vårdcentral, som remitterade mig vidare till barn- och ungdomspsykiatri. När jag kom till BUP skulle jag precis fylla 17. I samtal med psykologen och läkaren som jag blev tilldelad fick jag information om att de på BUP skulle utföra utredningen, då jag var för ung för att komma till det närmaste könsutredningsteamet, i /svensk stad/, som bara tar emot människor över 18 år. Jag blev inte heller remitterad till Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm, ett av de få utredningsteam som tar emot transpersoner under 18 år, då jag snart ”ändå skulle fylla 18”. Utifrån den informationen jag fick förstod jag det som att jag skulle göra utredningen hos BUP, ha någon typ av uppföljning av könsutredningsteamet i /svensk stad/ men få påbörja min medicinska transition strax efter att jag fyllt 18.

När jag pratade med några äldre transpersoner blev jag varnad just om att såväl barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri kan dra igång egna utredningar, som drar ut på tiden och stjälper mer än de hjälper. Jag tänkte att detta säkert varit sant under dessa transpersoners tid, men att vården idag är så pass modern att det inte skulle hända mig.

Under ungefär ett år gick jag på samtal hos psykologen och läkaren på BUP, där vi gick igenom den frågemall som finns för könsutredningar. De erbjöd även tidigt anhörigmöten, som antingen kunde ske tillsammans med mig och mina föräldrar eller bara mina föräldrar. Jag tackade nej till möten tillsammans med mina föräldrar, då särskilt min mamma har haft stora svårigheter att acceptera min könsidentitet och jag inte kände att ett anhörigmöte skulle kunna ske på ett sätt i vilket jag skulle respekteras. När det väl kom till att ha anhörigmöten, blev jag ändå

kallad till att delta i dessa. Som jag befarade kände jag att min könsidentitet inte var respekterad under detta möte, utan mötet gick istället ut på att min mamma försökte övertyga läkaren och psykologen att jag inte är en transperson på ett sätt som jag upplevde var väldigt nedvärderande. Jag blev väldigt besviken efteråt, då jag hade blivit lovad att slippa delta i denna typ av kränkning.

Den näst sista gången vi träffades (vintern innan min 18-årsdag) sa läkaren och psykologen på BUP till mig att det hade blivit fel. Enligt dem skulle de egentligen inte fått göra den här utredningen, men hade på något sätt inte fått veta om det eller fått felaktig information. Jag skulle nu, efter att jag fyllt 18, remitteras till könsutredningsteamet i /svensk stad/ för att där påbörja den faktiska utredningen. Jag hade alltså spenderat ett år med dem, i princip helt i onödan. Med remisstider och de långa uppehållen mellan mötena med könsutredningsteamet i /svensk stad/ tog det ytterligare ett år innan jag fick påbörja den medicinska transition som var anledningen till att jag hade sökt vård överhuvudtaget, och detta var när jag fyllde 19. Jag hade alltså väntat i 3 år på att få påbörja min medicinska transition. 3 år är alldeles för lång tid att vänta. [---]

Om inte den långa, onödiga väntan var nog fick jag även veta att läkaren som "utrett" mig vid barn och ungdomspsykiatrin inte hade någon som helst koll på vad trans faktiskt är. Under det sista mötet blev jag tvungen att förklara för honom vad som är skillnaden mellan att vara homosexuell och transperson. Han hade inga som helst förkunskaper, och hade inte ens googlat begreppet tidigare men ändå "utrett" min könsidentitet i ett år (berättelse 49, transkille 19 år).

En av de endokrinologer som utredningen intervjuat har erfarenhet av att arbeta med minderåriga transpersoner. Endokrinologen erfar att det ibland förekommer problem med remittering från BUP:

BUP är inte alltid uppdaterade. Skolläkare kan vara uppdaterade och skicka till BUP som skickar vidare hit eller till ungdomsmottagning. Men det finns ju de här som säger "Lugn, lille vän, det här går över." Det finns fortfarande sådant. Och då förstår man ingenting.

8.6 Bemötande på ungdomsmottagningar

RFSL och RFSL Ungdom genomförde en enkätundersökning om sexuell hälsa bland transpersoner under 2010. Redan då konstaterades att förbättrad transkompetens hos vården är en viktig faktor för att förbättra transpersoners sexuella hälsa. Ungdomsmottagningar-

na lyftes särskilt fram som en aktör där detta behöver säkerställas (Gäredal & Orre 2011).

Enligt RFSL Ungdoms rapport *Bra Bemött? Unga hbtq-personers erfarenheter av att besöka ungdomsmottagningen* (Due & Gäredal, 2015) förekommer bristande bemötande på ungdomsmottagningar. Förbundet har genomfört en enkätundersökning riktad till hbtq-personer mellan 13 och 25 år som har erfarenhet av att besöka ungdomsmottagning. Nästan 40 procent av respondenterna har upplevt att personalen på ungdomsmottagningen antagit att de var heterosexuella eller cispersoner. Särskilt stor upplevs bristen på transkompetens. Det förekommer att personalen saknar kunskap och inte vet hur de ska bemöta transungdomar. En del ungdomar vittnar om att de behövt utbilda personalen i hbtq-frågor. I citatet nedan berättar en 24-åring vars partner är transmaskulin om en incident:

Barnmorskan frågade om jag hade någon partner, jag svarade ja, hon fortsatte: använder du något preventivmedel som typ p-piller? och då sa jag nej, det behövs inte. Hon blev förvirrad men frågade om jag var tillsammans med en tjej eller kille, jag svarade kille, hon blev ännu mer förvirrad och frågade om jag ville bli gravid, men jag sa att han inte hade några spermier. Hon förstod verkligen inte och allt blev konstigt och jag behövde outa honom som trans. Jag hade trott att hon skulle fatta för hon jobbade på XXX-ungdomsmottagning som jag hört är bra med hbtq. Det var därför jag gick just dit (Due & Gäredal 2015).

Andra personer upplever att de fått sin transidentitet ifrågasatt av personalen. Det är betydligt färre transungdomar (48 procent) än cisungdomar (62 procent) som upplevt besöket på ungdomsmottagningen som positivt. Det är också betydligt vanligare att det framkommer under besöket att den vårdsökande är trans än att den är homo- eller bisexuell, vilket betyder att det är troligare att en ung hbtq-persons hbtq-identitet framkommer i de fall då personen bryter mot normer för kön (Due & Gäredal 2015).

Socialstyrelsen gjorde en kartläggning av ungdomsmottagningarna 2013 som visade att 80 procent av mottagningarna ansåg att vissa eller alla i personalen hade hbtq-kompetens. Samma kartläggning visade att av de 92 mottagningar som haft särskilda gruppverksamheter de senaste två åren var det endast någon enstaka som haft gruppverksamhet med fokus på transpersoner, medan över 60 procent hade gruppverksamhet för tjejer och över 45 procent hade motsvarande för killar. Som exempel på saker som mottagningarna gör

för att öka besöken av hbtq-personer svarar många att de samverkar med RFSL och RFSL Ungdom, deltar vid lokala och nationella aktiviteter och festivaler som riktar sig till hbtq-personer och visar att hbtq-personer är välkomna genom synliga regnbågsflaggor och tidsskrifter på mottagningen. Ett fåtal mottagningar skapar egna mötesplatser för hbtq-ungdomar och en mottagning har en psykolog som särskilt tar emot transsexuella unga (Socialstyrelsen 2013a). Det är möjligt att ungdomsmottagningarna överskattar sin egen kompetens på området. Vid beaktande av resultaten av RFSL Ungdoms undersökning är det i alla fall värt att fråga sig i vilken utsträckning ungdomsmottagningarnas hbtq-kompetens innefattar transkompetens.

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) har organiserat ungdomsmottagningar i Sverige sedan 1988. I organisationens policyprogram har det tidigare saknats skrivningar om transpersoner. År 2015 bytte FSUM ut policyprogrammet till en handbok och i den lyfts transpersoner fram som ett område att skriva om i framtida uppdateringar av handboken, med hänvisning till Folkhälsomyndighetens då pågående studie om transpersoners sexuella hälsa (Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar, hämtad 2017-04-05).

Ungdomsmottagningarna kan spela en viktig roll i att remittera transungdomar vidare till könsutredning. Utredningen har fått in positiva berättelser från unga som fått ett bra bemötande vid ungdomsmottagning och som fått remiss till könsutredningsteam från ungdomsmottagningar. Men det förekommer också exempel på när bemötandet brustit. En 18-årig transperson berättar:

Jag fick flera olika tider till olika människor på samma mottagning eftersom ingen verkade veta vad som skulle göras för mig. När jag kom till psykiatrikern på mottagningen talade han om mig som någon som "vill bli en pojke", kallade mig för fel pronomen, var skeptisk över att jag inte hade någon journal från tidigare besök hos psykologer/kuratorer och sa att han visserligen kunde remittera mig, men att han inte trodde att de skulle ta mig på allvar eftersom "transpersoner brukar må dåligt och bli mobbade", så faktumet att jag mätte bra i övrigt verkade bli till min nackdel (Due & Gäredal 2015).

Han började också tala om att han måste utreda saken noggrant eftersom han inte kunde skicka vem som helst till utredningsteamet, och han hade minsann själv varit med om fall där "tjejer kommer och vill bli remitterade bara för att få slippa sin menstruation". Stämningen blev helt enkelt allmänt obehaglig från första stunden då jag berättade att jag var transsexuell (Due & Gäredal 2015).

En av endokrinologerna som utredningen intervjuat framhäver ungdomsmottagningarnas kompetens att remittera ungdomar vidare till dem. Endokrinologen menar att kompetensen förvisso varierar mellan ungdomsmottagningarna, men att det generellt sett är de som skriver de bästa remisserna.

8.7 Bemötande inom elevhälsa

Min skolsköterska i 8:an. Det gick att prata med henne och hon förstod och kunde det mesta inom hbtq. Det hon inte kunde kollade hon upp. Hon var alltid glad och intresserad. Hon hjälpte mig att skicka en remiss till könsutredning. Jag vet att hon har hjälpt många andra hbtq-personer på min skola (Pansexuell ickebinär, 16–17 år).

Citatet ovan är hämtat ur en studie om stödande och främjande faktorer i skolmiljö för unga hbtq-personer som Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) genomförde 2016. I den beskriver många unga hur viktigt det är att få stöd och bekräftelse av enskilda vuxna. Detta kan i sin tur bidra till att unga kommer fram till vilka de är och känner sig tryggare. I studien framhäver unga vikten av att denna yrkesgrupp kan förmedla information, tips och praktisk hjälp till unga hbtq-personer. De unga i MUCF:s studie beskriver också hur de inte kan vara öppna med sin sexuella läggning, sin könsidentitet och/eller sitt könsuttryck i alla sammanhang, utan bara i vissa miljöer. Om inte hbtq-frågor lyfts och synliggörs på skolan så upplever unga att det är svårt att komma ut. Här kan elevhälsan spela en viktig roll i stötta en ung person som vill vara öppen med sin könsidentitet. Elevhälsan kan även spela en viktig roll i att stödja annan skolpersonal i arbetet med att synliggöra hbtq-frågor (MUCF 2016a).

En 17-årig transkille har berättat för utredningen att han fått stöd av skolan och elevhälsan i samband med att han kom ut som trans. De mejlade alla pojkens lärare och bytte ut den mejladress han fått via skolan. Skolsköterskan hjälpte honom också att komma i kontakt med ungdomsmottagningen för vidare remittering till könsutredningsteam (berättelse 82).

Som framgår i kapitel 5 om transpersoners levnadsvillkor så är det en majoritet av transpersoner inte helt lever öppet med sin könsidentitet (Folkhälsomyndigheten 2015a, TGEU 2017b). En enkät-

undersökning som EU:s byrå för grundläggande rättigheter (FRA) genomförde år 2012 visar att 66 procent av transpersonerna i Sverige inte är öppna med sin transidentitet eller transbakgrund i skolan och 29 procent att de är selektivt öppna, det vill säga att man är öppen med vissa personer eller i vissa sammanhang, men inte med alla och inte alltid. Endast fem procent har uppgett att de är öppna i alla sammanhang i skolan (European Union Agency for Fundamental Rights 2012, hämtad 2017-04-04).

8.7.1 Elevhälsans uppdrag

I och med att den nya skollagen (2010:800) började tillämpas den 1 juli 2011 samlades skolhälsovården, den särskilda elevvården och de specialpedagogiska insatserna i en samlad elevhälsa. Elevhälsan omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Syftet med att samla insatserna var bland annat att öka samverkan och att betona det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Elevhälsans mål är att skapa en så positiv lärandesituation som möjligt för eleven.

Socialstyrelsen och Skolverket har i samarbete tagit fram *Vägledning för elevhälsan* som publicerades år 2016. I den framgår att elevhälsan arbetar med hälsofrämjande, förebyggande och åtgärdande insatser. Detta arbete bedrivs på olika nivåer – organisation, grupp och individ. Elevhälsans insatser kan bidra till att belysa både företeelser och strukturer som kan utgöra hälsorisker eller hinder och sådant som främjar elevernas utveckling mot utbildningens mål. I skollagens förarbeten nämns elevhälsans medverkan både när det gäller generellt inriktade uppgifter som till exempel arbete med arbetsmiljö, värdegrund och kränkande behandling samt det individuellt inriktade arbetet. På den individuella nivån har elevhälsan ett ansvar för att undanröja hinder för varje enskild elevs lärande och utveckling.

I vägledningen nämns könsidentitet och hbtq enbart i relation till sex- och samlevnadsundervisning. Det står till exempel att den pedagogiska personalen kan få stöd av elevhälsan i sex- och samlevnadsundervisningen om till exempel den emotionella utvecklingen under puberteten, om psykologiska och fysiska aspekter på sexualitet och samlevnad samt om genus- och hbtq-frågor (Socialstyrelsen & Skolverket 2016).

8.8 Bemötande inom äldreomsorgen

Den kunskap som finns om hbtq-personers åldrande och bemötande inom äldreomsorgen i en svensk kontext handlar oftast uteslutande om homo- och bisexuella och det saknas forskning om äldre transpersoner (se vidare kapitel 6 i detta betänkande om fler perspektiv på transpersoners levnadsvillkor). Transpersoner har det gemensamt med hela gruppen hbtq-personer att deras livsutrymme begränsas av heteronormen, men det finns saker som särskiljer transpersoner. Till exempel har transpersoner ibland kroppar som överskrider tvåkönsnormen vilket gör att de exponeras väldigt explicit i intima vårdssituationer. Detta kan leda till stress. Många äldre transpersoner har också ett problematiskt förhållande till psykiatriskvård, vilket gör att de undviker sådan även när den skulle behövas (Bromseth & Siverskog 2013).

År 2001 infördes det två nya bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453). Det gällde dels att en nationell värdegrund för äldreomsorgen skrevs in i lagens 5 kap. 4 §. Dels infördes en bestämmelse i 5 kap. 5 § som tydliggör den äldre personens ökade möjligheter till inflytande. Bestämmelserna syftade till att äldreomsorgen ska inrikta sig på att den äldre ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Äldreomsorgen bör även värna och respektera var och ens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning (Socialstyrelsen 2011).

Kommunerna ansvarar för äldreomsorgen och det finns begränsad forskning kring hur hbt-personer överlag, och i transpersoner i synnerhet, beaktas i utformandet av kommunernas äldreomsorg. Anna Siverskog, konstaterar i sin avhandling *Queera livslopp: att leva och åldras som lhbtq-person i en heteronormativ värld* från 2016 att det trots ändringarna i socialtjänstlagen finns en oro bland transpersoner över att bli transfobt bemötta inom äldreomsorgen. Detta då omsorgskontexter och institutioner för äldre kan innebära färre och begränsade möjligheter att bestämma vilka sammanhang en vill röra sig i och vem en vill ha omkring sig. Samt vilka möjligheter en har att få gestalta, vara och uttrycka sig som man själv vill (Siverskog 2016).

Socialstyrelsen gjorde 2013 en kartläggning av kommunernas vård och omsorg om äldre ur ett hbtq-perspektiv. Den visar att frågan väckts inom politiska partier och i förvaltningar i nästan hälften av landets större kommuner samt att frågorna beaktats i styrning av

kommunen och förvaltningen hos ungefär lika många. Det är däremot mycket ovanligt att det har skett i kommuner med färre än 50 000 invånare. Socialstyrelsen konstaterar att det saknas ett utbrett kunskapsstöd till vårdpersonal om situationen för äldre hbtq-personer som får vård och omsorg. I framtiden förväntas fler hbtq-personer vara öppna med sin sexuella läggning och könsidentitet eller könsuttryck och kommunerna behöver planera för särskilda hbtq-boenden eller hemtjänstgrupper, personal med hbtq-kompetens och information som riktar sig till målgruppen (Socialstyrelsen 2013b, Socialstyrelsen 2015a).

I en mindre kvalitativ studie från 2013 intervjuades enhetschefer i Umeå kommun. Där framkommer det att cheferna inte arbetade med hbt-frågor eftersom de inte upplevde att de kommit i kontakt med äldre hbt-personer. Ett aktivt arbete på området ansågs heller inte aktuellt då verksamheten skulle genomsyras av ett individperspektiv. Det fanns en stor tilltro bland cheferna till personalens förmåga att hantera brukare som inte lever heteronormativt, detta trots att frågorna inte diskuterats eller tagits upp i personalgrupperna. Cheferna ansåg också att om det fanns öppna hbt-personer i personalgrupperna så skulle det leda till större öppenhet gentemot människor som bryter mot heteronormen, både bland anställda och bland brukare av äldreomsorgens tjänster. I studien poängteras det problematiska i att låta enskilda anställda, utifrån den egna identiteten, axla ansvaret för att ett hbt-perspektiv inkluderas i verksamheten. Att skapa inkluderande verksamheter måste vara en kontinuerlig process som sker på flera nivåer i en organisation samtidigt (Norrman, Nilsson, Törnblom 2013).

8.9 Bemötande inom socialtjänsten

I Folkhälsomyndighetens enkätundersökning från 2015 anger 58 procent av svarspersonerna att de har lågt förtroende för socialtjänsten. RFSL:s undersökning om hbtq-personers förtroende för olika samhällsinstanser från 2017 visar att förtroendet för socialtjänst är lägre hos transpersoner än hos gruppen hbtq-personer generellt samt att bristen på förtroende är mycket utbredd. Ungefär hälften av transpersonerna känner misstro inför att socialtjänst har professionellt bemötande av homo-, bisexuella och transpersoner som utsatts för

våld, hot och trakasserier. Motsvarande andel för hela hbtq-gruppen är ungefär en tredjedel (RFSL 2017b).

Ett exempel på vad som kan upplevas som diskriminerande i mötet med socialtjänsten finns beskrivet i en DO-anmälan (ANM 2016/1487)⁷ från 2016. En transkvinna har nekats ekonomiskt bistånd att köpa lösbröst, något som hon menar utgjort diskriminering: ”För att kunna leva som kvinna är dessa lösbröst livsviktiga och är skäligen levnadsnivå för mig.”

Under 2016 genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning gällande hbtq-kompetensen i HVB⁸-verksamheter. Enkäten besvarades av chefer eller föreståndare på HVB. 88 procent ansåg att det fanns ett stort eller visst behov av kompetenshöjning i hbtq-frågor hos personalen. Av de HVB-verksamheter som hade en verksamhetsplan uppgav 23 procent att hbtq-frågor berördes i planen. Endast en fjärdedel av verksamheterna uppgav att tryckt material med hbtq-tema fanns tillgängligt på boendet (Socialstyrelsen 2017c).

Socialstyrelsen har ett pågående regeringsuppdrag att ta fram ett kunskapsstöd och genomföra utbildningsinsatser för att öka kunskapen om hbtq-frågor hos personal inom Socialtjänsten. Uppdraget inleddes med en förstudie som redovisades till regeringen 2016. I förstudien presenteras bland annat resultat från en enkät som skickats till 100 svenska kommuner, varav 67 svarade. Resultaten av enkätundersökningen visar att:

- 90 procent av kommunerna inte nämner hbtq-perspektivet i introduktionsutbildningar för personal i socialtjänsten.
- 80 procent av kommunerna inte har någon blankett med möjlighet att kryssa i ett tredje alternativ gällande kön.
- Mindre än 10 procent av kommunerna har tagit hänsyn till hbtq-perspektivet i utformningen av sin hemsida.

Den bild som framträder är, enligt Socialstyrelsen, att hbtq-frågorna ofta prioriteras lågt inom socialtjänsten, och att det saknas verktyg för att bemöta människor med ett normkritiskt förhållningssätt. Det kan leda till att insatserna som ges inte är anpassade efter personer

⁷ Det finns inget beslut, då DO inte har genomfört någon tillsyn utifrån ärendet.

⁸ HVB står för Hem för vård eller boende och är en verksamhet som bedriver behandling eller är inriktad på omvårdnad, stöd eller fostran.

som utmanar samhällets normer (Socialstyrelsen 2017g, hämtad 2017-10-09).

Mer än hälften av kommunerna uppger att hbtq-perspektivet finns med i Socialtjänstens styrande dokument, men av kommentarer framgår det att det sällan rör sig om specifika skrivningar om hbtq utan snarare mer allmänt hållna skrivningar om jämlikhet och diskriminering. När det gäller inkomna klagomål till kommunerna så kategoriseras inte dessa så att det går att utläsa om de berör hbtq-frågor. Inte heller hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO) gick det att söka bland klagomål och inkomna lex Sarah-ärenden för att se om de var hbtq-relaterade. Transpersoner lyfts fram som särskilt utsatt grupp i förstudien. Bland annat lyfts bristande kunskap hos Socialtjänsten om sex mot ersättning samt brist på kunskap om unga transpersoners villkor (Socialstyrelsen 2016a). Socialstyrelsen arbetar för närvarande fram en webbutbildning med tillhörande handledning som ska kunna användas både i grupp och av enskilda tjänstepersoner inom Socialtjänsten. Utbildningen görs tillgänglig i slutet av år 2017.

8.10 Bemötande inom LSS-verksamheter

RFSL, som under perioden 2014 till 2017 driver Funkisprojektet⁹, har framhållit för utredningen att kunskap om transpersoners levnadsvillkor behöver stärkas hos LSS-handläggare och LSS-personal. Det förekommer till exempel att personer inte blir tagna på allvar när de berättar om sin könsidentitet därför att det finns en föreställning hos personalen om att en person med kognitiv funktionsnedsättning inte har kognitiv kapacitet att förstå att den är transperson. Detta kan i sin tur försvåra för transpersoner som finns inom LSS-verksamheter att få tillgång till könsbekräftande vård.

Socialstyrelsen fick 2014 i uppdrag av regeringen att kartlägga insatserna ledsagarservice, avlösarservice i hemmet, korttidsvistelse utanför det egna hemmet samt bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna enligt LSS. Inom ramen för detta uppdrag gjorde Socialstyrelsen en genomgång av kommunernas riktlinjer för ovanstående insatser, en enkätundersökning

⁹ Arvsfondsfinansierat projekt med syfte att skapa bättre förutsättningar för hbtq-personer med erfarenhet av normbyttande funktionalitet att leva det liv man vill, utan att normer och folks förutfattade meningar kommer emellan.

om insatsernas utformning, intervjuer med 25 kommunala företrädare med fokus på insatserna ledsagarservice och bostad med särskild service för vuxna samt samrådde med IVO. En fråga i intervjuerna gällde om personal som arbetar i bostad med särskild service får kompetensutveckling i hbtq-frågor, och en tredjedel svarade ja. Någon kommenterade att dessa frågor uppmärksammats i andra utbildningar, till exempel kring bemötande eller värdegrund.

8.11 Initiativ till ett bättre bemötande

Socialstyrelsen har, i samverkan med DO, tagit fram fyra filmer med tillhörande diskussions- och reflektionsmaterial om bemötande. Materialet heter *Att mötas inom hälso- och sjukvård – Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor* och är tänkt att användas på arbetsplatser för att stödja hälso- och sjukvården att arbeta systematiskt med bemötande för att bland annat undvika patientsäkerhetsrisker. Arbetet med att ta fram utbildningsmaterialet har skett i samverkan med DO och i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting. En dialog har också förts med berörda organisationer inom hälso- och sjukvårdens yrkesgrupper och berörda intresseorganisationer (Socialstyrelsen 2015c). Materialet fokuserar på bemötande utifrån alla diskrimineringsgrunder och har alltså inte ett särskilt fokus på transpersoner.

För att kunna ge transpersoner ett bra bemötande inom vården krävs inte sällan en djupare kunskap om vad det innebär att vara trans, hur transpersoners levnadsvillkor ser ut men också vilka medicinska behandlingar som är vanliga för transpersoner att genomgå. Numera väljer många verksamheter inom vård och omsorg att kompetensutveckla sin personal inom hbtq-frågor. En del vänder sig till RFSL eller RFSL Ungdom för att få utbildning. Vissa genomgår också RFSL:s hbtq-certifiering. Här fyller civilsamhället en mycket viktig funktion som bärare och förmedlare av kunskap om hbtq-personers villkor. Några landsting såsom Stockholm och Västra Götalandsregionen har valt att skapa en egen hbtq-diplomeringsprogram. Det finns fler berättelser från personer som till exempel söker sig till en hbtq-mottagning eller en hbtq-certifierad/hbtq-diplomerad verksamhet och upplever att personalen haft god kunskap om trans och att de fått ett bra bemötande. Däremot har utredningen också nåtts av flera

berättelser från personer som inte upplever att det faktum att personalen har genomgått hbtq-utbildning innebär att de har djupare kunskap om trans. En binär transman berättar:

Jag har aldrig förstått vad hbtq-certifiering innebär eftersom personalen på sådana ställen ändå inte har någon koll på vad en transperson upplever eller vad vi får för olika behandlingar. Jag har varit på flera hbtq-certifierade ställen där vissa i personalen förutsätter att man gör alla operationer, att man är binär, att man är straight bara för att man är trans, och som är allmänt ignoranta över vad det hela innebär (berättelse 95).

8.11.1 Västra götalandregionens pågående arbete

Närhälsan Kunskapscentrum för sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen sökte och beviljades medel av Vinnova för att genomföra en förstudie 2015. Tanken var att den skulle ligga till grund för ett genomförande projekt. Förstudien bestod av en kartläggning av hälsosituationen för transpersoner och en inventering av gruppens upplevelser av bemötande inom vården samt vilka behov av förändring gruppen har. Förändringsbehoven berör, enligt slutrapporten som Västra Götalandsregionen skickat in till Vinnova, alltifrån specifik transkompetens till att förändra praktiska moment som exempelvis att bli uppropad i väntrum (Vinnova 2016, Diarienummer 2015-03731). Närhälsan Kunskapscentrum för sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen beviljades inte fortsatta medel till ett genomförandeprojekt av Vinnova. Däremot har de, enligt epost¹⁰ till utredningen, fortsatt ett utvecklingsarbete med egna resurser. Tillsammans med Kunskapscentrum för jämlik vård och RFSL Göteborg arbetar de med en verksamhet som kallas ”Bota vårdcistemen¹¹ – tillgänglig primärvård för transpersoner”. Arbetet kommer att bygga på deltagandemetoder, det vill säga att prata med och inte om slutmålgruppen (transpersoner).

¹⁰ Epost från Victoria Tauson, Närhälsan Kunskapscentrum för sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen. Inkommet 2017-10-09. Dnr. Komm 2017/01394-1 SV: fråga om Transparent Transvård.

¹¹ Cistem anspelar på cisnormativitet, det vill säga ett cisnormativt system.

8.11.2 RaTe – health care for trans people

Några privatpersoner har också initierat *RaTe – health care for trans people*¹². Där kan transpersoner dela med sig av sina erfarenheter och upplevelser hos olika vårdgivare. Materialet som lämnas in är sökbart och på så vis kan man lättare hitta vårdgivare som transpersoner haft positiva upplevelser hos. Det är också möjligt att se hos vilka vårdgivare transpersoner upplevt bemötandet som negativt och ta detta i beaktande innan man själv söker vård där.

8.12 Utredningens uppdrag att sprida kunskap

Utredningen har haft ett utåtriktat arbetssätt, vilket redovisas i kapitel 2 om utredningens uppdrag och arbete samt i bilaga 3.

När utredningen har offentliggjorts så kommer den att finnas tillgänglig för allmänheten och kan också användas av andra för att sprida kunskap om transpersoners levnadsvillkor till yrkespersoner inom hälso- och sjukvården och andra relevanta verksamheter.

¹² ratehealthcare.info, hämtad 2017-09-11.

9 Transpersoners fritid

I direktiven står att utredningen ska

- föreslå konkreta insatser för att förbättra transpersoners förutsättningar att tryggt kunna delta i olika typer av fritidsaktiviteter, i det civila samhället och i andra sociala sammanhang,
- föreslå åtgärder för att förbättra transpersoners möjligheter att delta i träning och idrott, och
- medverka till att sprida kunskap om transpersoners levnadsvillkor dels till personer som i sin yrkesroll eller roll inom det civila samhället möter transpersoner, dels till allmänheten.

9.1 Generella iakttagelser

En trygg och meningsfull fritid är viktig för en bra hälsosituation (MUCF 2017). Som framgår av kapitel 5 om transpersoners levnadsvillkor lever gruppen med en större utsatthet för våld, hot om våld, trakasserier och kränkningar än andra. Detta påverkar hälsan i gruppen negativt. Både självmordstankar och självmordsförsök är betydligt vanligare i gruppen transpersoner än bland övriga befolkningen. Men det är också vanligare att till exempel vara rädd för att gå ut ensam.

Den utsatthet som transpersoner lever med följer dem i alla områden i livet, även på fritiden. Det leder också till att många begränsar sig på olika sätt. Som vi ska se längre fram i detta kapitel förekommer det att transpersoner slutar träna då avsaknaden av omklädningsrum som är anpassade för transpersoner i många fall gör träningsmiljöer otillgängliga. Även brist på bra bemötande och sammanhang där det är möjligt att vara sig själv är faktorer som begränsar transpersoner på fritiden.

Det saknas kunskap om hur vuxna och äldre transpersoner tillbringar sin fritid, vilken typ av aktiviteter de ägnar sig åt och huruvida de har möjlighet att delta i civilsamhället på samma villkor som andra. Det finns mer kunskap om unga transpersoners fritid och vilka faktorer som fungerar som främjande respektive begränsande.

I Folkhälsomyndighetens enkätundersökning från 2015 svarade 30 procent att de är nöjda eller mycket nöjda med sin fritidssituation, och 18 procent att de är missnöjda eller mycket missnöjda (Folkhälsomyndigheten 2015a).

9.1.1 Många politikområden berör fritiden

Området fritid beskrivs ibland som relativt oreglerat från nationell nivå, med undantag från bibliotekslagen (2013:801). Samtidigt kan konstateras att det finns flera nationella politikområden som berör fritid och organisering. Idrottspolitiken, kulturpolitiken och folkbildningspolitiken är tre centrala sådana områden. Till det kan läggas områden som har en ännu starkare betoning på att vara tvärsektorieella, alltså förverkligas tillsammans och genom andra politikområden. Några exempel på sådana politikområden är barnrättspolitiken, politiken för det civila samhället, funktionshinderspolitiken, jämställdhetspolitiken och folkhälsopolitiken (MUCF 2014). Fokus i detta kapitel är möjligheter till mötesplatser och stärkt egenorganisering samt möjlighet till fysisk aktivitet, träning och deltagande i föreningsidrott. Utredningen går inte närmare in på området folkbildning. Vi har heller inte fördjupat oss kring villkoren för transpersoners inom elitidrotten.

9.1.2 Kommunernas roll

I rapporten *Anläggningar för kultur, idrott och fritid* redovisar SKL resultaten från kartläggningar genomförda 2014 och 2015. Kartläggningarna avser ägande och drift av ett urval kultur- och fritidsanläggningar. SKL konstaterar i rapporten att kommunerna tar ett stort ansvar för tillgången till anläggningar för kultur, idrott och fritid gällande både ägande och drift. Förutsättningar för ägande och drift är därför en central fråga för kommunerna. Kommunerna tar även ett stort ansvar för de anläggningar som ägs och/eller drivs av andra aktörer genom olika stödformer. Resultaten indikerar att det totala

antalet anläggningar för idrott och fritid varit relativt konstant under de senaste 25 åren.

Kommunerna äger cirka 70 procent av de undersökta fritids- och idrottsanläggningarna. Den tydligaste trenden är att en allt större andel av dessa återfinns i kommunala bolag. Antalet fritidsgårdar/ungdomsgårdar minskar.

Antalet kulturanläggningar 2014 var på ungefär samma nivå som 2010 efter att ha ökat markant under perioden 2000 till 2010.

Folkbibliotek finns i alla kommuner. Museer finns i 65 procent av kommunerna, teaterhus i 51 procent av kommunerna och konsthallar i 43 procent av kommunerna. Kommunerna äger nio av tio bibliotek och sex av tio när det gäller övriga kulturanläggningar. De driver nio av tio bibliotek och fem av tio övriga kulturanläggningar. Föreningar, landsting/regioner, privata aktörer och stiftelser är andra som äger och/eller driver kulturanläggningar.

Kommunerna dominerar ägandet av bassängbad inomhus, och dominerar också anläggningar med äventyrsbad. Undersökningsresultaten visar att det privata ägandet av inomhusbad är förhållandevis litet. Kommunerna dominerar också driften av inomhusbad, men nära en tredjedel av inomhusbadanläggningarna drivs av en annan aktör (SKL 2016d).

I dag finns det många kommuner som har valt att hbtq-certifiera delar av sin verksamhet eller på annat sätt öka hbtq-kompetensen hos personalen. Inte sällan handlar det om verksamheter som ryms inom kultur och fritid. På många håll i landet är kommunernas kultur- och fritidsförvaltningar som anordnar eller bidrar till lokala Pridearrangemang. Det förekommer också att kommuner driver eller stödjer mötesplatser för unga hbtq-personer inom ramen för ordinarie fritidsverksamhet.

9.2 Om unga transpersoners fritid

I Ungdomsstyrelsens¹ rapport *Om unga hbtq-personer – fritid* (Ungdomsstyrelsen 2012) lyfts ett antal främjande och begränsande faktorer fram. Rapporten bygger på en kvalitativ undersökning med 22 hbtq-ungdomar (varav 13 transidentifierade) samt en enkät som

¹ Ungdomsstyrelsen bytte namn till Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (MUCF) 2014.

skickats till fritidsverksamheter som riktar sig specifikt till hbtq-ungdomar med frågor om organisation och finansiering, arbetsmetoder samt vilka behov av mötesplatser och bemötande som ledarna upplevde att de som deltar i deras verksamheter hade.

En faktor som upplevs som begränsande är psykisk ohälsa. De flesta av ungdomarna i studien uppger att bristen på välmående påverkar fritiden negativt. Flera beskriver att de under perioder känt sig passiva och inte orkat ta initiativ till meningsfulla aktiviteter. Det är ofta kopplat till att ha blivit utsatt för trakasserier och kränkningar, men för en del transungdomar finns också en problematik kring kroppslighet. Till exempel kan menstruation göra att könsdysforin ökar.

Bristande kompetens inom vården och att bli utsatt för hedersrelaterade kränkningar är också faktorer som påverkar möjligheten till en meningsfull fritid. Flera av transungdomarna beskriver situationer då de blivit dåligt bemötta inom sjukvården (både inom primärvården och inom transvården). Det stjäl kraft och hänger ihop med självmordstankar, oro och ångest. Det påverkar också hur mycket tid, ork och lust individen har för annat.

Ytterligare en faktor som begränsar är låga förväntningar och dåligt självförtroende. Många av ungdomarna i studien har upplevt trakasserier både i skolan och i hemmet. De känner sig ensamma och isolerade. De ger ibland uttryck för dålig självkänsla och har mycket låga förväntningar på omgivningen. Det förekommer att de ursäktar och försvarar de som kränker men också att de anklagar sig själva. Ungdomsstyrelsen menar att de unga i studien ibland har lägre förväntningar på omgivningen än vad som måste anses rimligt.

Sju av transpersonerna i studien uppger att de inte tränar om det innebär att de måste exponera sina kroppar. Omklädningsrum är sällan anpassade för transpersoner, något vi fördjupar oss i längre fram i detta kapitel.

Flera faktorer upplevs kunna främja ett aktivt fritidsliv. Att själv välja grad av öppenhet om sin könsidentitet eller sexuella läggning är en sådan. Det är viktigt att omgivningen möjliggör för transungdomar att vara öppna, men det är lika viktigt att inte tvinga någon till öppenhet. Få unga är öppna i alla sammanhang de rör sig i. En del är öppna i skolan men inte hemma, andra är öppna med vissa i familjen men inte alla eller vissa kompisar men inte alla. Öppenhet behöver inte alltid vara ett ideal. Det finns unga som på grund av att de

lever med hedersnormer inte kan vara öppna utan att riskera sina liv. Graden av öppenhet bedöms däremot ha stor inverkan på ungdomarnas möjlighet att välja fritidsaktiviteter. Andra främjande faktorer som lyfts av de unga själva är förebilder som stöttar och inspirerar samt kompetenta och ansvarstagande vuxna.

I studien framkommer också att det är vanligt med ensamsysselsättningar som att laga mat, fotografera, skriva, måla, läsa, följa tv-serier och blogga. Vissa aktiviteter har inslag av verklighetsflykt.

9.2.1 Mötesplatser för unga hbtq-personer

Det är magiskt här. Jag kom in i detta direkt och kände mig välkommen – så har jag nästan aldrig känt annars. Här kan jag vara mig själv, inte oroa mig. Och tack vara LIQUID² känner jag mig tryggare på vem jag är. Jag vågar mer. Jag var lite osäker innan jag kom hit, det är annorlunda nu. Numera är jag säkrare på mig själv. (besökare på LIQUID, 14 år³)

Unga transpersoner, liksom hela gruppen unga hbtq-personer, lever med en större utsatthet i både skola och i hemmet än andra unga. Att det finns trygga sammanhang att vara i på fritiden kan på individnivå spela en avgörande roll. Att träffa andra som delar liknande erfarenheter och kunna prata öppet utan att bli ifrågasatt är viktigt. En sådan möjlighet är att vända sig till en hbtq-fritidsgård, delta på ungdomsträff eller ett läger.

I svaren på den enkät som Ungdomsstyrelsen skickade till de fritidsverksamheter som riktar sig specifikt till hbtq-ungdomar framkommer att behovet av mötesplatser är stort hos besökarna. De unga behöver en plats där de inte behöver vara rädda för att bli illa bemötta utan där de kan vara sig själva och bli uppskattade som de är. Det finns också ett behov av att bli speglade i kultur, film och musik för att se att ett liv som hbtq-person inte behöver innebära ett liv i depression. Många unga har ett behov av att träffa andra unga i samma situation, dela erfarenheter med dem och stötta varandra. På många, framför allt mindre orter, kan dessa mötesplatser vara den enda mötes-

² LIQUID står för Linköping Queer Identity och är en mötesplats för hbtq-personer i åldrarna 12 till 19 år.

³ Citatet är hämtat från en intervju med en besökare i rapporten *LIQUID Fritidsverksamhet för HBTQ-ungdomar. Utvärderingsrapport utförd på uppdrag av Linköpings kommun* som skrevs 2014 av Lars Lagergren & Jesper Fundberg. Det framgår inte i rapporten huruvida besökaren identifierar sig som transperson.

platsen för unga hbtq-personer (Ungdomsstyrelsen 2012). En verksamhet beskriver behovet av särskilda mötesplatser:

Det finns de som menar att det är kontraproduktivt att skilja normbrytare från andra ungdomar och att det är bättre att skapa inkluderande platser för alla, och jag hoppas verkligen på det men jag tror att separatismen är stärkande och främjande på ett sätt som många behöver innan de orkar vara sig själva i andra sammanhang.

Kontinuitet är en viktig del i att skapa trygghet. Det försvåras av att den kontinuerliga finansieringen ofta är osäker. För många transungdomar är de riktade mötesplatserna det enda stället där de blir kallade vid sitt rätta namn och pronomen och slipper bli könade utifrån en tvåkönsmodell (Ungdomsstyrelsen 2012).

Exempel på mötesplatser

Mötesplatserna som riktar sig specifikt till hbtq-ungdomar har olika förutsättningar. En del drivs av civilsamhällesaktörer, till exempel Egalia som drivs av RFSL Stockholm sedan 2007. Andra drivs av kommunen, till exempel BFree i Karlstad som även den funnits sedan 2007. Ytterligare andra har startats av civilsamhällesaktörer för att sedan tas över av kommuner. Två exempel på det sistnämnda är Habitat Q i Malmö som startades av RFSL Ungdom i Malmö, men som sedan några år tillbaka drivs av Malmö stad och Liquid i Linköping som startade som ett arvsfondsprojekt som RFSU Linköping drev tillsammans med kommunen och som nu sedan några år tillbaka drivs i kommunalt regi. Det finns också enstaka exempel på verksamheter i landstingets regi. Till exempel driver ungdomsmottagningen i Åmål sedan flera år ett hbtq-kafé.

Transspecifika barn- och ungdomsaktiviteter

Flera av verksamheterna som svarat på frågor om sina målgruppers behov i *Om unga hbtq-personer – fritid* menar att transungdomar ibland glöms bort i hbtq-sammanhang. Det är därför viktigt att det finns verksamheter som drivs av andra transpersoner, där det kan finnas förebilder som är trans, vilket det finns en brist på i samhället i stort (Ungdomsstyrelsen 2012).

Flera föreningar genomför verksamhet som riktar sig specifikt till transungdomar. Transammans är en av dem. Föreningen genomförde, i samarbete med FPES, under 2017 ett kollo för transbarn upp till 13 år och deras närstående.

Läger för transungdomar har tidigare arrangerats av RFSL Ungdom inom ramen för deras Arvsfondsfinansierade projekt Transformering. Även RFSL Norrtälje och RFSL Ungdom har i samarbete med Norrtälje kommun genomfört transläger. RFSL Stockholm har en samtalsgrupp för personer mellan 15 och 25 år som har funderingar kring sin könsidentitet och/eller könsuttryck.

Öppen fritidsverksamhet för ungdomar

Det är lika viktigt att det finns riktade mötesplatser som att kommuner och andra som tillhandahåller fritidsaktiviteter arbetar med ett normkritiskt förhållningssätt och bemötande för att fler ska känna sig välkomna och trygga i deras verksamheter. Nationella ungdomsenkäten visar att unga transpersoner något oftare går på ungdomens hus, fritidsgård eller liknande jämfört med unga cispersoner (MUCF: Ungdomsenkäten 2012 och 2015).

Under 2014 genomförde MUCF, i samråd med SKL, en enkätundersökning till Sveriges kommuner i syfte att kartlägga de lokala villkoren för ungas fritid. Drygt tre fjärdedelar svarade på enkäten. Kommunerna fick själva ange hur väl det lokala fritidsutbudet svarar mot olika grupper⁴ efterfrågan. Endast 16 procent ansåg sig ha ett utbud som motsvarar unga hbt-personers efterfrågan på fritid, vilket var lägre än alla andra grupper som specificerades i undersökningen. Det var även 40 procent av kommunerna som svarat ”vet ej” på frågan, vilket i sig kan vara ett tecken på att kunskapen om unga hbtq-personers särskilda villkor saknas. I samma undersökning ställs frågan om kommunerna har särskilt utsatta mål för olika grupper av unga och även här kommer hbt-gruppen på en sista plats, där endast 8 procent av kommunerna har specifika mål. Andelen som arbetar med särskilda metoder är 9 procent för hbt-ungdomar (jämfört med 40 procent för nyanlända och 42 procent för funktionsnedsatta).

⁴De grupper av unga som det frågades om i enkäten var: 13–18 år, 19–25 år, tjejer, killar, hbt-personer, personer med funktionsnedsättning, nyanlända samt boende i socioekonomiskt utsatta områden.

Andel som hade barn- och ungdomspolitiskt eller ett ungdomspolitiskt handlingsprogram var 36 procent (MUCF 2014).

I rapporten *Kartläggning av öppen fritidsverksamhet – En nationell bild och faktorer som påverkar deltagandet* (MUCF 2016b) föreslår MUCF att en permanent stödstruktur för öppen fritidsverksamhet bör utformas då det i dag saknas en aktör som har ett övergripande ansvar för att driva kunskaps- och kvalitetsutveckling av den öppna fritidsverksamheten på nationell nivå. MUCF föreslår också att myndigheten bör få i uppdrag samt tilldelas resurser för:

- att genomföra utbildningsinsatser och erfarenhetsutbyte för att stärka arbetet med unga hbtq-personers fritid,
- att fördela bidrag till kommuner, landsting, regioner och ideella aktörer som vill starta och/eller utveckla sitt arbete med öppna mötesplatser för unga hbtq-personer samt
- att följa upp utvecklingen av unga hbtq-personers fritid inom ramen för uppgiften att främja lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Arbetet bör innefatta att både inhämta ungas erfarenheter och att kontinuerligt stimulera och följa upp kommunernas arbete inom området.

Regeringsuppdrag om tryggare mötesplatser 2010–2013

MUCF har haft regeringsuppdrag om unga hbtq-personer sedan 2009 då myndigheten fick i uppdrag att göra en analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner. Myndigheten fick samma år i uppdrag att ta fram ett metodmaterial om mötesplatser för homo- och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner. Materialet skulle rikta sig till tjänstemän och praktiker inom fritidsverksamhet på lokal nivå. Resultatet blev materialet *Öppna verksamheten! Om hbt, normer och inkludering i öppen fritidsverksamhet*.

Under perioden 2011 till 2013 disponerade myndigheten fyra miljoner årligen för att genomföra utbildningsinsatser för att stärka unga hbt-personer i fritidsverksamheter. Uppdraget var att utbilda personal som arbetar inom fritidsverksamheter för unga i syfte att öka deras kompetens att skapa öppna och fördomsfria miljöer för

unga hbt-personer. Den centrala målgruppen var kommunalt anställda fritidsledare samt chefer och tjänstemän på förvaltningar, men myndigheten genomförde även utbildningar med lärare på fritidsledarskolorna och ungdomsledare inom ideell sektor som målgrupp. Under den perioden spreds *Öppna verksamheten!* i över 15 000 exemplar. Myndigheten genomförde även ett antal nätverksträffar för personer som arbetade inom verksamheter riktade till hbtq-ungdomar i syfte att ge deltagarna möjlighet till erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling. Myndigheten genomförde även en konferens på temat hbtq och idrott tillsammans med Riksidrottsförbundet, Centrum för idrottsforskning (CIF), RFSL och RFSL Ungdom (Ungdomsstyrelsen 2014).

9.3 Transpersoners egenorganisering

Jag hämtar kraft i mitt transcommunity där vi skapat egna, trygga rum, där jag kan vara helt och fullt mig själv. (Berättelse 54, icke-binär person)

I RFSL:s kommunundersökning (RFSL 2015a) konstateras att geografisk närhet till många andra hbtq-personer, geografisk närhet till en infrastruktur för hbtq-personer i form av hbtq-organisation på orten (där det i så fall ofta hålls ett Pride-evenemang en gång om året) samt förekomsten av träffställen inom ett kommersiellt nöjesliv (restauranger, barer och nattklubbar) är faktorer som underlättar för enskilda hbtq-personer att uppnå livskvalitet.

Vikten av att ha kontakt med andra transpersoner lyfts i flera berättelser som lämnats via utredningens webb. För en del personer är möjligheten att organisera sig aktivistiskt en motståndsstrategi och något som hjälper en överleva vardagen i ett cis- och heteronormativt samhälle. Organisering kan också bidra till synlighet. Bristen på synlighet av transpersoner och transfrågor kan försvåra och fördröja transpersoners möjlighet att utvecklas i sin könsidentitet. Flera menar att det var först när de kom i kontakt med eller träffade en annan transperson som de förstod att de själva var trans. En ickebinär person berättar:

Det tog lång tid efter att jag kom fram till den insikten som jag förstod att jag var ickebinär. Eftersom det finns så lite representation av ickebinära i media och skolundervisningen förstod jag inte att det fanns som ett alternativ, trots att jag visste att jag inte var kille, och efter en

tids fundering även visste att jag inte var tjej. Fram tills att jag träffade andra ickebinära och kunde komma fram till detta försökte jag istället att trycka undan min transidentitet då den inte kändes "konkret" nog (det vill säga passa in i de två binära identiteterna) (berättelse 39).

Andra, som personerna i citaten nedan, menar att kontakten med transpersoner är det som gör att de orkar fortsätta leva.

För mig har det räddat mitt liv att ha andra transpersoner att umgås med, ha relationer med och jobba med. Jag tror att jag hade varit död nu om jag inte träffat dem. Det hjälpte mig också otroligt mycket när jag var yngre att gå på en hbtq-ungdomsgård där alla 4 ledare var transpersoner, och alla var över 30 men ändå tydligt queera i identitet och uttryck. Innan dess hade jag aldrig träffat en transperson som var vuxen, hade ett jobb och verkade må bra, och det var en sån otrolig omvändning för mig. Det fick mig att tänka: En dag kommer jag också kunna vara vuxen, vara glad, vara queer och ha massor av kompisar som är transpersoner (berättelse 83 transperson 23 år).

Våren 2014 blev kaotisk för mig. Jag var en bredaxlad lång djurskötare med helskägg, som i princip varje morgon blev lika chockad varje gång jag vaknade och såg att det fanns en snopp där nere. Så har det alltid varit. En till två gånger i månaden räckte det inte med att gråta en minut på morgonen, utan då fick jag leta upp en avskild plats, till exempel garaget eller pannrummet, där jag kunde gråta ut förtvivlat en eller två timmar.

Den sommaren fick jag kontakt med en annan transperson, som var bra att prata med. På sätt och vis räddade hon livet på mig eftersom jag kommit till en punkt i livet, där jag helst bara ville ta bort mig. Så jag kom ut istället. Först bara försiktigt. Slutade upp att alltid gå runt med gröna jaktbyxor med benfickor. Köpte en snygg blus. Skaffade en liten axelremsväska för att förvara plånbok och mobil i. Lät håret växa. Aldrig mer kortsnaggad, som jag var jämt då. Rakade benen, och givetvis skägget med.

Jag gick med i transföreningen FPES då. Där kunde jag ringa en tjej i Malmö, som fungerade som anhängstöd. Jag var ju absolut inte anhäng till en transperson, men jag tyckte det var nyttigt att tala med någon som var gift med en transperson. För att liksom få tips och uppslag, för hur jag skulle agera hemma, gentemot familjen (berättelse 14, transkvinna 48 år).

Det kan vara svårt att hitta finansiering för att bedriva verksamhet för transpersoner, i synnerhet om det är verksamhet som inte primärt riktar sig till barn och unga. Något som även poängterats av flera

transpersoner som utredningen varit i kontakt med, däribland en person som skrivit följande på utredningens webbplats:

Andra positiva aspekter har varit att träffa andra som är trans eller att helt enkelt hitta frizoner (ofta queera sammanhang). Det måste finnas medel att söka både för hbtq-organisationer (som RFSL och RFSL Ungdom) och för personer verksamma inom kultursektorn (t.ex. Trans Film Fest Stockholm) för att upprätta frizoner. Ofta finns mer medel att söka för unga (och de pengarna ska självklart inte röras) men även transpersoner över 30 år behöver tillgång till olika sammanhang och mötesplatser. Här behövs mer pengar (berättelse 21).

9.3.1 Behov av verksamhet för anhöriga till transpersoner

Anhörigas villkor och behov skiljer sig åt beroende på ålder och hur livssituationen ser ut för transpersonen men även för den anhöriga. Att vara förälder till ett transbarn och vara partner till en vuxen transperson är till exempel två skilda upplevelser och dessa anhöriga kommer till viss del att behöva olika typer av stöd.

Flera föräldrar till minderåriga transbarn har varit i kontakt med utredningen. En mamma till en 9-årig transflicka som skrivit på utredningens hemsida uttrycker stor frustration över att okunskapen om trans är så stor i samhället. Hon och dottern är aktiva i föreningen Transammans, men mamman har också ett behov av en grupp för barn och närstående i Stockholm där de är bosatta: ”Jag skulle dock vilja starta eller hitta en grupp för barn och närstående i Stockholm.” (berättelse 103)

RFSL har sett en ökning av föräldrar till transbarn som hör av sig till deras verksamheter för anhöriga, som till hbtq-personer till exempel Stolta föräldrar.

9.3.2 Befintliga föreningar och arrangemang för och av transpersoner

Transföreningen Full Personality Expression Sweden (FPES)

Föreningen arbetar för alla som har en könsidentitet eller ett könsuttryck som skiljer sig från den traditionella samhällsnormen. För att vi fritt ska kunna uttrycka hela vår personlighet och kunna leva fullt ut som alla andra i samhället.

FPES är Sveriges äldsta organisation som har transpersoner som primär målgrupp. Föreningen grundades 1966 som en social och kamratstödande verksamhet. På 2000-talet har föreningen vidareutvecklats och fått allt fler medlemmar. Föreningen har regelbundna sociala möten runt om i landet och har även verksamhet för närstående. FPES bedriver också ett politiskt påverkansarbete för att skapa lika villkor för transpersoner genom att påverka lagstiftning och attityder. Föreningen arbetar även med vård- och bemötandefrågor (FPES 2017a, hämtad 2017-10-22).

Transammans – förbundet för transpersoner och närstående

Transammans startades som ett lokalt projekt för transpersoner och närstående av RFSU Västerås och RFSL Ungdom Västerås under 2013. Tre inspirationskvällar genomfördes för att fånga upp idéer och tankar om vad som behövs i Västerås med omnejd. Intresset från politiker, media och deltagare har varit stort redan från början. Sedan dess har förbundet vuxit snabbt och har även spridit sig över Sverige. Transammans blev ett nationellt förbund år 2015. I dagsläget genomför förbundet social verksamhet såsom samtalsgrupper. Under hösten 2017 genomförs även ett Transkollo för barn upp till 13 år och deras anhöriga. Föreningen genomför också utbildningsverksamhet (Transammans 2017a, hämtad 2017-10-22).

RFSL

RFSL – Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter – är en ideell organisation som grundades 1950. RFSL:s målsättning är att samma rättigheter, möjligheter och skyldigheter ska gälla för hbtq-personer som för alla andra i samhället. RFSL arbetar lokalt, nationellt och internationellt och är en ständigt växande organisation med cirka 7000 medlemmar och 36 avdelningar spridda över Sverige. RFSL har ett förbundskansli med 45 anställda. Även nio lokalföreningar har anställd personal.

RFSL bedriver en mängd olika verksamheter och projekt. Till exempel har RFSL en brottsofferjour, en utbildnings- och certifieringsverksamhet, verksamheten Newcomers (en stödgrupp och mötesplats för nyanlända i Sverige) och en enhet som arbetar särskilt med

hiv och hälsa. RFSL:s internationella arbete är också omfattande och förbundet samarbetar med hbtq-organisationer i till exempel Uganda och Indonesien. RFSL arbetar därutöver med löpande politisk påverkan och opinionsbildning.

På avdelningsnivå är RFSL en social mötesplats, där medlemmar kan delta i olika aktiviteter, såsom föreläsningar, cafékvällar, Pride-firanden och workshops (RFSL 2017g, hämtad 2017-10-22).

Även om transpersoner varit engagerade inom RFSL sedan organisationens tidiga år så var det först 2001 som förbundet fattade beslut att ändra i stadgarna i ändamålsparagrafen gällande vilka grupper RFSL arbetar för. Lydelsen av ändamålsparagrafen blev då att RFSL är ett förbund som arbetar med och för homosexuella, bisexuella och transpersoner. Senare har även ”personer med queera uttryck och identiteter” lagts till i denna ändamålsparagraf.

RFSL Ungdom

RFSL Ungdom är ungdomsförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter. Organisationen bildades 1999 som en avdelning under RFSL och blev eget förbund 2003. Föreningen har en bred verksamhet som sträcker sig från sociala aktiviteter till politisk påverkan på lokal, nationell och internationell nivå. RFSL Ungdom har 1800 medlemmar fördelade på sju distrikt och är en av Europas största hbtq-ungdomsorganisationer. Föreningen har 11 anställda på sitt förbundskansli i Stockholm (RFSL Ungdom 2017b, hämtad 2017-10-22).

Transförsvaret

Transförsvaret är en aktivistgrupp som arbetar för transrättigheter i Sverige, med en fokus på sjukvård (Transförsvaret 2017a, hämtad 2017-10-22).

Blattetrans

En mötesplats för personer med erfarenheter av att ha blivit utsatta för rasism samt heteronormativitet, cisnormativitet och sexism. Syftet är att dela erfarenheter med varandra och stärka varandra (Blattetrans 2017, hämtad 2017-10-22).

Trans Fest Stockholm

Trans Fest Stockholm grundades av en mindre grupp Stockholmsbaserade individer som ville genomföra en endags filmfestival i samband med Transgender Day of Remembrance 2015. Föreningens ursprungliga namn var Trans Film Fest Stockholm. Det byttes till det nuvarande efter att föreningen på våren år 2016 konstaterade att verksamheten kom att växa till att innefatta andra aktiviteter. Föreningen har genomfört arrangemanget ”Trans Fest Stockholm” under 2016 och 2017. Arrangemanget innehåller föreläsningar, workshops och fest. Föreningen anordnar även brunchträffar en gång i månaden (Trans Fest Stockholm 2017, hämtad 2017-10-22).

Transgender Day of Remembrance

Transgender Day of Remembrance genomförs den 20 november varje år. Det är en dag då arrangemang genomförs i många länder världen över, i syfte att hedra minnet av alla transpersoner som mördats och dött till följd av våldsbrott. Det startades 1999 av en transkvinna (Gwendolyn Ann Smith) i Massachusetts i USA för att hedra minnet av en annan transkvinna (Rita Hester) som nyligen mördats. Dagen uppmärksammas sedan många år i Sverige på flera orter runt om i landet bland annat genom en ceremoni där namnen på alla transpersoner som blivit mördade världen över under det senaste året läses upp.

Verksamhet och grupper för anhöriga

Transammans, FPES och RFSL har alla verksamhet som riktar sig till eller inkluderar anhöriga. Till exempel drivs inom RFSL Stockholm en grupp som heter Transanhöriggruppen (TAG). Den består av

anhöriga till transpersoner som samlas ungefär en gång i månaden för att lära sig mer om trans, utbyta erfarenheter och stötta varandra. Även nätverket Stolta föräldrar till hbtq-barn drivs inom RFSL Stockholm. Nätverket ordnar studiecirklar, föreläsningar och cafékvällar.

9.4 Internets särskilda betydelse

Internet är en arena och ett verktyg som har en särskild roll i transpersoners liv. Internet används för att söka information om vad det innebär att vara trans, men även för att komma i kontakt med andra transpersoner eller ta del av material som andra transpersoner lagt upp. Internet utgör också en mötesplats där transpersoner delar kunskap med varandra om transition, medicinska behandlingar och erfarenheter av att leva som transperson. Flera personer uttrycker att det är genom internet som de kommit i kontakt med andra transpersoner och på så vis förstått att de själva är trans:

Jag flyttade till /svensk stad/ när jag var 21. Jag bodde på en internatskola och hittade tumblr och youtube. Där fanns det andra transkillar som pratade och visade upp sina liv. Jag började att bandagera och /använda plastfolie för att platta till/ mina bröst när jag var själv på mitt rum, och stoppa sockor ned i mina underkläder. Senare det andra året där så kom jag ut inför de vänner jag hade mött /på internatskolan/ (berättelse 19, transman 27 år).

Det som får mig att känna mig verklig och valid är de personerna som jag följer på sociala medier, som också är trans. Personer som pratar om sitt transskap. Ickebinära som bekräftar att vi finns. Det är tack vare dem jag insett jag också är ickebinär (berättelse 53).

En annan person berättar för utredningen hur stärkande det globala community med transpersoner som den blivit en del av genom internet är:

Jag är stolt att tillhöra ett community av queers som tar hand om varandra världen över, främst med hjälp av internet. Vi samarbetar, delar med oss av erfarenheter och samlar in pengar till rättegångar, operationer och hormoner. Det är fint men det är också utmattande eftersom det stödet vi ger varandra är ofta det enda som finns och ibland känns allt omöjligt. Framför allt när vi ser att flera personer tagit livet av sig, eller gått igenom en operation som gick snett eftersom läkarna inte visste vad de höll på med (berättelse 33).

På internet finns även utsatthet, något som kommenteras i ett par berättelser som lämnat på utredningens webbplats:

Trakasserierna på internet, som inte är riktade mot mig, men mot andra transpersoner, som ger mig en syn på hur människor faktiskt ser på transkvinnor (berättelse 35, transkvinna).

Visst, jag stöter på en jävla massa transfobi i samhället, framförallt på internet. Det är oftast inte riktat mot mig personligen men jag mår ändå dåligt av det (berättelse 52, transkille 23 år).

9.4.1 Transformering.se

I en svensk kontext finns det en webbplats, *transformering.se*, som har en särställning när det gäller att tillhandahålla korrekt och uppdaterad information om trans. Transformering.se har funnits sedan 2010 och utgjorde från början en del av ett Arvsfondsfinansierat projekt som RFSL Ungdom drev. I dag drivs sidan gemensamt av både RFSL och RFSL Ungdom med finansiering från Folkhälsomyndigheten. Den tillhandahåller information om vad det innebär att vara trans, om den könsbekräftande vården, om rättigheter samt om relationer och sex. På webbplatsen finns också information som riktar sig till skolpersonal och vårdpersonal om hur man kan ge transpersoner ett bra bemötande. Det finns även information till närstående. Det går även bra att skicka epost med frågor till Transformering (Transformering 2017a, hämtad 2017-10-17). Dessa besvaras av en socionom och en ungdomscoach som är anställda på RFSL och RFSL Ungdom. Under 2016 kom det in 750 mejl och RFSL uppger⁵ att de tror att det kommer att komma in ännu fler under 2017. Majoriteten av mejlen är skrivna av transpersoner själva, men även föräldrar till transbarn, professionella (till exempel skolpersonal och anställda inom BUP) och journalister mejlar frågor till transmejlerna. Många av dem är unga som saknar stöd hemifrån och mår dåligt. De vanligaste frågeställningarna gäller självupplevd psykisk ohälsa och funderingar kring vart man kan vända sig för att få stöd, hur man kommer till en könsidentitetsutredning, var det är möjligt att träffa andra som är transidentifierade samt funderingar kring den egna köns-

⁵ Epost från Edward Summanen, RFSL. Inkommet 2017-10-18. Dnr. Komm2017/01436 Frågor om transformering.se

identiteten. Transmejlern fyller en viktig funktion att ge stöd och att sänka trösklarna för att våga söka vård.

9.5 Möjligheter till motion och träning

Motion och träning är bredare begrepp än idrott. Idrotten är organiserad. En del personer tränar inom föreningsidrotten, medan andra både tränar och tävlar. Men många personer tränar och motionerar på egen hand och utgör inte en del av den organiserade idrottsrörelsen. Att löpträna utomhus eller att träna på gym kan man göra utan att delta i organiserad idrott.

Transpersoner har en mer stillasittande fritid än befolkningen i allmänhet. Enligt den nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, är 66 procent av befolkningen fysiskt aktiva 30 minuter om dagen. Bland transpersoner är motsvarande siffra endast 19 procent. Det är vanligt att transpersonerna vill träna mer än de gör, men att de är begränsade på grund av sin transerfarenhet eller är oroliga för att bli illa bemötta på grund av det (Folkhälsomyndigheten 2015a).

EU:s byrå för grundläggande rättigheter (FRA) genomförde en enkätundersökning år 2012. Den riktade sig till hbtq-personer i olika EU-länder. I den uppger 26 procent av transpersonerna att de upplevt att de blivit diskriminerade på idrotts- eller träningsanläggning på grund av att de är transperson under de senaste tolv månaderna. Motsvarande siffra för homo- och bisexuella kvinnor och män var sex procent (European Union Agency for Fundamental Rights 2012, hämtad 2017-08-29).

Några exempel på svårigheter relaterade till möjligheten att träna och utöva idrott som transpersoner själva har berättat om för utredningen om är bristen på möjlighet till ombyte, könsuppdelade lag, könsuppdelade aktiviteter på skolgymnastiken, att man tvingats sluta tävla till följd av testosteronbehandling och att det vid skidliftar säljs pojk- och flickkort. En person har lämnat följande berättelse på utredningens hemsida:

Jag kände att jag behöver börja träna, eftersom jag rör mig väldigt lite och kroppen börjat protestera. Men vilken träningsform funkar med tanke på omklädning – jag vill inte ha något helt individuellt som jogging eller träna hemma – det blir liksom inte av då.

Men så hade ett gym öppet hus och jag gick in och frågade om det gick bra att klä om hemma. Det gick utmärkt fick jag veta. Det var bara att hänga av sig på krokar som fanns tillgängliga utan att gå in i något omklädningsrum. Och ville jag så fick jag gärna använda handikapp-toan som även den finns utanför omklädningsrummen. Toppen tyckte jag och skrev in mig.

Alla jag träffat på gymmet har varit trevliga och jag trivs där. Men det höll på att bli problematiskt nästan med en gång. För det visade sig att flera träningsmaskiner, vars inställningar styrs av ett personligt kort, var kopplade till en kortläsare och stor skärm som vid in- och utloggning skrev ut en hälsning. Med titeln Mrs och mitt juridiska tilltalsnamn och efternamn. Jag blev alldeles knäckt av detta. Det var så onödigt att tvingas se detta två gånger vid varje träningstillfälle. Men personalen som gick igenom maskinerna med mig märkte att något hände med mig och erbjöd mig att gå med mig till ett litet avskilt rum där jag kunde lugna ned mig. För jag hade blivit så stressad och upprörd av den där onödiga hälsningen att jag grät. Väl i det lilla rummet fick jag frågan om det var något jag ville berätta och jag sa då att jag inte känner eller ser mig som en kvinna och därför tog väldigt illa vid mig av titeln. Den kunde hon inte ta bort eftersom systemet, som visst ursprungligen var tyskt, krävde titel. Men hon kunde ändra så det står Mr framför namnet. Nu känner och ser jag mig inte som man heller, men det kändes ändå bättre. Dagen därpå frågade jag om det var nödvändigt att ha med juridiskt namn eller om det gick bra med annat. Då det var ok att byta så bad jag henne lägga in mitt självvalda könsneutrala tilltalsnamn, vilket hon gjorde. Så nu står jag ut med hälsningen, även om den fortfarande är fel (berättelse 4).

9.5.1 Idrottens åldersindelning

Vuxenidrotten utövas av personer över 20 år och delas in i breddidrott och elitidrott. Ungdomsidrott utövas av personer under 20 år och barnidrott av personer under 12 år. Huvudfokus i den här utredningen när det gäller idrott är på barn- och ungdomsidrott. Anledningen till det är att det finns mer kunskap och forskning på transpersoner inom barn- och ungdomsidrott än inom vuxenidrott.

Flera aspekter skiljer barn- och ungdomsidrott från vuxenidrott, bland annat förekommer skillnader i tävlingsregler, något som vi återkommer till längre fram i detta kapitel. I stora delar utgörs reglerna för barn- och ungdomsidrott av modifierat återskapande av vuxenidrotten (Fransson 2006).

9.5.2 Transpersoners upplevelser av barn- och ungdomsidrott

År 2011 gav Riksidrottsförbundet ett forskningsbidrag till RFSL och RFSL Ungdom för att undersöka hbtq-ungdomars villkor och erfarenheter inom svensk idrott. Organisationerna genomförde en kvalitativ studie med 25 intervjuer och 15 insamlade berättelser från hbtq-ungdomar som resulterade i rapporten *Hbtq och idrott – Ungdomars erfarenheter och villkor inom svensk idrott* (Darj, Piehl & Hjelte, 2013). De flesta ungdomarna i studien är inte öppna inom sin idrott. Att ständigt dölja vem man är och leva med en rädsla för omgivningens reaktioner är nedbrytande. Flera har slutat idrotta på grund av det.

En del har blivit trakasserade och stödet från tränarna är ofta frånvarande. Flera unga upplever att hbtq-personer är osynliggjorda inom idrotten och att hbtq bara kommer på tal i homofob och transfob jargong. Ungdomarna i studien anpassar sig till idrottens normer genom att reglera sitt beteende på förhand. Det som händer inom idrotten hänger nära samman med informanternas situation i skolan, på bostadsorten eller i hemmet. Detta får inverkan på till exempel informanternas möjligheter att delta i idrott. Det finns få öppna hbtq-personer inom idrotten som kan fungera som förebilder. De som finns är oftast homo- eller bisexuella som har kommit ut först efter att deras idrottskarriär tagit slut. Det skapar en känsla hos informanterna att det är svårt att som hbtq-person att vara idrottare, och näst intill omöjligt att göra idrottskarriär.

Idrott är i stor utsträckning könsuppdelad genom tävlingsregler, jargong, normer och omklädningsrum. Det gör att unga transpersoner utestängs, inte tillåts delta i rätt könskategori eller blir tvingade in i en könskategori de inte känner sig bekväma med. Transungdomarna i studien uppger att de ofta inte är välkomna i rätt omklädningsrum utan de byter om på toaletten eller hemma. Könskodade klädregler och omgivningens användande av fel pronomen skapar också problem. Flera transsexuella informanter vill delta i träning som är könsuppdelad men får inte träna i rätt grupp. Några drömmer om att börja idrotta efter att de genomgått en könskorrigering men säger samtidigt att det då kommer att vara för sent att göra karriär inom idrotten.

Transungdomarna tar själva ansvar för att lösa problem. De tar även på sig ansvaret att utbilda såväl ledare som lagkamrater i trans-

frågor. Vuxnas frånvaro och okunskap präglar de flesta av transungdomarnas berättelser. Konsekvensen av normerna inom idrotten, könsuppdelningen, bristen på förebilder, låg hbtq-kompetens och låg vuxennärvaro blir att många hbtq-ungdomar lämnar idrotten (Darj, Piehl, & Hjelte, 2013).

I en brittisk studie från 2017 intervjuas 14 unga vuxna transpersoner som befinner sig i transition om sin relation till träning och idrott. (Interjupersonerna är mellan 18 och 36 år, med en genomsnittsålder på 22,71 år.) I studien identifieras både begränsande och främjande faktorer för träning och idrott. Ett hinder för träning är bristen på möjlighet att byta om och duscha på en könsneutral plats. Exempelvis har en transkvinna blivit tillsagd av personalen vid en träningsanläggning att hon inte får vara i omklädningsrummet avsett för kvinnor. En annan begränsande faktor är träningskläder. För transfeminina som inte gjort "nedre kirurgi" kan det vara svårt att hitta träningskläder och badkläder som döljer skrevet. För transmaskulina kan det vara problematiskt att behöva ha mycket kläder på sig för att dölja överkroppen, som att till exempel behöva simma med t-shirt. En annan sak som kan hindra transmaskulina från träning är användandet av binder. Till exempel berättar en intervjuperson att han inte kan springa på grund av att han använder binder och det gör det svårt för honom att andas. För en del finns också begränsningar som handlar om könsdysfori och obehagsupplevelser inför den egna kroppen. Flera uttrycker också oro inför vad andra ska tycka och tänka och upplever att de blir tittade på när de besöker träningslokal. Även lagidrott nämns som ett hinder för att utöva idrott, hälften av intervjupersonerna har tidigare deltagit i lagidrott och slutat i och med att de påbörjat transition.

I den generella populationen är de huvudsakliga anledningarna till att träna kopplade till hälsa, för att förändra sitt utseende och/eller för att ha roligt. Här skiljer sig inte transpersonerna i studien. Där-
emot finns det ytterligare faktorer som motiverar dem att träna som är specifikt kopplade till att vara transperson och i transition. En person uttrycker att träning hjälper den att hantera sin könsdysfori. En annan motivationsfaktor är att använda träning för att forma sin kropp så att den blir mer lik det kön man identifierar sig med. För de transmaskulina i studien handlade detta framför allt om att öka muskelmassan och se muskulös ut, medan en transfeminin person uttryckte att hon hoppades uppnå en avsmalnande och tonande

effekt med sin träning. En annan faktor som verkade motiverande för flera i studien var att hålla sig i form inför könsbekräftande kirurgi. Flera personer uttryckte också att det skulle underlätta deras möjligheter att träna om det fanns transspecifika träningsaktiviteter som simning till exempel (Jones, Arcelus, Boman, Walter & Haycraft, 2017a).

Genom utredningens webbplats har en mamma till en 10-årig transtjej lämnat följande berättelse om hennes dotters fritidsaktiviteter:

Min dotter har påbörjat en massa aktiviteter genom åren, tennis, fotboll (killag), handboll(tjejlag), orientering, scouter, mm. Den enda aktivitet som hon har fortsatt med är scouterna. De andra aktiviteterna är inom idrotten och hon har väldigt svårt att känna sig hemma där. Hon vet inte hur hon ska identifiera sig där. Scouterna är en väldigt inkluderande verksamhet och där delas inte barnen in efter kön.

Jag skulle önska att idrotten i Sverige var mer inkluderande. I min dotters ålder så är det ju egentligen ingen skillnad på pojkar och flickor. De skulle lätt kunna tävla mot varandra (berättelse 109).

Trakasserier inom barn- och ungdomsidrott

I *Hbtq och idrott* (Darj, Piehl & Hjelte, 2013) beskriver flera av intervjupersonerna att de blivit trakasserade av lagkamrater eller träningskamrater samt att det ibland förekommer en homofob jargong inom idrotten. Det är inte bara informanternas träningskamrater som trakasserar dem. En av intervjupersonerna, en vid tiden för intervjun 21-årig transkille vid namn Jon, berättar när han blev utsatt av en förälder till en motståndare under en match. Han var 11–12 år, spelade en match mot en tjej och höll på att vinna.

Hon blev rosenrasande och gick in och avbröt matchen, slet ut mig och tyckte att jag spelade i fel klass, att jag skulle spela med pojkarna. Hon var en väldig gränslös person och tappade all... Jag vet inte om hon var sur för att jag vann och med utseendet blev det bara kollaps. Hon tyckte att jag skulle klä av mig och...visa vilket kön jag hade. Typ helt gränslös. Jag tänker att sånt gör man inte mot barn. Men det var kanske det värsta som har hänt.

Jon var ensam och förtvivlad när händelsen utspelade sig, men till slut ingrep en okänd person och sa till mamman.

Jon: Det var jättestor skillnad att det till slut var någon som sa till mig att jag hade rätt. För man tvivlar på sig själv när ingen gör någonting och att hon får rätt mycket plats att göra så, jag började tvivla på om det var okej att se ut så som jag gjorde. Det var också som att jag var beredd på att, ja men att ta av kläderna! Jag kände mig väldigt pressad och kände att hon hade rätt att göra så. Det var som att man bara 'äh nej hon har rätt!' Men det gjorde jättestor skillnad att den här personen kom och sa att hon hade fel. För att det gjorde att jag blev arg på henne till slut efter några veckor, istället för att bara klanka ner på mig själv.

Intervjuare: Var det någon som pratade med dig efteråt?

Jon: Nej det var det nog inte.

9.6 Omklädningsrummens bristande tillgänglighet

9.6.1 Könsuppdelade omklädningsrum och brist på möjlighet till ombyte

Jag tränar på /ett gym i en svensk stad/ och där saknas möjlighet att byta om enskilt eller i könsneutralt omklädningsrum och de har endast helt öppna duschar i de könade omklädningsrummen. Jag har försökt få dem att ordna könsneutrala omklädningsrum och möjlighet till enskilda duschar genom att skriva en motion till årsmötet. De har än så länge svårt att verkligen förstå behovet och tycker att åtgärderna konkurrerar med att de vill arbeta mot osunda kroppsideal. Jag har haft möte med verksamhetschefen i dag för att försöka förklara behovet och att transpersoners behov behöver gå före den här delen av deras arbete för att motverka osunda kroppsideal. Jag upplever att styrelsen och verksamhetschefen vill förstå men inte riktigt gör det fullt ut. Det verkar som att de kommer arbeta för en lösning men har inte lovat något än. För föreningar och andra som saknar kunskap kring hur det går att anpassa sin träningsanläggning för transpersoner vore det bra med ett kunskapsunderlag med tydliga exempel på lämpliga anpassningar (berättelse 106).

Bristen på omklädningsrum som är anpassade för transpersoner är för gruppen en central anledning att undvika gym, badhus och idrottsanläggningar. Det har framförts till utredningen både på de forum vi genomfört i syfte att ta del av transpersoners erfarenheter, men även via utredningens hemsida. Problem med omklädningsrum finns också beskrivna i Ungdomsstyrelsens rapport *Om unga hbtq-personer – fritid* (Ungdomsstyrelsen 2012). Flera unga personer i studien berättar att de helt undviker situationer där de kan komma att behöva exponera sina kroppar. Omklädningsrum är ofta könskodade,

något som för många inte fungerar alls. Flera uttrycker att de önskar att det fanns speciella omklädningsrum för transpersoner, men en del uttrycker också oro över risken att bli utsatt för våld i ett sådant omklädningsrum. För ytterligare någon skulle det fungera att byta om i könsuppdelade omklädningsrum om det fanns ett duschdraperi och en krok att hänga handduken på precis utanför duschen. Bättre möjligheter till ombyte är alltså en nyckelfaktor till att öka transpersoners deltagande i fysisk träning. Bristen på möjlighet att byta om och duscha på ett tryggt sätt gör att ungdomarna slutar träna:

Jag besöker aldrig någon aktivitet som kräver omklädningsrum och när jag går på gym byter jag inte om eller byter om på toaletten. Jag klär inte av mig offentligt och jag vill inte behöva gå in i vare sig kvinno- eller mansomklädningsrum, jag skulle inte känna mig bekväm där – i kvinnorummet för att jag inte är kvinna, i mansrummet för att jag inte har en maskulin kropp (Ungdomsstyrelsen 2012).

När jag hållit på med sportaktiviteter under åren har jag endast gått på saker inom cykelavstånd till hemmet, för att på så vis aldrig behöva duscha offentligt, utan kan välja att åka direkt hem och göra det där istället. Badhusen är nästan värst, då finns det regler uppsatta om att man måste duscha innan man går ut och in från badhuset. Därför åker jag aldrig till ett badhus (Ungdomsstyrelsen 2012).

9.6.2 Simhallar

Jag tar inte av mig kläderna på stranden och åker inte till bassäng. Jag skulle gärna vilja bada i bassäng, men gör det inte (berättelse 59 transman 31 år).

En miljö som lyfts frekvent av personer som varit i kontakt med utredningen är simhallar. Tillträde till simhallar försvåras av att man måste duscha när man går in och ut. Till skillnad från ett gym är kroppen exponerad på ett annat sätt under själva vistelsen ute i simhallen. Att ha blivit utsatt för trakasserier i simhall förefaller vara en tämligen vanlig erfarenhet bland transpersoner. Bristen på möjlighet till ombyte för transpersoner och rädslan för att bli utsatt för trakasserier gör att många slutar besöka simhallar trots att de egentligen vill och har behov av det. Flera beskriver trakasserier från andra besökare, men det finns också berättelser om att personal vid simhallen trakasserar:

På lokala simhallen har jag blivit rent trakasserad. Jag har till och med polisanmält att en i personalen säger att det är stängt varje gång jag kommer. Och tidigare kom han och glodde på mig i duschen/bastun och skrek på mig över hela simhallen att jag inte fick vara där. Han trakasserade även min familjemedlem. (berättelse 46)

Utredningen har även tagit del av flera DO-anmälningar gällande diskriminering vid besök på simhallar. En av dessa (ANM 2014/921⁶) är gjord av en transsexuell person som gjort mastektomi och varit hormonbehandlad med testosteron under mindre än ett år. Personen var vid tillfället juridisk kvinna (enligt sitt personnummer). Han har varit inne i damernas omklädningsrum och bytt om och andra badgäster har då hämtat personalen. Personalen har kommit in i omklädningsrummet, bett att få se hans legitimation. Personen har då vägrat att visa legitimation varpå personalen förklarar att de fått in klagomål från andra besökare som är oroliga och att hon behöver kolla personens uppgifter. Anmälaren säger ifrån och att han vill att samtalet ska fortsätta utan publik.

De går ut för att prata vidare utanför omklädningsrummet. Enligt anmälan så ”babblar /personalen/ på om hur okej hon är med min ”läggning” och att alla har rätt att vara där i badhuset, och hur svåra dom här frågorna är och jag ändå måste förstå att det inte är så lätt.” Anmälaren säger att han känner sig kränkt över hur personalen valt att gå till väga. Personalen säger då att enligt Stockholms stads policy ska man gå till det omklädningsrum som står på ens identitetshandling.

En annan anmälan från 2014 (ANM 2014/1085⁷) gäller en transperson som badat utan överdel på en simhall i Stockholm. I anmälan beskriver personen händelsen på följande sätt:

Jag och fyra kompisar gick för att bada. Innan besöket hade vi läst simhallens trivselregler, som avseende badkläder löd: ”Du badar i badkläder” utan närmare specifikation, vilket vi självklart följde. Vi hann bada ostört

⁶ DO avslutade ärendet 2014-06-23. Skäl för beslut: Efter att ha gått igenom uppgifterna i din anmälan har DO beslutat att inte starta en utredning, utan vi avslutar ditt ärende. Vi har inte tagit ställning till om du har blivit diskriminerad.

⁷ DO avslutade ärendet 2015-11-06. I sin bedömning anger myndigheten att de förvisso gjort bedömningen att kommunen gjort sig skyldig till indirekt diskriminering men att de avslutar ärenden eftersom kommunen ändrat sina regler på ett sätt som möjliggör för transpersoner att uttrycka sin identitet så framstår det inte som motiverat ur allmän synpunkt att för talan mot kommunen samt att myndigheten inte heller ämnar vidta någon annan åtgärd.

i ungefär 10 minuter tills en ur badpersonalen kom fram och bad oss klä på oss på överkroppen, bikiniöverdel eller liknande, eller lämna simhallen. Jag kände mig förödmjukad som förväntades ha särskilda kläder utifrån hur min kropp såg ut. Påbudet att täcka brösten upprätthåller en sexualisering som vi har påtvingats. Jag är själv transperson och varken kvinna eller man. Jag känner mig väldigt obekvämt med att ha på mig något som är så kvinnligt kodat och dessutom sexualiserande som en bikiniöverdel. Jag känner mig inte alls välkommen på badhuset.

Exempel på förändringsarbete

I RFSL:s kommunundersökning från 2015 har fyra kommuner (Gnesta, Göteborg, Malmö och Örkelljunga) angett att de vidtagit åtgärder för att bättre (genom att ombyte kan ske i en avskild och trygg miljö) tillgängliggöra kommunala idrottsanläggningar för transpersoner (RFSL 2015a). Andra exempel är gymnasieskolan Södra Latin i Stockholm som på elevernas initiativ infört ett tredje könsneutralt omklädningsrum och Sundbybergs simhall och Högevall i Lund som hbtq-certifierat sig.

Högevall

Högevall är en anläggning i Lund som består av ett äventyrsbad, en tävlingsbassäng med 10-meters hopptorn, en träningsbassäng och två undervisningsbassänger. I anläggningen ingår också idrottshallen med 2 000 publikplatser. Utredningen har genomfört ett studiebesök på anläggningen.

Verksamheten bedrivs i kommunens regi, medan driften av lokalerna sköts av Lundafastigheter. På Högevall har det sedan 2013 funnits så kallade flexrum. Ursprungligen infördes flexrum för att familjemedlemmar av olika kön skulle kunna byta om tillsammans.

Under 2015 hbtq-certifierades badet. Det var under den processen som personalen satte upp draperier i duscharna. Draperier ger personer möjlighet att duscha utan insyn. För en del transpersoner möjliggör ett duschdraperi att det känner sig trygga att duscha i ett könsuppdelat omklädningsrum. Även i ett flexomklädningsrum behövs draperi då inte alla känner sig bekväma att visa sig nakna för andra. Draperierna tar personalen på Högevall ned och tvättar varannan dag. De menar att den extra kostnad som draperierna tillför ska

ställas mot det faktum att klorhalten behöver ökas i bassängerna om personer inte duschar nakna.

Hbtq-certifieringen ledde också till en ökad kontakt mellan det lokala hbtq-communityt och anläggningen. Under 2017 genomfördes LundaPride Pool Party på Högevallsbadet för tredje året i rad.

9.7 Att besöka idrottsevenemang

Utredningen har fått in en berättelse som beskriver en problematisk situation som kan uppstå när transpersoner besöker idrottsarrangemang som kräver att besökarna går igenom säkerhetskontroller. Berättelsen är lämnad av en 14-årig transkille:

Jag är även intresserad av fotboll och då måste man alltid gå igenom att folk tar på en för att se att man inte har vapen, 90 procent av gångerna jag har varit på matcher så har jag gått med min pappa och bror till den manliga checken men blivit skickad till den kvinnliga. Och när min pappa protesterar så kollar de på mig med en dömande blick men låter mig få som jag vill (berättelse 99).

9.8 Den svenska idrottspolitiken

Den nuvarande statliga idrottspolitiken mål och inriktning baseras på 1999 års idrottspolitiska riksdagsbeslut med anledning av propositionen *En idrottspolitik för 2000-talet* (prop. 1998/99:107). I propositionen står att idrottspolitiken bör bygga på tre grundstenar. För det första bör det vara en tydlig strävan att i samhällsplanering, i skolans arbete och i andra sammanhang uppmuntra och ge möjligheter till människors motion och idrott i syfte att främja en god folkhälsa. För det andra bör ett aktivt stöd ges till en fri och självständig idrottsrörelse byggd på ideellt engagemang och som bedriver en bred verksamhet, som värnar om god etik, som ger lika förutsättningar för kvinnor och män, som arbetar aktivt för integration samt värnar om demokratisk fostran. För det tredje bör idrottspolitiken beakta att idrotten till viss del är kommersiell underhållning som ger många människor förströelse och glädje. Den skall bedrivas på konkurrensneutrala och marknadsmässiga villkor.

I propositionen från 1998 står också att idrottsrörelsen själv bör lägga fast målen för sin verksamhet och att staten endast ska ange

de syften som staten har med sin bidragsgivning. Riksidrottsförbundet (RF) ska pröva frågor om fördelning av statsbidrag till idrottsverksamhet i enlighet med vad regeringen bestämmer. Offentlighetsprincipen och sekretesslagen ska gälla för sådan verksamhet hos RF som består av fördelning av statsbidrag. De medel som staten anvisar för svenskt deltagande vid olympiska spel och Paralympics ska fördelas mellan åren och fortsättningsvis inkluderas inom ramen för anslaget Stöd till idrotten. Under kommande år tillförs idrotten betydande belopp från AB Svenska Spel. Detta kommer att stärka idrottsrörelsens lokala barn- och ungdomsverksamhet (prop. 1998/99:107).

I propositionen *Statens stöd till idrotten* (2008/09:126) föreslår regeringen att de mål och syften med statens stöd till idrotten som lades fast 1999 ska gälla också i fortsättningen men utökas så att statsbidraget för barn och ungdomar ska lämnas till verksamhet som bedrivs ur ett barnrättsperspektiv och att målen och syftena kompletteras med att stöd även kan lämnas till verksamhet som stärker idrottsutövaras internationella konkurrenskraft.

Den dåvarande regeringen gjorde bedömningen att den gällande principiella ansvarsfördelningen mellan staten och idrottsrörelsen bör ligga fast. Centrum för idrottsforskning vid Gymnastik- och idrotts-högskolan tilldelades ansvaret att följa upp statens stöd till idrotten. Uppföljningen skulle göras i form av en regelbunden och långsiktig uppföljning av det statliga idrottsstödet betydelse utifrån ett antal indikatorer, fördjupade analyser och kompletterande forskning. Sveriges Riksidrottsförbunds återrapportering bör vara inriktad på kvantitativa resultatmått (prop. 2008/09:126).

Syftet med statens bidrag

Ett viktigt syfte med statens idrottspolitik är att främja en aktiv livsstil, god hälsa och sunda vanor hos alla medborgare. Ett annat övergripande syfte är att alla människor ska ha lika förutsättningar att delta i idrottsaktiviteter samt att verksamheten ska främja integration, jämställdhet och god etik. Stödet ska ha tonvikt på barn- och ungdomsverksamhet, utgå från en bred och folkhälsoinriktad syn på idrott och motion samt lägga särskilt vikt vid allas lika möjlighet att delta utifrån sina egna förutsättningar oavsett faktorer som

ålder, kön, sexuell läggning samt social, etnisk och kulturell bakgrund och funktionsnedsättning (prop. 2008/09:126). I propositionen från 2008 saknas alltså en skrivning om könsidentitet och könsuttryck, dock har en sådan skrivning funnits med i budgetpropositionen sedan några år tillbaka.

I förordningen (1999:1177) om statsbidrag till idrottsverksamhet 2 § definieras idrottsverksamhet som prestationsinriktad tävlingsidrott och hälsoinriktad bredd- och motionsidrott i vilken det ingår ett centralt moment av fysisk aktivitet. I samma förordning 4 § står att statsbidraget ska stödja verksamhet som:

- bidrar till att utveckla barns och ungdomars intresse och benägenhet för motion och idrott,
- bedrivs ur ett barnrättsperspektiv, bland annat genom att öka barns och ungdomars inflytande över och ansvar för sitt idrottande,
- gör det möjligt för alla människor att utöva idrott och motion,
- bidrar till att väcka ett livslångt intresse för motion och därmed främjar en god hälsa hos alla människor,
- syftar till att ge flickor och pojkar respektive kvinnor och män lika förutsättningar att delta i idrottsverksamhet,
- utvecklar samverkan mellan organisationer som arbetar med idrottsverksamhet, skolan och andra som bedriver arbete för att främja fysisk aktivitet och goda motionsvanor,
- främjar integration och god etik, och
- aktivt motverkar dopning inom idrotten.

Statsbidrag får även stödja verksamhet som stärker idrottsutövares internationella konkurrenskraft. Vid prövning av om statsbidrag i detta syfte ska beviljas ska i relevanta delar de syften som anges i första stycket beaktas.

Vilka kan få bidrag?

Vilka organisationer som kan få statsbidrag anges i 6 § i förordningen (1999:1177) om statsbidrag till idrottsverksamhet. Det är organisationer på central, regional eller lokal nivå som arbetar med idrotts-

verksamhet, Sveriges Olympiska Kommité för förberedelser inför och deltagande i internationell tävlingsverksamhet samt huvudmän som är ansvariga för utbildning vid riksidsrottsgymnasier.

Förvaltningsuppgifter i privaträttslig regi

Enligt lagen (1995:361) om överlämnande av förvaltningsuppgifter till Sveriges Riksidrottsförbund prövar förbundet frågor om fördelning av statsbidrag till idrottsverksamhet. När förvaltningsuppgifter utförs i privaträttslig regi, som fallet är med Sveriges Riksidrottsförbund (RF), är bestämmelserna i förvaltningslagen (1986:223) inte omedelbart tillämpliga. Av särskilda föreskrifter kan dock följa att vissa bestämmelser i lagen ska tillämpas. Den uppgift som RF har fått sig tilldelad enligt lagen (1995:361) om överlämnande av förvaltningsuppgifter till Sveriges Riksidrottsförbund, nämligen att pröva frågor om fördelning av statsbidrag till idrottsverksamhet, innefattar myndighetsutövning. I den funktionen utövar alltså förbundet verksamhet i en myndighets ställe. När uppgifter som innefattar myndighetsutövning överlämnas till privaträttsliga subjekt bör samma rättssäkra handläggning som gäller för myndigheter enligt förvaltningslagen även gälla för den offentliga verksamhet som har överlämnats (prop. 2008/09:126).

9.8.1 Riksidrottsförbundet

Riksidrottsförbundet (RF) är svensk idrotts paraplyorganisation. Förbundets uppgift är att stödja, leda och företräda idrotten. Det gör RF genom att företräda svensk idrott i kontakten med myndigheter, politiker och samhället i övrigt, fördela statens anslag till idrottsrörelsen och stimulera idrottsförbundens utveckling både när det gäller själva idrotten, men också kunskapsmässigt. RF samordnar även arbetet med idrottens värdegrundsfrågor samt arbetar för att bevara det idrottshistoriska arvet. RF har 71 medlemsförbund (Riksidrottsförbundet 2017, 2017-09-04).

Den nuvarande versionen av *Idrotten vill – Idrottsrörelsens idéprogram* antogs vid RF-stämman 2009. I den presenteras bland annat idrottsrörelsens gemensamma värdegrund. Enligt den ska all verksamhet utgå ifrån glädje och gemenskap, demokrati och delaktighet,

allas rätt att vara med och rent spel. Allas rätt att vara med innebär att alla som vill ska kunna vara med utifrån sina förutsättningar – oavsett nationalitet, etniskt ursprung, religion, ålder, kön eller sexuell läggning samt fysiska och psykiska förutsättningar – i föreningsdriven idrottsverksamhet (Riksidrottsförbundet 2009). Det saknas skrivningar om könsidentitet och könsuttryck. Då utredningen frågat om detta hänvisar RF⁸ till att de i sin verksamhetsinriktning för 2018–2019 anger att de ska ta fram anvisningar kring innebörden av idrottens värdegrund ”allas rätt att vara med”.

Verksamhetsinriktning 2018–2019

RF har stämma vartannat år. Till den ska RF och SISU Idrottsutbildarna föreslå en tvåårig verksamhetsinriktning med ekonomiska planer för de nästkommande åren. Verksamhetsinriktningen ger styrelserna ledning för att styra, leda och prioritera verksamheten för RF och SISU Idrottsutbildarna de två nästkommande åren, samt vad dess distriktsorganisationer ska fokusera på.

Verksamhetsinriktningen 2018–2019 utgår från fem utvecklingsresor som har identifierats under svensk idrotts strategiska arbete. De benämns som utvecklingsresor eftersom varje resa är en långsiktig strävan mot de övergripande målen 2025. Inom varje förbund pågår en egen resa, men detta görs inte isolerat. Svensk idrott gör en gemensam resa där RF leder, stödjer och företräder idrottsrörelsen och SISU Idrottsutbildarna bildar och utbildar i riktning mot målen (Riksidrottsförbundet och SISU 2017). En av de identifierade utvecklingsresorna har rubriken *Inkluderande idrott för alla*. Där står att RF under tidsperioden ska ta fram anvisningar kring innebörden av idrottens värdegrund allas rätt att vara med. Samtidigt inleds avsnittet med en beskrivning av ett önskat läge 2025:

2025 känner sig pojkar och flickor, män och kvinnor och i olika åldrar och med olika förutsättningar och bakgrund välkomna till idrottsföreningen. Föreningens verksamhet ger människor med olika förmåga möjlighet att vara med. Träningen utvecklas efter individens kapacitet vilket utvecklar rörelseförståelse. 2025 speglar medlemmarna i idrottsrörelsen befolkningen i Sverige. Möjligheten att träna, tävla och enga-

⁸ Epost från Mattias Hjelmberg, Riksidrottsförbundet. Inkommet 2017-09-07. Dnr Komm2017/01424

gera sig i en förening är inte beroende av individens ekonomiska förutsättningar eller var man bor.

En annan identifierad utvecklingsresa är *2025 har vi en jämställd idrott*:

Idrottsrörelsen ser en jämställd verksamhet som en förutsättning för, och ett tecken på, en framgångsrik idrott. Män och kvinnor har samma makt att forma idrotten och sitt deltagande i idrottsrörelsen. Möjligheterna är lika för alla oavsett kön, att utöva och leda idrott. Alla som vill, oavsett kön, ska få vara med i föreningsdriven idrottsverksamhet. Idrotten utformar verksamheten så att den ger alla som deltar en trygg gemenskap. Män och kvinnor har lika stort inflytande i beslutande och rådgivande organ. Arbetsformer och fördelning av uppdrag utformas så att män och kvinnor har lika stora möjligheter att medverka. Idrottsrörelsen tillämpar jämställdhetsintegrering i sin verksamhet.

Skrivningarna ”alla” förekommer parallellt med skrivningarna ”män och kvinnor, flickor och pojkar” samt skrivning ”alla oavsett kön”. Att likställa alla med män och kvinnor, flickor och pojkar osynliggör ickebinära individer. Inom många idrotter begränsas även möjligheten att delta och tävla för transkvinnor och transmän.

Tävlingsregler

Huruvida transpersoner ska tillåtas tävla i enlighet med sin könsidentitet är vida omstritt både inom forskningen, inom idrottsrörelsen, bland de medtävlade och bland publiken. I en forskningsöversikt (som inkluderade åtta forskningsartiklar och 31 tävlingsregler från idrottsrörelsen) från 2016 konstateras att det inte finns forskning som stödjer att transkvinnor eller transmän skulle ha atletiska fördelar i något stadium av transition och att tävlingsregler som begränsar transpersoners möjligheter att tävla bör ses över. Majoriteten av de tävlingsregler som ingick i studien har inte varit evidensbaserade (Jones, Arcelus, Bouman & Haycraft 2017b).

Specialförbunden som finns organiserade inom RF bestämmer alla över sina egna tävlingsregler. Huruvida de ser kön som en grund för att inte kunna tävla eller träna tillsammans varierar stort. Enligt rapporten *Hbtq och idrott* så är det väldigt ovanligt med idrotter där kvinnor och män tävlar mot varandra. Förutom att kvinnor och män tävlar var för sig finns det idrotter där kvinnor och män dessutom tävlar i helt olika grenar. Andra idrotter har olika regler för samma grenar. I ishockey får kvinnor till exempel inte tacklas lika hårt eller

i samma utsträckning som män. Inom ytterligare andra idrotter lyfter kvinnor och män olika tungt eller springer olika långt (Darj, Piehl & Hjelte 2013).

Vissa förbund anser att det är en styrka om flickor och pojkar eller kvinnor och män kan träna tillsammans. Andra förbund menar att det inte är lämpligt att blanda könen, varken för träning eller tävling. Här finns det ibland särskilt anpassade tävlingsregler för barn- och ungdomsidrotten. I en artikel i Svensk Idrottsforskning från 2006 påpekar artikelförfattaren Kristin Fransson att det sällan är barnens förutsättningar (avseende ålder, kön och vikt) som styr vilken anpassning som görs för barnidrotten. Vuxenidrotten utgör normen och förlagan som styr vilka anpassningar som görs (Fransson 2006).

Riksidrottsförbundets relation till specialförbund och föreningar

RF kan i dag samtala med förbund och föreningar och påpeka brister i förhållande till *Idrotten vill*, ta fram rekommendationer och riktlinjer för hur bra idrott ska bedrivas samt stötta föreningar och förbund med råd och handlingsplaner. RF kan inte stänga av en enskild ledare/tränare/styrelseledamot/aktiv/förälder i en förening eller ett förbund. Det är föreningens respektive förbundets ansvar (Riksidrottsförbundet 2017, hämtad 2017-09-04).

Riksidrottsförbundets policy mot diskriminering på grund av sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck

Policyn antogs på RF-stämman 2009 och syftar till att stödja specialidrottsförbunden (SF) i deras arbete kring frågor som rör idrottens vision och värdegrund, ökad tillgänglighet, trygghet och trivsel, motverka alla former av diskriminering och trakasserier, samt att tillsammans med annat stödmaterial öka kunskap kring hbt-frågor och bemötande. Syftet är att motverka och förebygga diskriminering och trakasserier på grund av sexuell läggning och könsuttryck/könsidentitet. I policy står det att inom idrotten:

- har alla rätt att vara med, uppleva glädje och gemenskap, ingen ska behöva känna sig kränkt, trakasserad och/eller diskriminerad accepteras ingen form av diskriminering på grund av sexuell läggning eller könsuttryck/könsidentitet (Riksidrottsförbundet 2017, hämtad 2018-09-04).

9.8.2 Granskning av statsbidragen till idrottsrörelsen

Riksrevisionens granskning av statsbidragen till idrottsrörelsen

År 2004 granskade Riksrevisionen statsbidragen till idrottsrörelsen. Riksrevision pekade då på komplikationer som kan uppstå när ideella organisationer fördelar statsbidrag. Detta då det är svårt att kombinera den ideella organisationens rätt till integritet och självständighet med statens behov av insyn och kontroll. Granskningen visade också på oklarheter och svagheter vad gäller regeringens styrning och kontroll av det statliga stödet till idrottsrörelsen.

De iakttagelser som gjorts under granskningen visar enligt Riksrevisionen att oklarheter kan uppstå när förvaltningsuppgifter delegeras till privaträttsliga organ, som till exempel Riksidrottsförbundet. Om staten väljer denna väg bör dessa organisationer i sin myndighetsutövning i möjligaste mån omfattas av det regelverk som gäller övrig offentlig förvaltning. Detta är, understryks det, av vikt från såväl rätts-säkerhetssynpunkt som när det gäller möjligheterna att kontrollera hur statliga medel används.

Riksrevisionen konstaterar vidare att drygt 60 procent av statens stöd till idrotten består av medel från AB Svenska Spel. Dessa medel redovisas inte på statsbudgeten, blir inte föremål för sedvanlig budgetprövning och omfattas inte av det statliga utgiftstaket. Riksrevisionen pekar på att denna hantering innebär avsteg från tre viktiga principer som bär upp den nuvarande budgetprocessen, nämligen kraven på fullständighet, bruttoredovisning och transparens.

Enligt Riksrevisionens var barn- och ungdomsverksamhet till stor del är beroende av att AB Svenska Spel genererar ett överskott och att överskottet även fortsättningsvis går till barn- och ungdomsverksamheten. Riksrevisionen framförde även i sin granskning att de förutsätter att regeringen har övervägt de konsekvenser som eventuella förändringar i bidragen från AB Svenska Spel kan föra med sig för

barn- och ungdomsverksamheten (Framställning till Riksdagen 2004/05:RRS7).

Regeringens styrning och åiterrapportering till riksdagen avseende statsbidragen till idrottsrörelsen

Riksrevisionen har i sin granskning funnit brister såväl i regeringens styrning av statsbidragen till idrottsrörelsen som i regeringens kontroll, uppföljning och åiterrapportering till riksdagen. Enligt Riksrevisionens bedömning är det svårt att klargöra regeringens möjligheter att styra statsbidragen genom att det finns en konflikt mellan idrottsrörelsens fria roll och statens behov av att säkerställa att syftet med statsbidragen uppfylls.

Riksrevisionen anser också att regeringens rapportering i budgetpropositionen saknar viktig information och jämförbar statistik som gör det möjligt att bedöma i vad mån syftena med statsbidragen uppfylls. Det saknas också statliga utvärderingar av stödet som underlag för bedömningar om det statliga stödet går till avsedda ändamål.

I *Riksrevisionens styrelses framställning angående statens stöd till idrottsrörelsen och folkbildningen* skriver styrelsen att den anser, mot bakgrund av resultatet av den genomförda granskningen, att det är angeläget att den statliga styrningen av stödet till idrottsrörelsen genomförs på sådant sätt att syftena med bidragsgivningen säkerställs. Styrelsen konstaterar vidare att regeringen i budgetpropositionen för 2005 med anledning av Riksrevisionens rekommendationer utvecklade åiterrapporteringen till riksdagen. Styrelsen anser samtidigt att ytterligare insatser av detta slag behövs. Styrelsen vill också understryka att det som underlag för en sådan förbättrad redovisning kan behövas fördjupade utvärderingar av resultatet av de statliga insatserna, särskilt när det gäller insatser av idrottsrörelsen riktade till barn och ungdomar.

Styrelsen föreslår sammanfattningsvis att riksdagen begär att regeringen ska vidta åtgärder för att förbättra styrningen och åiterrapporteringen till riksdagen avseende anslagen dels till idrottsrörelsen (Framställning till Riksdagen 2004/05:RRS7).

9.8.3 Kulturutskottets uppföljning av statens idrottspolitiska mål

I utskottens beredning av ärenden ingår, enligt regeringsformen, att följa upp och utvärdera riksdagsbeslut. Kulturutskottet beslutade i januari 2015 att följa upp och utvärdera målen för den statliga idrottspolitik. Resultatet blev rapporten *Statens idrottspolitiska mål – en uppföljning med inriktning på barn och ungdomar* som kom 2017. I den beskriver uppföljnings- och utvärderingsgruppen sina bedömningar:

- Regeringens rapportering till riksdagen behöver bli bättre. Staten har överlåtit myndighetsutövningen att fördela statsbidrag till RF och Sisu som ska fördela de statliga bidragen i enlighet med vad regeringen bestämmer. Dock har varken den nuvarande regeringen eller tidigare regeringar säkerställt att bidragen har fördelats med utgångspunkt från de mål och syften som är fastställda för bidragsgivningen så att det är möjligt att följa användningen av de statliga bidragen och bedöma i vilken mån syftena med statsbidraget uppfylls. Riksrevisionen uppmärksammade detta i en granskning 2004. Riksdagen beslutade efter förslag från kulturutskottet om ett tillkännagivande om att regeringen tydligare skulle redovisa för riksdagen bland annat hur idrottsrörelsen utnyttjar de bidrag som staten varje år beviljar. De brister som låg till grund för riksdagens tillkännagivande 2005 kvarstår i stor utsträckning 2017.
- Det behövs en översyn av statens stöd till idrottsrörelsen. Å ena sidan syftar statens idrottspolitik till att stödja en fri och självständig idrottsrörelse. Å andra sidan är statsbidragets syfte bland annat att stödja verksamheter som bidrar till att utveckla barns och ungdomars intresse för motion och idrott. Staten ger över 2 miljarder kronor i bidrag till idrottsrörelsen 2017. Aktivitetsnivån inom barn- och ungdomsidrotten har dock minskat. Det är färre flickor än pojkar som får del av de statliga bidragen. Aktivitetsnivån är lägre hos resurssvaga grupper och barn med funktionsnedsättning. Flickor med utländsk bakgrund idrottar i betydligt mindre utsträckning än pojkar med utländsk bakgrund. Det saknas en systematisk uppföljning av barnrättsperspektivet. Re-

sultaten har inte förbättrats trots att anslagen har ökat. Statsbidragets funktion som styrmedel behöver därför utvecklas.

- Såväl statens styrning av stödet till idrottsrörelsen som anslagsposternas utformning och villkoren för statsbidraget behöver ses över. Även om idrotten är fri och självständig är inte staten förhindrad att ställa villkor för de statliga medlens användning. Staten ska vidare följa upp resultatet och vidta åtgärder när villkoren inte uppfylls. Staten behöver se till att endast barn- och ungdomsidrott som bedrivs ur ett barnrättsperspektiv får bidrag. Inom ramen för stödet till barn- och ungdomsidrotten behöver bl.a. följande områden uppmärksammas: socioekonomiska förhållanden, jämlikhet, jämställdhet och möjligheterna för barn och ungdomar med funktionsnedsättning att ingå i den idrottsliga gemenskapen. Vidare behöver frågan om att motverka och hanterat kränkningar behandlas.
- Det är vidare oklart i vilken omfattning kränkningar av barn och ungdomar sker inom idrotten. RF:s bestraffningsregler som gäller för idrottsrörelsen har brister. Det finns till exempel en preskriptionstid för anmälningar som kan bli föremål för bestraffning. Denna är endast två månader. Det innebär att en anmälan måste göras senast inom två månader från det att förseelsen begicks eller blev känd. Reglerna är bindande för alla specialförbund, föreningar, enskilda medlemmar och idrottsaktiebolag. Det är väsentligt att det finns rutiner och en tydlig hanteringsordning som främjar att kränkningar och övergrepp uppdagas och åtgärdas oavsett när händelsen har inträffat (Riksdagen 2017).

9.8.4 Centrum för idrottsforskning

Centrum för idrottsforskning (CIF) har som uppgift att initiera, samordna, stödja och informera om forskning inom idrottens område samt att ansvara för uppföljning av statens stöd till idrotten. CIF ska också skapa förutsättningar för samarbete mellan forskare vid universitet och högskolor samt andra engagerade inom området. CIF:s verksamhet finansieras huvudsakligen med statliga medel.

CIF har en styrelse som ansvarar för verksamheten. Dess ordförande utses av regeringen på tre år och övriga tretton ledamöter utses av 15 olika universitet och högskolor. Riksidrottsförbundet

föreslår de två resterande mandaten. Vid bedömning av ansökningar har styrelsen hjälp av ett vetenskapligt råd (Centrum för idrottsforskning 2017, hämtad 2017-09-29).

9.8.5 Pågående förändringsarbete

Under 2017 har CIF i uppdrag av regeringen (S2016/07732/FS) att genomföra en fördjupad analys av jämställdheten inom idrotten. En central frågeställning ska vara hur olika idrotter utformats, uppfattas och bedrivs samt hur detta påverkar könsfördelningen inom dessa idrotten. CIF ska peka på goda exempel där man lyckats bryta heteronormativa regelverk och verksamhetsformer. Analysen ska även omfatta fördelningen av resurser mellan kvinnor och mäns idrottande och motionerande. Fördelningen inom barn och ungdomsidrotten ska särskilt belysas. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast 15 maj 2018.

SISU Idrottsutbildarna har under 2017 släppt ett nytt webbaserat utbildningsmaterial *En inkluderande idrott*. Syftet är att tillhandahålla en kunskaps- och inspirationsbank för att skapa medvetenhet om rådande normer, privilegier och begränsningar på idrottens olika arenor (Sisu Idrottsutbildarna 2017, hämtad 2017-10-24). Materialet berör normer generellt. Det har inte ett särskilt fokus på transpersoners situation inom idrotten, dock berörs transperspektivet till exempel i en del av materialet som handlar om könsblandad träning och tävling.

RF har uppgett⁹ för utredningen att de arbetar med att ta fram en strategi för hur de kan arbeta med transfrågor. De har nyligen genomfört en översyn hur de ska kunna stödja förbund och distrikt. Det handlar huvudsakligen om två områden: översyn av regler för att underlätta att transpersoner ska kunna tävla i den klass de vill samt utbildning om ledarskap och bemötande. Strategin ska färdigställas under 2018. Några förbund, däribland Bågskytteförbundet och Basketförbundet, är i kontakt med RF och arbetar aktivt med transfrågor då de har aktiva medlemmar som genomgått eller genomgår könskorrigering. Även Fäktningsförbundet har arbetat fram en egen transpolicy.

⁹ Epost från Sofia Karlsson, Riksidrottsförbundet. Inkommet 2017-10-28. Dnr Komm2017/01524

9.9 Uppdraget att sprida kunskap om transpersoners levnadsvillkor

Utredningen har haft ett utåtriktat arbetssätt, vilket redovisas i kapitel 2 om utredningens uppdrag och arbete samt i bilaga 3. När utredningen har offentliggjorts så kommer den att finnas tillgänglig för allmänheten och kan också användas av andra för att sprida kunskap om transpersoners levnadsvillkor till yrkespersoner inom hälso- och sjukvården och andra relevanta verksamheter.

10 Transpersoners situation på arbetsmarknaden

Utredningen ska enligt direktiven i dialog med arbetsmarknadens parter kartlägga vilka hinder som finns för transpersoners möjligheter att på lika villkor delta i arbetslivet och vid behov föreslå konkreta insatser för att förbättra transpersoners arbetsmiljö och situation på arbetsmarknaden.

Utredningen har samrått med representanter för arbetsmarknadens parter och myndigheterna Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket och Diskrimineringsombudsmannen. Utöver det har transpersoner bidragit med egna erfarenheter via utredningens forum som hållits på flera platser i Sverige, samt via utredningens webbsida. Utredningen har även begärt ut anmälningar som kommit in till Diskrimineringsombudsmannen (DO) på grunden könsöverskridande identitet och uttryck sedan 2009.

10.1 Generella iakttagelser

Utredningen konstaterar genom sina kontakter med myndigheter, arbetsgivarorganisationer och fackliga företrädare att kunskapen om transpersoners situation i arbetslivet överlag upplevs som otillräcklig. Denna bild bekräftas i hög grad av de DO-anmälningar utredningen tagit del av och av de egna erfarenheter som transpersoner delgett utredningen.

Det råder också stor brist på kunskapsunderlag. Det har genomförts ytterst få studier som berör transpersoners situation på den svenska arbetsmarknaden, och utbudet av utbildningsmaterial om transpersoner riktat till arbetsmarknadens aktörer är mycket begränsat.

Sedan transpersoner inkluderades i diskrimineringslagstiftningen den 1 januari 2009 har Diskrimineringsombudsmannen endast mottagit 15 anmälningar som rör diskriminering på grunden könsöverskridande identitet eller uttryck i arbetslivet. DO har hittills väckt talan i ett ärende¹ på grunden könsöverskridande identitet eller uttryck men ärendet återkallades innan huvudförhandling och ledde inte till någon dom varför rättspraxis saknas på området. Det är utredningens uppfattning att det är omöjligt att dra några slutsatser om omfattningen av diskriminering av transpersoner i arbetslivet enbart baserat på antalet anmälningar.

Det är inte heller möjligt att dra generella slutsatser om transpersoners situation på den svenska arbetsmarknaden utifrån de berättelser av egna erfarenheter som utredningen samlat in. Men de ger indikationer på att det finns stora behov av insatser för att förbättra villkoren för transpersoner i arbetslivet. Många av dem beskriver dåliga erfarenheter såväl i samband med rekrytering som på arbetsplatsen. Andra vittnar om att de valt att inte vara öppna med sin transidentitet på jobbet av rädsla för vad det skulle kunna innebära. Men det har också kommit in goda exempel på situationer där både arbetsgivare och kollegor har uppvisat ett gott omdöme, varit inkluderande och respektfulla.

På ett jobb var kunskapen om transfrågor rätt hög och det var sällan någon kollega ställde obekväma frågor (det hände vid något enstaka tillfälle i början av anställningen att en person ville höra min ”spännande historia” men jag drog snabbt en gräns för sådant och förklarade att det var intimt och privat och inget jag berättar för främlingar utan enbart för vänner). Tack vare att miljön var så pass trygg valde jag att vara helt öppen med att jag är transperson. När jag bytte mitt personnummer köpte chefen tårta för att fira att jag äntligen fått rätt juridiskt kön – det var riktigt fint och gjorde mig glad. Men det hade såklart inte fungerat om jag inte redan varit öppen och arbetsmiljön så god (berättelse 110).

Sammantaget erfar utredningen att det går att ringa in ett antal problem och hinder som transpersoner stöter på i arbetslivet som kräver särskilda insatser.

Jag tror tyvärr inte min arbetsplats är sällsynt eller ovanligt dålig på något sätt. Straighta cis-personer skulle nog se den som ganska öppen, tillåtande och modern. Det positiva är väl att mycket sägs just öppet så det blir tydligt vad som behöver arbetas med, i stället för att det är dolt. Nu vet

¹ (ANM 2015/1277) och (ANM2015/2269)

jag såklart inte om det finns mer under ytan som jag inte får vara en del utav, men det finns ju strukturella problem och sammanhang som är djupt rotade och svåra att komma åt där en person som jag aldrig kan vara representerad. Beslut tas ju ibland på riktigt i "herrbastun", på golfbanan och i VIP-båset på hockeymatchen. Jag har svårt att se både en kvinna och en transperson som del av dessa sammanhang. Önskar att arbetslivet kunde vara mer professionellt även högre upp i hierarkin (berättelse 91).

10.2 Befintliga studier om transpersoners villkor på den svenska arbetsmarknaden

Bristen på vetenskapligt utförda studier om transpersoner i arbetslivet är fortfarande mycket påtaglig. Fler studier och faktabaserat kunskapsmaterial är också något som efterfrågades i utredningens samtal med arbetsmarknadens parter.

De studier som rör svenska förhållanden som utredningen tagit del av ger ändå indikationer på att transpersoner överlag har en utsatt situation på arbetsmarknaden.

Av Folkhälsomyndighetens rapport *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner: en rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige* (2015a) framgår att transpersoner har lägre sysselsättningsgrad och högre arbetslöshet än befolkningen som helhet. I rapporten uppgav 68 procent av respondenterna att de arbetar eller studerar. Cirka en fjärdedel svarade att de är arbetslösa, får sjukpenning/sjukersättning eller försörjningsstöd. Andelen arbetslösa bland respondenterna var 13 procent, jämfört med 8 procent för befolkningen som helhet. Mer än hälften av respondenterna anger dessutom att deras arbetsförmåga eller vardag är begränsad i någon grad på grund av fysisk eller psykisk sjukdom. Över hälften av respondenterna uppgav att de hade en månadsinkomst på under 14 000 kronor i månaden före skatt och därmed är att betrakta som låginkomsttagare.

I rapporten *Being Trans in the European Union – Comparative analysis of EU LGBT survey data (2014)* utförd av EU:s byrå för grundläggande rättigheter, FRA, uppgav 22 procent av de svenska respondenterna att de upplevt diskriminering på arbetsplatsen och 17 procent uppgav att de upplevt diskriminering i samband med rekrytering. I samma studie svarade 37 procent av de svenska respondenterna att de är öppna med sin transidentitet på sin arbetsplats och 53 procent svarade att de var delvis öppna. Samtidigt uppgav hela

60 procent att de upplever ett positivt klimat på arbetsplatsen, i bemärkelsen att det inte råder negativa attityder mot hbt-personer.

Utöver dessa relativt omfattande studier har utredningen också tagit del av ett antal mindre studier som helt eller delvis berör transpersoners villkor på den svenska arbetsmarknaden. Dessa refereras längre fram i detta avsnitt.

10.3 Internationell utblick

Rätten till arbete återfinns bland annat i artikel 6 i FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR) och i artikel 8 i konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter (ICCPR). I den generella kommentaren no 18 av FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter anges även att konventionsstaterna åläggs att säkerställa att rätten till arbete kan utövas fritt från all form av diskriminering. Vidare anges i den 20:e generella kommentaren från samma kommitté att konventionsstaterna bör vidta åtgärder för att förbjuda diskriminering på grund av könsidentitet, eftersom transpersoner utgör en extra utsatt grupp som löper stor risk att bli utsatta för trakasserier på arbetsplatsen och i skolan.

FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter arbetar bland annat med att uppmärksamma utvecklingen av de mänskliga rättigheterna internationellt och med att förstärka och stödja FN-systemets arbete på området. Högkommissarien lanserade i september 2017 *Tackling Discrimination against Lesbian, Gay, Bi, Trans & Intersex People – Standards of Conduct for Business*. Dokumentet innehåller fem grundprinciper som ska hjälpa företag att bidra till förändring genom att arbeta aktivt och förebyggande mot diskriminering av hbt-personer i och utanför arbetslivet. Principerna bygger på FN:s vägledande principer om företag och mänskliga rättigheter som antogs 2011 (FN 2011c, hämtad 2017-10-18), och klargör statens skyldigheter och företagets ansvar vad gäller mänskliga rättigheter samt FN:s initiativ Global Compact, (FN 2017d hämtad 2017-10-18) som introducerades 1999 och innefattar principer kring mänskliga rättigheter, arbetsrättsliga frågor, miljö och antikorrupktion riktade till företag.

De nya principerna i *Standards of Conduct* bygger vidare på hur företag kan arbeta med principen om respekt för de mänskliga rättigheterna genom att motverka diskriminering på arbetsplatsen. Näringsidkare ska se till att motverka diskriminering av leverantörer, kunder och hbtqi-personer i allmänhet. Principerna är tänkta att genomsyra hela leverantörskedjan och ska kunna tillämpas i samhället, på arbetsplatsen och på marknaden.

De fem principerna anger att företag bör:

- Respektera de mänskliga rättigheterna för hbtqi-personer som arbetstagare, kunder eller hbtqi-personer i allmänhet.
- Eliminera diskriminering av hbtqi-personer på arbetsplatsen.
- Bidra med stöd till hbtqi-personer på arbetsplatsen.
- Förebygga diskriminering och andra former av kränkningar av kunder, leverantörer och distributörer som är hbtqi-personer och insistera på att andra leverantörer ska göra detsamma.
- Försvara hbtqi-personers mänskliga rättigheter i de sammanhang och delar av samhället som företaget bedriver verksamhet i.

Utländska studier om transpersoners villkor på arbetsmarknaden

Utredningen har gått igenom ett antal studier och rapporter från Europa och USA som berör transpersoners villkor i arbetslivet.

Det är alltid vanskligt att överföra resultat av utländska studier till svenska förhållanden. Det gäller inte minst studier om arbetsmarknaden, där den svenska arbetsmarknadsmodellen skiljer ut sig från flertalet andra länders. Med den reservationen anser utredningen att de utländska studierna ändå bidrar med värdefull information för det vidare arbetet med att förbättra villkoren för transpersoner på den svenska arbetsmarknaden.

Brittiska Advisory, Conciliation and Arbitration Service (Acas) är en myndighet som bland annat erbjuder stöd och rådgivning till arbetstagare och arbetsgivare, samt agerar medlare i tvister och konflikter i arbetslivet.

Acas har sammanställt en kunskapsöversikt av transpersoner och personer med intersexvariations situation på arbetsmarknaden i Storbritannien, *Supporting trans employees in the workplace* (Marvell,

Broughton, Breese and Tyler, 2017). Syftet med översikten är att ge arbetsgivare och arbetstagare en större insikt i hur situationen för transpersoner och personer med intersexvariation ser ut på arbetsplatsen.

Kunskapsöversikten ger en rättslig lägesbedömning och går igenom effekten av policys och regelverk på arbetsplatsen samt attityder, språkbruk, särbehandling och generell kunskap om transpersoner och personer med intersexvariation. Kunskapsöversikten går också igenom goda exempel på arbetsgivare som har arbetat aktivt med att förstå situationen för transpersoner och personer med intersexvariation och hur de bäst kan använda kunskapen i sitt arbetsmiljöarbete.

Av studien framgår att många arbetsgivare på senare år har blivit bättre på att inkludera transpersoner och personer med intersexvariation på arbetsplatsen. Trots det kvarstår stora problem med diskriminering och trakasserier. Studien slår fast att det största hindret för transpersoners lika rättigheter och möjligheter i arbetslivet är arbetsgivarnas okunskap, i synnerhet om ickebinära och personer med intersexvariation.

Författarna bakom studien rekommenderar arbetsgivare att införa en policy eller ett liknande ramverk som ett första steg för att höja kunskapsnivån och få medarbetare att bli medvetna om att deras språk och handlingar kan få diskriminerande effekter. Ett andra steg kan vara att undanröja praktiska och fysiska hinder som att se över verksamhetens policy för uniform och arbetskläder samt tillgång till toaletter och liknande.

Transgender Europe (TGEU) har publicerat en översyn av situationen vad gäller transpersoners lika rättigheter och möjligheter på arbetsmarknaden i rapporten *The trans crossroads- Trans people's EU Employment Rights and National Gender Recognition laws* (TGEU, 2014) TGEU uppger i sin rapport att de största anledningarna till att transpersoner blir exkluderade på arbetsmarknaden inom EU är:

- Att det saknas tillräckligt skydd mot diskriminering och metoder för att främja transpersoner i arbetslivet.
- De administrativa hinder som finns när personer vill ändra namn och kön på betyg, arbetsintyg och andra dokument som behövs för att kunna söka arbete.

Ytterligare utländska och internationella studier utredningen tagit del av refereras längre fram i detta avsnitt.

10.4 Situationen för transpersoner på den svenska arbetsmarknaden

10.4.1 Psykosocial arbetsmiljö

Då jag finner det svårt att bli accepterad ”som jag är” – blir det även svårt på arbetsmarknaden. Självklart även för att jag har ansvar för person med särskilda behov, men även när den biten fungerar bra är det som om jag ofta inte blir tagen på allvar, lite som om jag vore osynlig/inte existerade (berättelse 46).

I Ungdomsstyrelsens rapport *Hon hen han* (2010) beskrivs arbetsplatsen som en heteronormativ arena. Heteronormativiteten påverkar samspelet mellan kollegor och hur den sociala samvaron på arbetsplatsen upplevs. Ett konkret och vardagligt exempel är användandet av pronomen.

På min första arbetsplats hade jag en hel del problem med att få mina kollegor att använda rätt pronomen om mig. När jag under ett medarbetarsamtal lyfte detta med min chef fick jag förslaget att jag skulle skriva ett personligt mejl till alla på arbetsplatsen, där jag berättade om vilket pronomen jag använder och varför. Situationen fick mig att känna mig väldigt otrygg, och jag sa att jag inte ville göra det. Inga andra lösningsförslag lades fram, och problemet kvarstod när jag ett år senare lämnade arbetsplatsen (berättelse 92).

I studien *Being trans in the European Union* (2014) svarade 37 procent av de svenska respondenterna att de är öppna på sin arbetsplats och 53 procent att de är delvis öppna. En del transpersoner uppgav att de väljer att vara öppna på arbetsplatsen men inte nödvändigtvis i möten med klienter, patienter, gäster eller andra personer de kommer i kontakt med i sin yrkesroll. Samma studie rapporterar att 60 procent av de svenska respondenterna upplever ett positivt arbetsklimat vilket i det här fallet innebär ett arbetsklimat där det inte förekommer negativ attityd eller negativa kommentarer riktade mot hbtq-personer.

Det finns dock undantag, då jag valt att inte vara öppen p.g.a. rädsla att råka illa ut, och det är när jag varit på mansdominerade arbetsplatser. Det var en väldigt homofobisk jargong och folk kunde säga helt vidriga saker! En gång var det en man som i ett samtal om politiska partier sa ”Miljöpartister är precis som de där sjuka jävlarna som går i Pride ... man skulle rada upp dem och ge dem varsitt skott i pannan! Det förtjänar de” och många vid bordet skrattade som att det varit ett roligt skämt! Jag var helt chockad och kände mig extremt obehaglig till mods, hade inte civillkurage nog att säga ifrån. En annan gång pratade de om en dokusåpadeltagare som var transperson och de sa så förnedrande saker om denna person och hbtq-personer i allmänhet, det blev så tydligt att de inte ens kunde tänka tanken att en transperson och bögs satt mitt bland dem. Nu är jag mycket tryggare i mig själv än jag var då men jag vet inte om jag skulle kunnat vara öppen på en sådan arbetsplats i dag heller (berättelse 117).

I rapporten *Normbrytande liv i Göteborg – Lägesrapport om hbtq-personers livsvillkor* (2014) undersöks hur inkluderande Göteborgs Stad är som arbetsgivare. Där framkommer att de flesta hbtq-personer upplever att de kan vara öppna på sin arbetsplats men att många bara är delvis öppna och att de framförallt inte är öppna i mötet med klienter, brukare, elever, föräldrar och patienter. Som skäl att inte vara öppen anges bland annat osäkra anställningsvillkor, till exempel att personen var tillfälligt anställd, eller att arbetsklimatet inte skulle tillåta det.

På frågan ”förekommer det nedsättande och eller homo- eller transfobisk jargong på din arbetsplats” svarar majoriteten nej. Samtidigt vittnar vissa respondenter om obekvämt stämning i form av exempelvis tystnad eller byte av samtalsämne när hbtq-frågor kommer på tal. Några respondenter har uppgett att det förekommer negativ jargong i skolan eller på arbetsplatsen generellt, vilket upplevs kränkande även om det inte är direkt riktat mot den enskilde.

Rapporten anger också att många hbtq-personer har tagit på sig en slags ”utbildningsplikt” om hbtq-frågor på arbetsplatsen.

Nu jobbar jag med ungdomar, inom en kommun och jag älskar mitt arbete. Men varje dag är en kamp att ständigt behöva föreläsa om, komma ut och diskutera vad det innebär att vara transperson och queer. Ungdomar är oftast väldigt nyfikna och fina, men kan vara otroligt kränkande på grund av sin okunskap. Men vad som är ett större problem är personal, chefer och politiker inom kommunen som inte har någon som helst kunskap om vad det innebär att vara hbtqia-person utan den informationen förväntas komma från oss som är det själva. Jag gillar många av mina kollegor och chefer, men det är ofta upp till deras egen vilja om är

villiga att lära sig om normkritik och htbqia-frågor, inte en del av deras yrke att inte kränka andra och att lära ut till våra ungdomar (berättelse 33).

I LO-rapporten *Öppen i arbetslivet* (2011) uppger ungefär sex av tio att det går att vara öppen med sexuell läggning och könsöverskridande identitet på arbetsplatsen. Drygt en tredjedel av de svarande är osäkra på om det är möjligt, medan en av tio svarar nej. Osäkerheten kring huruvida det är möjligt att vara öppen med sin sexuella läggning eller könsöverskridande identitet är större inom tjänstemanna- och akademikerfacken, drygt fyra av tio kan inte svara på om det är möjligt att vara öppen.

På senare utbildningar och arbetsplatser har jag bara varit helt öppen på de senaste. Att jag inte var öppen innan var först för att jag inte passerade som man och rädd att inte bli tagen på allvar, det var lättare att låtsas vara kvinna. Kom ut först då förändringar började märkas på mig, för att slippa få frågor. När jag passerade som man och började ny utbildning/jobbs tyckte jag att det var så skönt att bara få vara man så jag ville testa det ett tag. Det var viktigt för mig då att låtsas vara cisman. Men det kom ut ändå och folk viskade bakom min rygg (fick jag veta efter ett tag), dessutom blev det jobbigt för mig att inte vara ärlig och sann mot mig själv inför andra. Så när jag började på nya ställen efter det vill jag alltid vara öppen med att jag är transman för jag mår bra av det och klarar sociala situationer och gemenskap med andra bättre. Har bara fått neutral och positiv respons från kurskamrater och kollegor då! Det är helt fantastiskt bra! (berättelse 117)

10.4.2 Fysisk arbetsmiljö

Tillgången till omklädningsrum, duschar och toaletter, liksom könsstereotypa krav på viss klädsel eller uniform är exempel på fysiska arbetsmiljöfaktorer där transpersoners situation behöver uppmärksammas. För transpersoner, i synnerhet ickebinära, kan något så basalt som toalettbehov på arbetsplatsen bli ett oöverstigligt problem.

Varje år jobbar jag på en mäsas, där kan jag inte heller gå på toaletten. I tre dagar jobbar jag med att bygga utställar-monter så det är väldigt fysiskt krävande. Även de dagarna dricker jag inte så jag ska slippa gå på toaletten, både personal och andra utställare har försökt hindra mig från att gå på toaletten och det är lättare att bara skippa det helt (berättelse 86).

I en studie från USA *The Politics of the Stall: Transgender and Genderqueer Worker Negotiating 'The Bathroom Question'*. (Connell, 2011) har forskaren Christine Connell undersökt könade toaletters påverkan på transpersoners känsla av inkludering och samhörighet på arbetsplatsen genom djupintervjuer av transidentifierade personer. Connell menar att toaletter är en organisatorisk fråga som ofta glöms bort som en symbol för makt och privilegier. Några respondenter berättade om goda erfarenheter av arbetsgivare som tillåter transpersoner att använda den toalett de var mest bekväma med. Andra vittnar dock om behandling som upplevts som mycket kränkande.

En anställd som var i transition blev exempelvis anvisad att använda den toalett som var till för ammande mödrar. ”Om toaletten var upptagen var det kört. Jag kunde inte vänta i tjugo minuter på att de skulle amma färdigt. Det gick så långt att jag ibland fick lämna byggnaden och köra till en annan plats”. I andra fall tvingades transpersoner att använda den toalett som hörde till deras biologiska kön, vilket framkallade enorm stress, obehag och känsla av skam. Några av personerna i studien uppger att stressen, eller den förväntade stressen till slut blev så påtaglig att de började undvika toaletten helt och hållet under arbetstid.

Arbetskläder och uniform

I en del yrken ställs krav på att anställda ska använda uniform eller särskilda arbetskläder. Det kan också förekomma mer eller mindre strikta klädpolicyer där arbetsgivaren uttryckt en önskan om att anställda ska bära en viss typ av klädsel på arbetsplatsen.

Det uppstod även problem med arbetskläder: jag blev tilldelad kvinnliga arbetskläder eftersom mitt juridiska kön var ”kvinna” (berättelse 110).

Klädpolicyer och uniformer regleras främst i arbetsmiljölagen. En klädpolicy får inte vara sådan att den kräver olämplig eller skadlig klädsel.

Enligt diskrimineringslagens grunder kön och könsöverskridande identitet eller uttryck kan en klädpolicy vara diskriminerande på två vis; direkt diskriminering, exempelvis ett uttryckligt förbud mot könsöverskridande klädsel, eller indirekt när policyn framstår som neutral men missgynnar vissa grupper som innefattas av diskrimineringsgrunden.

Mitt allra bästa bemötande som androgyn transperson har jag fått på min nuvarande arbetsplats (en flygplats). I mitt arbete har personalen uniform som är könad, och när jag skulle börja på arbetsplatsen hade jag bara tagit hormoner under en kort tid, så jag var väldigt osäker på hur arbetsgivarna skulle läsa min könsidentitet. Den bästa händelsen var när jag skulle prova ut min uniform, och personen som arbetade med uniformerna på något magiskt vis lyckades läsa av vilken av de två alternativen jag ville ha, och ledde mig till ena sidan där det alternativ jag ville ha fanns. Det bästa var att hela situationen kändes väldigt trygg, och det kändes som att det också hade varit okej om jag hade velat ha uniformen som hängde på "andra" sidan (berättelse 86).

Fackförbundet Unionen genomförde år 2016 rättsutredningen *Vilka möjligheter har en arbetsgivare att påverka anställdas klädsel, särskilt med avseende på könsidentitet och könsuttryck?*. (Unionen 2016) Utredningen konstaterar att arbetsmiljöskäl ofta anförs av arbetsgivaren för att legitimera krav på viss klädsel, vilket kan vara rimligt ur säkerhetssynpunkt. Däremot, menar utredningen, finns det få skäl för arbetsgivaren att begränsa en anställds val av könsidentitet eller könsuttryck.

Inga ärenden som rör klädpolicy med avseende på könsöverskridande identitet eller uttryck har avgjorts i domstol. Däremot fick en anställd vid ett taxibolag i Uppsala år 2015 skadestånd efter förlikning, sedan arbetsgivaren vägrat låta henne bära kjol på jobbet, med motiveringen att hon hade ett manligt personnummer.

Flera av de berättelser som utredningen fått in om arbetslivet handlar just om kläder:

Vissa dagar klär jag mig som jag vill, och får ibland kommentarer om det, som jag ändå kan hantera för jag vill på något vis skapa en kultur där mina medarbetare känner att de kan vara sig själva, och det är viktigare än klumpiga kollegor. Men när det är dags för olika resor, kundmöten och t.ex. ledningsgruppsmöten väljer jag nästan uteslutande att klä mig som det förväntas av mig, sminka mig etc. – det känns som jag klätt ut mig och dessutom framhäver jag delar av mig själv och min kropp som jag inte trivs med, som inte "är jag" (berättelse 91).

10.4.3 Yrkesverksamma som genomgår könsbekräftande vård och behandling

Personer som genomgår könsbekräftande vård och behandling omfattas av samma rättigheter till frånvaro för vårdkontakter, sjukskrivning och rehabilitering som personer med andra diagnoser. Inga

svenska studier har undersökt hur transpersoner som genomgår könsbekräftande vård och behandling bemöts i arbetslivet. Det är därför svårt att säga något om i vilken grad svenska arbetstagare stöter på problem när de berättar på sin arbetsplats att de ska genomgå könsbekräftande vård eller behandling.

I ett mejl² till utredningen berättar däremot en anställd på RFSL att de fått in ett par berättelser om personer som nekats ersättning från Försäkringskassan med motiveringen att de har kontakt med könsbekräftande vård och att det innebär att de har arbetsförmåga. Den anställde konstaterar: ”Det är lika ologiskt som att kräva av någon som är t.ex. diabetiker att hen inte får ta insulin eller gå på blodkontroller eftersom det skulle krävas ’arbetsförmåga’ att ta del av sjukvård en har rätt till och behöver.”

I en brittisk studie från 2011, *’Transsexual’ people in UK workplaces: An analysis of transsexual men’s and transsexual women’s experiences*, (Rundall, 2010) framkommer att många transpersoner upplever stor nervositet inför att berätta för sin arbetsgivare att de planerar att genomgå könsbekräftande vård. Rädsla för hur arbetsgivaren kommer att reagera eller om arbetsgivaren kommer bryta förtroende genom att berätta för resten av arbetsplatsen innan personen själv har gjort det kan göra att många drar sig för att berätta. 20 av 35 deltagare i studien berättade att deras arbetsgivare brutit förtroendet eller troligtvis brutit förtroendet.

Samtidigt uppgav endast 11 procent av respondenterna att kollegorna reagerade helt eller delvis negativt på informationen. Nästan hälften, 45 procent, uppgav att kollegorna var övervägande positivt inställda och hela 22 procent angav att kollegorna var väldigt positiva.

Arbetsplatsens stämning med underbara arbetskamrater gjorde att jag vågade mig till min husläkare 1999 och då fick remiss för könsutredning på Huddinge sjukhus. Utredningen avslutades år 2001 då jag också fick Socialstyrelsens bekräftelse om ny könsfastställelse. Min arbetsplats visade stor förståelse och hänsyn. Gavs ca en timmes informationsmöjlighet på varje av kollegiets enheter innan jag den 21 januari 2000 trädde ut i livet och in på Kommerskollegium som kvinna (berättelse 81)

En studie som har undersökt transpersoners upplevda nöjdhet före och efter könsbekräftande vård i England, Scotland och Wales har kommit fram till att personer efter genomgången operation och kon-

² Mejl till utredningen, Komm2017/01544.

valescens upplever ett ökat välbefinnande (Drydakis, 2016). Enligt studien spiller detta välbefinnande över på flera områden i livet som till exempel i arbetslivet. Därför menar studien att det finns anledning att uppmuntra arbetsgivare att höja medvetenheten och eliminera fördomar kring transpersoner som vill genomgå vård och behandling eftersom det leder till mer välmående och produktiva anställda.

Min strategi på arbetet är att försöka vara en person som är lätt att gilla. Logiken är: om de tycker om mig blir det lättare att be dem att inte såra mig personligen. Det kostar mig en hel del initialt, men så småningom har jag lyckats skifta värderingar och plötsligt en dag säger majoriteten rätt pronomen. Jag tycker det har gått bättre att vara en "transrepresentant" än att gå i strid på arbetsplatsen. Det gör mig såklart mycket mer påpassad och jag har högre krav på mig att vara social och trevlig. Jag drar mig t.ex. för att stå på mig i en sakfråga om det riskerar att starta en konflikt – alla måste ju fortsätta gilla mig om de ska välja att säga rätt pronomen! Jag tycker att arbetet kostar mig mer kraft än det borde på grund av det här. Jag allierar mig med arbetskamrater som avviker på andra sätt än jag och märker samma sak där. Vi lägger totalt sett mer energi på att parera och hantera majoriteten. Vi har högre sjukfrånvaro. Och presterar faktiskt sämre än vi skulle kunna göra (berättelse 84).

10.4.4 Hinder och diskriminering i samband med rekrytering

Det finns mycket begränsad kunskap om förekomsten av diskriminering av transpersoner i samband med rekrytering på den svenska arbetsmarknaden. Antalet anmälningar är få, inga domar har avkunnats och utredningen har endast hittat en studie som berör frågan. Det är den tidigare nämnda rapporten *Being Trans in the EU* (2015), där 17 procent av de svenska respondenterna uppger att de upplevt diskriminering i samband med rekrytering. Från ett fackförbund som utredningen har varit i kontakt med har vi fått kännedom om ett diskrimineringsärende i en rekryteringssituation som slutade med förlikning.

Situation testing är en metod som används för att undersöka förekomsten av diskriminering i "verklighetsliknande" situationer. Situation testing har använts i svenska studier för att påvisa diskriminering av arbetssökande på grund av etnicitet och sexuell läggning, men ingen studie har hittills gjorts som gäller transpersoner.

En Situation Testing-studie från USA, *Qualified and transgender - A report on results of resume testing for employment discrimination*

based on gender identity (OHR, 2015) visade tydligt att arbetsgivare premierade ansökningar från cispersoner. I studien skickades åtta fiktiva personers meritförteckning och personliga brev till arbetsgivare inom sex arbetsområden. För hälften av de sökande framgick att de själva hade transerfarenhet. För den andra hälften skapades ansökan med ett tydligt engagemang för transpersoners rättigheter. En kontrollgrupp skapades där det utformades en tydlig cismotiv personlighet. Nästan hälften arbetsgivarna föredrog sökande som uppfattades som cispersoner, men som inte matchade kravprofilen framför transpersoner som var kvalificerade för tjänsten. Var tredje arbetsgivare erbjöd arbetsintervjuer till cispersoner som var mindre kvalificerade för tjänsten samtidigt som ingen av de mer kvalificerade transpersonerna blev erbjuden intervju för samma jobb.

Efter ett tag i arbetslivet bestämde jag mig för att komma ut direkt på intervjuerna. På en intervju svarade intervjuaren att det var positivt med transerfarenhet. Det blev ett tungt skäl till varför jag valde jobbet. Men en minoritet av kollegerna sa rätt pronomen. Det var mer påfrestande att ha kommit ut och fått upp förhoppningarna, och så bli felkönad, än att helt enkelt ha varit tyst. Då hade jag kunnat säga: ”jag har inte kommit ut, de vet inte bättre”. När HR-avdelningen gjorde sin årliga undersökning av den psykosociala arbetsmiljön skrev jag ett mail till HR-chefen att jag tyckte enkäten saknade svarsalternativet ”annat” under kön och att jag upplevde svårigheter som transperson på arbetsplatsen. HR-chefen svarade något i stil med att denne inte trodde på trans, för denne skulle jag ju alltid vara [det kön den tyckte jag var]. Nästa arbetsdag satte jag mig med HR-chefen och berättade om diskrimineringslagen, att det inte handlade om huruvida personen själv ”trodde” på transpersoner. Jag gick också till VD, som tog mig på allvar och såg till att arbetsplatsen fick en utbildning i normkritik och hbtq-frågor. Men både VD och HR-chefen fortsatte felköna mig (berättelse 84).

Många arbetsgivare eller rekryteringskonsulter använder i dag webb-baserade rekryteringsverktyg där arbetssökande ombes fylla i vilket kön de tillhör. I de flesta fall finns endast två alternativ att välja mellan, vilket kan verka utestängande för ickebinära transpersoner. Det kan också råda oklarhet om det är det juridiska eller sociala könet som ska fyllas i.

När jag söker jobb eller i andra fall fyller i formulär så kryssar jag i första hand i ”annat” och i andra hand, när det bara finns två alternativ, ”kvinna” som kön. För i statistiksammanhang är det den bästa lösningen (berättelse 4).

I samband med rekrytering kräver många arbetsgivare att en arbetsökande kan uppvisa intyg och referenser från tidigare arbetsgivare.

Enligt en dom i Arbetsdomstolen är en arbetsgivare på begäran av arbetstagaren skyldig att utfärda ett arbetsintyg då anställningen upphör. Arbetsgivaren kan vid vite åläggas att utge arbetsintyg (AD 1986 nr 25).

Däremot är det oklart om en före detta anställd kan kräva att arbetsgivaren utfärdar ett nytt intyg med nya personuppgifter.

En person som bytt juridiskt kön och som vill återropa arbetsintyg eller betyg med de gamla personuppgifterna kan styrka sin identitet med ett särskilt intyg från Skatteverket. Det innebär dock att en person som ändrat könstillhörighet inte har något annat val än att vara öppen med ändringen om de vill återropa dessa intyg.

Jag var nyligen på ett möte med en trolig arbetsgivare. När vi pratat ett tag och det stod klart att de är intresserade av mig så berättade jag att jag skall byta namn och till vad. Arbetsgivaren frågade då om det var tänkt som ett könsneutralt namn och jag bekräftade att så var fallet. Jag fick följdfrågan, på ett vänligt sätt, om det var det enda jag ville ändra och jag svarade att det vet jag inte riktigt än. Men jag vill ha en könsutredning. Arbetsgivaren försäkrade att allt det var ok och inget hinder för tjänsten. Puh (berättelse 4).

I kapitel 12 i detta betänkande behandlas problemen med att få nya betyg och studieintyg utfärdade med nya personuppgifter.

På en blogg³ som utredningen har uppmärksammat finns en del konkreta tips om hur rekryteringen kan bli mer transinkluderande. Skribenten Lukas Romson tar bland annat upp vikten av medvetenhet om att betyg och intyg kan vara utfärdade i ett annat namn och personnummer och att formulär som frågar efter kön ska inkludera icke-binära personer.

³hrbloggen.se/2017/07/transinklusive-rekrytering.html

10.5 Myndigheters arbete och lagstiftning på arbetsmarknadsområdet

10.5.1 Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingens uppdrag är att ansvara för den offentliga arbetsförmedlingen och dess arbetsmarknadspolitiska verksamhet enligt förordningen (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen. Arbetsförmedlingen ska verka för att förbättra arbetsmarknadens funktionssätt genom att effektivt sammanföra dem som söker arbete med dem som söker arbetskraft, prioritera dem som befinner sig långt från arbetsmarknaden, samt bidra till att stadigvarande öka sysselsättningen på lång sikt.

Utredningen har inte kunnat finna någon särskild instruktion för arbete med hbtq-frågor i myndighetens styrning för de senaste två budgetåren.

I samtal med utredningen har Arbetsförmedlingen uppgett att de gjort satsningar på bemötandefrågor där handläggare bland annat informerats om vikten av att använda rätt pronomen i möte med transpersoner.

Myndigheten har också tagit fram en internutbildning som tar upp frågor om uppfattning om kön och hbtq-begreppet. Utbildningen består av en webbaserad hbtq-abc på grundläggande nivå som finns tillgänglig för all personal. Av cirka 15 000 anställda är det hittills drygt 1 600 från olika avdelningar och regioner som genomfört utbildningen.

Arbetsförmedlingen har uppgett för utredningen att de data-system för arbetssökande myndigheten använder medger byte av personnummer utan att övrig information om personen går förlorad. Myndigheten har också berättat att det pågår ett utvecklingsarbete gällande hur handläggare bäst säkerställer att det pronomen personen själv valt att använda framgår i de olika datasystem som myndigheten använder.

Vidare uppger myndigheten för utredningen att det pågår en översyn av Arbetsförmedlingens lokaler i syfte att införa könsneutrala toaletter i samband med ombyggnationer av befintliga lokaler.

10.5.2 Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket har regeringens uppdrag att bland annat se till att den arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftning som gäller i Sverige följs, enligt förordningen (2007:913) med instruktioner för Arbetsmiljöverket. Myndigheten har även ansvar för den officiella statistiken inom arbetsmiljöområdet. Arbetsmiljöverket meddelar föreskrifter och allmänna råd och ansvarar för införlivandet av ett antal EU-direktiv. Vidare bedriver arbetsmiljöverket informations-, kommunikations- och analysverksamhet inom arbetsmiljöområdet.

Arbetsmiljöverket ska genom regler, inspektioner och tydlig kommunikation bidra till att arbetsgivarna kan förebygga ohälsa och olycksfall på landets arbetsplatser. Det är dock arbetsgivaren som har huvudansvar för arbetsmiljön.

Arbetsmiljöverket utför inspektioner med syfte att kontrollera att arbetsgivare och andra skyddsansvariga, till exempel tillverkare och leverantörer av maskiner, lever upp till arbetsmiljöreglerna och kontinuerligt förbättrar arbetsmiljön för arbetstagarna. Om Arbetsmiljöverket upptäcker att en arbetsgivare eller någon annan med skyddsansvar bryter mot de krav som finns i lagar eller föreskrifter, är den första åtgärden oftast att utfärda ett inspektionsmeddelande. Inspektionsmeddelandet är inte juridiskt bindande, utan ska ses som en möjlighet att frivilligt rätta till de brister som noterats. Om den som blivit inspekterad väljer att inte rätta till bristerna kan Arbetsmiljöverket besluta om föreläggande eller förbud.

Det finns inget särskilt uppdrag att arbeta med hbtq-frågor i Arbetsmiljöverkets styrdokument. Myndigheten ska dock generellt verka för en god psykosocial arbetsmiljö och för att förebygga kränkande särbehandling.

Relevanta lagar och föreskrifter

Arbetsmiljölagen är den centrala regleringen för arbetsmiljö på den svenska arbetsmarknaden. I arbetsmiljölagen återfinns övergripande regler om skyldigheter för arbetsgivare och andra skyddsansvariga om att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet. Där finns också regler om samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare. Arbetstagarernas representanter på arbetsplatsen, skyddsombuden, har en viktig roll i arbetsmiljöarbetet, och deras rättigheter och skyldigheter reg-

leras i en särskild förordning. Arbetsgivaren är dock alltid ytterst ansvarig för att lagen följs.

För att snabbt kunna anpassa arbetsmiljökraven till ett arbetsliv i förändring har Arbetsmiljöverket även bemyndigande att utfärda föreskrifter (AFS) med mer detaljerade regler för arbetsmiljön.

Organisatorisk och social arbetsmiljö

Organisatorisk och social arbetsmiljö innefattar yttre faktorer på arbetsplatsen som arbetsgivaren ska kontrollera för att förebygga psykosocial ohälsa.

Under år 2016 började nya föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) att gälla. I föreskrifterna 13 § anges att arbetsgivaren ska klargöra att kränkande särbehandling inte accepteras i verksamheten. Med kränkande särbehandling avses ”återkommande handlingar som allvarligt kränker någon annans värdighet, exempelvis genom ryktesspridning, att inte bli hälsad på eller exkluderad från möten. Detta innefattar också sexuella trakasserier eller diskriminering.”

Arbetsgivaren är skyldig att vidta åtgärder för att motverka förhållanden i arbetsmiljön som kan ge upphov till kränkande särbehandling. Vidare ska arbetsgivaren se till att det finns rutiner för hur kränkande särbehandling ska hanteras. I föreskriften anges att av rutinerna ska det framgå

1. vem som tar emot information om att kränkande särbehandling förekommer,
2. vad som händer med informationen, vad mottagaren ska göra, och
3. hur och var de som är utsatta snabbt kan få hjälp.

Det är arbetsgivarens ansvar att säkerställa att befintliga rutiner är tillräckliga och att alla anställda känner till dem.

Arbetsplatsens utformning

I Arbetsmiljöföreskriften Arbetsplatsens utformning (AFS 2009:2) återfinns allmänna regler för bland annat omklädningsrum, duschutrymmen och toaletter.

I 96 § anges att ”Omlädningsrum ska vara skilda för män och kvinnor om de behöver använda rummen samtidigt.” Detta gäller dock inte omlädningsrum som avses i 95 §, om det av något kön finns endast en arbetstagare. I sådant fall ska det ändå ordnas en lämplig plats för ombyte och klädförvaring för den arbetstagaren.”

I 100 § anges vidare att ”Tvättplats och dusch ska vara skilda för män och kvinnor, om de behöver använda dessa utrymmen samtidigt.” För toaletter anges endast att de ska finnas i tillräckligt antal, däremot skrivs inget uttryckligen om könsmärkning av toaletter.

Systematiskt arbetsmiljöarbete

Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) beskriver hur arbetsmiljöarbetet ska bedrivas. Syftet med systematiskt arbetsmiljöarbete är att upptäcka och förebygga risker i arbetsmiljön innan något hänt. Arbetsgivaren föreskrivs enligt kraven i 3 kap. 2 a § arbetsmiljölagen att utföra ett systematiskt arbetsmiljöarbete genom att ”planera, leda och kontrollera verksamheten”. Föreskriften specificerar arbetsgivarens skyldighet att undersöka och bedöma risker i arbetet. Det systematiska arbetsmiljöarbetet består i huvuddrag av fyra steg som konstant ska fortlöpa: undersökning, riskbedömning, åtgärder och kontroll. Arbetsgivaren ska också öppna upp för arbetstagare att medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av åtgärder.

10.5.3 Diskrimineringsombudsmannen

Enligt lagen (2008:568) om Diskrimineringsombudsmannen ska myndigheten utöver de uppgifter som framgår av diskrimineringslagen verka för att diskriminering som har samband med kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder inte förekommer på några områden av samhällslivet. Myndigheten ska genom råd och på annat sätt medverka till att den som utsatts för diskriminering kan ta till vara sina rättigheter. Diskrimineringsombudsmannen utövar tillsyn genom att granska hur arbetsgivare, högskolor och skolor lever upp till lagens krav på aktiva åtgärder för att förebygga diskriminering.

Till skillnad från många andra tillsynsmyndigheter har DO möjlighet att företräda enskilda och föra talan i domstol. I praktiken sker detta mycket sällan, då myndigheten endast för talan i ärenden som bedöms vara av principiell vikt eller strategisk betydelse. Om anmälan gäller arbetsmarknaden får DO endast föra talan om arbetstagarens arbetsorganisation inte gör det (se vidare i följande avsnitt om diskrimineringslagen).

När denna utredning publiceras har DO endast lämnat in en stämningsansökan om diskriminering i arbetslivet på grunden könsöverskridande identitet eller uttryck. Ärendet ledde inte till någon dom, då anmälan återkallades innan huvudförhandling. Av de relativt få ärenden som drivits av fackliga organisationer som utredningen har fått kännedom om har samtliga slutat med förlikning. Det innebär att det i dagsläget saknas rättspraxis gällande diskriminering av transpersoner i arbetslivet.

Diskrimineringslagen

Diskrimineringslagen (2008:567) har till syfte att motverka diskriminering och främja lika rättigheter och möjligheter. Lagen omfattar sju diskrimineringsgrunder: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder.

Med diskriminering menas att någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan behandlas, har behandlats eller skulle ha behandlats i en jämförbar situation, om missgynnandet har samband med en diskrimineringsgrund.

I 2 kap. 1 § första stycket diskrimineringslagen anges att en arbetsgivare inte får diskriminera den som hos arbetsgivaren är arbetstagare, gör en förfrågan om eller söker arbete, söker eller fullgör praktik, eller står till förfogande för att utföra eller utför arbete som inhyrd eller inlånad arbetskraft. Av 6 kap. 2 § tredje stycket framgår att talan i mål om diskriminering i arbetslivet i första hand får föras av en arbetstagarorganisation som har rätt att föra talan för den enskilde enligt 4 kap. 5 § lagen (1974:371) om rättegången i arbetstvister. DO får i dessa fall föra talan bara om arbetstagarorganisationen inte gör det. I de fall arbetstagaren inte är medlem i ett fackförbund får DO som part föra talan för en enskild som medger det.

Aktiva åtgärder

Den 1 januari 2017 ändrades diskrimineringslagens bestämmelser om aktiva åtgärder (prop. 2015/16:135) Ändringarna innebär att aktiva åtgärder inom arbetslivet och utbildningsområdet ska omfatta samtliga diskrimineringsgrunder.

Medan diskrimineringsförbudet riktar sig mot konkreta handlingar mot enskilda individer syftar kravet på aktiva åtgärder till att förebygga diskriminering på en strukturell nivå. Också policys och rutiner vid rekrytering och befordran omfattas av kravet på aktiva åtgärder.

Arbetsgivarens aktiva åtgärder omfattar:

- att fortlöpande genomföra ett arbete i fyra steg (undersöka, analysera, åtgärda, följa upp) inom fem områden,
- att främja en jämn könsfördelning,
- att ta fram riktlinjer och rutiner för att förhindra trakasserier, sexuella trakasserier och repressalier,
- att genomföra årliga lönekartläggningar.

Arbetet ska ske i samverkan med arbetstagarer. Arbetsgivaren ska dokumentera arbetet, inklusive hur samverkansskyldigheten fullgörs. DO ska bedriva tillsyn över arbetet med aktiva åtgärder. Tillsynen sker dels genom av DO initierade granskningar, dels efter anmälan från enskilda som misstänker att en arbetsgivare inte lever upp till lagens krav. Vite kan utdömas mot arbetsgivare som inte lever upp till lagens krav.

10.5.4 Nytt centrum för kunskap och utvärdering om arbetsmiljö

Sedan Arbetslivsinstitutet lades ner år 2007 saknas ett nationellt centrum för forskning och kunskapsspridning om arbetsmiljö och arbetslivets villkor i Sverige.

I betänkandet *Ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö* (SOU 2017:28) föreslår regeringen inrättandet av en ny myndighet, kallad Nationellt arbetsmiljöcentrum. Den nya myndigheten ska placeras i Gävle och starta sin verksamhet 2018.

Den nya myndigheten ska enligt betänkandet sammanställa och tillgängliggöra kunskap om arbetsmiljö samt kommunicera denna på ett målgruppsanpassat sätt. Syftet är att stödja det praktiska arbetsmiljöarbetet på arbetsplatserna. Myndigheten ska även utvärdera och analysera arbetsmiljöpolitiken och stödja regeringen i det internationella arbetsmiljöarbetet. Myndigheten ska också arbeta med frågor som rör företagshälsovård.

Till skillnad från det nedlagda Arbetslivsinstitutet ska den nya myndigheten dock varken ska bedriva, beställa eller finansiera forskning.

10.6 Dialog med arbetsgivarorganisationer

Utredningen har haft kontakt med Arbetsgivarverket, Svenskt Näringsliv och Sveriges kommuner och landsting (SKL) i syfte att få arbetsgivarnas bild av situationen för transpersoner på arbetsmarknaden. Den övergripande bilden utredningen fått efter dessa möten är att det råder stor osäkerhet och kunskapsbrist hos många arbetsgivare kring hur man bäst ska arbeta för transpersoners rättigheter. Vid samtliga möten framfördes önskemål om mer och bättre tillgång till information, utbildning och stöd till arbetsgivare.

I synnerhet de nya kraven på aktiva åtgärder i diskrimineringslagen verkar ha skapat stor osäkerhet hos många arbetsgivare. Både Svenskt Näringsliv och SKL efterlyste tydligare information från DO om hur arbetet med aktiva åtgärder ska genomföras och dokumenteras. Svenskt Näringsliv påtalade exempelvis att det råder osäkerhet kring avvägningen mellan diskrimineringslagens krav och skyddet för den personliga integriteten för transpersoner.

SKL och Arbetsgivarverket tog särskilt upp problemet med könsuppdelad statistik, där åiterrapportering av statistik till regeringen endast ger utrymme för två kön, medan ett antal myndigheter och kommuner arbetar med flera alternativ som ett led i arbetet med att inkludera transpersoner.

Frågor om den fysiska arbetsmiljön vad gäller exempelvis omklädningsrum och toaletter adresserades av Svenskt Näringsliv, som påtalade att många arbetsgivare hyr de lokaler där de har sin verksamhet, vilket kan göra det svårt att anpassa utrymmena.

Arbetsgivarverket påtalade de problem som uppstår då en arbets-sökandes personuppgifter på betyg och arbetsintyg inte stämmer överens med den sökandes nuvarande identitet. Arbetsgivaren måste kunna säkerställa att det rör sig om samma person, varför denne då kan tvingas ställa obekväma och privata frågor om den sökandes köns-identitet och historia.

10.7 Dialog med fackliga organisationer

Utredningen har fört dialog med Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens Centralorganisation (TCO) och Sveriges Akademi-kers Centralorganisation (SACO) representerade av Akademiker-förbundet SSR. Utredningen har också fört dialog med fackförbun-den Unionen och Vision.

Överlag lyftes i dessa samtal samma behov av mer kunskap, ut-bildning och stöd som framfördes i samtal med arbetsgivarrepresen-tanterna. Det uttrycktes både i termer av generell kunskapshöjning i samhället som helhet om hbtq-frågor och normkritiskt tänkande, och mer specifika behov för just den egna verksamheten.

De nya kraven på aktiva åtgärder enligt diskrimineringslagen lyftes av flera fackliga företrädare som ett konkret exempel där både fack och arbetsgivare behöver mer kunskap för att kunna leva upp till lagens krav. TCO uttryckte önskemål om att regeringen avsätter ekonomiska medel för utbildning om de nya lagkraven.

Samtliga fackliga företrädare utredningen samtalat med vittnade om att det inkommit mycket få individärenden där transpersoner har velat driva sina diskrimineringsärenden vidare. SSR har exempelvis endast haft två sådana ärenden. Unionen har haft ett enda.

I de fall anmälan handläggs av facket, kan facket välja att medla mellan arbetstagaren och arbetsgivaren i syfte att hitta en upp-görelse i stället för att driva ärendet rättsligt. Utredningen har inte kunnat få fram uppgifter om och i så fall i vilken omfattning detta har förekommit i ärenden som rör transpersoners villkor.

Facken erbjuder också rådgivning till enskilda medlemmar. I vilken omfattning transpersoner vänder sig till fackförbunden för rådgiv-ning har varit svårt att få en entydig bild av. SSR menade att de får in få frågor som rör transpersoners villkor, och att det sannolikt beror på bristande kunskap om eller förtroende för att facket kan bistå

med hjälp, och att transpersoner därför hellre vänder sig till exempelvis RFSL.

RFSL bekräftade i samband med en av utredningens hearings att förbundet får många frågor från transpersoner som rör arbetslivet. Fackförbundet Unionen angav att de får in många samtal för rådgivning som rör transpersoners villkor.

De frågor som kommer in till förbundens rådgivare uppgavs röra allt från anställningsvillkor och rekrytering till rätten till frånvaro vid läkarbesök, om samma villkor gäller för medicinsk som för psykologisk behandling, om sjukfrånvaro och rehabiliteringsstöd i samband med könskorrigering av vård.

Överlag uttryckte de fackliga organisationerna viss självkritik och menade att de själva behöver göra mer för att öka kunskaperna om transpersoner i de egna leden och bättre nå ut till medlemmarna med information om vad de kan få hjälp med.

Flera förbund framhöll också vikten av ett bra samarbete mellan fack och arbetsgivare kring arbetsmiljöfrågor i syfte att förbättra villkoren för transpersoner. TCO nämnde specifikt behovet av bättre utbildning av skyddsombuden.

11 Administrativa problem för personer som ändrat juridiskt kön

Studier visar att transpersoner generellt har ett lågt förtroende för samhällsinstitutioner som polisen, hälso- och sjukvården, skolan och socialtjänsten. Många upplever diskriminering, okunskap och dåligt bemötande i kontakt med det offentliga och avstår därför från vissa kontakter med samhällsinstitutioner. Enligt en rapport från Folkhälsomyndigheten (2015a) angav majoriteten av respondenterna att de hade ett lågt förtroende för samhällsinstitutioner och politiker som riksdagen, landstingspolitiker, Arbetsförmedlingen, Polisen och Försäkringskassan för att nämna några exempel. Transpersoners låga förtroende för samhällsinstitutioner kan enligt Folkhälsomyndigheten ses som ett symptom på gruppens upplevelse av att mötas av bristande förståelse.

Utredningen ska identifiera vilka administrativa hinder transpersoner möter i sin vardag samt samla och sprida konkreta råd för hur dessa hinder kan undanröjas av myndigheter. Utredningen ska också föreslå konkreta insatser för hur transpersoners vardag kan underlättas när det gäller handläggning och bemötande i kontakt med myndigheter och andra aktörer. Frågan om hur personer som ändrat juridiskt kön och därmed fått ett nytt personnummer kan få ut examensbevis, studieintyg, samt betyg och annan dokumentation från skolor och universitet, kommer att adresseras i kapitel 12 i detta betänkande.

Det borde undersökas hur man kan underlätta det här för transpersoner. Statligt ägda institutioner kanske kan bli informerade automatiskt, så att det blir färre personer man tvingas komma ut för gång på gång. Jag vill inte nödvändigtvis berätta för alla, eller någon, jag träffar att jag är trans, och att behöva komma ut gång på gång är otroligt jobbigt, för man vet

aldrig vad personen tycker om en. Naturligtvis är de flesta professionella för att de representerar sitt företag och så vidare, men det är ändå en rädsla och otroligt jobbig känsla i vissa fall (berättelse 50).

11.1 Generella iakttagelser

När man väl har bytt namn och personnummer blir det också krångligt. Man själv måste se till att informera alla som kan behöva veta om det, vilket ibland är svårt – om man stöter på en automatisk telefonsvarare och ens ärende inte passar in i någon kategori vet man knappt hur man ska trycka sig fram till en människa att prata med, och man är hela tiden rädd att stöta på någon som är transfobisk (berättelse 50).

Utredningen kan konstatera att de hinder och administrativa utmaningar som uppstår efter en ändring av personnummer kan bli väldigt omfattande för den enskilde. Utredningen har bland annat fått ta del av ett dokument från en person som erhållit nytt personnummer som listar alla ändringar som behövs omhändertas manuellt. Det uppgår till ett hundratal kontakter som behöver initieras med bland annat myndigheter, privata företag och föreningar. Det rör sig om till exempel kontakt med banker, olika föreningar, vårdkontakter, elbolag för att nämna några. Utredningen har också fått in exempel via vår webbplats där personer själva fått ladda upp berättelser om egna erfarenheter av de administrativa problem som uppkommit i kontakt med såväl privata aktörer som myndigheter. Även under de samtal som utredningen fört med organisationer från det civila samhället som representerar transpersoner har det framkommit flera exempel på olika problem som kan uppkomma i samband med ändring av personnummer. Flera problem och hinder har även framförts under de communityforum utredningen hållit i på fem olika platser i landet. Omfattningen av problemen verkar variera individer emellan; en del personer uppger att de upplevt otaliga problem, medan andra anger att det varit förhållandevis problemfritt.

Utredningen har också haft kontakt med personer som uppger att de avstått från att ändra juridiskt kön, trots att de uppfyller alla kriterier och att vardagen förmodligen skulle förenklas på många sätt, just för att undvika de omfattande administrativa problemen.

En person har uppgett att den blev rekommenderad att byta bank då den nuvarande banken inte kunde flytta över information till ett nytt bankkonto. Många nämner problem med kreditupplysningar

då det inte funnits tillgång till inkomsthistorik för det nya personnumret, andra exempel på problem är att behöva sälja sina värdepapper till sig själv eller att förlora sitt högkostnadsskydd. Någon uppger att den förlorade sin plats i bostadskön och en person uppger att det inte gick att flytta över telefonabonnemang till det nya personnumret. En person uppger att det uppstått problem med överförmyndarenheten i en kommun där personen behöver vara kontaktbar på grund av en förälder som är sjuk och inte kan ta hand om sig själv. Överförmyndarnämnden har i stället för att notera de nya personuppgifterna, valt att notera att personen utvandrat. Detta enligt ett dokument som personens syskon fått ta del av.

I deras system infotorg står att jag är kvinna och mitt gamla kvinnliga personnummer. De har dock rätt namn och det står en markering om att jag gjort ett personnummerbyte men utan hänvisning till det nya personnumret. Jag tycker att de hade kunnat googla mig för att få fram en adress men fick svaret ”Vi har inte resurser att sitta och forska vidare utan går på den information vi erhåller från vårt system Infotorg” (berättelse 80).

Ett stort antal av de 122 berättelser som skickats in via utredningens hemsida innehåller exempel på att det uppstår problem i kontakt med myndigheter och privata aktörer efter att en person ändrat juridiskt kön. Bland annat beskriver personer att ett stort hinder i samband med ändringen är all den tid som går åt till att ta kontakt med samtliga aktörer och att upprepade gånger behöva förklara situationen. Det finns oftast ingen information på företagets eller myndighetens hemsida om vad som gäller vid en personnummerändring. Många beskriver ingående hur de försökt ta reda på information på telefon utan att lyckas, och då försökt ta personlig kontakt genom ett besök, men också det utan framgång, eftersom det till exempel bara finns ett fåtal personer på myndigheten eller företaget som vet hur ändringen ska kunna göras. Hanteringen blir för många mycket tidskrävande.

Under en period la jag omkring 10 h/vecka att administrera detta. Inga företag verkar ha rutiner eller kunskap. Tidvis var jag utan ID, utan pengar, utan köplats i bostadsförmedlingen och tusen andra bekymmer. Dessutom försvann mitt frikort på apoteket: jag var tvungen att börja om på nytt trots att jag redan nått upp till högkostnadsskyddet. Allt var kaos. Den här perioden var oerhört frustrerande och kostsam. Jag vet fortfarande inte om jag är släkt med mina föräldrar i Skatteverkets register eller om vårt släktskap försvann när jag bytte personnummer. Fort-

farande i dag (omkring 4 år efter att jag bytt personnummer) uppstår situationer och kriser kopplat till detta där jag måste lägga ner tid och energi på att hävda min rätt. Dessutom tvingas jag komma ut som trans i situationer där jag verkligen inte vill det. Dessa rutiner måste förenklas eller, ännu hellre: inför könsneutrala personnummer (berättelse 21).

När jag bytte personnummer för några år sedan ... uppstod KAOS. Så många att kontakta, så många som inte hade en aning om hur de skulle lösa situationen. Jag la ner cirka 10–20 timmar i veckan på det här de första månaderna. Något som känts viktigt och roligt förvandlades till en byråkratisk mardröm och kändes ofta som ett moment 22. Både små och stora saker ställde till det, allt från ICA-kort till bankkonton behövde ändras och ingen hade rutiner för det (berättelse 76).

Att ändra juridisk könstillhörighet är i nuläget en lång process i sig, som fortfarande är ihopkopplad med den könsbekräftande vården och involverar långa väntetider och mycket administration. De administrativa utmaningar som följer efter att den enskilde fått sin juridiska könstillhörighet ändrad och därmed erhållit ett nytt personnummer är det många som inte räknat med. Till skillnad från ansökningsprocessen om ny juridisk könstillhörighet, finns ingen komplett tillgänglig vägledning för den administrativa processen som följer efter det att den juridiska könstillhörigheten har ändrats.

En vanlig orsak till problemen tycks vara att datasystem inte tillåter de ändringar som är nödvändiga för att uppdatera en journal, kundbild eller ett register, eller att en sådan ändring är komplicerad eller att just det företag som kontaktats i saken aldrig har genomfört något liknande tidigare. Detta har i ett antal fall som utredningen fått kännedom om lett till situationer där personer fått besked om att en ändring av personnummer inte är möjlig alls, eller att handläggaren i vilket fall inte har kunskap om hur en ändring av personnummer ska hanteras. Detta skapar olika sorters problem beroende på vilken verksamhet det är frågan om.

Ofta får man tala om att man inte är en ny kund och att de inte får begära ut en kreditupplysning som är vanligt när man tecknar ett avtal detta gäller banker, kreditinstitut, köpeavtal typ EL, Tele och försäkringar mm. Detta är nästan ett heltidsarbete första 2 månaderna. Fortfarande efter ett år med nytt personnummer så uppstår problem relaterat till ändringen av juridiskt kön (berättelse 24).

De personer som lämnat in sin berättelse till utredningen har fått välja sin egen grad av anonymitet, det vill säga hur mycket de vill avslöja om sin identitet eller den aktuella händelsen. Det går därför inte alltid att säga något om när i tiden eller var i landet respektive händelse utspelat sig om inte personen själv valt att uppge det. Dock tyder mängden berättelser som kommit in på att det fortfarande föreligger en hel del hinder och administrativa problem i samband med ändring av juridiskt kön.

Utredningen har inte haft möjlighet att utreda om de personer som erhållit nytt personnummer av annan anledning än ändrad juridisk könstillhörighet upplever liknande problem och hinder och i samma utsträckning, men vi har anledning att tro att det sannolikt är fallet.

11.2 Socialstyrelsens kartläggning för administrativa problem för personer som ändrat juridiskt kön

11.2.1 Bakgrund

Socialstyrelsen tog 2010 fram utredningen *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar – Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd*. Syftet med utredningen var att komma med konkreta förslag på hur insatser för transpersoner och personer med intersexvariation kan förbättras. Det gällde särskilt insatser inom hälso- och sjukvårdens område, men även andra frågor skulle belysas om det ansågs påverka behovet av vård och stöd. Utredningen påpekade att det fanns ett stort behov av en myndighetsövergripande samverkan i syfte att skapa ändamålsenliga rutiner och att underlätta registreringen av nytt personnummer och att Socialstyrelsen borde ta initiativ till ett sådant samarbete. Vidare ansåg utredningen att det fanns ett behov av att klarlägga vilka regler som gäller för att få sin identitet ändrad i examensbevis, slutbetyg och liknande dokument.

Regeringen beslutade den 12 april 2012 propositionen *Ändrad könstillhörighet* (prop. 2011/12:142). I propositionen föreslås bland annat ändringar i lagen (1972:119) om fastställande av ändrad könstillhörighet i vissa fall, när det gäller villkoren för beslut om fastställande av ändrad könstillhörighet. I propositionen konstaterar regeringen, med utgångspunkt i Socialstyrelsens utredning, bland annat

att det finns behov av insatser för att minska den administrativa bördan för personer som ändrat juridisk könstillhörighet.

11.2.2 Uppdraget

Mot ovan nämnda bakgrund av gavs Socialstyrelsen 2012 i uppdrag av regeringen att initiera och samordna ett myndighetsövergripande samarbete i syfte att minska den administrativa bördan för personer som ändrat juridiskt kön (S2012/4530/FS). I det första skedet för arbetet kallades berörda intresseorganisationer till Socialstyrelsen. Därefter bjöd Socialstyrelsen in myndigheter som på olika sätt berörs av frågan för hur personer som ändrat juridisk könstillhörighet fullt ut ska kunna leva i sitt nya juridiska kön. Totalt 16 myndigheter redovisade de administrativa problem som de inom ramen för respektive verksamhet identifierat. Redovisningen från myndigheterna återges i sin helhet i en bilaga till rapporten (Socialstyrelsen 2014a). Myndigheterna lämnade även förslag på vad som kan göras för att komma till rätta med problemen samt vad respektive myndighet vidtagit för åtgärder för att underlätta den administrativa bördan för personer som ändrat juridisk könstillhörighet.

I sin kartläggning identifierade Socialstyrelsen ett antal problem som uppkommit i samband med ändrat personnummer. Det var problem med ändring av personnummer och namn i folkbokföringen, vilka personuppgifter som ska gälla för sekretessmarkering, familjerättsliga relationer, ändring av examensbevis, betyg, intyg, behörighet och legitimationer, försäkringsförmåner, problem i asylprocessen med mera. Andra frågor som togs upp var säkerhet och trygghet på samhällsinstitutioner och vikten av att inte behöva förklara och visa upp sin tidigare identitet samt vikten av ett bra bemötande.

Några myndigheter initierade åtgärder i sin verksamhet för att komma till rätta med de problem som framkommit i kartläggningen. Bland annat har Skatteverket vid utredningen erfarit sedan kartläggningen sett över problemen med sekretessmarkering och registrering av de familjerättsliga relationerna. Skatteverket menar att de sett över rutinerna för att försöka säkerställa att det till exempel inte blir fel personnummer, det nya, som sekretessmarkeras, och inte det

gamla. Det finns dock inga garantier för att det alltid kommer att fungera, då det sker manuellt.

Socialstyrelsen har sett över hanteringen av utfärdande av yrkeslegitimation i nytt personnummer, Kronofogdemyndigheten angav i rapporten att de avsåg att se över hur deras it-system på sikt skulle kunna anpassas bättre till ett könsneutralt id-nummer och Arbetsförmedlingen tog initiativ till en webbutbildning i syfte att förbättra bemötandet och öka kunskapen om transpersoner bland anställda.

Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport att det har påbörjats ett förändringsarbete på flera myndigheter. Många problem som gäller bland annat frågor om bemötande, sekretess, hantering och avisering av nya personuppgifter har kunnat åtgärdas internt inom myndigheterna. Men Socialstyrelsen påpekar också att det finns problem som kräver ytterligare utredning och att vissa behov som kartläggningen visar förutsätter ett mandat att vidta åtgärder som myndigheten inte har och pekar på att regeringen bör överväga, att i samverkan med berörda myndigheter initiera de utredningar och de åtgärder som bedöms nödvändiga. Till exempel påpekade Migrationsverket svårigheten att i vissa fall registrera juridiskt kön för de migranter som har en könsidentitet som inte överensstämmer med det kön som finns angivet i passet och för de personer som saknar pass eller där uppgifter om kön saknas i passet. Ett annat problem är behovet av att se över reglerna för hur examensbevis från högskolor och universitet kan ändras för dem som ändrat juridiskt kön. Genomgången visade också att det finns ett behov av ett tydligt regelverk om vad som gäller i kontakterna med privata aktörer.

11.3 Personnumret – en nyckel till information om enskilda

11.3.1 Betydelsen av personnumrets näst sista siffra

Det svenska personnumret innehåller i dag tio siffror enligt 19 § folkbokföringslagen (1991:481). De första sex siffrorna i personnumret är den födelseid som registrerats för personen. Sedan följer ett födelsenummer bestående av tre siffror. Den sista siffran är en kontrollsiffra. Det är den näst sista siffran i personnumrets fyra sista siffror som anger personens juridiska kön. Siffran är udda för

män och jämn för kvinnor. När en person ändrar juridiskt kön får personen ett nytt personnummer där den näst sista siffran ändrats.

Det händer även att personer får ett nytt personnummer av andra skäl än ny juridisk könstillhörighet. Exempel på det är när personer som haft ett så kallat samordningsnummer erhåller ett personnummer, eller att en person fått fel födelsetid registrerat av misstag. Enligt Skatteverket sker mellan 1 500–3 000 personnummerändringar per år där personnumret av olika skäl är felaktigt.

Personnumret är en av grundstenarna i folkbokföringen och utgör ofta grunden för information om enskilda för många olika samhällsaktörer. Personnumret används i stor utsträckning både inom den privata och inom den offentliga sektorn. Personnumret talar inte bara om vem personen är men har viktiga funktioner för individbaserad statistik och forskning, för skatteförvaltningen och hälso- och sjukvården för att nämna några exempel. Personnumret är dels ett hjälpmedel för att kunna identifiera en person, dels ett sökbegrepp i it-systemen som förenklar processen att ta reda på och utbyta information främst mellan myndigheter men även andra organisationer. Personnumret är alltså den nyckel som används för att kunna koppla samman information om en person från flera myndigheter och organisationer. Det betyder i många fall att kön registreras automatiskt när it-systemet läser av den näst sista siffran i personnumret.

Merparten av de system som används av myndigheter och övriga aktörer bygger på identifikation via personnummer. För en person som erhållit nytt personnummer innebär det i praktiken att alla personuppgifter i de avtal, ärenden, köer, eller system som hanterar ärenden baserat på personnummer måste ersättas med det nya personnumret. Det finns dock flera anledningar till att det gamla personnumret inte kan upphöra helt. Den information som finns lagrad under det tidigare personnumret kan till exempel kunna behöva kopplas till det nya personnumret för att personen inte ska förlora viktig information om till exempel inkomsthistorik eller medicinsk bakgrund. Kopplingen kan göras till exempel via ett hänvisningspersonnummer i folkbokföringen, dock kan utredningen konstatera att information ändå ibland försvinner. I detta avsnitt redogör vi för några sådana iakttagelser.

Frågan om personnumrets konstruktion och dess konsekvenser har lyfts i betänkandet *Personnummer och samordningsnummer*

(SOU 2008:60) där det uppgavs att kostnaderna som uppstår av att ändra personnumrets konstruktion beräknas bli för höga. Det som framför allt anges ha betydelse för de höga kostnaderna är it-systemens konstruktion och hur flexibla de är när det gäller lagring av information. Vidare anges i betänkandet att ett personnummer där uppgiften om kön tas bort skulle innebära kostnader för ett nytt fält för information som inte längre ingår i personnumret eller kostnader för att kontrollera denna information på något annat sätt än med hjälp av personnumret. Kostnader för dessa alternativ kan enligt betänkandet beräknas uppgå till mellan någon miljon och 50 miljoner kronor per aktör.

För några aktörer med större och mer omfattande verksamhet som till exempelvis Försäkringskassan, kan kostnaderna bli högre. De aktörer som inte behöver uppgift om kön eller födelsedatum får över huvud taget inte några kostnader.

I betänkandet anges dock att kostnaderna skulle vara engångskostnader. Efter det att ändringen genomförts beräknas normala kostnader för underhåll. Det skulle kunna tänkas att kostnaden kan sänkas genom att införliva ändringen i planerade ordinarie uppdateringar av systemen. Detta alternativ övervägdes inte av ovannämnda utredning men en långsam förändring över tid skulle resultera i lägre kostnader. Skatteverket uppgav i samtal med utredningen att detta borde kunna vara möjligt.

11.3.2 Hur personuppgifter hanteras i folkbokföringen

Folkbokföring innebär fastställande av en persons bosättning och registrering av uppgifter om identitet, familj och andra förhållanden (1 § folkbokföringslagen (1991:481)). Skatteverket ansvarar för folkbokföringen och registrerar uppgifter om bland annat namn, personnummer, adress, fastighet, lägenhet, distrikt och kommun där en person är folkbokförd, födelsehemort och födelseort samt medborgarskap och civilstånd enligt lagen (2001:182) om behandling av personuppgifter i Skatteverkets folkbokföringsverksamhet.

Uppgifter från folkbokföringen har stor betydelse för enskilda. Genom uppgifter i folkbokföringen avgörs till exempel i vilken kommun en person ska få sin utbildning, eller betala skatt, vilket landsting som ansvarar för en persons hälso- och sjukvård eller vart

valmyndigheten ska skicka röstkort för allmänna val. På samma vis har uppgifterna också betydelse för myndigheter och privata företag och andra organisationer då de i vissa fall fattar beslut med hjälp av uppgifter från folkbokföringen. Privata verksamheter kan också använda uppgifter från folkbokföringen som underlag vid kreditupplysningar, kredit- och avbetalningsköp, registrering av medlemskap, prenumerationer samt uthyrning.

När beslut om ändrad könstillhörighet lämnas till Skatteverket från Socialstyrelsen registreras det nya personnumret i folkbokföringsregistret som en personnummerändring. Det görs manuellt av en handläggare på Skatteverket. Det personnummer som användes innan ändringen blir inaktivt i samma stund som registreringen sker. Personnummer som inte används längre, på grund av att någon har erhållit ett nytt personnummer, avregistreras och kan inte användas. Det nya personnumret skapas som en ny post i folkbokföringsregistret och personuppgifterna från det gamla numret flyttas till det nya. Det behöver finnas en hänvisning från det gamla personnumret till det nya för att uppdateringar ska kunna ske hos andra myndigheter och aktörer. Detta kallas för hänvisningspersonnummer.

11.3.3 Uppgifter från folkbokföringen till myndigheter

Uppgifter från folkbokföringen aviseras elektroniskt via Navet som är Skatteverkets system för distribution av folkbokföringsuppgifter till myndigheter och till Statens personadressregister (SPAR). Navet uppdateras allteftersom ärenden som rör personuppgifter i folkbokföringen registreras. Alla svenska myndigheter som begär det får uppgifter från folkbokföringen via Navet. Myndigheter bestämmer själva hur ofta de vill få uppdaterad information via Navet men de flesta större myndigheter prenumererar på aviseringar varje natt efter vardag. Kommuner och landsting har vanligtvis veckovis avisering.

Navet aviserar uppgifter om det nya personnumret med en hänvisning till det gamla personnumret. Det gamla personnumret finns kvar i Navet som en egen post med hänvisning till det nya personnumret. För att myndigheter som är anslutna till Navet ska se denna hänvisning krävs dock att myndigheten har gjort ett aktivt val att inhämta information om hänvisning, det vill säga beställt uppgift om hänvisningspersonnummer. Orsaken till ändringen av person-

nummer är inte synligt i Navet. Mottagaren får således ingen information om att ändringen specifikt gäller ändrad könstillhörighet. Utredningen konstaterar dock att detta får sägas kunna framgå indirekt och vara möjligt att räkna ut för dem som är bekanta med personnumrens konstruktion.

11.3.4 Uppgifter från folkbokföringen till andra aktörer än myndigheter

Skatteverket lämnar ut folkbokföringsuppgifter till privata såväl som offentliga verksamheter via Statens personadressregister SPAR. Uppgifterna från SPAR är tillgängliga för alla verksamheter som ansöker och blir beviljade att ansluta sig till SPAR. Registret uppdateras varje natt efter vardag med uppgifter från Navet. Aviseringar från SPAR till kunderna sker enligt önskemål från kunden, dagligen, varje vecka, var 14:e dag eller månatligen. SPAR erbjuder liknande tjänster som Navet. Det finns dock vissa skillnader.

SPAR aviserar alltid ut hänvisning från det gamla personnumret till det nya personnumret under förutsättning att ett sådant finns registrerat i Navet. Detta för att kunderna ska kunna göra justeringar i sina system eftersom de därmed fått uppgift om att gamla personnumret inte längre gäller samtidigt som de fått kännedom om personens nya personnummer. Vid ändrad könstillhörighet aviseras dock ingen hänvisning från det nya personnumret till det gamla. Via SPAR finns således en möjlighet för SPAR:s kunder att komplettera ett eget register över befintliga privatkunder med uppgift om nytt personnummer. Det är svårt att säga hur företagen hanterar denna information men det varierar troligtvis.

Om exempelvis ett företag inte kompletterat det egna registret så innebär det att en privatkund som erhållit nytt personnummer antingen framstår som en ny privatkund när de uppger det nya personnumret eller så behöver personen ange det gamla personnumret och förklara att de erhållit nytt personnummer. Detta kan bli tidskrävande och upplevas mer eller mindre problematiskt.

11.3.5 Sekretessmarkering

Enligt Skatteverkets rutin ska en person som ändrar könstillhörighet bli informerad om möjligheten att få en sekretessmarkering före ändringen av personnumret. Uppgiften om personnummerändring som konsekvens av ändrad könstillhörighet kan vara olika känslig för olika personer. All sekretessprövning görs individuellt utifrån den enskildes behov av skyddade personuppgifter. Sekretessmarkeringen fungerar som en indikation om behovet av att göra en noggrann skadeprövning när någon begär att få ut en sekretessmarkerad uppgift. En sekretessmarkering är alltså inte något bindande avgörande av hur sekretessfrågan ska bedömas vid varje enskild begäran om uppgifter.

Skatteverket har tagit fram särskilda rutiner för handläggning av ärenden om sekretessmarkering i folkbokföringsdatabasen. På Skatteverkets hemsida finns en också vägledning för hur skyddade personuppgifter bör hanteras framtagen tillsammans med andra myndigheter. Sekretessmarkeringen följer med i aviseringen från folkbokföringen till de mottagande myndigheternas it-system och där ska motsvarande skadeprövning ske innan uppgift eventuellt kan lämnas ut. Myndigheter som mottar information från folkbokföring avgör själva med hänsyn till verksamhetens behov, om den vill ha uppgifter om sekretessmarkerade personer och hur den väljer att hantera dessa uppgifter i sina register. I Navet finns en möjlighet att beställa färre uppgifter för sekretessmarkerade personer eller att helt avstå från dem. När sekretessmarkeringen tas bort aviseras detta och kunden får en så kallad totalpost med personens aktuella personuppgifter.

I SPAR innebär sekretessmarkeringen att merparten av uppgifter gallras bort. I princip bevaras i SPAR endast uppgift om personens personnummer och datum för när personen fick sekretessmarkering. Den dag sekretessmarkeringen upphör uppdateras SPAR igen med de uppgifter som gallrats för personen ifråga.

Utredningen har i dialog med Skatteverket identifierat att denna hantering av sekretessmarkering i SPAR kan innebära problem för SPAR:s kunder. Om hänvisning till det nya personnumret saknas kan inte befintliga kundregister uppdateras. Detta innebär att personer som ändrat könstillhörighet, och där en sekretessmarkering noterats, riskerar att framstå som en ny privatkund. Frågan om hantering av sekretessmarkerade personuppgifter innebär dock svåra

avvägningar för att å ena sidan säkerställa skyddet för den personliga integriteten och å andra sidan förmedla de uppgifter som krävs för hantering av register över privatkunder.

Skatteverket har förmedlat till utredningen att de nu kommer att se över hanteringen i SPAR i syfte att säkerställa att aviseringen till företag innehåller uppgift om hänvisningspersonnummer från det gamla personnumret till det nya personnumret även i de fall sekretessmarkering finns på personposten med det gamla personnumret.

11.3.6 Relationen till närstående i folkbokföringen

Utredningen har på våra communityforum och per mejl kontaktats av ett antal personer som uttrycker oro för hur ändrad juridisk köns-tillhörighet och ett nytt personnummer ska påverka kopplingen till familjemedlemmar i Skatteverkets folkbokföring.

Även Skatteverket uppger till utredningen att de får in många frågor om detta. Många föräldrar är oroliga att de ska behöva adoptera sina barn för att säkerställa kopplingen dem emellan om barnet byter personnummer för att nämna några exempel. Denna oro grundar sig troligen på att information har spridits av enskilda personer som fått information om att en åtgärd är nödvändig och beror troligen även på att informationen från Skatteverket varit otydlig. Ett exempel som troligtvis bidragit till denna oro var ett medialt uppmärksammat fall där en tingsrätt medgav adoption av eget barn enbart för att få en koppling mellan föräldrarnas och barnets personnummer i folkbokföringen.

Skatteverket skriver i en promemoria (Skatteverket 2016a) att denna adoption var helt onödig och att även om kopplingen mellan gamla och nya uppgifter kan uppfattas som otydlig så återspeglar databasen aktuella rättsliga förhållanden och identitetsuppgifter avseende personen. Skatteverket konstaterar självkritiskt att det kan antas att myndigheten inte har lyckats att externt förmedla att ingen information går förlorad i databasen vid registrering av ändrad köns-tillhörighet.

Skatteverkets promemoria utgjorde myndighetens rapportering av ett regeringsuppdrag och föranledde ett ställningstagande (se vidare i nästkommande avsnitt) avseende myndighetens rutiner för

ärenden om ändrad könstillhörighet i folkbokföringen (Skatteverket 2016b).

Ett nytt ställningstagande och nya rutiner från 1 juni 2016

Regelverket för folkbokföringsverksamheten innehåller inga uttryckliga bestämmelser om hur ändring av registrerade uppgifter ska ske vid ändrad könstillhörighet. Det är Skatteverkets interna rutiner och rättspraxis som ligger till grund för hur dessa ärenden ska hanteras.

Skatteverket fick i regleringsbrevet för budgetåret 2016 i uppdrag att utifrån gällande lagstiftning och den rättspraxis som utvecklats redogöra för hanteringen av ärenden om ändrad könstillhörighet i folkbokföringen. I uppdraget ingick även att redovisa vilka konsekvenser en ändring av personnumret får för den person som har ändrat sin könstillhörighet och för de personer som har eller får en relation registrerad till denna person. Vidare skulle Skatteverket beskriva vilka åtgärder som myndigheten har vidtagit eller avser att vidta för att förhindra eventuella problem som identifierats.

Av Skatteverket redovisning av regeringsuppdraget framkommer att Skatteverket i olika sammanhang har uppmärksammat att myndighetens rutiner har inneburit vissa administrativa problem för de som berörs av ett beslut om ändrad könstillhörighet. Det kan exempelvis vara ett problem att personen står som vårdnadshavare för sitt barn i den gamla identiteten i stället för den nya. I ett par rättsliga avgöranden från kammarrätten har det dessutom slagits fast att ”den förvärvade könstillhörigheten ska vara den som styr” när det gäller föräldraskapsrättsliga beteckningar i folkbokföringen.

Mot bakgrund av den rättsliga utvecklingen inom området och de administrativa problem som har uppstått beslutade Skatteverket att ta fram ett ställningstagande avseende en ändring av myndighetens rutiner för ärenden om ändrad könstillhörighet i folkbokföringen. Ställningstagandet tillämpas från den 1 juni 2016 på nya ärenden eller där det finns en begäran om rättelse av en tidigare registrering.

Den nya rutinen innebär i korthet att det nya namnet och personnumret för den som ändrat könstillhörighet även kommer visas i personbilden för dennes barn och föräldrar. Den tidigare relationen med gammalt personnummer och namn avslutas och blir en

historisk uppgift. En effekt av den nya rutinen är att personbevis för barn innehåller vårdnadshavarens nya personnummer och namn. Motsvarande gäller för andra personbevis som innehåller en familjerättslig relation till en person som har ändrat könstillhörighet. Skatteverkets ställningstagande innebär även att Skatteverket avser att ersätta nuvarande föräldrabegrepp med det könsneutrala begreppet ”Förälder” i formuläret för personbevis.

I sammanhanget kan nämnas att Skatteverket lyfter fram att den föräldraskapsrättsliga regleringen inte är anpassad efter alla situationer som folkbokföringsverksamheten kan ställas inför. Enligt Skatteverkets mening bör principen om att den förvärvade könstillhörigheten alltid ska vara den som styr vara författningsreglerad så att det inte uppstår oklarheter för berörda personer om vad som ska gälla. Vissa problem förknippade med den familjeskapsrättsliga regleringen redovisas också i kapitel 6 i detta betänkande.

Trots att Skatteverket externt har kommunicerat detta ställningstagande och bemött felaktiga uppgifter råder alltjämt en utspridd oro bland berörda. Påståenden om att alla kopplingar försvinner om inte föräldrar adopterar sina barn är fortfarande vanligt förekommande enligt vad utredningen erfarit på de communityforum som vi haft ute i landet. Många hör också fortfarande av sig till Skatteverket med den typen av frågor.

Utredningen kan via sina sökningar på Skatteverkets hemsida också konstatera att informationen till personer som har ändrat könstillhörighet eller avser att ändra könstillhörighet är svår att hitta och att informationen inte innehåller all information som efterfrågas av målgruppen.

11.4 Administrativ hantering för vissa myndigheter

11.4.1 Erhållande av nya id-handlingar

Enligt uppgifter till utredningen har anskaffandet av nya id-handlingar fungerat väl för vissa personer, medan andra uppger att de har haft problem, framför allt när det kommer till ansökan om nytt pass och nationellt id-kort. En person uppger för utredningen att det nya passet blev färdigt på tre dagar utan några som helst hinder, medan en annan person bollades runt mellan olika handläggare i sex veckor innan handläggare på passexpeditionen kom på hur de skulle

gå tillväga. Ytterligare en person uppger att varken det nya eller det gamla personnumret kom upp i polisens informationssystem på passexpeditionen. Utbyte av körkort med nytt personnummer har i princip fungerat problemfritt enligt vad utredningen erfarit.

Körkort

Transportstyrelsen uppger för utredningen att hanteringen av nytt körkort och en del andra handlingar som till exempel fordonsinnehav hanteras till största del via deras it-system. Vägtrafikregistret uppdateras via Navet varje natt. När nytt personnummer aviseras i Navet registreras det i vägtrafikregistret och alla uppgifter kopplade till personen som till exempel namn, adress, körkortsbehörighet och fordonsinnehav flyttas över till det nya personnumret. I de flesta fall skickas per automatik en ny grundhandling för förnyelse av körkort innehållande de nya uppgifterna till personen ifråga.

Om namnbyte skett i samband med personnummerändringen behöver Transportstyrelsen ett nytt underlag för detta. Begäran om ny namnteckning och eventuellt ett nytt foto är nödvändigt för att kunna utfärda det nya körkortet. Om körkortet fortfarande har provotid löper den på som innan. I de flesta fall följer också alla körkortsbehörigheter med till det nya körkortet. Transportstyrelsen skickar inga försändelser i den gamla identiteten från och med att avisering om det nya personnumret kommit in.

Pass och nationellt id-kort

De problem som uppstår i samband med utfärdande av nytt pass är av olika karaktär. Som nämnts ovan har en del personer haft problem och en del har inte haft några problem alls. Flera personer uppger att det har uppstått förvirring i handläggningen som verkar bero på brist på rutiner eller bristande kunskap om eventuella rutiner. Andra uppger att de tror att problemet verkar ligga i passexpeditionens it-system då de inte får upp rätt uppgifter eller som i ett fall inga uppgifter alls.

Vid flera tillfällen i samband med personnummerbytet har jag fått agera samordnare mellan olika myndigheter/företag. Knäppaste upplevelsen hade jag hos polisen. Jag skulle skaffa nytt pass och det slutade med att

jag blev kvar där en hel förmiddag och roddade med det. Polisen sa att de inte kunde ge mig något pass eftersom de ”inte hade någon historik” på mig. Jag hade med mig pappret från Skatteverket som intygar bytet av personnummer och där står det gamla numret (så de borde ju kunnat kolla min historik). Det där pappret har funkat som intyg i alla andra fall, men inte här. Polisen menade att Skatteverket hade missat att sända nåt till dem. De gjorde inget för att hjälpa mig utan sa bara att jag fick ringa Skatteverket.

Jag kände att jag behövde lösa detta. Jag behövde ett pass, så jag ställde mig utanför polisen och ringde Skatteverket. När jag väl kom fram genom telefonkön fick jag beskedet att polisen hade allt och skulle kunna fixa passet. Jag kände att de här myndigheterna skulle kunna bolla mig fram och tillbaka till tidens slut, så jag frågade om det fanns någon möjlighet för handläggaren på Skatteverket och handläggaren på polisen att ta direktkontakt och lösa det hela, men nej. Då frågade jag om handläggaren på Skatteverket kunde vara kvar i telefonen, så kunde jag räcka över luren till polisen – och det gick bra. Så jag gick in hos polisen igen och tog en ny nummerlapp. Det tog 20 minuter att komma fram i kön och under den tiden hade jag alltså handläggaren från Skatteverket i telefonen. Det var ganska awkward kan jag säga. När jag kom fram räckte jag över luren till polisen, och efter deras samtal var polisen med på att frågan låg hos dem. Men de kunde ändå inte lösa det just då utan handläggaren behövde först ha ett möte med sin chef.

Så det blev ingen passansökan den dagen utan jag fick hålla på och ringa handläggaren på polisen dagarna efter och fråga om det var löst. (Jag fick direktnummer till just den handläggaren – halleluja!) Till slut var allt klart och då fick jag boka in en ny tid och gå till polisen igen och fixa passet. Puh! Det här är bara ett exempel. Det har varit flera liknande situationer och man kan känna sig ganska maktlös (berättelse 78).

För att ett förnyat pass eller nationellt id-kort med det nya personnumret ska kunna utfärdas måste personligt besök ske på närmaste passexpedition. Det finns inte någon särskild utformad rutin för nytt pass på grund av nytt personnummer utan handläggning sker som vid utfärdande av nytt pass. Personen måste dock kunna styrka att den fått ett nytt personnummer. Identifiering sker med intyg från Skatteverket om erhållande av nytt personnummer samt ett bevis på det gamla personnumret. Polisen hämtar uppgifter från det nya personnumret i Navet som underlag till nytt pass eller nationellt id-kort. För utredningen har Polisen uppgivit att ärendet inte bör ta längre än normal handläggningstid. Det vill säga 5–10 dagar. Polisen har också uppgivit att det även om det finns klara regler för hur utfärdande av nytt pass ska ske kan finnas skillnader i själva

handläggningen på olika passexpeditioner i landet vilket kan vara en av anledningarna till olika personers erfarenheter av att få ut pass i sitt nya personnummer.

För utredningen är det dock också tydligt att de problem vi fått kännedom om inte bara kan bero på skillnader i handläggning, utan också måste ha andra förklaringar, som till exempel brist på kunskap hos handläggare om vad som gäller vid byte av personnummer.

11.4.2 X som könsmarkör i pass

Behovet av X som könsmarkör i pass

Ett pass kan i dag inte utfärdas utan uppgifter om passinnehavarens kön. För de flesta länder, inklusive Sverige, anges kön i pass efter det kön som finns registrerat i folkbokföringen. I Sverige finns det i dagsläget bara två juridiska kön; kvinna och man.

En del länder¹ har infört möjligheten för personer att få sin köns-tillhörighet markerad som X i sitt pass (i stället för M, som i male eller F, som i female). Som framkommit i kapitel 5 kan transpersoner ibland uppleva problem när de ska bevisa sin identitet med hjälp av passet (om könsuttrycket inte stämmer med det kön som finns angivet i passet), något som kan orsaka stress och obehag. Det är vanligt att transpersoner upplever att de blir diskriminerade i samband med uppvisande av identitetshandling.

Behovet av X i pass finns även hos individer som i dag invandrat från länder där det finns fler juridiska kön än två och som själva har ett annat juridiskt kön än kvinna eller man. Detta har bland annat framförts till utredningen av representanter för Migrationsverket.

Både svenska och internationella organisationer som företräder transpersoner förespråkar rätten att få ange X som könsmarkör i officiella identitetshandlingar, inklusive resehandlingar som pass. Bland dessa finns RFSL Ungdom, Stonewall och Transgender Europe.

¹ Se bilaga 4.

Reglering av könsmarkör i pass

Passet är en identitetshandling som anger att dess innehavare är medborgare i en nationalstat. FN:s luftfartsorgan ICAO (International Civil Aviation Organization) utfärdar riktlinjer för passbestämmelser. I Doc 9303 4 vol. Specifikationer för maskinläsbara pass (MRPs) och andra maskinläsbara resedokument (MRTDs) sjunde upplagan, anges kön som en obligatorisk uppgift i standardutformningen för den sida i passet som uppger personuppgiftsdata. Enligt riktlinjerna ska kön för passinnehavaren specificeras med en bokstav som vanligen används för det språk som brukas i utfärdarlandet. Om språket i utfärdarlandet inte är engelska, franska eller spanska så behövs en översättning. Då följs den första bokstaven med ett snedstreck och stor bokstav enligt följande: "F for female, M for male, or X for unspecified".

I EU förordning (EG) nr 2252/2004 om standarder för säkerhetsdetaljer och biometriska kännetecken i pass och resehandlingar som utfärdas av medlemsstaterna under punkt 2 i bilaga anges:

Passet eller resehandlingen skall innehålla en maskinläsbar sida med personuppgifter, vilken skall överensstämma med del 1 (maskinläsbara pass) i ICAO dokument 9303 och utfärdas i enlighet med de specifikationer för maskinläsbara pass som anges i det dokumentet.

Möjligheten att ta bort könsmarkör ur passet

Nya Zeelands passmyndighet har undersökt möjligheten att ta bort kön som en obligatorisk uppgift i alla resedokument och eventuella fördelar och nackdelar med könsneutrala resedokument. Det redovisades till ICAO i rapporten *Displaying the holder's gender on travel documents: Is it still appropriate in the age of e-travel documents* från 2012. I rapporten framförs bland annat argumentet att om uppgiften om kön skulle tas bort i passet skulle det vara till fördel särskilt för transpersoner eftersom de skulle slippa hamna i situationer där de behöver förklara varför dokumenterat kön i passet inte tycks stämma överens med fysiska attribut. De personer som i dag har X i passet skulle även kunna slippa problem i gränskontroller för de länder som inte erkänner ett tredje alternativ och därmed kan neka personen inträde i landet.

Vidare argumenterar rapporten för den tekniska utvecklingen för resedokument. Biometriska kännetecken som fingeravtryck och scanning av iris kommer så småningom förmodligen att göra identifikation utifrån parametern kön föråldrad i framtiden. Enligt rapporten är det dock många år kvar tills de tekniska kraven uppnår tillräckligt hög standard för att kunna stryka nuvarande identifikationskrav som till exempel kön.

Nya Zeelands passmyndighets rekommendation blev slutligen att de tekniska lösningar som är anpassade för de maskinläsbara pass som finns i dag, inte i nuläget kan hantera en lösning med biometriska kännetecken på ett säkert sätt. Uppgiften om kön behöver därmed finnas kvar i passet till dess att det på ett säkert sätt går att fastställa identitet med endast biometriska kännetecken som till exempel fingeravtryck. Myndigheten avslutar sin rapport med att rekommendera att ICAO återupptar utredningen om att ta bort uppgiften om kön i resehandlingar så fort framtida tekniska lösningar gör det möjligt att endast utgå från biometriska kännetecken utan att kostnaderna blir allt för höga. För det fallet frågan tas upp igen bör rekommendationen att ta bort uppgiften om kön i pass dessutom bli rekommenderad standard för alla gränskontroller för att undvika inkonsekvent hantering.

Bestämmelser om pass i Sverige

Uppgifter om kön i svenska pass är inte specificerade varken i passlagen (1978:302) eller i passförordningen (1979:664).

Enligt 1 § passlagen (1978:302) gäller lagen i fråga om pass för svensk medborgare om inte annat anges. Pass utfärdas enligt 2 § passlagen av passmyndighet. Polismyndigheten är passmyndighet i Sverige. I Rikspolisstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om polismyndigheternas hantering av pass och nationellt identitetskort (RPSFS 2009:14, FAP 530-1) anges endast att kön ska anges med K/F för kvinna och M/M för man i provisoriska pass som skrivs ut manuellt 8 kap. 5 §.

Enligt 5 § passlagen får en svensk medborgare inte resa ut ur Sverige utan att ha ett giltigt pass. Detsamma gäller för svenska medborgare vid inresa från ett annat land. Enligt 5 a § första stycket är det Polisen som har till uppgift att övervaka att bestämmelserna följs.

Undantag för detta kan gälla för resa till eller från något av de länder som ingår i det så kallade Schengenområdet. Schengensamarbetet har sin grund i genomförandet av en av EU:s fyra friheter – fri rörlighet för personer. De länder som deltar i Schengensamarbetet har tagit bort personkontrollen för resande vid samtliga gränser länderna emellan.

Biometrisk information i svenska pass

Som nämnts innehåller passet biometrisk information med syfte att göra identifieringen av passets innehavare mer säker. Med biometri avses i detta sammanhang de tekniker som läser av en persons unika drag och översätter dem till en datakod i syfte att använda koden vid maskinell och automatisk identifiering. Detta är baserat på ICAO:s standard om maskinläsbara pass som nämnts innan. Även inom EU finns gemensamma bestämmelser om resehandlingar².

Vanliga svenska pass innehåller biometriskinformation i form av ansiktsbild och fingeravtryck. Enligt 6 § passlagen är en svensk medborgare som ansöker om ett pass skyldig att i samband med passansökan låta passmyndigheten ta fingeravtryck och en bild i digitalt format av sökandens ansikte.

Länder som har infört möjligheten att ha X i pass

Ett antal länder erbjuder i dag möjligheten att ha X som könsmarkör i pass, dessa redovisas i bilaga 4. I vissa länder, till exempel Nya Zeeland, är det helt fritt för myndiga medborgare att ansöka om X i pass. I andra länder, som till exempel Australien måste den som ansöker om X som könsmarkör i pass uppvisa intyg från läkare som säger att den ansökande är intersex eller har genomgått eller kommer att genomgå könsbekräftande behandling.

² De förordningar som har antagits på området är Rådets förordning nr 2252/2004 av den 13 december 2004 om standarder för säkerhetsdetaljer och biometriska kännetecken i pass och resehandlingar som utfärdas av medlemsstaterna och Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 444/2009 av den 28 maj 2009 om ändring av rådets förordning (EG) nr 2252/2004.

11.4.3 Pension

Utredningen har fått information om att några personer som ändrat juridiskt kön är oroliga för att de ska förlora sina intjänade pensionsrätter efter att de erhållit nytt personnummer. Utredningen har dock bara fått kännedom om en person som faktiskt har fått problem. Denne har uppgett för utredningen att den intjänade pensionen uppgavs till 0 kronor i det senaste orangea kuvertet. Vid samtal med pensionsmyndigheten fick personen besked om att pengarna fanns kvar men att den var låst mellan två personnummer. Det har inte presenterats någon lösning för personen då personen som uppgav detta ännu inte orkat återkomma till myndigheten.

Pensionsmyndigheten känner inte till detta uppger de för utredningen. Myndigheten uppger att pensionssystemet är könsneutralt vilket gör att när en person ändrar personnummer flyttas redan intjänade pensionsrätter över till det nya personnumret. Vid beviljandet av pension används könsneutrala delningstal och övriga faktorer så personnumret är bara ett sätt att hålla ordning på en individs intjänade rätt och sedan utbetalning av beviljad pension. Enligt myndigheten ska det därför inte vara möjligt att ovan nämnda exempel ska kunna ske.

Enligt Pensionsmyndigheten föranleder ändrad könstillhörighet inga praktiska konsekvenser förutom för de som är berättigade till änkepension. Om en person som tilldelades kvinnligt kön vid födseln beviljats änkepension och sedan ändrar juridiskt kön försvinner rätten till änkepension. Enligt uppgifter från Pensionsmyndigheten har myndigheten inte ännu haft något sådant ärende i praktiken, och eftersom änkepension beviljas till färre och färre, och endast till äldre personer, bedömer de problemet som minimalt.

11.4.4 Hälso- och sjukvård

I kapitel 8 i betänkandet behandlar utredningen bemötandet inom den allmänna hälso- och sjukvården. Där konstateras att det är relativt vanligt att transpersoner upplever ett bristfälligt bemötande inom vården samt att det föreligger brist på kunskap hos vårdpersonal.

Utredningen har utöver problem med bemötande noterat flera andra utmaningar för svensk hälso- och sjukvård i samband med personer som ändrat juridiskt kön.

Hemtester

Personnumret används för att koppla individer till journaler och journalsystem men användandet av personnumret i sjukvården skapar även föreställningar om en koppling till en fysisk kropp och förväntningar om hur kroppen bör stämma överens med den könstillhörighet som framgår av personnumret. Ett exempel på detta är att det via vårdguiden går det att beställa hem klamydiatest. Vilken typ av test som skickas till beställaren utgår från beställarens personnummer.

På 1177 så finns det en funktion att man kan beställa hem klamydiatest, men pga. mitt personnummer får jag hem ett test för cismän, vilket alltså inte funkar för mig. De hade inte heller någon form av kommentarsruta, så jag har inget annat alternativ än att gå och köpa eller prova mig hos läkare/barnmorska. Man kan ju tycka att den statliga sjukvårdens tjänster ska vara designad för att vara tillgänglig för alla. Jag har framfört detta till 1177, men ingenting har ändrats (berättelse 95).

Journalföring

Jag har vid flera tillfällen haft problem med läkare och annan sjukvårdspersonal som inte kan hitta mina journaler efter att jag bytte personnummer. Detta trots att jag har en markering med en hänvisning till mitt gamla personnummer. Jag behöver därför uppge mitt gamla personnummer för att läkare ska kunna leta upp relevant information. Med det följer ofta frågor varför jag har bytt personnummer. Om jag förekommer frågan och säger att jag har genomgått könsbekräftande behandling kan jag behöva förklara det med att jag är transsexuell. Vid några tillfällen har jag då fått frågan om det betyder att jag har varit kvinna. Vid ett tillfälle fick jag också frågan om jag har genomgått alla ”relevanta operationer” (år 2017). För mig tyder sjukvårdens bristande kunskaper i att läsa och hantera sitt egna journalsystem också på okunskaper om transpersoner. Det gör mig oerhört trött och ledsen varje gång (berättelse 22).

Patientjournalen utgör ett verktyg för den som ansvarar för patientens vård. För patientsäkerheten kan det vara helt avgörande att patientens olika hälsotillstånd och eventuella eller planerade behandlingar dokumenteras. En patientjournal kan inte omfatta mer än en patient (3 kap. 1 § PDL) och personnumret i en journal får inte och kan inte ändras, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för journalföring (HSLF FS 2016:40). Enligt vad utredningen erfar kan vissa journalsystem hantera en i hopslagning av två journaler med

två olika personnummer, men som gäller samma patient, medan andra inte kan det, sannolikt med anledning av att journaler inte ska omfatta mer än en patient.

Ett exempel är inom vården. Av någon anledning vet inte de olika enheterna inom vården att jag bytt siffror. På lokala hälsocentralen har de ändrat. Min läkare på KIM har ändrat. När jag så ringer till Medicin, för att förnya recepten på östrogen och antiandrogen, hittar de inte mig, eftersom mitt gamla personnummer är noterat där. Likaså på den ekonomiska avdelningen, som skickade faktura på läkarbesök trots att jag har frikort. Jag har fått meddela varje enhet för sig, för att det ska funka. Så har det varit hos försäkringsbolaget också. Olika kontor hanterar olika sorters försäkringar (berättelse 12).

Vidare uppges i patientdatalagen att en journal måste innehålla uppgifter om en persons identitet. Det är viktigt att det finns rutiner för att kontrollera patienternas identitet så att rätt patient får rätt vård. Enligt patientdatalagen (2008:355) ska journalhandling bevaras minst tio år efter det att den sista uppgiften fördes in i handlingen (3 kap. 17 §). Socialstyrelsen kan efter prövning besluta om att gallra i patientjournaler.

Inspektionen för vård och omsorg får besluta om att en patientjournal helt eller delvis ska förstöras (8 kap. 4 § PDL). Detta kan ske efter en ansökan från patienten eller någon annan person som omnämns i journalen. Förutsättningarna för detta är att godtagbara skäl anförs för ansökan och att patientjournalen eller den del av den som ansökan avser, uppenbarligen inte behövs för patientens vård. Det krävs också att det från allmän synpunkt uppenbarligen inte finns skäl att bevara journalen. Det är alltså inte alltid möjligt att få sin gamla journal förstörd även om det är ett önskemål från patienten.

Screening

I Sverige erbjuds screening till personer inom en del av befolkningen i syfte att tidigt identifiera sjukdom och upptäcka hälsotillstånd som kan få allvarliga eller omfattande konsekvenser för den enskilda individen. Socialstyrelsen rekommenderar att följande screeningar bör erbjudas nationellt: Mammografi, bukaortaaneurysm, livmoderhalscancer, prostatacancer, tjock- och ändtarmscancer. Landstingen skickar ut kallelser till de som identifieras inom mål-

gruppen för respektive screening inom ramen för ett visst tidsintervall.

Utredningen har fått uppgifter från många personer med ändrad juridisk könstillhörighet som får kallelse till fel typ av screening på grund av att screeningen skickas ut automatiskt på personnumret.

Personer med ändrad juridisk könstillhörighet kan behöva ta del av de nationella screeningprogram som erbjuds enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Kallelse till screening går ut till det personnummer och adress som syns i folkbokföringen. Det innebär att de som ändrat könstillhörighet och erhållit nytt personnummer då får kallelse till screening för sitt nya personnummer när de för den här särskilda kallelsen borde få för sitt gamla. De med skyddade uppgifter får inga kallelser. En del uppger att de försökt hålla reda på tiderna för screening själva men frågan uppstår hur många som vet att de ska bli kallade för screening, vilken typ av screening det rör sig om samt när detta ska ske enligt rekommendationer. Dessutom uppstår ibland andra komplikationer.

Några månader efter gjorde jag cellprov där. En barnmorska fick göra cellprovet, och det fungerade fint. Barnmorskan skrev på dokumentet till screeningenheten att jag var en transman. Dock uppstod problem med provet, eftersom svaret aldrig kom i posten. Min fru ringde till screeningtjänsten och de informerade om att jag inte fanns i systemet, och att manliga personnummer inte kan läsas av systemet. De tog inget ansvar hos screeningenheten, och de bad min fru om att ringa till de som gjort provet (SöS). De hade hellre inte provet där, och visste inte vad som hänt med det. Efter några veckor fick vi information om att de hade hittat provet. Men det var barnmorskan som själv hittade det efter en längre process (berättelse 59).

11.5 Administrativ hantering för vissa övriga aktörer

En sak som är riktigt dåligt nu, är enorma problem med datoriserade system hos bank, försäkringsbolag, företag och organisationer. Jag har många problem med sådant, pga. byte av personnummer. Som tur är, är det ju något som löser sig med tiden, men vardagslivet under några månader blir ju ansträngt (berättelse 12).

Merparten av de administrativa problemen som kommit utredningen tillkänna sker i kontakten med privata aktörer. När en kund ingår ett avtal med ett företag innebär det oftast att kunden måste styrka sin identitet i någon form. Det står företaget fritt att upprätta egna

rutiner kring vad som kan godkännas som identifikation. I de flesta fall är personnumret det vanligaste, enklaste och mest säkra alternativet att säkerställa en persons identitet.

Privata aktörer har inte samma möjlighet att hämta uppgifter via folkbokföringsregistret som myndigheter har och de som har det har oftast begränsad tillgång till uppgifter. En stor del av folkbokföringens syfte är snabb identifikation för myndigheter men också att hjälpa myndigheter att fatta beslut.

Många större företag hämtar uppgifter från folkbokföringen regelbundet, men eftersom det inte finns uppgifter om vilka företag som gör det behöver personer med ändrad könstillhörighet själva ta reda på detta. Mindre företag väljer ibland att inte hämta uppgifter från folkbokföringen, även om möjligheten finns även för dem. Sannolikt är det en kostnadsfråga när företag väljer att avstå.

Enskilda uppfattar att det är svårt att hitta information om hur de ska gå tillväga och vilka villkor som gäller när de vill ändra personnummer hos olika företag och i avtal. Administrativa problem uppstår ofta för att privata aktörer inte alltid har tillgång till information som styrker ändringen av personnummer eller att de saknar rutiner för att genomföra en ändring. I vissa fall handlar svårigheterna om en ovilja hos företag att gå sin kund tillmötes. En person har berättat för utredningen att den blivit ombedd att byta bank i stället för att försöka ändra personuppgifter i sitt nuvarande bankkonto. Det förkommer alltså att anställda i privata företag hellre väljer att förlora en kund än att hitta en lösning på problemet.

När det gäller enskilda som bedriver näringsverksamhet genom enskild firma och som ändrat personnummer så måste de, enligt vad utredningen erfarit, betala en avgift för att skriva över bolaget på sig själva, i sitt nya personnummer.

11.5.1 Bankväsendet

När jag bytte personnummer var det mycket strul, t.ex. på banken. Jag var på tre personliga möten där innan det blev rätt. Ganska tröttsamt kan jag säga. Cirka två år efteråt var jag där i ett helt annat ärende och då visade det sig att mitt gamla personnummer låg kvar, med koppling till mitt nya, även om mitt gamla är sekretessbelagt. Va fan?! Så jag fick komma ut igen (och igen och igen) för det uppstod massa frågor kring det där (berättelse 78).

Utredningen har fått in många berättelser från personer som på olika sätt haft problem med sin bank efter ändring av juridiskt kön. En del uppger att de har mötts av en stor okunskap och att de många gånger bollas mellan olika handläggare. Många har också uppgett att en ändring av alla personuppgifter i kundregistret tar väldigt lång tid och att det i praktiken innebär att personens tillgångar är frysta under tiden. Ett annat problem som nämnts är att personer har fått sälja värdepapper till sig själva i sitt nya personnummer och därmed betala skatt på det.

Jag fick mitt nya personnummer i början av 2016. När jag gick till banken så var jag tvungen att öppna ett nytt konto, då det inte gick att byta de fyra sista siffrorna på mitt dåvarande bankkonto. Det stora problemet med det, förutom att jag inte hade tillgång till mina pengar en period, var att jag hade fonder. Jag var tvungen att sälja mina fonder på kontot med mitt gamla personnummer och köpa in dem igen på det nya. Det som blir problematiskt är att jag måste nu betala vinstskatt för det jag sålde, trots att jag inte tog ut någon vinst av det. Detta var en nödvändighet om jag skulle behålla fonderna. Jag är inte så insatt i banksystem, så om det fanns en bättre idé för att inte det här skulle hända så visste jag inte om det, men jag fick inte heller någon information om det³.

Utredningen har fått hjälp av Svenska Bankföreningen att skicka ut några frågor till föreningens medlemmar. Frågorna utgick från den information som kommit från personliga berättelser till utredningen. Nedan redovisas vad som framkommit i svaren.

På frågan om hur ett nytt personnummer hanteras generellt svarar många banker att de gör ändringar i befintlig kundbild i systemet. Vissa gör en ny kundbild för det nya personnumret men sparar kundbilden för det gamla om kunden vill ha information som ligger sparad under det tidigare personnumret. De flesta banker uppger att kontonummer förblir desamma och då behöver man inte ändra i till exempel löneutbetalningar eller andra förbindelser som är kopplade till kontot. En bank uppger att man dock ibland rekommenderar kunden att avsluta och skapa nytt kontonummer då det går något snabbare.

Kunden får alltid nytt kort då det inte kan flyttas mellan två personnummer. För autogiro som är kopplat till personnumret makuieras befintliga autogiro-medgivanden vid ändring av personnummer.

³ Mejl till utredningen, 28 juli 2017, Komm2017/01063.

Kunden måste själv teckna nya medgivanden med betalningsmottagarna vid personnummerändringen.

Utredningen frågade också om tidsåtgången hos banken för att vidta relevanta åtgärder efter att en kund ändrat personnummer. Detta eftersom några uppgett att de varit utan bankkonto under väldigt lång tid. Några banker har svarat att när de fått in ett personbevis från kunden där det nya och gamla personnumret framgår så lägger de upp nytt konto och skickar ut nytt kreditkort. Många banker menar att postgången påverkar hur lång tid det tar men processen tar cirka 1–10 bankdagar, oftast mindre beroende på bank. En tidsfaktor är också om kontroll av uppgifterna ska göras hos Skatteverket vilket hos vissa banker sker varje vecka men inte varje dag. Det förekommer att en bank endast kan flytta konton i systemet en gång i veckan och däremellan ligger kontot kvar på det gamla personnumret. Något som kan ligga till grund för upplevelsen att tillgångarna är frysta. Ny internetbank kan förberedas på det nya kundnumret och finnas tillgängligt när kontot flyttas. Vidare har en bank påpekat att i deras fall är koddosan till internetbanken kopplad till BankID och att kunden, innan ny BankID och dosa är på plats, inte har tillgång till sin internetbank.

Ett annat problem som delgetts utredningen är att personer som ändrat juridisk könstillhörighet inte har tillgång till historiken på bankkontot eftersom den har raderats i samband med att de har fått ett nytt bankkonto. Svaren från bankerna visar att det förekommer två varianter av hantering beroende på bank:

- Historiken följer med mellan två personnummer, oftast genom att den läggs in manuellt av handläggare.
- Historiken syns inte men finns sparad på det gamla personnumret och utifall kunden behöver få tillgång till den så kan den tas fram på begäran.

Personer som uppgett att de fått all historik raderad omfattas möjligen av den andra varianten ovan, det vill säga att historiken finns sparad men de ser den inte. Eller så har de valt att i stället för att flytta med kontot mellan personnumren stänga det och öppna ett nytt varvid uppgifterna om det gamla kontot av naturliga skäl inte finns åtkomliga. I sammanhanget nämns att det finns lagkrav på att viss kundinformation ska sparas fem år efter det att kundförhållandet upp-

hört enligt lag (2017:630) om åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism.

För att identifiera sig behöver kunden uppvisa dels en giltig id-handling med uppgifter om tidigare namn och personnummer, dels ett personbevis som visar både tidigare och nytt namn och personnummer. BankID kan jämföras med en fysisk id-handling vilket innebär att BankID måste vara kopplat till ett personnummer. Befintligt BankID blir i praktiken oanvändbart i samma stund som personnumret avslutas i systemet. Ett nytt BankID behöver hämtas med det nya personnumret och kan beställas när SPAR uppdaterats med de nya uppgifterna från Skatteverket.

När det gäller krediter går det att flytta mellan personnumren utan att det tas några nya kreditupplysningar eller att kunden ska behöva omförhandla några räntor, bindningstid med mera. Befintliga skuldebrev/kontrakt och säkerhetshandlingar fortsätter alltså att gälla och kunden behöver därför inte skriva under nya handlingar. Kreditregelverket bygger på en bedömning av kredittagaren och den är könsneutral. Värdepapper, fonder och liknande ska kunna flyttas över till det nya personnumret utan att kunden behöver sälja dessa till sig själv enligt svar från bankerna. Samma gäller för pensionssparande hos banken. Banken öppnar ett nytt avtal för individuell pensionssparande (IPS) i det nya personnumret och flyttar över samtliga innehav. Försäljning behöver inte ske och inga avgifter tas ut.

De problem som utredningen fått kännedom om i detta avseende verkar således, baserat på informationen från Svenska Bankföreningen, bero på bristande kunskap om ovan nämnda förutsättningar eller på bristande interna rutiner.

11.5.2 Kreditupplysning

Kreditupplysningsföretag samlar in uppgifter om enskilda personers ekonomiska och personliga förhållanden samt om företags ekonomiska förhållanden. Identitetsuppgifter som namn, personnummer och adress hämtas från SPAR. När kreditupplysningsföretagen inhämtar uppgifter gällande ett nytt personnummer från SPAR syns inte kopplingen till det gamla personnumret. Det medför att det blir en helt ny personbild som läggs upp i kreditupplysningsföretagets register.

Det vanligaste bland de stora kreditupplysningsföretagen är dock att de har så kallad bruttoavisering från SPAR. Företag som har en betydande del av Sveriges befolkning i sina register (minst 2,5 miljoner personer) kan efter beslut av Sparnämnden få tillstånd till denna leveransform. Den innebär att de får uppgifter om samtliga personer som förändrats i folkbokföringen/SPAR. Vid bruttoaviseringen erhåller kreditupplysningsföretaget från SPAR två personposter när en person byter juridisk könstillhörighet.

- Dels personposten med det gamla personnumret som då förklaras avregistrerat. Personposten innehåller även hänvisning (hänvisningspersonnummer) till det nya personnumret.
- Dels personposten med det nya personnumret. I SPAR innehåller den nya personposten (nya personnumret) inte någon hänvisning till det gamla personnumret.

Det finns således förutsättningar för de stora kreditupplysningsföretagen att i sina register skapa den nya personposten (nya personnumret) och också knyta samman det med det gamla personnumret eftersom hänvisningen finns via det gamla personnumret. Vissa kreditupplysningsföretag gör precis så, det vill säga skapar en ny personpost och knyter ihop den med den tidigare personpostens uppgifter. Det finns också kreditupplysningsföretag som inte gör så utan i stället betraktar situationen som vore det fråga om två helt skilda personer.

För de kreditupplysningsföretag som inte har bruttoavisering utan vanlig så kallad ändringsavisering krävs att de till SPAR begär uppgifter om såväl det gamla som det nya personnumret. SPAR kommer då att, precis som för bruttoaviseringsfallet, meddela att ett personnummer har blivit avregistrerat ur folkbokföringen och också bifoga hänvisningspersonnummer, det vill säga uppgift om personens nya personnummer. Därmed ges företaget möjlighet att lägga upp det personnumret i sitt register och också knyta ihop uppgifterna för det gamla personnumret med det nya personnumret.

SPAR lämnar inte ut uppgifter om taxerad inkomst och förmögenhet eller skulder. Dessa hämtas av kreditupplysningsföretagen från skatteregistret hos Skatteverket eller Kronofogdemyndigheten och för att dessa uppgifter ska förmedlas korrekt krävs att kreditupplysningsföretaget har hanterat personuppgifterna korrekt, det vill

säga skapat en ny personpost som knyter ihop den med den tidigare personpostens uppgifter.

Hanteringen hos kreditupplysningsföretagen är avgörande för att relevanta uppgifter om taxerad inkomst, betalningshistorik och så vidare blir korrekt. Hur företagen hanterar detta kan således få avgörande betydelse för enskilda, till exempel när det gäller ansökan om banklån och köp av bostad.

Personer som utredningen varit i kontakt med har drabbats av att kreditupplysningsföretag har uppgett att de inte har någon taxerad inkomst, betalningshistorik och så vidare. Orsaken tycks bero på hur vissa kreditupplysningsföretag erhåller information från SPAR och hur de hanterar dessa uppgifter. När mindre företag uppdaterar sina uppgifter från SPAR så syns inte kopplingen till det gamla personnumret och i dessa fall behöver den som ändrat könstillhörighet själv uppges det gamla personnumret för att till exempel kreditupplysningen ska ge en rättvisande bild.

Det ska dock tilläggas att det är ovanligt att kreditupplysningsföretag inhämtar information på detta sätt. En mer sannolik orsak till att personer har drabbats av problem är att vissa kreditupplysningsföretag inte skapar en ny personpost, med den tidigare personpostens uppgifter, utan i stället framstår det i deras register som två helt skilda personer.

11.5.3 Försäkringsbolagen

Försäkringsbolagen tycks vara lite mer disparata vad gäller rutiner att hantera nytt personnummer för personer som ändrat juridiskt kön. Utredningen har hämtat in uppgifter från branschorganisationen Svensk Försäkring.

För livförsäkring har en del bolag svarat att de löper på som vanligt. Ett bolag svarar att de får meddelande från InfoTorg, som hämtar sina uppgifter från SPAR, för de kunder som är folkbokförda i Sverige när personnummerändring sker.

Ett bolag svarar dock att de inte behåller den befintliga försäkringen utan lägger upp en ny försäkring med ett underlag ”från Skatteverket”. Det framgick inte i detta fall om det som avsågs var underlag från folkbokföringen eller att personen själv visade upp intyg på personnummerändringen. Ett bolag svarade beträffande risk-

bedömning för personer som har ändrat juridisk könstillhörighet att de ”inte lägger vikt vid könsbytet i sig”. Däremot kan det innebära att personen har sökt vård som bland annat inneburit hormonbehandling och operationer. Som all annan vård och behandling tittar bolaget på om personen är under behandling, är återställd efter till exempel operationer och att viss tid ska ha gått sedan behandlingen avslutades. Bedömningen kan bli lite olika om det är en livförsäkring, sjukförsäkring eller en premiebefrielse man bedömer.

Vad gäller skadeförsäkring behöver försäkringstagaren kontakta bolaget och meddela nytt namn och personnummer. Inget bolag har uppgivit att försäkringstagaren behöver teckna ny försäkring, eller att det skulle förekomma någon risk för att personen skulle stå oförsäkrad under den tid som ett byte görs. Utredningen har också fått information om att det ur risksynpunkt inte görs något åt en redan befintlig skadeförsäkring, den löper alltså på trots ändrat personnummer.

På frågan om möjliga problem som kan uppkomma i samband med att teckna nya försäkringar svarar ett livförsäkringsbolag att vid en nyteckning så kommer försäkringen att riskbedömas som vanligt och handläggarna kommer att ta hänsyn till hela sjukhistoriken och riskbilden, inklusive ändringen av könstillhörighet. Beslut fattas av riskbedömarna enligt sedvanlig riskbedömningsprocess. Ett bolag svarar att det finns en del bekymmer hos dem som är rent tekniska och beror på att personen får ett nytt personnummer eftersom de har ett gemensamt kundregister med banken. Någon maskinell ändring av nytt personnummer sker inte då detta är en sekretessbelagd uppgift. Banken får en signal om att något har hänt och bankkontoret får då i uppdrag att kontakta kunden. Bankkontoret får sedan lägga upp det nya personnumret i bankens partsregister vilket bolaget använder som kundregister. Bolaget kan inte ändra i deras system utan att ändring sker i bankens kundregister. Någon automatisk ändring sker inte hos bolaget utan detta kräver att försäkringstagaren tar initiativ till ändringen. Bolaget kan inte ändra personnummer på den gamla försäkringen utan administrationen hos dem får då i stället teckna en ny försäkring på det nya personnumret och flytta över värdet. Den gamla försäkringen avslutas. Inte heller här uppfattade utredningen det som att det skulle bli frågan om en helt ny försäkring med nya villkor eller liknande.

11.6 Orsaker till problem

Utredningen har här gjort en genomgång av några av de områden som oftast nämnts för oss av personer som ändrat juridisk könstillhörighet och av organisationer som arbetar för transpersoners rättigheter.

Bilden vi fått är att problematiken är mycket omfattande och vi har här inte kunnat ge en heltäckande bild av alla de problem som kommit till vår kännedom. Det finns ett tydligt mönster med svår-tillgänglig information och brister i kontakterna med myndigheter och företag. Det finns ett stort behov av att informationen förbättras, både vad gäller informationen till dem som ändrat juridiskt kön och därmed personnummer och informationen till företag och myndigheter om vad som ska gälla.

Det är också ett problem att det inte finns ett tydligt regelverk som den enskilde kan stödja sig på när problem uppstår. Detta gäller i synnerhet vid kontakt med privata aktörer.

Utifrån den information vi har sammanställt har vi identifierat fem centrala faktorer som bidrar till att problem uppstår:

- Personnumren är könade;
- det finns brister i verksamhetens it-system;
- kopplingen mellan det gamla och det nya personnumret aviseras inte i vissa fall vilket kan bero på sekretess, att vissa aktörer lägger upp två skilda kundposter trots aviserad hänvisning, att mindre företag/aktörer inte hämtar hem aktuell information från folkbokföringen;
- det råder okunskap hos många aktörer om vilka rutiner och regelverk som finns och hur dessa ska hanteras;
- enskilda saknar kunskap om vilka rättigheter de har och i vissa fall saknas ett tydligt regelverk för enskildas rättigheter.

11.7 Diskriminering?

Livet ska vara en bra sak, men för många transpersoner är det för det mesta bara svårt. Det är alltid förhinder mellan en själv och ens liv. Jag vill att det ska vara lätt att kunna få vara sig själv (berättelse 90).

I utredningens direktiv står det att utredningen vid behov ska föreslå nödvändiga författningsändringar. Utredningen har övervägt olika alternativ vad gäller behovet av lagstiftning för att klargöra att en person som ändrat könstillhörighet inte ska kunna behandlas som en ny person i förhållande till exempelvis tidigare ingångna avtal. Personer som avser att ändra eller har ändrat juridisk könstillhörighet ska inte missgynnas på grund av ändringen, vilket ändå många uppger att de har erfarenhet av i samband med till exempel banktjänster, vilket vi redogjort för ovan. Diskrimineringslagen (2008:567) anger att om någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan behandlas, har behandlats eller skulle ha behandlats i en jämförbar situation är detta direkt diskriminering, om missgynnandet har samband med någon de i lagen angivna diskrimineringsgrunderna, det vill säga kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder (1 kap. 4 § diskrimineringslagen).

De administrativa problem som redovisas i det här kapitlet för de personer som har bytt personnummer är med största sannolikhet desamma, oavsett om personen ändrat könstillhörighet eller bytt personnummer av någon annan anledning.

Det är inte möjligt för utredningen att med säkerhet bedöma om alla de situationer som presenterats skulle kunna utgöra diskriminering enligt nuvarande bestämmelser. Något liknande ärende som det som återfinns här har såvitt vi kunnat konstatera hittills inte varit föremål för prövning i domstol.

Diskrimineringsombudsmannen (DO) har vid kontakter med utredningen framhållit att det finns rättsliga argument som talar för att det i vissa fall skulle kunna vara frågan om diskriminering, men samtidigt framhållit att eftersom frågan ännu inte prövats så finns det anledning att närma sig denna med viss försiktighet. Ett sätt att få klarhet i frågan för enskilda, uppger DO för utredningen, är därför att göra en anmälan till DO då ett problem har uppstått för att försöka få till en rättslig prövning.

12 Utfärdande av nya betygsdokument vid ändrat juridiskt kön

I föregående avsnitt redovisade utredningen administrativa problem som förekommer för personer som ändrat juridiskt kön. Detta avsnitt behandlar särskilt administrativa problem för personer som vill få ut betygshandlingar, studieintyg, examensbevis och annan dokumentation från skolor och lärosäten i sitt nya personnummer (hädanefter används betygsdokument som samlingsbegrepp). Enligt direktiven ska utredningen kartlägga vilka eventuella hinder som kan uppkomma när en person som ändrat juridiskt kön behöver använda handlingar som är utfärdade i de tidigare personuppgifterna. Vid behov ska utredningen lämna förslag på åtgärder som kan vidtas på kort respektive lång sikt för att komma tillrätta med sådana eventuella hinder samt föreslå hur kontakterna mellan parter kan förklaras.

2010 antog Europarådets ministerkommitté en rekommendation till medlemsstaterna, avseende åtgärder för att motverka diskriminering på grund av sexuell läggning eller könsidentitet.¹ I rekommendationen anges att medlemsstaterna bör vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa att en persons ändrade könstillhörighet fullt ut erkänns rättsligt på alla livets områden, särskilt genom att göra det möjligt att byta namn och juridiskt kön i officiella handlingar på ett snabbt, transparent och tillgängligt sätt. Vidare anges att medlemsstaterna när det är lämpligt bör säkerställa att även icke-statliga aktörer omfattas av motsvarande krav på erkännande och ändringar när det

¹ Europarådets ministerkommittés rekommendation CM/Rec(2010)5, den 31 mars 2010.

gäller de viktigaste dokumenten, till exempel utbildnings- och arbetsintyg.²

Rekommendationen gjordes mot bakgrund av två fall i Europadomstolen, *B mot Frankrike*³ och *Christine Goodwin mot Förenade kungariket*⁴, där det slogs fast att en vägran att tillfullo acceptera en persons ändrade könstillhörighet står i strid med Europakonventionens artikel 8 (rätt till skydd för privat- och familjeliv). Konventionsstaterna är skyldiga att rättsligt erkänna personer med ändrad juridisk könstillhörighet, vilket omfattar även dokument där det framkommer identitetsuppgifter och där dokumenten har utfärdats av icke-statliga aktörer, exempelvis utbildningscertifikat och arbetsintyg. Europadomstolen underströk vidare att det är av yttersta vikt att Europakonventionen tolkas på ett sätt som gör att de rättigheter den innehåller tillämpas effektivt i praktiken och inte bara i teorin.

Europarådet tolkade Europadomstolens avgöranden på så sätt att de ger uttryck för en positiv förpliktelse för staterna att fullt ut erkänna könstillhörigheten hos en person som genomgått könskorrigering och behandling. Det innefattar bl.a. att få tillgång till nya officiella dokument, som betyg och anställningsbevis. Processen ska också vara enkel, snabb, transparent och med respekt för den enskildes fysiska integritet och rätt till privatliv, vilket innebär att ingen tredje person ska få kännedom om ändringen om inte den enskilde vill det.⁵

En person som ändrat juridisk könstillhörighet bör därför, med hänvisning till ovanstående domar och ministerrådsrekommendation, snabbt och enkelt kunna få ut betygsdokument i sitt nya personnummer. Det bör ses som en förutsättning för att personen ska kunna leva fullt ut med sina nya personuppgifter. Detta har även konstaterats i utredningar som *Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag* (SOU 2007:16) och *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering* (SOU 2014:91). Såväl enskilda transpersoner som organisationer som företräder transpersoner har dock framfört till utredningen att så inte alltid är fallet.

² CM/Rec(2010)5, appendix IV, p. 21.

³ Europadomstolens mål B mot Frankrike (57/1990/248/319), den 24 januari 1992. att de

⁴ Europadomstolens mål Christine Goodwin mot Förenade kungariket (28957/95), den 11 juli 2002.

⁵ Council of Europe (2011), Combating Discrimination On Grounds of Sexual Orientation.

12.1 Arbetsintyg

I direktivet till utredningen har funnits utrymme att utöver betygsdokument även diskutera möjligheten att få ut även arbetsintyg och annan dokumentation från arbetsgivare i sina nya personuppgifter. I sitt remissvar till *utredningen Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering (SOU 2014:91)* föreslog Arbetsförmedlingen att de offentliga arbetsgivarna skulle åläggas att utfärda nya arbetsgivarintyg till tidigare personal som ändrat juridiskt kön. Tidsramen för nu aktuell utredning har inte lämnat utrymme för någon djupare analys i denna del, varför det inte berörs i större utsträckning i detta kapitel. Utredningen har under arbetet inte heller uppmärksamrats på att svårigheter att få ut nya arbetsgivarintyg och annan dokumentation från arbetsgivare skulle vara ett omfattande problem.

12.2 Problemformulering

När en person har ändrat juridisk könstillhörighet och har fått ett nytt personnummer, blir det gamla personnumret inaktivt. Det innebär samtidigt att dokument som är utfärdade i det gamla personnumret inte längre stämmer överens med de identitetsuppgifter personen använder och därför inte går att använda fullt ut. Det får konsekvenser på så sätt att det kan bli svårt att återropa utbildnings- och arbetsmeriter utan att närmare behöva förklara ändringen. I förlängningen innebär det att personer som ändrat juridiskt kön inte har samma villkor på arbetsmarknaden som andra personer, eftersom de kan ha svårigheter att styrka sina meriter eller kan behöva förklara och intyga orsaken. Detta är något som Arbetsförmedlingen också har påtalat i sitt remissyttrande till utredningen *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering (SOU 2014:91)*. Det har vidare nämnts i ett antal berättelser till nu aktuell utredning och i samband med de forum som har anordnats inom ramen för utredningen.

I *Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag (SOU 2007:16)* diskuterades möjligheten att få ut intyg från arbetsgivare och skolor. Utredningen konstaterade att det skulle innebära ett mycket stort ingripande för privaträttsliga subjekt att åläggas att ändra i givna intyg eller betyg. Det ifrågasattes också hur en vägran att utfärda betyg eller intyg skulle kunna sanktioneras. Däremot konstaterades att statliga och kommunala myndigheter bör utfärda sådana hand-

lingar på begäran och utan större dröjsmål, förutsatt att den enskilde kunde prestera tillräcklig bevisning som stöder att personen är den som avses i handlingen som ska ändras. Därutöver ansåg sig utredningen inte ha funnit någon tillfredsställande lösning som uppfyller tillräckliga krav på en säker hantering för att kunna lägga fram några konkreta förslag som berör problemen med fel identitet i intyg, betyg m.m.

Även i utredningen *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering (SOU 2014:91)* konstaterades att frågan om rätten att få ut olika former av intyg, exempelvis arbetsgivarintyg och betyg utfärdade i nya personuppgifter är en fråga som bör utredas och övervägas ytterligare.

12.2.1 Administrativa utmaningar

Det finns i dag inte någon specifik lagreglerad rättighet att få ut officiella handlingar i ett nytt personnummer efter att ha ändrat juridiskt kön. Inte heller finns några statliga råd eller rekommendationer som anger hur en sådan begäran ska hanteras. Det finns emellertid inte heller några tydliga formella hinder mot att utfärda nya handlingar, även om det finns vissa frågetecken kring hur utfärdandet ska gå till som ska redovisas vidare nedan.

Det innebär att den som begär nya betygsdokument efter att ha ändrat juridiskt kön i dag är beroende av att den enskilda utfärdaren eller till och med den enskilda handläggaren själv bedömer att den kan utfärda ny handling eller kan utfärda det enligt skolans eller lärosätets interna rutiner. Under utredningen har framkommit från enskilda och organisationer som företräder transpersoner att hanteringen sett olika ut mellan olika skolor och lärosäten men också mellan enskilda handläggare.

Som följd är hanteringen av ansökningar om betygsdokument i nytt personnummer i dag splittrad. Av utredningens samtal med bland annat universitet framgår att handläggare i de flesta fall gör sitt bästa för att tillgodose förfrågningar med anledning av nytt personnummer och vissa personer uppger att de har fått ut begärda handlingar med det nya personnumret direkt utan dröjsmål. Samtidigt uppger andra att de fått avslag utan möjlighet att påverka beslutet. Förutom problemet för den enskilde har utredningen även fått indi-

kationer från de handläggare som hanterar dessa begäranden att de inte vet hur de ska hanteras.

En del universitet och högskolor har löst situationen genom att med hjälp av sina jurister ta fram egna rutiner. Utredningen har varit i kontakt med Sveriges universitets- och högskoleförbund (SUHF). Det har då framgått att förbundet har diskuterat frågan om utfärdande av examensbevis i nytt personnummer under en längre tid i en egen arbetsgrupp. Förbundet har också uppgett till utredningen att de jurister som förbundet har haft kontakt med i frågan anser att frågan är komplicerad och att det är svårt att hitta en lösning som kan tillämpas generellt.

Därutöver finns problemet att den som utfärdat det ursprungliga betygsdokumentet inte alltid längre finns kvar. Frågan uppstår då vem som ska utfärda ett nytt betygsdokument och det kan då i vissa fall vara en omöjlighet att få ut ett nytt betygsdokument (se vidare avsnitt 12.2.4).

12.2.2 Statliga myndigheters hantering

Inte heller hos ansvariga myndigheter är det självklart hur dessa frågor ska hanteras. Som exempel har framkommit under utredningen att Statens skolverk på förfrågan från enskilda uppgett att det inte finns något protokoll för dessa situationer utan att den enskilde i stället skulle kontakta rektorn för sin tidigare skola (berättelse 50).

Utredningen har även samtalat med Universitetskanslersämbetet (UKÄ) som menar att frågan är problematisk, bland annat på grund av juridiska otydligheter vid utfärdandet av nya examensbevis. Som exempel på otydligheter har myndigheten nämnt vilket datum det nya dokumentet ska få och vad det i sin tur får för betydelse för utfärdandet. Detta leder till svårigheter med att ta fram allmänna råd eller riktlinjer på området.

Utredningen har vidare tillfrågat Universitets- och högskolerådet, som dock har hänvisat till Universitets- och högskolekanslersämbetet i frågor om examensbevis.

12.2.3 *Examensbevis i fokus* – Sveriges förenade HBTQ-studenters rapport

Under 2015 publicerade Sveriges förenade HBTQ-studenter (SFQ) inom ramen för projektet *Examensbevis i fokus* en rapport med samma namn. I rapporten redovisas en kartläggning av 31 lärosätens rutiner och förfaranden för hur en tidigare student ska gå tillväga för att få ut ett nytt examensbevis efter att ha fått ett nytt personnummer. Kartläggningen är baserad på två enkäter: en enkät till alumner med frågor om processen att få ut examensbevis i nytt personnummer, bemötande och tillgänglighet av information, och en enkät till lärosäten där det frågades om lokala rutiner, erfarenheter och attityder inför utfärdandet av nytt examensbevis till följd av ändrad juridisk könstillhörighet.

Enkäten till alumner visade att tre fjärdedelar av dem som svarade på enkäten hade begärt ut nytt examensbevis efter ändrad juridisk könstillhörighet. Övrig andel uppgav att de skulle komma att göra det. Av de sex personer som begärt ut ett nytt examensbevis uppgav fem att det ansågs som ”mycket viktigt” att erhålla ett nytt examensbevis i rätt personnummer. Enligt rapporten angav majoriteten av enkätdeltagarna att de visste vart de skulle vända sig för att få reda på hur de skulle gå tillväga för att begära ut nya examensbevis.

30 av 31 universitet och högskolor svarade att de beviljar nytt examensbevis till personer som ändrat juridisk könstillhörighet. Det lärosäte som uppgett att det inte gjorde det angav dock att frågan var under utredning. Lärosätena efterfrågade nationella riktlinjer eftersom de upplevde tveksamhet kring vilka rutiner som ska tillämpas. 65 procent av universiteten och lärosätena angav att de beviljar nytt examensbevis av andra anledningar, till exempel på grund av skyddad identitet eller att en person har fått fel personnummer. 10 av de 31 lärosätena uppgav att de hade praktisk erfarenhet av att utfärda nya bevis och 7 av dem har nedtecknade rutiner. Av de resterade 21 som uppgav att de inte hade praktisk erfarenhet hade 14 upprättat rutiner för att hantera den typen av ärenden. Bland de lärosäten som upprättat rutiner fanns dock tveksamheter hos vissa kring datering, arkivering och problemet med universitet som inte längre finns kvar och som därmed inte längre kan utfärda betygsdokument.

12.2.4 Tillämpning och egna rutiner hos skolor och lärosäten

Skolväsendet

I Socialstyrelsens PM *Administrativa problem för personer som bytt juridiskt kön* (2014a) hade Statens skolverk tillfrågats om möjligheten att få intyg i det nya personnumret. Statens skolverk bedömde då att rektor har möjlighet att ändra identitetsuppgifter i slutbetyg för den som ändrat juridiskt kön genom omprövning enligt 27 § förvaltningslagen (1986:223). Vidare bedömde verket att även elever som inte omfattas av 27 § förvaltningslagen bör ha samma möjligheter till omprövning som dem inom det offentliga skolväsendet. På grund av det stora antalet skolor är det svårt att få en riktig överblick över de eventuella rutiner som används i alla enskilda skolor.

Högskola och universitet

I Sveriges förenade HBTQ-studenters ovan nämnda rapport uppgav majoriteten av de svarande alumnerna att de visste hur de skulle gå tillväga för att begära ut nytt examensbevis, men också att de välkomnade mer tillgänglig information om tillvägagångssätt och kontaktuppgifter som borde finnas på hemsida och studentportal.

En sökning som nu aktuell utredning gjort på lärosätens webbplatser visar att flera högskolor och universitet lagt ut information om att ett nytt examensbevis kan utfärdas mot bakgrund av skyddade personuppgifter eller vid ändrat juridiskt kön, mot uppvisande av ett intyg från Skatteverket som bekräftar detta. Det rör sig dock inte om information som är direkt sökbar från startsidan. Informationen är oftast lagd i bilagor till vanliga frågor om examen eller liknande dokument.

Utredningen har frågat tretton universitet och högskolor om de har tagit fram rutiner för en eventuell förfrågan om ett nytt examensbevis med ändrat personnummer. Förfrågan skickades till både statliga lärosäten och enskilda utbildningsanordnare. Samtliga svarade att de hade tagit fram interna rutiner för utfärdande av nytt examensbevis. För några av de svarande hade det hittills inte inträffat att en person begärt ut nytt examensbevis på grund av ändrat juridiskt kön men det finns en rutin för hur detta ska hanteras i den händelse att ett sådant ärende kommer in. Två universitet svarade att

de i möjligaste mån tillämpar Sveriges förenade HBTQ-studenters förslag på rutiner.

Två typer av fall utmärker sig som utmaningar. Det första avser sammanslagningar av lärosäten, där en ny myndighet bildas genom sammanslagningen och de två gamla myndigheterna läggs ned. Den nya myndigheten har då inte befogenhet att fatta beslut i de gamla myndigheternas namn. Exempel på detta är Linnéuniversitetet som har svårt att hantera situationen där en student har fått ut ett examensbevis från Högskolan i Kalmar eller Växjö universitet före sammanslagningen. Det andra fallet avser när ett universitet eller högskola går upp i ett annat universitet, och därmed får en ny läroplan. Det nya universitetet som tagit över utbildningen kan då inte heller fatta beslut i den gamla myndighetens namn eftersom den inte har examensrätt för den gamla utbildningen. Ett exempel är Lärarhögskolan i Stockholm som 2008 uppgick i Stockholms universitet. I båda fallen blir konsekvensen att den enskilde inte har någon instans att vända sig till för att begära nya handlingar i sitt nya personnummer. Det finns för närvarande ingen lösning för hantering av den här typen av situationer.

12.2.5 Behovet av riktlinjer

Det är tydligt för utredningen att det finns ett behov av gemensamma rekommendationer, inte bara för de personer som ändrat juridiskt kön utan även för dem som ska utfärda nya bevis för hur de ska hantera situationen. Alla aktörer inom utbildning som utredningen kontaktat i frågan, förutom Statens Jordbruksverk, uppger att de har uppmärksammat detta internt. Sveriges förenade HBTQ-studenter framhåller i sin rapport *Examensbevis i fokus* (se nedan) att det finns institutioner på universitet och högskola där det ännu inte förekommit att en person har begärt ut ett examensbevis med nytt personnummer men där det ändå arbetats fram rutiner för detta för om eller när det kommer att ske.

Trots att det alltså finns ett pågående arbete på flera håll har flertalet personer som har fått nytt personnummer berättat för utredningen att de fortfarande har problem med att få ut betygsdokument från vissa universitet och högskolor, ofta på grund av att handläggaren saknar kunskap om hur ärendet ska hanteras. Många av de uni-

versitet och högskolor som svarat på utredningens förfrågan om handläggning av dessa ärenden, uppger att nationella direktiv skulle välkomnas. Detta för att säkerställa att hanteringen blir likvärdig över landet, men också för att klarlägga vad som egentligen är rätt hantering av frågan.

För skolväsendet är frågan angelägen i hög grad.

12.2.6 Datering av nya betygsdokument

Ytterligare ett problem som uppstår i samband med utfärdande av nya betygsdokument är hur det nya dokumentet ska dateras.

Som regel dateras betygsdokument när beslutet fattas. För att betygsdokumentet ska gälla ska det dessutom undertecknas av rektor eller annan utsedd person. Det råder delade meningar om och rutiner för vilket datum ett nyutfärdat bevis ska få. De utbildningsanordnare som utredningen kontaktat har hanterat frågan olika. De flesta daterar det nya beviset med samma datum som när det först utfärdades medan en del menar att det blir en ny handling och ett nytt beslut som därmed behöver få ett nytt datum.

Båda tillvägagångssätten innebär utmaningar. När ett nytt betygsdokument begärs ut kan det ha skett ändringar i kursplaner och därmed också i de kriterier som måste uppfyllas för att få erhålla en examen. Det betyder att det nyutfärdade betygsdokumentet i princip skulle kunna anses som ogiltigt om en arbetsgivare eller någon annan vill verifiera det, om ett nytt senare datum används. Det kan också ses som underligt om någon uppger sig ha tagit examen vid en viss tidpunkt, men betygsdokumentet anger ett helt annat datum. Om det tidigare datumet används, skulle det samtidigt kunna påpekas att den nya identiteten inte fanns i realiteten när det gamla betygsdokumentet utfärdades, och det är tveksamt om det går att skriva ut ett betygsdokument i en identitet som inte existerade vid det tillfället när examen erhöles.

Enligt Statens skolverks föreskrifter är det rektor som undertecknar terminsbetyg, examensbevis och gymnasiesärskolebevis inom de olika skolformerna.

Undertecknande av examensbeviset regleras inte lagtext. Det är dock brukligt att examensbeviset undertecknas, bland annat för att styrka dess äkthet. Varje examensbevis ska också följas av en exa-

mensbilaga som beskriver utbildningen och dess plats i utbildningssystemet (6 kap. 10 § högskoleförordningen). Bilagan ska underlätta erkännande och tillgodoräknande av en svensk examen vid anställning och fortsatta studier utomlands och i Sverige. I Universitets- och högskolerådets föreskrifter (UHRFS 2012:172) bilaga 1 p. 7 anges att bilagan ska bestyrkas genom bland annat underskrift, men det specificeras inte vem undertecknaren bör vara.

I samtal som utredningen har haft med Sveriges Universitets- och högskoleförbund har följande framkommit. Om den handläggare eller beslutsfattare som skrev under det först utfärdade examensbeviset inte längre arbetar kvar behövs en ny underskrift av den nya beslutsfattaren. Om handläggaren som skriver under det nya beviset inte arbetade när det står att beviset utfärdats kan beviset fastna i eventuella verifieringar när potentiella arbetsgivare och utländska lärosäten hör av sig för att verifiera examen. När universitet och högskolor ska bedöma utländska meriter används bland annat särskilda förteckningar över personer som har vidimerat betygsdokument inom en viss tidsram. Om namnet på personen som skrivit under beviset inte finns med i förteckningen kan det väcka frågor om innehållets riktighet.

12.2.7 Kopia eller original?

Ytterligare en fråga som uppstår i samband med detta är vilken status den gamla respektive den nya handlingen ska ha. Normalt sett hanteras en förkommen eller förstörd handling på så sätt att en kopia utfärdas, något nytt original utfärdas inte. För personer som har fått nytt personnummer verkar de flesta universitet däremot utfärda ett nytt original.⁶ Vad som händer med det gamla intyget eller vad det får för status är oklart. Frågan är därmed om detta är den korrekta hanteringen.

⁶ Se t.ex. information på Lunds universitets hemsida, www.lu.se/studera/examen-och-karriar/ansok-om-examen/fragor-och-svar, 2017-11-02. Motsvarande information finns att hämta på flera andra universitet och högskolors hemsidor, t.ex. Chalmers tekniska högskola, Umeå universitet eller Mittuniversitetet.

12.3 Rättsliga förutsättningar för att utfärda nya betygsdokument

Rättsutredningen nedan belyser den lagstiftning som finns på området när det gäller olika skolformer och utfärdande av betygsdokument. Likaså belyses den möjlighet till rättelse och omprövning av myndighetsbeslut som finns på skolans och högskolans område där bestämmelser motsvarande den reglering som finns i förvaltningslagen finns.

På grund av tidsbrist har dock utredningen inte fullt ut kunnat analysera hur möjligheten till rättelse och omprövning ser ut på samtliga områden där betygsdokument förekommer.

Utredningen kan konstatera att möjligheten till rättelse och omprövning bör analyseras ytterligare med hänsyn till möjligheten att ta del av betygsdokument nytt personnummer efter ändrat juridiskt kön.

Likaså var gränsen går mellan omprövning av ett beslut (om betygssättning) och den situationen att en utbildningsanordnare riskerar att göra sig skyldig till ett eventuellt brottsbalksbrott såsom till exempel urkundsförfalskning.

12.3.1 Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna

Sverige är sedan länge part till Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Konventionen innehåller ett flertal rättigheter och Sverige har ett ansvar för att säkerställa att dessa rättigheter garanteras.

Enligt konventionen är Sverige vidare skyldigt att tillhandahålla nationella effektiva rättsmedel för att enskilda ska kunna få sina påståenden om konventionsöverträdelse prövade. För det fallet att en överträdelse har skett ska den enskilde också kunna få gottgörelse. Om det saknas andra möjligheter för att komma till rätta med en konventionsöverträdelse, kan ett rättsmedel vara att föra talan om skadestånd mot staten eller en kommun för att därigenom få överträdelsen prövad. En sådan möjlighet har under senare år utvecklats i svensk domstolspraxis. För att tydliggöra rättsläget, och därigenom stärka rättighetsskyddet i Sverige föreslår regeringen en ny lagbestämmelse om rätten till skadestånd vid överträdelse av

konventionen (prop. 2017/18:7). I propositionen föreslår regeringen att det i skadeståndslagen införs en möjlighet till skadestånd vid överträdelser av konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

I propositionen föreslås även en rättelse och en utvidgning av rätten till ersättning för den som utan egen förskyllan drabbas av personskada eller sakskada på grund av att vissa statliga befattningshavare har utövat ett i och för sig lagenligt våld. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 april 2018.

Av konventionen följer att eventuella överträdelser av konventionen i största möjliga utsträckning ska korrigeras på det nationella planet. Ansvar för att rättigheterna i konventionen respekteras ligger primärt på de enskilda konventionsstaterna. Det är dessa som enligt artikel 1 i konventionen ska garantera att enskilda kommer i åtnjutande av de fri- och rättigheter som omfattas av konventionen. Konventionsstaterna har alltså en skyldighet att se till att enskilda har möjlighet att få en konventionsöverträdelse prövad nationellt, och först när dessa möjligheter har uttömts kan den enskilde vända sig till Europadomstolen. Det innebär dessutom att en konventionsstat ges en möjlighet att ta ställning till påståenden om överträdelser av de mänskliga rättigheterna, och där så behövs, åtgärda konstaterade överträdelser, innan staten ställs till svars inför en internationell domstol. Samtidigt ges enskilda en möjlighet att få konventionsöverträdelser prövade och gottgjorda snabbare på nationell nivå. Därmed minskar behovet av att vända sig till Europadomstolen.

Också mot den här bakgrunden är det angeläget att Sverige lever upp till de krav som följer av de ovan redovisade domarna från Europadomstolen *B mot Frankrike*⁷ och *Christine Goodwin mot Förenade kungariket*⁸, dvs. att en person som ändrat juridisk köns-tillhörighet snabbt och enkelt bör kunna få ut betygsdokument i sitt nya personnummer.

⁷ Europadomstolens mål B mot Frankrike (57/1990/248/319), den 24 januari 1992.

⁸ Europadomstolens mål Christine Goodwin mot Förenade kungariket (28957/95), den 11 juli 2002.

12.3.2 Att utfärda betygsdokument

Skolväsendet

Skolväsendet omfattar skolformerna grundskolan, grundsärskolan, specialskolan, sameskolan, gymnasieskolan, gymnasiesärskolan, kommunal vuxenutbildning och särskild utbildning för vuxna. Den huvudsakliga lagstiftningen är skollagen (2010:800) med tillhörande förordningar. Med det offentliga skolväsendet avses de skolformer och kompletterande fritidshem som har stat, kommun eller landsting som huvudman för verksamheten. Kommuner är huvudmän för förskola, förskoleklass, grundskola, grundsärskola, gymnasieskola, gymnasiesärskola, kommunal vuxenutbildning, särskild utbildning för vuxna och fritidshem (2 kap. 2 § skollagen). Staten är huvudman för specialskola och sameskola samt för förskoleklass och fritidshem vid en skolenhet med specialskola eller sameskola (4 §). Även landsting kan vara huvudman för gymnasieskola, gymnasiesärskola, kommunal vuxenutbildning och särskild utbildning för vuxna (3 §). Enskilda bolag, stiftelser, föreningar och enskilda individer får efter ansökan godkännas som huvudmän för förskola, förskoleklass, grundskola, grundsärskola, gymnasieskola, gymnasiesärskola och fritidshem (5 §).

Enligt skollagen (2010:800), SkoL ska betyg sättas i samtliga skolformer, i den utsträckning och form som följer av denna lag eller annan författning (3 kap. 13 § SkoL). Rektorn ansvarar för att betyg sätts i enlighet med skollagen och andra författningar (3 kap. 14 § SkoL). Betyg beslutas av den eller de lärare som bedriver undervisningen vid den tidpunkt när betyg ska sättas (3 kap. 16 § SkoL) och betyg ska utfärdas skriftligt (3 kap. 17 § SkoL). Den som har fattat beslutet kan ändra det om det är uppenbart oriktigt på grund av nya omständigheter eller av någon annan anledning, förutsatt att det kan ske snabbt och enkelt och att betyget inte sänks. I vissa fall ska ändringen göras av rektor (3 kap. 20 § SkoL). Efter slutförd gymnasieutbildning som uppfyller vissa krav utfärdas en gymnasieexamen (16 kap. 26–28 §§ SkoL) eller gymnasiesärskolebevis för den som genomgått gymnasiesärskola (19 kap. 27 § SkoL).

Det finns även andra typer av intyg enligt skollagen, som intyg om genomgången kommunal vuxenutbildning (20 kap. 44 § SkoL) eller gymnasiesärskola (21 kap. 18 och 23 §§ SkoL). Dessa intyg utfärdas som regel av rektor (20 kap. 45 §, 21 kap. 24 §).

Det framgår av förarbetena till skollagen(prop. 2009/10:165) att närmare bestämmelser om skriftlig dokumentation av betyg finns i förordning och i myndighetsföreskrifter. Beslut om betyg dokumenteras skriftligt genom att en betygs katalog förs och genom att betyg utfärdas i form av till exempel slutbetyg.

Fristående skolor

Av skollagen följer att huvudmannen för en fristående skola där betyg sätts ska lämna över elevernas slutbetyg eller de betygsdokument som eleven får efter fullföljd gymnasieutbildning till den kommun där skolan är belägen (29 kap. 18 §). De överlämnade betygsdokumenten blir där allmänna handlingar. Därigenom ges elever i fristående skolor en möjlighet att i efterhand kunna begära ut uppgifter om genomförd skolgång om ett originalbetygsdokument (slutbetyg, examensbevis eller studiebevis) går förlorat (prop. 2009/10:165). Även allmänheten kan begära ut betygen.

Universitet och högskola

Av 1 kap. 10 a § högskolelagen (1992:1434) framgår att examina ska avläggas på grundnivå, avancerad nivå eller forskarnivå. Regeringen meddelar föreskrifter om vilka examina som får avläggas och på vilken nivå de ska avläggas.

Ytterligare reglering kring examina framgår av 6 kap. högskoleförordningen (1993:100). Av 6 kap. 18 § framgår följande. Betyg ska sättas på en genomgången kurs om inte högskolan föreskriver något annat. Högskolan får föreskriva vilket betygssystem som ska användas. Betyget ska beslutas av en av högskolan särskilt utsedd lärare (examinator).

Av 6 kap. 20 § högskoleförordningen framgår bland annat att en student som har fått en kurs godkänd ska på begäran få kursbevis av högskolan.

Enligt 6 kap. 23 § högskoleförordningen ska ett beslut enligt 26 § förvaltningslagen (1986:223) om rättelse av skrivfel, räknepel eller liknande förbiseende i fråga om ett betyg ska fattas av en examinator.

Finner en examinator att ett beslut om betyg är uppenbart oriktigt på grund av nya omständigheter eller av någon annan anledning,

ska han eller hon ändra beslutet, om det kan ske snabbt och enkelt och om det inte innebär att betyget sänks (6 kap. 24 § högskoleförordningen)

Det framgår av 6 kap. 32 § att prov som ingår i utbildning på forskarnivå ska bedömas enligt det betygssystem som högskolan föreskriver. Betyget ska bestämmas av en av högskolan särskilt utsedd lärare (examinator).

Folkhögskola

Folkhögskolor regleras särskilt genom förordningen (2015:218) om statsbidrag till folkbildningen samt Folkbildningsrådets riktlinjer. Huvudmän för folkhögskolorna är föreningar eller stiftelser men i vissa fall även landsting eller regioner (Folkbildningsrådet 2017). Folkbildningsrådet antar dokument som anvisar folkhögskolornas studieomdömen och intyg (4 § förordningen om statsbidrag till folkbildningen). Folkhögskolornas regelverk och tillämpning analyseras inte närmare i den här utredningen.

Yrkeshögskolan

Av 14 § lagen (2009:128) om yrkeshögskolan framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om vilka examina som får avläggas inom yrkeshögskolan. Utbildningsanordnaren får utfärda utbildningsbevis och examensbevis. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om utbildningsbevis och examensbevis.

Av 2 kap. 10 § förordningen (2009:130) om yrkeshögskolan framgår att betyg ska sättas på en genomförd kurs. Som betyg ska något av uttrycken Icke godkänt, Godkänt och Väl godkänt användas (2 kap. 11 §).

Enligt 2 kap. 13 § får en utbildning under vissa förutsättningar avslutas med en yrkeshögskoleexamen och enligt 2 kap. 14 § får en utbildning under däri angivna förutsättningar avslutas med en kvalificerad yrkeshögskoleexamen.

Av 2 kap. 14 a § framgår bland annat att myndigheten för yrkeshögskolan får meddela ytterligare föreskrifter om vilka kunskaper, färdigheter och kompetenser som ska ha uppnåtts vid utbildningens slut för att utbildningen ska få avslutas med en yrkeshögskoleexamen enligt 13 § eller en kvalificerad yrkeshögskoleexamen enligt 14 §.

En studerande som uppfyller kraven för en examen ska på begäran få ett examensbevis av den ansvariga utbildningsanordnaren (2 kap. 15 §). I beviset ska utbildningens inriktning anges. Till examensbeviset ska en beskrivning av utbildningens innehåll och mål bifogas.

En studerande ska på begäran få ett utbildningsbevis av den ansvariga utbildningsanordnaren, om den studerande inte har fullgjort vad som krävs för en examen, eller inte begär att få ett examensbevis enligt 15 §. I beviset ska utbildningens innehåll och de mål som den studerande har uppnått anges (2 kap. 16 §).

Myndigheten för yrkeshögskolan får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för att säkerställa likvärdighet när det gäller betyg, examensarbete samt examens- och utbildningsbevis. Myndigheten får även meddela föreskrifter om att den ansvariga utbildningsanordnaren ska lämna uppgifter till myndigheten om de studerande och deras studieresultat, betyg och examina. Myndigheten får meddela föreskrifter om på vilket sätt och när uppgifterna ska lämnas (2 kap. 17 §).

Av 1 § förordningen (2011:1162) med instruktion för Myndigheten för yrkeshögskolan följer att Myndigheten för yrkeshögskolan är förvaltningsmyndighet för yrkeshögskolan. Myndigheten ska verka för att behoven av eftergymnasial yrkesutbildning, som inte är utbildning enligt högskolelagen eller kan leda fram till en examen enligt lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina, tillgodoses.

Yrkeslegitimation

Den som har avlagt högskoleexamen och i vissa fall fullgjort praktisk tjänstgöring för vissa områden inom bland andra hälso- och sjukvården, djurens hälso- och sjukvård eller lärar- och förskolläraryrken kan ansöka om en yrkeslegitimation. Endast den som har legitimation för yrkesutövandet får kalla sig legitimerad. Det innebär att det är olagligt att praktisera inom vissa yrken inom hälso- och sjukvård

utan att ha en legitimation som är giltig i Sverige. Huvudmän för skolan ska i första hand välja en legitimerad lärare för anställning. Som regel är det också endast legitimerade lärare som kan anställas utan tidsbegränsning enligt 2 kap. 20 § skollagen.

Hälso- och sjukvård

Inom svensk hälso- och sjukvård finns i nuläget 21 reglerade yrkestitlar som Socialstyrelsen utfärdar legitimation eller kompetensbevis för enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). Legitimationsbeviset är en originalhandling som utfärdas en gång. En person som ändrat juridiskt kön kan begära ut ett nytt bevis i sitt nya personnummer hos Socialstyrelsen.⁹ Socialstyrelsen stämmer av det nya personnumret mot folkbokföringen och utfärdar därefter ett nytt legitimationsbevis. Det nya dokumentet är daterat med två datum. Den ena datumen avser den dag när legitimationen började gälla, och det andra för den dag när det nya beviset utfärdades. Det har att göra med att den person som skrev under den första legitimationen kanske inte arbetar kvar på avdelningen. Från den 1 juni 2017 är legitimationsbevisen inte längre att underskrivna eftersom de i de allra flesta fall kommer att skickas ut genom Socialstyrelsens nya e-tjänst, och från och med den 1 januari 2018 planerar Socialstyrelsen att inte längre utfärda några fysiska legitimationsbevis. De kommer i stället ersättas med digitala beslut i pdf-format.

Djurens hälso- och sjukvård

Det finns för närvarande fem reglerade yrkestitlar för djurhälsoperpersonal som utfärdas av Statens Jordbruksverket enligt lagen (2009:302) om verksamhet inom djurens hälso- och sjukvård. Jordbruksverket har inte några särskilda föreskrifter eller någon praxis för begäran om ny legitimation till följd av ändrat juridiskt kön. Det går heller inte få ut en ny legitimation om ett redan utfärdat original skulle förkomma av någon anledning. Det går dock att få ut ett stämplat intyg som

⁹ Begäran gäller för den som fått ett nytt personnummer. Regeln gäller inte för de personer som endast ändrar namn. För de fall det sker en namnändring i samband med personnummerbytet kan uppgifter om det uppdateras i yrkeslegitimationen.

styrker legitimationen. Intyget utfärdas med aktuellt namn och personnummer från Jordbruksverkets register.

Läro- och förskollärolegitimation

Statens skolverk utfärdar och handlägger lärolegitimationer enligt förordningen (2011:326) om behörighet och legitimation för lärare och förskollärare. Enligt samtal som utredningen fört med Statens skolverk framkommer att verket har arbetat fram rutiner för situationen att någon med en befintlig legitimation har fått ändrat juridiskt kön och nytt personnummer. Legitimationshandlingen är digital i form av en pdf-fil. En begäran om lärolegitimation med nya personuppgifter behöver läggas upp som ett nytt ärende och den nya legitimationen får därför ett nytt datum.

Statens skolverk och Skolinspektionen

Staten har ett övergripande ansvar för utbildning med stöd av ett antal myndigheter som har ansvar för skolan; främst Statens skolverk som ska bidra till måluppfyllelse inom utbildningsområdet, och Skolinspektionen som ansvarar för kvalitetsgranskning och utövar tillsyn.

Statens skolverk utfärdar legitimationer för lärare och förskollärare (2 kap. 16 § skollagen, se ovan).

Beslut om betyg, slutbetyg och examensbevis

Av ordalydelsen i skollagen och skolförordningen (2011:185, SkolF) framgår att själva betyget är ett beslut (3 kap. 16 § SkolL, 6 kap. 2 § SkolF). Beslut om betyg ska dokumenteras i en betygskatalog (6 kap. 10 § SkolF). Terminsbetyg utfärdas vid slutet av varje termin (6 kap. 11 § SkolF), utom sista terminen i gymnasiet då slutbetyg utfärdas (6 kap. 14 § SkolF). Terminsbetyget eller slutbetyget ska innehålla bl.a. uppgifter om de senaste besluten om elevens betyg (6 kap. 12 och 15 §§ SkolF) och det är rektorn som ska utfärda slutbetyget utan möjlighet till delegation (6 kap. 16 § SkolF). I vissa fall ska rektor i stället utfärda avgångsintyg (6 kap. 17 § SkolF).

I högskoleförordningen stadgas att betyg ska sättas på genomgången kurs om inte högskolan föreskriver annat. Beslutet fattas av särskilt utsedd examinator (6 kap. 18 § högskoleförordningen). En student som uppfyller kraven för en examen ska på begäran få examensbevis av högskolan (6 kap. 9 § högskoleförordningen). Enligt 6 kap. 10 § ska det i examensbeviset bland annat anges vilka kurser som ingår i examen.

Utifrån detta är det utredningens uppfattning att betygsdokument som sådana är att anse som samlingsdokument av tidigare fattade betygsbeslut. Samtidigt är även utfärdandet av slutbetyg och examensbevis beslut i sig och utgör myndighetsutövning mot den enskilde, även om utfärdandet baseras på en bedömning av de redan fattade betygsbesluten och om de kurserna som är betygssatta tillsammans utgör grund för examen.

12.3.3 Originalhandling

I brottsbalken definieras urkund som en handling som upprättats till bevis eller annars är av betydelse som bevis och som har en utställarangivelse och originalkaraktär. Även elektronisk handling kan vara urkund om utställarangivelsen kan kontrolleras på ett tillfredsställande sätt (14 kap. 1 § 2 st 1 och 2 brottsbalken). I första stycket samma paragraf anges också vad som innebär urkundsförfalskning: att obehörigen skriva eller på annat sätt ange annan persons namn, framställa falsk urkund, eller ändra eller fylla ut en äkta urkund. Det krävs också att det ska finnas fara i bevishänseende. Av detta kan dras slutsatsen att en urkund inte får ändras eller fyllas ut för att behålla sin karaktär som original.

Begreppet handling i brottsbalkens definition av urkund har en rad underförstådda egenskaper (dolda rekvisit), vilket tydligast framträder vid jämförelse mellan traditionell urkund och ett digitalt dokument. En skrift som är helt anonym kan inte anses som en urkund, utan handlingen måste ha en utställare för att det ska föreligga straffskydd. Handlingen behöver ha tydliga markörer för att kunna utföra en äkthetsprövning. Det enklaste äkthetsstecknet är en underskrift, som ska övertyga läsaren om att innehållet i en handling inte kommer från någon annan (Riksarkivet, 2000).

Går det att utfärda nya original?

Det saknas särskild lagstiftning som reglerar möjligheten eller rätten att få ny originalhandling när det gäller betygsdokument. I stället har enskilda myndigheter löst det genom egen praxis och rutiner.

Som exempel har Socialstyrelsen i sin kartläggning (Socialstyrelsen 2014a) beskrivit hur myndigheten hanterar begäranden om nya handlingar på grund av förkommen handling respektive ändrad könstillhörighet. Om ett bevis har förkommit utfärdas inget nytt, i stället utfärdas ett intyg om giltig behörighet som innehåller samma information som legitimationsbeviset. Om det i stället är fråga om en person som har ändrat juridiskt kön utfärdas däremot ett nytt behörighetsbevis i original.

En fråga som kvarstår är vad som händer med det gamla originalet. I 3 kap. 19 § skollagen regleras specifikt att vid en rättelse på grund av uppenbar oriktighet till följd av ett skrivfel eller liknande förbi-seende så ska nytt skriftligt betyg utfärdas och det oriktiga betygsdokumentet om möjligt förstöras. Detta är dock endast reglerat i fråga om just rättelse, och inte vid ändring efter omprövning. Någon motsvarande bestämmelse finns inte i högskoleförordningen.

En del lagstiftningar har regler om makulering (se t.ex. 4 kap. 6 och 8 §§ lagen (1998:1479) om värdepapperscentraler och kontoföring av finansiella dokument). I dessa fall är det i regel fråga om att rent fysiskt förstöra den gamla handlingen eftersom handlingen som sådan bär rättigheter eller skyldigheter. Ett utbildningsbevis eller motsvarande handling kan inte sägas ha samma funktion som t.ex. ett skuldebrev, men det får anses rimligt att en handling som inte längre är giltig bör förstöras.

I vissa fall kan originalhandlingar dödas enligt lagen (2011:900) om dödande av förkommen handling. Dödandet av originalhandlingen får i detta fall effekten att inskrivningsmyndigheten på ansökan ska utfärda en ny originalhandling av samma typ utan att den ursprungliga handlingen behöver visas upp. Den gamla handlingen ska då sakna verkan och den nya originalhandlingen tar över dess funktion. Denna lag avser emellertid i första hand handlingar som har ekonomisk betydelse, som förkomna aktiebrev eller växlar. Sett till ordalydelsen i lagen kan den knappast komma att vara aktuell vad gäller utbildningsbevis av olika slag. Däremot kan den tjäna som ett

bevis för att det de facto är möjligt att utfärda nya originalhandlingar, förutsatt att de ursprungliga handlingarna dödas.

Utredningens bedömning utifrån det anförda är att det går att utfärda en ny originalhandling, men att det i så fall bör framgå att handlingen ersätter tidigare utfärdat original. Samtidigt bör den ursprungliga handlingen förstöras eller makuleras.

12.3.4 Datering

I samband med att en ny originalhandling utfärdas uppstår frågan vilket datum som handlingen ska ange. Den ursprungliga examen har utfärdats ett visst datum och har betydelse för när en person anses ha tagit examen. Som tidigare nämnt så riskerar en utfärdad handling med ett datum som inte stämmer med tidpunkten som personen angett för sin examen att väcka frågor som motarbetar själva syftet med att utfärda nya handlingar. Samtidigt skulle en ny handling med det ursprungliga datumet kunna komma att orsaka problem med spårbarhet i samband med äkthetskontroll eftersom den som undertecknar den nya handlingen inte nödvändigtvis fanns med på de listor över behörig personal som i vissa fall används för att kontrollera betygsdokument internationellt.

Såvitt utredningen kan utröna finns ingen lagreglering gällande datering av beslut, inte heller har någon direkt ledning kunnat hittas avseende när en ny originalhandling bör dateras.

För att undvika ovanstående problem bör den nya originalhandlingens dateras vid utfärdandedatumet, men det ursprungliga utfärdandedatumet framgå. Möjligen bör även en lösning användas där utfärdaren anger vem som har utfärdat det ursprungliga dokumentet, så att dokumentet fortsatt är spårbart.

12.3.5 Möjligheter att få ett beslut ändrat

Rättelse och omprövning

Av 26 § förvaltningslagen följer att ett beslut som innehåller en uppenbar oriktighet till följd av myndighetens eller någon annans skrivfel, räknefel eller annat förbiseende får rättas av myndigheten som har meddelat beslutet. I propositionen till 1971 års förvalt-

ningslag (prop. 1971:30), där paragrafen ursprungligen infördes, anges att det ska vara fråga om rena förbiseenden. Satt i relation till situationen att någon har ändrat juridiskt kön och fått nytt personnummer kan rättelse enligt 26 § förvaltningslagen knappast komma i fråga, eftersom det inte är fråga om ett sådant skrivfel – det vore att gå väl långt att anse en myndighets beslut att tilldela någon ett personnummer i ett visst kön är ett sådant förbiseende som avses här. Det är därför utredningens uppfattning att 26 § förvaltningslagen inte är en gångbar möjlighet för att hävda sin rätt att få nya betygsdokument utfärdade.

Ett annat sätt att få ett myndighetsbeslut ändrat, är genom omprövning enligt 27 § förvaltningslagen. Beslutet kan ändras om det är *uppenbart oriktigt på grund av nya omständigheter eller någon annan anledning*, det ska kunna ske *snabbt och enkelt och utan att det blir till nackdel för någon enskild*. Rekvisitet *uppenbart oriktigt* täcker den situationen att något var korrekt när beslutet fattades, men att omständigheter senare har inträffat som gör att det är felaktigt eller olämpligt (prop. 1985/86:80). Det kan argumenteras kring att ett betygsdokument för en person som fått nytt personnummer på grund av ändrat juridiskt kön är uppenbart oriktigt, eftersom den tidigare identiteten i juridisk mening inte längre existerar.

Förvaltningslagen är tillämplig på förvaltningsmyndigheters handläggning av ärenden och domstolars handläggning av förvaltningsärenden. Skolor inom det offentliga skolväsendet, t.ex. skolor med kommun, landsting eller staten som huvudman, ses som förvaltningsmyndigheter när det gäller myndighetsutövning mot enskilda.¹⁰ Även universitet och högskolor är egna förvaltningsmyndigheter. Förvaltningslagen är subsidiär och om speciallag stadgar något som står i strid med förvaltningslagen så gäller speciallagen (3 § förvaltningslagen). Det innebär att 27 § förvaltningslagen gäller för det offentliga skolväsendet liksom för universitet och högskolor när det gäller myndighetsutövning mot någon enskild, förutsatt att inte annan lag stadgar något annat.

I skollagen har införts två paragrafer om att vissa bestämmelser i förvaltningslagen är tillämpliga i ärenden som avser myndighetsutövning mot någon enskild (29 kap. 10 och 11 § SkoLL). Det omfattar

¹⁰ Jfr att förvaltningslagen däremot inte gäller för enskilda huvudmän inom skolväsendet, prop. 2009/10:165 s. 598.

bl.a. 26 § förvaltningslagen om rättelse, men inte 27 § om omprövning. Det är således inte självklart att 27 § förvaltningslagen kan tillämpas i skolornas verksamhet.

Även högskoleförordningen har egna stadganden om rättelse och omprövning (6 kap. 23 och 24 §§ högskoleförordningen), men detta avser endast beslut om betyg. Någon annan bestämmelse om rättelse eller omprövning av beslut finns inte i högskoleförordningen, varför 26 och 27 §§ förvaltningslagen bör vara tillämpliga för universitet och högskolor.

Ny förvaltningslag 2018

Den 1 juli 2018 träder en ny förvaltningslag i kraft, förvaltningslagen (2017:900), NFL. I och med det ändras omprövningsinstitutet till att en myndighet i stället under vissa förutsättningar får *rätta* eller *ändra* ett beslut (36–38 §§ NFL). En rättelse får göras när ett beslut innehåller en uppenbar felaktighet p.g.a. skrivfel, räknefel eller annat liknande skrivfel. Ändring av ett beslut motsvarar nuvarande 27 § om omprövning, men har delats i två paragrafer där 37 § nya förvaltningslagen anger att myndigheten *får* ändra ett beslut som är *felaktigt* på grund av nya omständigheter eller av någon annan anledning, medan 38 § nya förvaltningslagen stadgar att myndigheten *ska* ändra ett beslut om det är *uppenbart felaktigt* i något *väsentligt hänseende* på grund av nya omständigheter eller av någon annan anledning.

I förarbetena (prop. 2016/17:180) anfördes att den nuvarande regleringen om rättelse i 26 § förvaltningslagen verkar ha fyllt sitt ändamål väl. Det konstateras att myndigheten regelmässigt bör utnyttja befogenheten att rätta ett fel när detta kan förutses ha någon praktisk betydelse för parten. Samtidigt förutsätter den nuvarande bestämmelsen i princip att rättelsen inte innebär någon saklig ändring av det tidigare beslutet, utan det är fråga om rent formella rättelser.

Vad gäller befogenheten att ändra tidigare beslut, nuvarande omprövning i 27 § förvaltningslagen, anser regeringen att det i den nya lagen inte bör ställas några särskilda krav avseende anledningen till att ett beslut ändras. Det kan t.ex. vara så att myndigheten i ett enskilt fall uppmärksammat både sakliga eller processuella fel i det ursprungliga beslutet. Det kan också vara fråga om att det tillkommit

nya omständigheter som gör att frågan bör bedömas på annat sätt än tidigare.

I lagstiftningsarbetet till den nuvarande skollagen (prop. 2009/10:165) kommenterade lagrådet avseende förslaget till 3 kap. 18 § skollagen bland annat att det i sista meningen i paragrafen föreskrivs att ett nytt skriftligt betyg ska utfärdas efter rättelsen och att det oriktiga betygsdokumentet om möjligt ska förstöras. Detta samtidigt som bestämmelsen saknar motsvarighet vid ändring av uppenbart oriktigt betyg enligt 3 kap. 20 § skollagen. Om skillnaden mellan bestämmelserna var avsiktlig eller inte förklaras inte i författningskommentaren.

Möjligheten till ändring av beslut

När det gäller omprövning för att få nya betygsdokument utfärdade krävs en analys av vad det är som egentligen är föremål för omprövning.

Normalt sett innebär en ändring enligt 27 § förvaltningslagen att själva beslutet ändras, dvs. en ändring i sak av det materiella beslutet. På samma sätt anses omprövning enligt 3 kap. 30 § skollagen respektive 6 kap. 24 § högskoleförordningen tillämpligt när det gäller felaktigheter i innehållet i ett betyg, det vill säga bedömningen utifrån de kriterier som ska uppfyllas enligt läroplan eller liknande. Det kan i det här fallet hävdas att en ändring av namn och personnummer inte rör själva beslutet, dvs. bedömningen av om någon uppnår kriterierna. Därför kan det ifrågasättas vad som i detta fall kan anses som ”uppenbart oriktigt”, vilket är en förutsättning för omprövning. Om beslutet utgår från innehållet i sak kan det inte anses vara uppenbart felaktigt när någon fått ett nytt personnummer eftersom ändringen endast består av personuppgifter, det vill säga formalia för beslutet snarare än bedömningen. Skrivfel avseende adressat, beslutsdatum eller liknande ändras i stället normalt i förvaltningsbeslut genom rättelse enligt 26 § förvaltningslagen, medan betyg kan rättas enligt 3 kap. 19 § skollagen respektive 6 kap. 23 § högskoleförordningen.

Statens skolverk har bl.a. i sitt svar till Socialstyrelsens kartläggning (Socialstyrelsen 2014a) bedömt att 27 § förvaltningslagen ger rektorer för de skolor som omfattas av förvaltningslagens bestäm-

melser möjligheten att ändra identitetsuppgifter i slutbetyg efter att någon har ändrat juridiskt kön.

Utredningen har ställt en fråga till Statens skolverk om myndigheten anser att 3 kap. 20 § skollagen ska anses tillämplig även på slutbetyg och examensbevis. Verket har i sitt svar konstaterat att svaret till Socialstyrelsens kartläggning baserade sig på en PM från 2008, det vill säga innan 3 kap. 20 § skollagen infördes. Verket har bedömt att paragrafen är tillämplig på ändring av betyg även i slutbetyg och examensbevis. Däremot uttalade sig verket inte om möjligheten att utfärda intyg med nya personuppgifter baserat på samma bestämmelse. Någon ytterligare ledning kan således inte hämtas från Statens skolverks svar, eftersom det här inte är ändring av betygsbesluten som sådana som nu är i fråga.¹¹

Det är 27 § förvaltningslagen som har föreslagits som lösning till exempel i Sveriges förenade HBTQ-studenters handbok (2015). Organisationen anser det finnas stöd för att ett utfärdande av ett nytt examensbevis borde hanteras som en ändring av originalbeviset, snarare än som utfärdande av en ny handling.

Kommunala och landstingskommunala skolor liksom universitet och högskolor är alltså förvaltningsmyndigheter. De omfattas därför, enligt utredningens uppfattning, av förvaltningslagen i sin helhet om inget annat stadgas i speciallag. Eftersom de särskilda bestämmelser om omprövning som finns i skollagen respektive högskoleförordningen endast specifikt avser omprövning av betyg, är det utredningens bedömning att 27 § bör anses tillämpligt när det gäller kommunala och landstingskommunala skolors samt universitets och högskolors andra förvaltningsbeslut än betyg, däribland beslut om examen eller utfärdande av betygsdokument eftersom dessa inte är att likställa med beslut om betyg.

Vad gäller skolor som inte är förvaltningsmyndigheter, dvs. sådana som har enskild huvudman, är det inte lika tydligt. Formellt sett gäller 27 § förvaltningslagen inte för dessa skolor, men Statens skolverk har å sin sida bedömt att även elever i dessa skolor bör ha samma rätt att begära omprövning enligt 27 § förvaltningslagen som elever i det offentliga skolväsendet (Socialstyrelsen 2014a).

Det finns dock utrymme för tolkning enligt 27 § förvaltningslagen. Det gör att det blir upp till den enskilda myndigheten att tolka

¹¹ E-postmeddelande till utredningen 2017-10-26, Komm2017/01547.

bestämmelsen och om den kan anses tillämplig i det enskilda fallet. Detta för att det saknas praxis i frågan som kan ge vägledning för tillämpningen. Det kan därför vara svårt att gentemot en enskild skola, universitet eller högskola hävda att 27 § förvaltningslagen ska tillämpas, åtminstone så länge inga nationella riktlinjer finns för hur frågan ska hanteras.

Arkivering och gallring

Det finns i dag krav på att arkivera slutbetyg från skolväsendet. Skolor med stat eller kommun som huvudman ska ha ett eget arkiv. Fristående skolor ska lämna kopior på slutbetyg till den kommun där skolan är belägen (29 kap. 18 § skollagen). Alla slutbetyg ska därmed finnas arkiverade i kommunen. Därigenom ges elever i fristående skolor en möjlighet att i efterhand kunna begära ut uppgifter om genomförd skolgång om ett originalbetygsdokument (slutbetyg, examensbevis eller studiebevis) går förlorat (prop. 2009/10:165)

De flesta gymnasieskolor lämnar också över examensbevis utfärdade efter 1999 till en nationell betygsdatabas, Beda. Denna databas syftar till att underlätta processen för antagning till universitet och högskola genom att antagningssystemet för varje lärosäte kan hämta uppgifter digitalt i stället för att varje sökande själv måste skicka in alla handlingar. Det är dock bara examensbeviset som lämnas in av skolan.

Enligt förordningen (1993:1153) om redovisning av studier m.m. vid universitet och högskolor ska varje högskola och universitet dokumentera uppgifter om studenter och föra ett studieregister. De flesta högskolor använder det nationella systemet Ladok. I 2 kap. 2 § förordningen anges att det främsta ändamålet med studieregistret är att säkra att uppgifter om sökande till utbildning, genomgångna studier, betyg över utbildningar och examina bevaras.

För gallring av universitets- och högskoleregister gäller i första hand 10 § arkivlagen (1990:782). I 2 kap. 7 § andra stycket förordningen (1993:1153) om redovisning av studier m.m. vid universitet och högskolor anges att uppgifter om den utbildning som en student har genomgått med godkänt resultat eller fått tillgodoräkna sig vid högskolan, om studentens betyg i godkända prov och om den eller de examina som studenten har avlagt inte får gallras.

Datering och undertecknande av betygsdokument.

Enligt 6 kap. 10 a § högskoleförordningen ska till examensbeviset bifogas en bilaga som beskriver utbildningen och dess plats i utbildningssystemet. Universitets- och högskolerådets föreskrifter (UHRFS 2013:9) att denna bilaga behöver inte ha samma datum som examensbeviset, men eftersom bilagan fogas samman med beviset rekommenderas att den om möjligt får samma utfärdandedatum som examensbeviset.

12.3.6 Administrativa problem för personer som bytt juridiskt kön

Socialstyrelsens kartläggning

Socialstyrelsen utförde under 2012–2014 en kartläggning av de administrativa problem som uppkommer för personer som har ändrat juridiskt kön i syfte att minska den administrativa bördan för denna grupp (Socialstyrelsen 2014a). I kartläggningen har flera myndigheter yttrat sig och det konstateras bland annat följande.

I sitt svar till kartläggningen gjorde Statens skolverk bedömningen att 27 § förvaltningslagen gör det möjligt för rektor att ändra identitetsuppgifter i slutbetyg för den som har ändrat juridiskt kön. De elever vars utbildning inte omfattas av 27 § förvaltningslagen bör ändå ha samma möjligheter till omprövning som övriga. Däremot ansåg Statens skolverk att det fanns skäl att överväga en mer kompletterande reglering för att personer som ändrat juridiskt kön ska kunna få sina merithandlingar ändrade. Detta med anledning av frågan om datering av beslut och vem som ska stå som utfärdare av handlingen.

Kartläggningen konstaterade vidare att högskolor är självständiga myndigheter och att hanteringen av ändringar i examensbevis på grund av nytt personnummer varierar mellan högskolorna.

När det gäller lärarlegitimationer konstaterades att den som bytt personnummer själv måste ansöka om ny legitimation eftersom uppdatering av personuppgifter inte sker automatiskt. Det finns dock en särskilt utsedd kontaktperson som hanterar dessa ärenden hos Statens skolverk.

Avseende Socialstyrelsens egen hantering av frågan om nya legitimationer inom hälso- och sjukvården anför myndigheten att ett

legitimationsbevis är en originalhandling som bara utfärdas en gång och ett förkommet sådant inte utfärdas på nytt. I stället utfärdas ett intyg om giltig behörighet. Detsamma gäller vid namnbyte eller nytt personnummer av annat skäl. Personer som ändrat könstillhörighet undantas emellertid och nytt behörighetsbevis utfärdas då i original med de nya personuppgifterna.

12.4 Möjliga lösningar

Även om det inte finns en rätt att få ut handlingar i nytt personnummer reglerad i svensk lag, är det utredningens uppfattning att svenska myndigheter och andra ska eller bör utfärda nya betygsdokument för den som bytt personnummer redan på grund av Sveriges anslutning till den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen), vilket diskuteras närmare nedan. Det kan dock konstateras att det råder tveksamheter hos utfärdarna kring hur det ska lösas rent praktiskt.

I det följande redogörs för några lösningar hos enskilda myndigheter samt förslag på handläggningsrutiner från en intresseorganisation.

12.4.1 Andras förslag på lösningar

Skatteverkets PM

Skatteverket fick i 2016 års regleringsbrev ett uppdrag från regeringen att redogöra för hanteringen av ärenden om ändrat juridiskt kön i folkbokföringen. I den PM (Skatteverket 2016a) som det resulterade i konstateras att utgångspunkten är att personnummerbytet ska få genomslag i folkbokföringen genom att uppgifter för den som ändrat juridiskt kön presenteras med personens nya personnummer och namn i bland annat personbevis. De tidigare uppgifterna och kopplingar till barn och föräldrar blir historiska uppgifter.

Av det som framgår av Skatteverkets PM är inte tydligt på vilken grund verket ändrar uppgifterna, utöver att ställningstagandet endast tillämpas på nya ärenden eller där det finns en begäran om rättelse. Verket förefaller således tillämpa 26 § förvaltningslagen åtminstone i vissa fall.

Andra myndigheters rutiner

I Socialstyrelsens kartläggning (2014a) redovisas flera myndigheters hantering av utfärdande av nya handlingar på grund av nytt namn och nytt personnummer. Utöver det som redovisats i föregående avsnitt framkom även följande.

Statens skolverk har tidigare bedömt att det i första hand är 27 § förvaltningslagen som ger möjlighet att ändra identitetsuppgifter i slutbetyg för den som har ändrat juridiskt kön. Statens skolverk hade dock betänkligheter kring datering och utfärdare av dokumentet. Statens skolverk själv utfärdar nya legitimationer på ansökan från den som har fått nytt personnummer och har utsett en särskild kontaktperson som hanterar ärendena genom hela processen.

I Transportstyrelsens register sker uppdateringen automatiskt när någon fått nytt personnummer, och förnyelse av intyg, certifikat, bevis etc. sker i de flesta fall automatiskt, även om det i vissa fall behövs åtgärder som ny signatur eller ett nytt foto.

Socialstyrelsens behörighetsenhet prövar och utfärdar behörighet för hälso- och sjukvårdspersonal. Där är den generella inställningen att ett legitimationsbevis är en originalhandling som bara utfärdas en gång, men om det är fråga om en person som ändrat juridiskt kön så utfärdas ett nytt bevis i original med den nya identiteten. Personen måste dock själv meddela ändringen.

Sveriges förenade HBTQ-studenters handbok

Som nämnts tidigare gav Sveriges förenade HBTQ-studenter ut sin rapport Examensbevis i fokus 2015. Rapporten ledde till en sammanställning av behov och rutiner vid nyutfärdande av examensbevis i handboken *Examen i rätt personnummer* (Sveriges förenade HBTQ-studenter, 2015b). I handboken redovisar förbundet sina rekommendationer för hur rutiner för ärendehandläggning bör se ut, baserat på enkätsvaren från projektrapporten samt med stöd av egna efterforskningar hos studenter, lärosäten, jurister, Universitetskanslerämbetet, Universitets- och högskolerådet, samt Riksarkivet. Rutinerna för lärosätenas utfärdande av nya examensbevis skulle se ut som följer.

- Ärendet diarieförs enligt 21 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Om ärendet inkommer per telefon diarieförs det som en tjänsteanteckning; begäran om utlämning av handling via telefon och under aktuell sekretessparagraf.
- Den sökande ombeds uppvisa vidimerad kopia av personbevis utfärdat av Skatteverket. Detta bevis ska uppvisa både det gamla och det nya personnumret samt eventuellt nytt namn.
- Det första utbildningsbeviset begärs in. Detta makuleras, vilket innebär att det ogiltigmarkeras och arkiveras.
- Ladokansvarig gör en spårlos ändring av personnumret i Ladok. Även i andra system lärosätet hanterar ska en spårlos ändring göras.
- Utbildningsbeviset i original jämförs med kopior från Centralarkivet. Här förbereds det nya examensbeviset. Utfärdandedatum ska vara detsamma som för det tidigare originalet.
- Det nya examensbeviset undertecknas av för lärosätet aktuell rektor.
- Kopior på det nya examensbeviset arkiveras tillsammans med det makulerade originalet.
- Det vidimerade personbeviset arkiveras.
- De gamla kopiorna kan antingen tas bort ur arkivet eller ogiltigmarkeras.
- Ärendet avslutas.

Som har framgått av utredningen har Sveriges förenade HBTQ-studenters förslag redan fått praktiskt genomslag, eftersom åtminstone två universitet konkret hänvisar till att de tillämpar dessa rutiner.

Det är utredningens uppfattning att rutinen som sådan framstår som rimlig för högskoleväsendets del, samt att den eller de myndigheter som tar fram riktlinjer bör kunna ta ledning av dessa.

12.4.2 Utredningens tankar om möjliga lösningar

Som redan har angetts finns i dag ingen specialförfattning som ger en explicit rätt för den som har ändrat juridiskt kön att få ut nya betygsdokument. Det finns emellertid heller inga lagliga hinder. Det skulle kunna finnas olika bestämmelser att grunda det nya utfärdandet på, t.ex. rättelse enligt 26 § förvaltningslagen eller omprövning enligt 27 § förvaltningslagen (den 1 juli 2018 träder den nya förvaltningslagen i kraft och rättelse görs då enligt 36 § och ändring enligt 37–38 §§). Som har anförts så är dock ingen av dessa bestämmelser helt entydig och omfattar inte självklart alla utbildningsanordnare.

Sedan 1995 är Europakonventionen svensk lag genom lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Enligt 19 § regeringsformen (1974:152) får inte lag eller annan föreskrift meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Europadomstolen är den främsta uttolkaren av Europakonventionen, och domstolens avgöranden i mål mot Sverige är bindande för Sverige. Övriga mål är vägledande för tolkningen och tillämpningen av Europakonventionen.

Utredningens uppfattning är att Sverige redan genom sina förpliktelser enligt Europakonventionen och mot bakgrund av Europarådet ministerkommittés rekommendation samt de domar som Europadomstolen beslutat, ska eller bör utfärda nya betygsdokument snabbt och enkelt i de nya personuppgifterna för en person som har fått nytt personnummer på grund av ändrat juridiskt kön. Konventionsstaterna är skyldiga att rättsligt erkänna personer med ändrad juridisk könstillhörighet, vilket omfattar även dokument där det framkommer identitetsuppgifter och där dokumenten har utfärdats av icke-statliga aktörer, exempelvis utbildningscertifikat och arbetsintyg. En prövning av frågan i Europadomstolen skulle med hög sannolikhet leda till ett liknande utfall som det i *B mot Frankrike*¹² och *Christine Goodwin*¹³ mot Förenade kungariket, där det slagits fast att en vägran att tillfullo acceptera en persons ändrade könstillhörighet

¹² Europadomstolens mål B mot Frankrike (57/1990/248/319), den 24 januari 1992.

¹³ Europadomstolens mål Christine Goodwin mot Förenade kungariket (28957/95), den 11 juli 2002.

står i strid med Europakonventionens artikel 8 (rätt till skydd för privat- och familjeliv).

Utredningens tankar om nya betygsdokument

Det kan konstateras att de allra flesta universitet och högskolor redan i dag utfärdar nya betygsdokument när en person som har ändrat juridiskt kön så begär. Även Statens skolverk har sedan tidigare bedömt att nya betygsdokument kan utfärdas av respektive skola. Problemet är således inte i grunden möjligheten att utfärda handlingarna, utan att hanteringen spretar och att de som ska utfärda handlingarna inte vet hur det ska göras.

Det är enligt utredningen rimligt att nya handlingar som utfärdas bör vara nya original för att personens ändrade juridiska kön ska anses fullt ut rättsligt erkänt. Problem som uppstår då är dels vilken datering handlingen ska få, dels vad som händer med det ursprungliga originalet. En möjlig lösning skulle kunna vara att handlingen blir ett nytt original som därmed dateras med datum för utfärdandet, men där det skrivs in i handlingen att examen har utfärdats vid datumet för det ursprungliga datumet. Av det nya originalet bör då också framgå att detta ersätter det tidigare originalet. På så sätt intygas att personen har en giltig examen sedan ett visst datum, men att handlingen har utfärdats senare. Det framgår då också att den gamla handlingen inte längre kan användas. Möjligen kan det också förenas med upplysning om den person som undertecknade det ursprungliga betygsdokumentet, för att lösa frågan om äkthetsgranskning i vissa fall. Samtidigt som den nya handlingen utfärdas, bör den ursprungliga originalhandlingens förstöras eller i vart fall makuleras.

13 Transpersoner i statistiken

Enligt direktiven ska utredningen belysa hur enkäter och undersökningar kan inkludera ickebinära personer och peka på goda exempel på hur detta kan genomföras. Utredningen ska också belysa hur könsuppdelad statistik kan kompletteras genom att inkludera ickebinära personer.

13.1 Inkludering av ickebinära i enkäter och undersökningar

I utredningens direktiv (dir. 2016:102) definieras ickebinära personer som personer som inte upplever att könsindelningen kvinna/man passar dem eller som inte vill, kan eller tycker att det är viktigt att definiera sig i fråga om kön. Vi har valt att behålla den definitionen i utredningens arbete.

Det är vanligt att det förekommer en fråga om kön i enkätundersökningar. Ofta beror det på en vilja att kunna beakta könsskillnader i analysen. Det är dock ovanligt att det tydliggörs vilken aspekt av kön¹ som avses. Det förekommer också att en fråga om kön finns med även när det är ovidkommande och det inte finns en avsikt att analysera resultatet utifrån kön.

Som framgår i kapitel 5 om transpersoners levnadsvillkor beskriver många ickebinära personer hur den binära tvåkönsnormen osynliggör deras existens. På senare år har medvetenheten om att det finns ickebinära personer som inte kan eller vill definiera sig som kvinna eller man ökat, något som också återspeglar sig i enkätens utformande och en vilja att mäta kön på ett inkluderande sätt. Det blir allt vanligare att svarsalternativen ”kvinna” och ”man” kompletteras med

¹ Olika aspekter av kön förklaras i kapitlet 3. Utredningens utgångspunkter.

ytterligare svarsalternativ, som till exempel ”annat”, ”annan könstillhörighet”, ”inget”, ”vet ej”, ”osäker” eller ”vill inte uppge”. Många hör till exempel av sig till RFSL och ber om råd om hur de ska ställa frågan om kön i enkäter (RFSL 2016c, hämtad 2017-04-26). Statens statistiska centralbyrå (SCB) har också märkt av ett ökat intresse för frågan och ett behov av rådgivning. Även Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har framfört till utredningen att frågan är högaktuell i flera kommuner och landsting och att det finns ett behov av stödmaterial på området.

13.1.1 Exempel på hur ickebinära kan inkluderas

SCB:s pågående arbete

Utredningen har tagit del av ett utkast² till ett stödmaterial som SCB har arbetat fram gällande hur det är möjligt att fråga om kön på ett inkluderande sätt i enkäter. Detta arbete bygger på erfarenheter och teorier om frågekonstruktion. Andra underlag är liknande arbeten som gjorts i andra länder, kontakter med svenska aktörer (statliga myndigheter och civilsamhällesorganisationer) samt intervjuer med fem ickebinära personer.

SCB menar att en förutsättning för att statistik ska hålla hög kvalitet är att frågeformulär är utformade på ett bra sätt. Frågor får inte ha inbyggda antaganden och det behöver finnas svarsalternativ för samtliga respondenter. De ickebinära personer som SCB intervjuat har samtliga uppgett att de antingen skulle hoppa över en fråga om kön som enbart har två svarsalternativ eller helt strunta i att göra undersökningen. Att avsaknaden av ett tredje alternativ kan medföra att personer väljer att inte delta i en undersökning har också framförts till den här utredningen av andra aktörer vi haft samråd med, till exempel RFSL.

Enligt SCB:s material är det en undersöknings syfte som ska avgöra vilka frågor som ska ställas. Syftet ska styra definitionen av variabeln, i detta fall kön som i sin tur ska styra hur frågan ställs. Det är därför viktigt att ta ställning till vilken aspekt av kön det är man

² Epost från Lina Fjelkegård, SCB, inkommet 2017-10-20. Komm2017/01435-1 SCB:s arbetsmaterial.

vill ta reda på; juridiskt kön, biologiskt kön, könsidentitet eller könsuttryck?

SCB menar att saknas kunskap om hur frågan ”Är du kvinna eller man?” med svarsalternativen kvinna och man uppfattas. Sannolikt varierar tolkningen från person till person. Cispersoner reflekterar förmodligen inte så mycket över vilken aspekt av kön som avses, då samtliga aspekter av kön sammanfaller hos dem. Transpersoner, där de olika aspekterna av kön inte sammanfaller, måste däremot ta ställning till vilken aspekt av kön frågan gäller och utifrån det svara på ett adekvat sätt. Det är därför viktigt att vara tydlig med vilken aspekt av kön en fråga gäller. Det är också viktigt att tänka på att om ett tredje svarsalternativ på frågan om kön läggs till så kan det innebära att respondenten tolkar frågan annorlunda.

RFSL:s rekommendationer

RFSL har skrivit rekommendationer om vad som kan vara bra att tänka på när man ska fråga om kön i enkätundersökningar eller på formulär/blanketter. Först bör den som utför undersökningen ta ställning till vilken aspekt av kön det är som är relevant för undersökningen. Är det juridiska könet mest relevant för undersökningen så kan undersökningen fråga efter det. Det är då viktigt att veta att det juridiska könet inte alltid stämmer överens med hur en person identifierar sig eller uppfattas av andra. Mot den bakgrunden kan det vara bra att förklara varför det är det juridiska könet som det frågas efter i undersökningen.

Ofta är det i stället könsidentiteten som är mest relevant för undersökningen. RFSL föreslår att en fråga som avser könsidentitet bör skrivas på följande sätt: ”Vilket kön har du? Med kön menar vi könsidentitet, alltså det kön som du själv känner dig som.” Frågan bör ha fem svarsalternativ: kvinna, man, annat alternativ, osäker, vill ej svara. Syftet med att ha ”annat alternativ”, ”osäker” och ”vill ej svara” som separata alternativ är att inte spä på förutfattade meningar om att personer som inte ser sig som man eller kvinna skulle vara förvirrade. RFSL menar att kategorierna ”annat alternativ” och ”osäker” kan slås ihop vid analys (RFSL 2016c, hämtad 2017-04-26).

Göteborgs Stad

När Göteborgs stad genomförde sin medarbetarundersökning 2014 infördes för första gången ett tredje svarsalternativ, ”annat”, som svar på frågan om kön. Det visade sig att av de som kryssat för ”annat” så var det 33 procent som hade upplevt kränkningar eller trakasserier på sin arbetsplats, jämfört med 18 procent av kvinnorna och 16 procent av männen (Göteborgs Stad 2017a).

Kommunfullmäktige har sedan dess antagit riktlinjer för inkluderande dokument. Syftet med dessa är att alla människor, oavsett könsidentitet och könsuttryck, ska vara inkluderade och synliggjorda när de interagerar med Göteborgs Stad via enkäter, blanketter och formulär. Riktlinjerna består av två delar: en handlar om inkluderande språkbruk och en handlar om att fråga om kön.

Kommuner måste enligt förordningen (2001:100) om den offentliga statistiken dela upp all individstatistik på de juridiska könen man och kvinna. Detta för att stärka jämställdhetsarbetet. I Göteborg finns även en jämställdhetspolicy antagen av kommunfullmäktige som ställer samma krav. För att uppfylla kravet på könsuppdelad statistik och samtidigt kunna inkludera personer som inte identifierar sig som kvinna eller man i statistiken menar Göteborgs stad att det krävs en uppdelning i två frågor: en om juridiskt kön och en om könsidentitet. När det gäller enkätens utformande menar staden i riktlinjerna att en första fråga bör ställas om juridiskt kön. Den ska ha två svarsalternativ (kvinna och man) och den ska också innehålla en förklaring till vad juridiskt kön innebär och varför det finns en fråga om det:

Sverige har i dagsläget två juridiska kön, men det utesluter inte att individen identifierar sig på ett annat sätt. Juridiskt kön är det kön som står i registret i folkbokföringen och kan utläsas genom personnumrets näst sista siffra. Frågan ställs på grund av krav om könsuppdelad statistik.

En andra fråga bör sedan ställas om hur respondenten identifierar sig. Den bör ha fyra svarsalternativ: kvinna, man, annat och vill ej svara. Frågan bör också innehålla en förklaring om varför frågan ställs:

Sverige har i dagsläget två juridiska kön, men det utesluter inte att individen identifierar sig på annat sätt. Frågan ställs för att vi ska kunna erbjuda en kvalitativ och likvärdig verksamhet (Göteborgs stad 2017b).

I sitt arbete med att ta fram riktlinjerna var statsledningskontoret i staden i kontakt med organisationer med relaterade dokument: Länsstyrelsen i Halland, Örebro kommun och Västra Götaland. I sitt arbete har statsledningskontoret beaktat förordningen (2001:100) om den offentliga statistiken, personuppgiftslagen (1998:204) och diskrimineringslagen (2008:567). De har även varit i kontakt med Diskrimineringsombudsmannen (DO) och Datainspektionen samt SCB (Göteborgs stad 2017b).

13.2 Transerfarenhet som bakgrundsvariabel

Det är ett vanligt missförstånd att transpersoner inte identifierar sig som kvinna eller man. Många transpersoner identifierar sig just som kvinna eller man. Att ha flera svarsalternativ på frågan om kön i en enkät leder därför inte nödvändigtvis till ökad kunskap om gruppen transpersoner. Är syftet med undersökningen att få en ökad kunskap om transpersoner så behöver det ställas en separat fråga om det.

Nationella sekretariatet för genusforskning (2017) föreslår möjligheten att fråga om den svarande identifierar sig som cis- eller transperson. Det finns också exempel på aktörer som gör så. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) ställer frågan "Identifierar du dig som transperson?" i Nationella ungdomsenkäten med svarsalternativen "ja", "nej" och "vet ej" (MUCF: Ungdomsenkäten 2012 och 2015). I UngKAB15 har Folkhälsomyndigheten inkluderat frågan "Är du eller har du varit transperson?" med svarsalternativen "ja" och "nej". Folkhälsomyndigheten har även ställt frågan med snarlik formulering i den nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, år 2015 och 2016 samt i en undersökning om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter som myndigheten genomför under 2017. I den sistnämnda finns tre svarsalternativ: "ja", "nej" och "vet inte".

En kanadensisk studie från 2017 undersöker två olika sätt att fråga om transerfarenhet i befolkningsundersökningar och hur respondenter har reagerat på dessa. Det ena sättet att fråga om transerfarenhet är utvecklat i USA och innehåller två frågor. Det andra innehåller multipla frågor och är utvecklat i Kanada. Forskarna har dels genomfört en enkät (311 respondenter), men även genomfört intervjuer med 79 individer. I den amerikanska modellen ställdes två

frågor: en om könsidentitet och en om vilket kön personen tillskrevs vid födseln. I den kanadensiska modellen fanns utrymme för fler frågor. Alla svarade först på två frågor: Om respondenten är kvinna, man eller annat, samt om respondenten anser sig vara transperson. Den som svarade ja eller vet ej på den sistnämnda frågan fick sedan ytterligare frågor: Vilket kön tillskrevs respondenten vid födseln, vilket kön känner sig respondenten som, vilket kön lever respondenten som i sitt vardagsliv, och om respondenten genomgått könsbekräftande behandling och i så fall vilka behandlingar eller ingrepp. Båda sätten att fråga om transerfarenhet var begripliga och tydliga för såväl transpersoner som cispersoner (Bauer; Braimoh; Scheim & Dharma 2017).

13.3 Inkludering av ickebinära i könsuppdelad statistik

Könsuppdelad statistik är ett viktigt redskap i jämställdhetsarbete, men det kan vara exkluderande både avseende statistikinsamling och presentation av statistik (Nationella sekretariatet för genusforskning 2017).

En undersökning kan vara helt registerbaserad eller helt baserad på direktinsamling av uppgifter. En registerbaserad undersökning baseras på uppgifter som redan har samlats in och finns i register eller listor. I en undersökning som baseras helt på direktinsamling av uppgifter är det alltid respondenten själv som bestämmer vilken information den lämnar ifrån sig genom sina svar.

Registerbaserade undersökningar utgår alltid från individers registrerade kön, det vill säga det juridiska könet (om kön är en variabel som beställaren efterfrågat). I en undersökning som baseras på direktinsamling av uppgifter finns det möjlighet att formulera en egen fråga om kön. Det är viktigt att den som genomför undersökningen är medveten om att risken för bakvägsidentifiering och röjande av uppgifter ökar om det finns fler än två svarsalternativ i en fråga om kön. Detta gäller särskilt då det för de flesta undersökningar är troligt att antalet som anger ett tredje svarsalternativ för kön i stället för kvinna eller man är relativt litet. Detta kan också innebära att det inte går att redovisa den gruppen.

Det finns också undersökningar där registerdata kombineras med direktinsamlade uppgifter från respondenterna. Om registeruppgifter (juridiskt kön) kombineras med en fråga om könsidentitet vid urvalsundersökningar riskerar det i vissa fall att leda till att transpersoner kan identifieras utan att de gett sitt samtycke till det. Detta framgår av SCB:s utkast på stödmaterial som utredningen tagit del av.

13.3.1 Personuppgiftslagen (PUL)

En lag som har ett vidare tillämpningsområde än statistiken, men som påverkar den, är personuppgiftslagen, PUL (1998:204). När myndigheter behandlar personuppgifter på helt eller delvis automatiserad väg måste en avvägning göras mellan skyddet för den personliga integriteten å ena sidan och centrala samhällsintressen å andra sidan.

PUL:s syfte är att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks när personuppgifter behandlas. Begreppet ”behandlas” är brett, det omfattar insamling, registrering, lagring, bearbetning, spridning, utplåning, med mera. PUL bygger på gemensamma regler som har beslutats inom EU, det så kallade dataskyddsdirektivet. Övriga EU-länder har alltså liknande skyddslagar vilket underlättar flödet av information inom unionen (Datainspektionen 2017).

Om det finns avvikande bestämmelser i annan lag eller förordning så gäller i stället dessa bestämmelser (2 §). Enligt 2 § i lagen om den officiella statistiken (2001:99) gäller PUL vid framställning av statistik i den mån det inte finns avvikande bestämmelser i lagen om den officiella statistiken. Exempel på sådana avvikande bestämmelser i lagen om den officiella statistiken finns i 14 § (rätten för en statistikansvarig myndighet att behandla personuppgifter för framställning av statistik) och 15 § (undantaget från PUL:s krav på uttryckligt samtycke vid behandling av känsliga personuppgifter).

Enligt PUL 13 § är det förbjudet att samla in uppgifter som rör hälsa och sexualliv. Det finns dock ett antal undantag till förbudet som regleras i PUL 14–19 §§. Till exempel får känsliga personuppgifter behandlas, om den registrerade har lämnat sitt uttryckliga samtycke till behandlingen eller på ett tydligt sätt offentliggjort uppgifterna.

I det utkast på stödmaterial som utredningen tagit del av skriver SCB att om frågan om kön formuleras för att tydligare mäta köns-

identitet i stället för övriga könsbegrepp samt inkluderar ett tredje eller fler svarsalternativ kan det innebära att de data som samlas in räknas som känsliga uppgifter enligt PUL 13 §. Detta gäller även frågor om transerfarenhet. Enligt PUL utgör bland annat uppgifter om hälsa och sexualliv känsliga uppgifter. Frågor om kön och civilstånd betraktas vanligen inte som uppgift om sexualliv. Huruvida uppgifter om könsidentitet räknas hit beror på hur och i vilket sammanhang uppgifterna ska användas och analyseras. Detta behöver avgöras från fall till fall. Om uppgifter definieras som känsliga personuppgifter krävs det en särskild hantering.

Vilka aspekter av kön är att betrakta som känsliga uppgifter?

Bakgrunden till att kön inte betraktas som en känslig uppgift är en skrivning i Datalagskommitténs betänkande *Integritet, Offentlighet, Informationsteknik* (SOU 1997:39) där det står att en isolerad uppgift om vilket kön en person har inte kan anses vara en uppgift som rör dennes sexualliv. Däremot, fortsätter texten, är förmodligen en uppgift om att någon har bytt kön en uppgift som kan anses röra den personens hälsa eller sexualliv.

Utredningen noterar att ovanstående skrivning utgår ifrån en tvåkönsnorm där begreppet kön inte alls problematiseras. Det finns kön (cismän och ciskvinnor) och det finns de som ”byter kön” (transmän och transkvinnor). Det förmodas också att uppgiften om att någon ”bytt kön” kan anses röra individens hälsa och sexualliv (och därmed utgör en känslig uppgift), men det anges ingen förklaring till varför. Det är viktigt att beakta att lagstiftningen (1972:119) om fastställelse av kön från 1972 som gällde vid tidpunkten då detta betänkande skrevs ställde andra krav kring juridiskt könsbyte än den nuvarande.

I dag har vi en högre kunskapsnivå kring kön, könsidentitet och könsuttryck. Vi vet att det finns både ickebinära och binära transpersoner liksom personer med intersexvariation. År 2013 avlägsnades kravet på sterilitet i lagen (1972:119) om fastställande av köns-tillhörighet i vissa fall. I teorin blev det då möjligt att byta juridiskt kön utan att genomgå någon medicinsk behandling. Det pågår för närvarande också ett utredningsarbete inom Regeringskansliet för att separera den juridiska processen helt från den medicinska köns-

bekräftande behandlingen. Då det inte längre kommer att finnas kvar ett krav på medicinsk behandling eller diagnos för att byta juridiskt kön kan detta svårligen betraktas som en uppgift som rör personens hälsa. Än mindre kan det betraktas som en uppgift som rör personens sexualliv.

Det måste också anses vara skillnad på att fråga om kön i en undersökning och på att fråga om någon har transerfarenhet eller transbakgrund då det senare måste kunna betraktas som en fråga som rör personens hälsa. Detta eftersom transerfarenhet eller transbakgrund också kan innebära att individen har en diagnos kopplat till det. Att fråga om kön i en undersökning borde egentligen bara behöva vara problematiskt när det gäller att kombinera registerdata med direkt insamling av uppgifter om kön från respondenter. Vid undersökningar som uteslutande utgår ifrån uppgifter som samlats in direkt från respondenter (och som inte är kopplade till registerdata) finns förvisso en identifieringsrisk men det blir då upp till individen att avgöra från fall till fall om det är viktigare att vara dold än att vara inkluderad.

13.3.2 Dataskyddsförordningen

Dataskyddsförordningen träder i kraft i alla EU:s medlemsländer den 25 maj 2018. Den ersätter dataskyddsdirektivet (95/46/EG), som på generell nivå har genomförts i svensk rätt genom PUL, personuppgiftsförordningen (1998:1191) och Datainspektionens föreskrifter. Dataskyddsförordningen ska däremot inte implementeras i svensk rätt, utan i stället tillämpas av enskilda, myndigheter och domstolar precis som om dess bestämmelser hade funnits i en svensk författning. När dataskyddsförordningen börjar tillämpas kommer alltså den generella regleringen om behandling av personuppgifter att finnas i dataskyddsförordningen. Det svenska generella regelverket om dataskydd kan då inte längre finnas kvar, eftersom det skulle leda till en otillåten dubbelreglering. Många av de bestämmelser som finns i personuppgiftslagen och i personuppgiftsförordningen motsvaras nämligen av direkt tillämpliga bestämmelser i dataskyddsförordningen.

I *Ny dataskyddslag. Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning* (SOU 2017:39) föreslår utredningen att personuppgiftslagen och personuppgiftsförordningen ska upphävas. En ny

lag och förordning med bestämmelser som kompletterar dataskyddsförordningen på ett generellt plan ska införas. Termer och uttryck i dessa författningar ska ha samma betydelse som i dataskyddsförordningen. Sektorsspecifika författningsbestämmelser som rör behandling av personuppgifter ska ha företräde framför den nya lagen.

Enligt dataskyddsförordningens artikel 9, Behandling av särskilda kategorier av personuppgifter, (punkt 1) ska behandling av personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse eller medlemskap i fackförening, samt behandling av genetiska uppgifter, biometriska uppgifter för att entydigt identifiera en fysisk person, uppgifter om hälsa eller uppgifter om en fysisk persons sexualliv eller sexuella läggning vara förbjudet. Enligt artikel 9 punkt 2 ska punkt 1 inte tillämpas om den registrerade uttryckligen har lämnat sitt samtycke till behandlingen av dessa personuppgifter för ett eller flera specifika ändamål, utom då unionsrätten eller medlemsstaternas nationella rätt föreskriver att förbudet i punkt 1 inte kan upphävas av den registrerade.

I punkt 2 anges också flera andra omständigheter då den första punkten inte behöver tillämpas. Till exempel kan stiftelser och föreningar samla in uppgifter om sina medlemmar så länge dessa inte sprids utanför organisationen utan den registrerades samtycke (Datainspektionen 2017).

13.4 Den officiella statistiken

I Sverige finns 27 statistikansvariga myndigheter som ansvarar för officiell statistik inom sina respektive områden. Regeringen beslutar om vilka områden som ska ha officiell statistik och vilka myndigheter som ansvarar för respektive område. Det anges i bilagan till statistikförordningen SFS 2001:100 (Statistiska centralbyrån, 2017, hämtad 2017-05-12).

Det svenska systemet för officiell statistik är decentraliserat sedan den statistikreform som genomfördes den 1 juli 1994. SCB ansvarar för sektorsövergripande statistik och 26 sektorsansvariga myndigheter för den officiella statistiken inom sina områden.

Den officiella statistiken regleras i lagen (2001:99) om den officiella statistiken, med tillhörande förordning (2001:100). Av detta regelverk framgår inom vilka områden det ska finnas officiell statistik och

vilka statliga myndigheter som ansvarar för att statistiken tas fram. I lagen anges också att officiell statistik ska finnas för allmän information, utredningsverksamhet och forskning samt vara objektiv och allmänt tillgänglig.

Rättsutvecklingen inom EU spelar en ökande roll för det svenska statistiksystemet. EU-reglerna kan avse dels statistik inom enskilda områden, dels allmänna krav som gäller för all EU-reglerad statistik. De senare framgår framför allt av EU:s statistikförordning (SOU 2012:83).

13.4.1 Krav på könsuppdelning i den officiella statistiken

Enligt förordningen (2001:100) om den officiella statistiken 14 § ska individbaserad statistik vara uppdelad efter kön om det inte finns särskilda skäl mot detta. Sedan 1994 har motsvarande krav funnits i en äldre förordning.

Individbaserad statistik är statistik som direkt eller indirekt rör fysiska personer. Ett exempel på det sistnämnda är hushållsstatistik, där enpersonshushåll och hushåll som består av ensamstående kvinna eller man med barn, kan delas upp efter kön.

Förordningen gäller den offentliga statistiken. Men eftersom jämställdhetsintegrering är en strategi som omfattar all verksamhet, bör därför all statistik som ligger till grund för beslut i samhället ska vara könsuppdelad (SCB 2004).

Kön definieras inte i förordningen (2001:100) om den officiella statistiken. I folkbokföringslagen (1991:481) 18 § framgår att det för varje folkbokförd person fastställs ett personnummer som identitetsbeteckning. Personnumret innehåller födelsetid, födelsenummer och kontrollsiffra. Födelsenumret består av tre siffror och är udda för män och jämnt för kvinnor. I diskrimineringslagen (2008:567) 5 kap. 1 § definieras kön på följande sätt: att någon är kvinna eller man. Även personer som avser att ändra könstillhörighet eller har ändrat könstillhörighet omfattas av diskrimineringsgrunden kön. Men i diskrimineringslagen 5 kap. 2 § definieras också någon som inte identifierar sig som kvinna eller man som personer med ”könsöverskridande identitet eller uttryck”.

Att den individbaserade statistiken enligt förordningen om den officiella statistiken ska vara uppdelad efter kön har kommit att tolkas

som att uppdelningen ska ske utifrån kategorierna kvinna och man. När det gäller officiell statistik som uteslutande baseras på registerdata är det enda möjliga sättet att synliggöra ickebinära i den att införa ett tredje registrerat kön, det vill säga ett tredje juridiskt kön.

Regeringens syn på könsuppdelad statistik

Jämställdhetsutredningen har i sitt betänkande *Mål och myndighet – en effektiv styrning av jämställdhetspolitiken* (SOU 2015:86) föreslagit att myndigheter som i sin redovisning till regeringen redovisar individbaserad statistik genomgående ska redovisa och analysera denna med kön som övergripande indelningsgrund om det inte finns särskilda skäl mot detta. Utredningen har föreslagit att regeringen prövar och i varje enskilt fall överväger att ställa krav på könsuppdelad statistik i myndigheters regleringsbrev eller instruktioner för att på sikt pröva och överväga att införa ett generellt krav i förordningen (2000:605) om årsredovisning och budgetunderlag om att myndigheterna ska redovisa och analysera individbaserad statistik med kön som övergripande indelningsgrund om det inte finns särskilda skäl mot detta.

I regeringens skrivelse (2016/17:10) *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid* framgår att de flesta remissinstanser inte uttalat sig specifikt om denna del av betänkandet. Några remissinstanser har haft invändningar mot förslaget, däribland Västra Götalandsregionen och Svenska institutet som har poängterat att insamlandet av statistik bör bygga på ett ickebinärt system där självidentifierad könsidentifikation är det väsentliga.

Regeringen framhåller i sin skrivelse (2016/17:10) att könsuppdelad statistik är ett viktigt verktyg i arbetet för ett jämställt samhälle. För att regeringen ska ha förutsättningar att fatta väl avvägda beslut som bidrar till en feministisk politik är underlag och information från myndigheter av stor betydelse, menar regeringen. Kunskap om rådande situation krävs för att kunna göra jämställdhetsanalyser och bedriva en politik för jämställdhet inom alla utgiftsområden. Det är därför av största vikt att myndigheternas information till regeringen innehåller könsuppdelad statistik. Regeringen menar att när statistik genomgående presenteras med kön som övergripande

indelningsgrund blir det möjligt att även kunna bryta ned statistiken utifrån fler perspektiv och genomföra en intersektionell analys.

Den officiella statistiken omfattar dock endast en delmängd av den statistik som produceras vid statliga myndigheter. För närvarande har flera myndigheter krav på könsuppdelad statistik i instruktioner eller regleringsbrev. Dessa krav omfattar även den icke-officiella statistiken. I Jämställdhetsutredningens betänkande *Mål och myndighet – en effektiv styrning av jämställdhetspolitiken* (SOU 2015:86) konstaterades att det saknas systematik i styrningen i fråga om vilka myndigheter som omfattas av sådana krav och på vilket sätt styrningen sker.

Regeringen instämmer i Jämställdhetsutredningens bedömning. Mot denna bakgrund bereder regeringen ett förslag om att införa krav på att samtliga myndigheter som presenterar individbaserad statistik i sin årsredovisning ska göra detta uppdelat efter kön.

14 Överväganden och förslag

Utredningen har haft i uppdrag att kartlägga transpersoners levnadsvillkor och föreslå insatser som kan förbättra ställningen för gruppen. Vi har i vårt betänkande visat på ett stort antal kvarstående problem inom utredningens områden. Ytterst handlar det om strukturella problem och hinder. Om situationen för transpersoner ska förbättras krävs ett integrerat arbete med transpersoners rättigheter. Det är inte möjligt att avgränsa åtgärder för att förbättra för transpersoner till bara vissa specifika politikområden, som till exempel arbetet mot diskriminering. Därför lämnar vi förslag dels om hur arbetet på övergripande nivå borde förändras, dels om åtgärder som syftar till att förbättra situationen inom ett visst samhällsområde.

Utredningen har också haft i uppdrag att tillämpa ett intersektionellt perspektiv i arbetet och belysa hur andra diskrimineringsgrunder samspelar med frågor om könsidentitet och könsuttryck. Vi skulle också belysa skillnaden i levnadsvillkor mellan ickebinära, transkvinnor och transmän, samt anlägga ett livscykelperspektiv och belysa vilka hinder som kan uppkomma under ett liv som transperson. Vi har försökt synliggöra skillnader inom gruppen transpersoner och föreslår åtgärder riktade mot specifika grupper.

14.1 Transpersoners levnadsvillkor

Förslagen och bedömningarna i detta avsnitt baserar sig på betänkandets kapitel 3, 4 och 5, där vi redogjort dels för de politikområden som utredningen berör och dels för resultat av vår kartläggning av transpersoners levnadsvillkor.

14.1.1 Samordning av arbetet för hbtqi-personers rättigheter

Förslag: Regeringen tar fram en handlingsplan för hbtqi-personers lika rättigheter och möjligheter. Fler myndigheter utses till strategiska myndigheter och en av myndigheterna får ett permanent samordnande ansvar.

Migrationsverket, Polismyndigheten, Statens skolverk, Barnombudsmannen och den nya Jämställdhetsmyndigheten utses till nya strategiska myndigheter i tillägg till de redan existerande fem.

Jämställdhetsmyndigheten ges ett samordnande ansvar och ett stödjande uppdrag.

Utredningen har bland annat haft i uppdrag att föreslå konkreta insatser för att förbättra levnadsvillkoren för transpersoner. I direktiven refereras ett flertal studier som visar att transpersoner i Sverige har sämre levnadsvillkor än befolkningen som helhet, vilket bland annat innebär ett begränsat livsutrymme och riskerar att leda till sämre hälsa. Utredningen har därför haft i uppdrag att kartlägga levnadsvillkoren för transpersoner och personer med intersexvariation och bidra till att kunskap om dessa samlas och sprids. Utredningen har också haft i uppdrag att undersöka hur transpersoner påverkas av samhällets cis- och heteronorm, samt identifiera de hinder som finns i samhället för transpersoners möjlighet att leva i enlighet med sin könsidentitet och vid behov föreslå insatser.

Vi gör bedömningen att insatser för att konkret förbättra levnadsvillkoren för transpersoner kräver åtgärder som berör utformningen av det nuvarande arbetet för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck. Vi menar också att jämställdhetsarbetet och arbetet för hbtqi-personers rättigheter och möjligheter i högre utsträckning borde samordnas inom vissa områden där detta vore gynnsamt.

En hbtqi-handlingsplan

Regeringens arbete för att förbättra transpersoners levnadsvillkor i Sverige utgår från regeringens strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck,

som beslutades den 12 december 2013. Strategin innehåller övergripande problembeskrivningar, samt beskriver åtgärder, redan genomförda sådana och vid tillfället planerade.

Som vi beskrivit i kapitel 4 i detta betänkande har den gällande strategin utvärderats av Statskontoret (2016:31), som menar att styrningen och samordningen i arbetet med strategin har varit bristande. De berörda myndigheterna och organisationerna har saknat tydliga mål och insatserna för transpersoner har varit få. Statskontoret föreslår ett förtydligat syfte och bättre förankrade ambitioner.

Utredningen delar Statskontorets bedömning och menar att strategin brister på så sätt att de planerade insatserna är få, saknar tidsplan och ofta budget. Strategin har också till sin utformning en beskrivande karaktär där redan pågående arbete ges stort utrymme. Detta leder till en otydlighet och till att specifika instruktioner om vad myndigheterna ska göra ofta saknas, vilket i sin tur leder till att frågorna riskerar att nedprioriteras.

Det är därför utredningens uppfattning att strategin bör omarbetas till en handlingsplan. Centralt i en handlingsplan är att fokus ligger på kommande åtgärder, att det finns tydliga mål uppsatta, beskrivningar av hur målen ska uppnås, tidsplan, en tillräcklig budget och inplanerad uppföljning och utvärdering.

I arbetet med att ta fram handlingsplanen bör Statskontorets utvärdering beaktas, liksom denna utrednings resultat och förslag. Utredningen förordar även att de rekommendationer som ges av Europarådets enhet för frågor som rör sexuell läggning och könsidentitet, vilka vi också redogjort för i kapitel 4, tas i beaktande. Europarådet menar att staterna bör ha handlingsplaner och att dessa handlingsplaner ska vara omfattande och övergripande. Alla områden där staten är ansvarig och som påverkar hbtqi-personer och deras liv ska undersökas under framtagandet av handlingsplanen. En bra handlingsplan ska också syfta till att frågorna integreras: alla nivåer och områden på regerings- och myndighetsnivå ska veta hur handlingsplanen påverkar deras ansvarsområden och ha tillräckliga resurser för att integrera detta arbete i det ordinarie arbetet.

Handlingsplanerna ska också följas upp och utvärderas enligt Europarådet. De ska vara levande dokument, de ansvariga funktionerna ska övervaka kränkningar av mänskliga rättigheter, utvärdera effekten av handlingsplanerna och anpassa sitt arbete efter detta.

Det ligger inte inom ramen för utredningens uppdrag att exakt definiera vad handlingsplanen ska innehålla. Detta måste också göras i samverkan med bland andra berörda myndigheter och civila samhället. Det är dessutom centralt att handlingsplanen vid framtagandet utgår från den då aktuella situationen och adresserar de utmaningar som föreligger vid detta tillfälle. Handlingsplanen måste också utformas på ett sådant sätt så att den kan vara ett levande dokument, och möjliggöra arbete med de mest relevanta åtgärderna, om nya sådana skulle uppstå under dokumentets giltighetstid.

Utredningen rekommenderar att handlingsplanen gäller under tre år, och att medel anslås för denna period, med möjlighet till justering om nya behov uppstår.

Vi förordar att arbetet för personer med intersexvariation inkluderas i handlingsplanen. Arbetet för lika rättigheter och möjligheter för alla oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck, breddas därmed till att också omfatta arbete för lika rättigheter och möjligheter oavsett könskaraktäristika.

Inom såväl FN:s, som EU:s och Europarådets arbete för hbt-personers rättigheter inkluderas numera allt oftare arbetet för personer med intersexvariation. Den engelska term som ofta används för att beskriva denna inkludering är "sex characteristics". Utredningen har här gjort en direktöversättning, men vi är medvetna om att det kan finnas andra termer som är mer lämpliga på svenska.

Vid en inkludering också av personer med intersexvariation i arbetet för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, är det centralt att också denna grupps behov analyseras på samma sätt som behoven för övriga grupper har analyserats. Ibland sammanfaller behoven och åtgärderna kan samordnas för hela gruppen, ibland kan det vara fråga om särskilda behov för bara en grupp inom gruppen, eller ett gemensamt behov för ett par av grupperna.

Utredningen har bland annat kunnat konstatera att det finns ett starkt önskemål från både organisationer som arbetar för rättigheter för personer med intersexvariation och från hbtq-organisationer att kompetensen hos aktörer inom till exempel hälso- och sjukvården ska stärkas. Detta är alltså en åtgärd som skulle kunna samordnas. I andra fall, som till exempel när det gäller att vidta åtgärder som kan öka kännedomen om den egna medicinska historien, eller förbättra tillgången till specialiserad vård, är detta en åtgärd

gärd som i första hand berör personer med intersexvariation. Ett exempel på ett behov som ett par av grupperna har är behovet av att kunna ändra juridiskt kön genom en enkel administrativ process, som är aktuellt för både många transpersoner och personer med intersexvariation.

Utredningen har noterat att användningen av "hbt" respektive "hbtq" varierar inom såväl Regeringskansliets som myndigheters och civilsamhällets arbete. Vi förordar nu framöver att förkortningen "hbtq" används, som med tillägg av personer med intersexvariation alltså blir "hbtqi". Detta eftersom det är en förkortning som av många i den berörda gruppen uppfattas som mer inkluderande, då många identifierar sig som "queer".

Utredningen är medveten om att det finns en omfattande debatt och diskussion om "queer" som begrepp och identitet och att det inte finns någon enhetlig definition av vad eller vilka begreppet omfattar. Det finns också ett grundläggande ifrågasättande av huruvida "queer" alls kan användas som en identitet eller benämning på en grupp personer. Vi har inte haft möjlighet att inom ramen för detta uppdrag fördjupa oss i detta. Vi kan dock konstatera att många personer numera identifierar sig som "queer" och att dessa riskerar att drabbas av samma typ av diskriminering och annan utsatthet som övriga i den målgrupp som arbetet med strategin syftar till att förbättra situationen för. Oavsett om en person identifierar sig som "queer" och/eller homosexuell eller transperson kan personen diskrimineras på grund av sexuell läggning eller könsöverskridande identitet eller könsuttryck. Lagstiftningen utgår inte ifrån personers egen självdefinierade identitet, utan från vad motivet hos den som diskriminerar är. Det är alltså möjligt för både personer som identifierar sig som transpersoner och för personer som identifierar sig som "queer" att utsättas för till exempel diskriminering på grund av könsöverskridande identitet eller uttryck.

Fler strategiska myndigheter

I *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck* finns, som vi redogjorde för i kapitel 4, för vissa fokusområden myndigheter som utsetts till strategiska myndigheter. De utsedda strategiska myndigheterna är

Diskrimineringsombudsmannen (DO), Folkhälsomyndigheten, Statens kulturråd, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) och Socialstyrelsen. Deras roll och ansvar regleras i myndigheternas regleringsbrev.

Statskontoret föreslår i sin utvärdering att även Migrationsverket och Statens skolverk bör få status som strategiska myndigheter. Migrationsverket föreslås på grund av det ökade antalet asylsökande hbtq-personer. Statens skolverk föreslås då en öppen och inkluderande skola är en central förutsättning för hbtq-ungdomars välmående. Utredningen instämmer med Statskontorets bedömning och förslag, men vill lägga till ytterligare tre myndigheter som strategiska myndigheter i den kommande handlingsplanen: den nya Jämställdhetsmyndigheten, Polismyndigheten samt Barnombudsmannen (BO).

Som vi redogjort för i kapitel 5 i detta betänkande har många transpersoner ett lågt förtroende för polisen. Detta leder till att alla brott som transpersoner utsätts för inte anmäls till polisen, som då inte heller kan utreda och bekämpa brotten. Samtidigt uppger många transpersoner att de har erfarenhet av utsatthet, som i många fall innebär att de varit offer för ett brott som borde anmälts. Att polisen stärker sin kompetens vad gäller bemötande och sin transkompetens i arbetet mot brott som till exempel våld i nära relationer, hedersrelaterade brott och hatbrott är därför centralt. Det är utredningens uppfattning att förutsättningarna för detta skulle stärkas om Polismyndigheten utsågs till en av de strategiska myndigheterna. Under utformningen av den nya handlingsplanen kan myndigheten bidra med synpunkter till Regeringskansliet kring vilka områden som är mest prioriterade i nuläget.

Utredningen föreslår att också BO ska utses till en av de strategiska myndigheterna. I samtal med BO har utredningen fått information om att allt fler barn hör av sig till myndigheten med funderingar kring könsidentitet. Myndigheten har hittills inte arbetat så mycket med frågor som rör barn som funderar över sin könsidentitet, men uppger att de själva ser ett behov. Utredningen gör också bedömningen att ett stärkt trans- och intersexperspektiv i myndighetens arbete med barnkonventionen skulle vara ett led i att säkerställa rättigheter för unga transpersoner och barn och unga med intersexvariation.

Utredningen bedömer att också den nya Jämställdhetsmyndigheten borde vara en av de nya strategiska myndigheterna och också få ett samordnande uppdrag. Vi återkommer till detta nedan.

Statskontoret föreslog i sin utvärdering att regeringen genom myndigheternas regleringsbrev ger alla strategiska myndigheter i uppdrag att integrera ett hbt-perspektiv i arbetet. Utredningen stödjer detta förslag, men har också uppfattningen att det är nödvändigt med en balans mellan särskilda uppdrag och en integrering av frågorna i myndigheternas ordinarie verksamhet. Om endast skrivningar om en generell integrering av perspektivet används finns risken att fokus på frågorna faller bort ur arbetet om ingen på myndigheten har en särskild kompetens på området.

Utredningen vill också peka på behovet av att inkludera fler samhällsaktörer i arbetet för hbtqi-personers rättigheter, för att detta ska bli så starkt som möjligt. Hittills har arbetet med strategin innefattat bland annat möten mellan de strategiska myndigheterna och civilsamhällets organisationer. Vi ser gärna att Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), fortsättningsvis också inbjuds att delta. Detta skulle öka möjligheten för SKL att vara ett stöd för sina medlemmar till exempel i arbetet med att säkerställa att ett hbtqi-perspektiv finns med i relevanta handlingsplaner.

En myndighet med samordningsansvar

Vi föreslår att den nya Jämställdhetsmyndigheten utses att ansvara för samordningen av arbetet med den nya handlingsplanen för hbtqi-personers rättigheter.

Det är utredningens uppfattning att en myndighet behöver tilldelas ett myndighetsövergripande samordningsansvar för genomförandet av handlingsplanen, för att arbetet ska bli så effektivt som möjligt.

De utmaningar för jämställdhetsarbetet som beskrivs i Jämställdhetsutredningens slutbetänkande *Mål och myndighet – en effektiv styrning av jämställdhetspolitiken* (SOU 2015:86) och i regeringens skrivelse *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid* (skr. 2016/17:10) har mycket stora likheter med de utmaningar som denna utredning har sett vad gäller arbetet för lika rättigheter för transpersoner och personer med intersexvariation.

Som vi redogjorde för i kapitel 4 har regeringen i skrivelsen *Makt, mål och myndighet* gett flera skäl till varför den nya myndigheten ska bildas. Bland annat är förhoppningen att den nya myndigheten ska bidra till strategisk, sammanhållen och hållbar styrning och effektivt genomförande av jämställdhetspolitiken. Myndigheten ska ansvara för uppföljning, analys, samordning och stöd utifrån de jämställdhetspolitiska målen. Myndigheten ska också samordna och genomföra uppdrag som rör flera departement och myndigheter, och i sitt uppdrag utgå från hur andra maktordningar i relation till kön påverkar genomförandet av jämställdhetspolitiken. Dessutom ska myndigheten stödja arbetet med jämställdhetsintegrering vid myndigheter, landsting, regioner och kommuner. Myndigheten ska också bistå regeringen i bland annat det internationella samarbetet på jämställdhetsområdet.

Några av argumenten som ges för bildande av myndigheten är att det är mest effektivt och ger störst genomslag på politiken att bilda en myndighet, att en myndighet stärker jämställdhetsarbetet i ordinarie struktur och att det ger en kontinuitet och en sammanhållen organisation.

Regeringens argument i skrivelsen för varför en jämställdhetsmyndighet bör inrättas är rimliga, enligt utredningens uppfattning. Det är sannolikt att ett sammanhållet och systematiskt arbete på en myndighet som också har till uppgift att stödja andra aktörers arbete på området kommer att förstärka effekten av den förda politiken.

Argumenten har dessutom mycket gemensamt med de förslag till förbättringar som Statskontoret föreslog i sin utvärdering av den nu gällande strategin på området lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Statskontoret föreslog bland annat att regeringen utser en myndighet med ett särskilt samordnande ansvar för strategiarbetet.

Utredningen delar Statskontorets bedömning, och menar också att det, liksom regeringen framhåller avseende jämställdhetsarbetet, sannolikt ger störst genomslag på politiken inom ett visst område att ha en ansvarig myndighet.

I december 2016 gav regeringen en särskild utredare i uppdrag att förbereda och genomföra bildandet så att myndigheten ska kunna inleda verksamheten den 1 januari 2018 (dir. 2016:108). I mars 2017 överlämnade utredaren ett första förslag på verksamhetsplan för myndigheten (Komm2017/00201) och redogjorde där bland annat

för ett förslag att myndigheten under år 2018 ska arbeta med att analysera effekter av jämställdhetsintegrering som metod och också bygga upp en systematisk form för analys och utveckling inom de sex jämställdhetspolitiska delmålen.

Utredningen ser positivt på den första verksamhetsplan som lämnats över av utredaren som förbereder bildandet av den nya jämställdhetsmyndigheten och vill särskilt lyfta fram planens betoning av vikten av att inkludera också andra maktordningar i arbetet. Detta talar för att goda synergieffekter kommer att kunna uppnås såväl i arbetet för jämställdhet som i arbetet för hbtqi-personers rättigheter.

Utredningen vill särskilt påminna om att könsidentitet och könsuttryck har med kön att göra och inte med sexuell läggning. Det är därför särskilt rimligt att arbetet för lika rättigheter för transpersoner och personer med intersexvariation ingår i jämställdhetsarbetet. Som nämns i kapitel 4 har flera aktörer också framfört att det är önskvärt att detta arbete bedrivs med ett mindre binärt synsätt. Eftersom arbetet för transpersoners rättigheter också har många likheter med arbetet för homosexuellas och bisexuellas rättigheter, bland annat vad gäller utsatthet för hatbrott, är det dock rimligt att arbetet för lika rättigheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck fortsätter att vara samlat.

En samordnande roll för arbetet med implementeringen av hbtqi-handlingsplanen skulle innebära ett ansvar för uppföljning och utvärdering av de olika strategiska myndigheternas arbete. Samordningen skulle innebära att överblicken över arbetet med hbtqi-personers rättigheter skulle förbättras. I nuläget har en av de strategiska myndigheterna samordnande ansvar och ansvaret flyttas årligen mellan myndigheterna. Det är utredningens bedömning att när nu ännu fler myndigheter föreslås tillkomma är en tydligare samordning ännu viktigare än tidigare och det är önskvärt att en av myndigheterna ges detta ansvar.

Utredningen är medveten om att Jämställdhetsmyndigheten är en helt ny myndighet, och att det därför kan innebära utmaningar att ge denna ännu fler ansvarsområden. Vi vill därför ge en bakgrund till varför vi ändå landat i att detta förslag är det bästa.

Vare sig bland de myndigheter som i dag är strategiska myndigheter eller bland de som utredningen föreslår ska tillkomma som strategiska myndigheter finns det enligt utredningen någon, för-

utom Jämställdhetsmyndigheten, som har ett sådant brett fokus på olika politikområden som alla berörs i arbetet för hbtqi-personers rättigheter.

Närmast till hands ligger kanske DO, men som vi beskrev i kapitel 4, har DO än så länge en viss särställning bland myndigheterna på så sätt att ombudsmannens självständighet och oberoende säkras genom att myndighetens grundläggande ansvarsområden och uppgifter regleras i lag och att det därmed är riksdagen och inte regeringen som bestämmer mandatet. Vikten av en hög grad av självständighet och oberoende i förhållande till regeringen betonades bland annat i betänkandet *Bättre skydd mot diskriminering* (SOU 2016:87).

Övriga strategiska myndigheter har enligt utredningen ett tydligt avgränsat mandat inom sina respektive ansvarsområden, vilket skulle göra ett övergripande samordnande ansvar för arbetet med handlingsplanen för hbtqi-personers rättigheter till en ganska apart del av myndighetens uppdrag och dessutom riskera att ge arbetet en slagsida åt det område som den samordnande myndigheten är verksam inom.

Ett alternativ, eller ett komplement, till att utse den nya jämställdhetsmyndigheten till samordnande myndighet för arbetet skulle kunna vara att inrätta ett kunskapscentrum om hbtqi-personers levnadsvillkor, av liknande slag som det norska Lhbt-senteret som vi beskrev i kapitel 4. Ett sådant centrum skulle exempelvis kunna vara knutet till ett universitet, på samma sätt som Nationellt centrum för kvinnofrid hittills varit knutet till Uppsala universitet. Centret skulle också kunna utgöra en mindre del av den nya Jämställdhetsmyndigheten. För utredningen är det dock mycket centralt att erfarenheter från arbetet med jämställdhet tas till vara i arbetet med andra jämlikhetsfrågor, som arbetet för hbtqi-personers rättigheter och möjligheter. En nära kontakt med den nya jämställdhetsmyndigheten är därför oavsett organisation något vi ser som nödvändigt i det fortsatta arbetet.

Utredningen noterar att Jämställdhetsmyndigheten, i regeringskansliets nuvarande interna organisering, ligger under Socialdepartementet, medan till exempel DO och arbetet med *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck* hör till Kulturdepartementet i nuläget, och att detta innebär att de därmed hör hemma under olika politikområden.

Vi kan dock konstatera att frågor som rör hbtqi-personer redan nu i praktiken hanteras av flera olika departement och att ett departementsövergripande arbetssätt är nödvändigt. Utredningen har också noterat att den nya Jämställdhetsmyndigheten redan föreslås få ansvar för frågor som inte sorterar under jämställdhetspolitiken, som till exempel frågor om människohandel för andra ändamål än sexuella.

I nuläget är det enligt instruktionen för Regeringskansliet Kulturdepartementet som ansvarar för utveckling och samordning av arbetet för lika rättigheter och skyldigheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, såvida det inte rör sig om en fråga som hör till ett annat departement. Det är utredningens uppfattning att detta faktum inte kan vara ett avgörande hinder för att ge Jämställdhetsmyndigheten uppdraget att samordna arbetet med tillämpningen av handlingsplanen. Det ligger dock utanför utredningens uppdrag att föreslå exakt hur Regeringskansliet ska organisera sitt arbete.

Ett stödande uppdrag

Det är utredningens mening att Jämställdhetsmyndigheten också borde bistå med stöd till kommuner, landsting, regioner och statliga myndigheter i arbetet med att ta fram och implementera ett hbtqi-perspektiv i till exempel handlingsplaner. Som vi redogjort för i kapitlet om psykisk hälsa faller ett stort ansvar på lokala aktörer och det är tydligt att det i mycket hög utsträckning är enskilda personers engagemang som är avgörande för om ett trans- och intersexperspektiv inkluderas i till exempel suicidpreventionshandlingsplaner. Detta leder till en orimligt ojämlig situation och det är inte sannolikt att det kommer vara möjligt för varje enskild kommun att själva få fram den kompetens som krävs. Ett stöd i arbetet skulle öka sannolikheten för att medvetenheten om transpersoners och personer med intersexvariations behov leder till ett inkluderande i relevanta handlingsplaner.

I det ovannämnda första förslaget till verksamhetsplan för Jämställdhetsmyndigheten betonade utredaren att uppdraget att ge stöd till myndigheter, landsting, regioner och kommuner i genomförandet av jämställdhetspolitiken ska ha som utgångspunkt att också

andra maktordningar, som till exempel könsidentitet och könsuttryck, i relation till kön påverkar genomförandet av jämställdhetspolitiken.

Utredningen delar den bedömningen och vill också framhålla det som Nationella sekretariatet för genusforskning påpekat i *Så gör du: HBTQ-kompetent jämställdhetsarbete. En handledning för dig som arbetar med jämställdhetsintegrering på myndighet*. Det finns ett stort behov av ett systematiskt, integrerat arbete, inte minst på lokal och regional nivå, med frågor om till exempel hur arbetet för psykisk hälsa bättre kan inkludera transpersoner och hur kommuner kan säkerställa att alla kan ta del av de möjligheter till fysisk träning som erbjuds. Här finns stora lärdomar att dra från hur arbetet med jämställdhet har bedrivits, vilket borde kunna användas också inom arbetet för hbtqi-personers rättigheter.

Möjligheter till förbättring av jämställdhetspolitiken

Det ligger inte inom ramen för den här utredningens uppdrag att bidra med någon djupgående analys av de jämställdhetspolitiska målen eller föreslå någon förändring av jämställdhetspolitikens inriktning, men det är angeläget att påpeka det uppenbara problemet med den binära synen på kön i målformuleringarna, vilket också påpekades av flera remissinstanser på den jämställdhetspolitiska utredningen, bland andra Nationella sekretariatet för genusforskning och RFSL. Det övergripande målet med jämställdhetspolitiken är inte att alla ska ha samma makt att forma samhället och sitt eget liv oavsett kön, utan att kvinnor och män ska ha det. Detta leder till att en av de grupper som den här utredningen ska belysa situationen för, icke-binära personer, utesluts ur jämställdhetsarbetet.

Utredningen har inte heller kunnat hitta någon definition av begreppen "kvinnor" och "män". Är det personer som har något av dessa två juridiska kön som avses, eller definieras kön på något annat sätt? Dessa brister leder förstås också till frågor om hur personer med intersexvariation inkluderas i jämställdhetsarbetet.

För vår utredning innebär detta att en konsekvensanalys ur ett jämställdhetsperspektiv, där de jämställdhetspolitiska målen är utgångspunkten, blir svår genomförd. Vår analys är att en omformulering av målen i linje med vad Nationella sekretariatet för genusforskning eller RFSL föreslår vore gynnsamt också för inklude-

ringen av transpersoner och personer med intersexvariation i arbetet för att alla ska ha samma makt att forma samhället och sitt eget liv. RFSL:s förslag till formulering av målen var att lägga till ”alla, oavsett kön, könsidentitet och könsuttryck”, efter skrivningarna om ”kvinnor och män”. Syftet var att försöka åstadkomma en skrivning som skulle synliggöra ojämlikhet mellan just kvinnor och män, men ändå inte osynliggöra andra personer som också påverkas av ojämlikhet baserad på kön och därför borde inkluderas i jämställdhetsarbetet.

Utredningens bedömning är att det i det föreslagna uppdraget till Jämställdhetsmyndigheten att samordna arbetet för lika rättigheter för hbtqi-personer bör ingå att säkerställa att arbetet med uppföljningen av de jämställdhetspolitiska målen blir trans- och intersexinkluderande. Som konstaterats är målen i sin nuvarande utformning utformade utifrån en binär syn på kön, men som visats i bland annat sekretariatets handledning om hur jämställdhetsintegreringsarbetet kan bli mer hbtqi-kompetent, finns ändå möjlighet att utifrån målen arbeta på ett sätt så att icke-binära personer inkluderas i arbetet för allas lika rätt oavsett kön.

Vi menar att både arbetet för hbtqi-personers rättigheter och jämställdhetsarbetet skulle vinna på samordning. Det är en ofta upprepad målsättning, också i regeringens skrivelse om jämställdhetspolitiken, att jämställdhetsarbetet ska ha ett mer intersektionellt förhållningssätt. Som Nationella sekretariatet för genusforskning konstaterar i sin guide till hbtqi-kompetent jämställdhetsarbete är dock de praktiska erfarenheterna av detta än så länge få, och det riskerar att bli resurskrävande för de aktörer som är först ut med att försöka kombinera perspektiven. Om Jämställdhetsmyndigheten får ansvar för att samordna arbetet med hbtqi-handlingsplanen finns goda möjligheter till synergieffekter.

Utredningen vill också understryka det sekretariatet påpekar om vikten av att ta till sig lärdomar från arbetet med jämställdhetsintegrering in i arbete med hbtqi-rättigheter, samtidigt som hbtqi-rättighetsarbetet inkluderas i jämställdhetsintegreringsarbetet. För att verklig skillnad ska kunna uppnås för transpersoner och personer med intersexvariation krävs ett mer integrerat, systematiskt arbete också med dessa perspektiv. Att ge Jämställdhetsmyndigheten i uppdrag att samordna arbetet med hbtqi-personers rättigheter, och arbeta tillsammans med de andra strategiska myndigheterna, skulle

innebära stora möjligheter till ett bättre, mer inkluderande jämställdhetsarbete.

14.1.2 Utredning om att införa ett tredje juridiskt kön

Förslag: Regeringen tillsätter en utredning i syfte att utreda möjligheten till ett tredje juridiskt kön i Sverige samt därmed ett införande av könsneutrala personnummer.

Den svenska folkbokföringen utgår från att den som vistas i Sverige en längre tid tilldelas ett personnummer eller samordningsnummer. Numrens respektive konstruktion regleras i folkbokföringslagen (1991:481). Av 18 § och 18 a § folkbokföringslagen framgår att personnumret respektive samordningsnumret är könsspecifikt på så sätt att den tredje siffran efter födelsedatumet är jämn för kvinnor och udda för män. Det tilldelade juridiska könet kan alltså utläsas direkt av personnumret.

Konstruktionen med könsspecifika personnummer har vissa fördelar, framför allt gör den det möjligt att ta fram könsspecifik statistik, något som framhållits som centralt för jämställdhetsarbetet i Sverige. För många transpersoner och personer med intersexvariation har konstruktionen med könsspecifika personnummer dock betydande nackdelar. Ett flertal negativa konsekvenser har behandlats i detta betänkande, bland annat i kapitel 11 om administrativa svårigheter.

I sammanhanget kan till exempel nämnas att det innebär att transpersoner riskerar att få sin transidentitet eller transbakgrund känd mot sin vilja. Det förhållandet att könsmarkören är binär och enbart utgår från kategorierna man och kvinna innebär även att personer som inte kan eller inte vill identifiera sig i enlighet med dessa kategorier osynliggörs i statistiken. Gruppen får inte heller ett rättsligt erkännande eftersom den egna könsidentiteten inte erkänns av staten.

I Transgender Europes (TGEU:s) enkätundersökning från år 2016 (TGEU 2017b) ställdes frågan om det skulle vara en bra idé att införa ett alternativ till ett tredje juridiskt kön. 79 procent av respondenterna som var transpersoner instämde starkt och 72 procent av vårdgivarna ansåg att det skulle vara en bra idé. Av de svenska

respondenterna svarade 54 procent av de som inte planerade att ändra juridiskt kön att anledningen till det är att det inte finns något alternativ som passar dem.

För att transpersoners levnadsvillkor och hälsa ska förbättras är synlighet och rättsligt erkännande centralt. Det är i förlängningen en fråga om rätten till privatliv som fastställts av Europadomstolen vid flera tillfällen (se Europadomstolens domar *B. mot Frankrike* den 25 mars 1992 [plenum] appl.nr 13343/87, *Christine Goodwin mot Förenade kungariket* [GC] den 11 juli 2002, appl.nr 28957/95; *Y.Y. mot Turkiet* den 10 mars 2015, appl.nr 14793/08). Europarådet har även, vilket vi redogjort för i kapitel 3, uppmanat medlemsstaterna att överväga att införa en tredje könskategori för dem som önskar tillhöra en sådan (se PACE resolutionen 2048 [2015]).

För att minimera de negativa konsekvenser som följer av att den enskilde inte obehindrat kan delta i samhällslivet anser vi att regeringen bör tillsätta en utredning som får i uppgift att utreda konstruktionen av personnummer, det vill säga det sätt som juridiskt kön registreras i Sverige, på så sätt att ett tredje juridiskt kön möjliggörs. En sådan utredning skulle behöva omfatta en genomgång av de författningsändringar och de system som skulle komma att påverkas av en sådan förändring samt av kostnaderna för en sådan ändring. Det är centralt att en utredning om att införa ett tredje juridiskt kön utgår från att könstillhörigheten ska utgå från självidentifikation. En konstruktion med könsneutrala personnummer skulle avhjälpa ett flertal av de administrativa problem som transpersoner ställs inför, som vi redogjorde för i kapitel 11.

Med nödvändighet måste en sådan utredning utreda möjligheten att införa helt könsneutrala personnummer, se över hur juridiskt kön kan registreras på annat sätt i folkbokföringen, samt beakta vikten av att kunna samla in relevant statistik, för att kunna fortsätta att analysera ojämlikhet som grundar sig i könstillhörighet. Med ett tredje juridiskt kön skulle denna centrala del av svensk jämställdhetspolitik dessutom bli mer korrekt.

Frågan om personnumrets konstruktion har tidigare berörts i Folkbokföringsutredningens betänkande *Personnummer och Samordningsnummer* (SOU 2008:60). Utredningen konstaterade i sitt betänkande att en ändring av personnumret torde innebära kostnader för i stort sett alla sektorer i samhället och att det var svårt att uppskatta de totala kostnader som förslaget kan komma att med-

föra. Utredningen nämner vidare i sitt betänkande att det både finns för- och nackdelar med att personnumret innehåller den information som den gör i dag. Uppgiften om kön har betydelse inom forskningen och den statistiska verksamheten för att kunna redovisa resultaten uppdelade på kön. Utredningen konstaterar å andra sidan att det är en fördel om enskilda inte behöver byta personnummer vid till exempel ändrad juridisk könstillhörighet. Utredningen hade dock inte till uppgift att utreda just frågan om könsneutrala personnummer och fördjupade sig inte i saken.

14.1.3 Kunskap om hbtqi-personers levnadsvillkor i relevanta utbildningar

Förslag: Ändringar i examensbeskrivningarna i högskoleförordningen i relevanta utbildningar genomförs för att säkerställa att kunskap om hbtqi-personers och personer med intersexvariationers levnadsvillkor ingår.

I utredningens direktiv noteras att Folkhälsomyndigheten i sin rapport *Rätten till hälsa – Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa* (2016) konstaterar att många i samhället, speciellt de personer som i sin yrkesroll möter transpersoner, behöver mer kunskap om frågor kring könsidentiteter. Detta är också en mycket vanlig uppfattning bland transpersoner. Synpunkter om detta har nämnts på våra communityforum och framförts i inskickade berättelser.

Det framgår också av TGEU:s enkätundersökning från 2016 (TGEU 2017b) att över 90 procent av de svenska respondenterna ansåg att det skulle förbättra tillgången till den allmänna hälso- och sjukvården om alla anställda fick regelbunden och obligatorisk utbildning om transfrågor. Över 80 procent ansåg att det vore en bra idé att ha transspecifika kliniker och mottagningar. TGEU menade att allmänläkare behöver ha mer kunskap om transidentiteter och erfarenheter för att kunna ge rätt vård.

Utredningen har också noterat att regeringen i den tioåriga nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor, vilken presenterades i den jämställdhetspolitiska skrivelsen *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid*

(skr. 2016/17:10), har inkluderat just ett sådant förslag. Högskoleförordningens (1993:100) examensordning för de yrkesexamina där det bedöms mest angeläget ska ändras. Regeringen anser att de yrken där detta är relevant för att förbättra arbetet mot mäns våld mot kvinnor är fysioterapeutexamen, juristexamen, läkarexamen, psykologexamen, sjuksköterskeexamen, socionomexamen och tandläkarexamen. Utredningen välkomnar detta förslag och noterar att det av skrivelsen (skr. 2016/17:10) också framgår att strategin även omfattar hbtq-personers utsatthet för våld i nära relationer. Vi konstaterar att krav på en sådan ändring i examensbeskrivningar är något som under lång tid framförts av organisationer som är verksamma på området mäns våld mot kvinnor, exempelvis Unizon. Samma krav har under mycket lång tid också framförts av organisationer som arbetar för hbtq-organisationers rättigheter, liksom från organisationer som arbetar för rättigheter för personer med intersexvariationer, till exempel RFSL och INIS.

Vi föreslår därför om att ändringar görs i examensordningen så att kunskap om hbtqi-personers levnadsvillkor ska ingå i relevanta yrkesexamina, liksom en starkare betoning av vikten av ett jämlikt, kompetent och respektfullt bemötande oavsett sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och könskaraktäristika.

De yrkesexamina som regeringen identifierat ovan menar vi är relevanta också på vårt område, men vi vill också lägga till följande utbildningar: farmaceut, folkhälsovetare, lärare, samhällsplanerare, arkitekt.

Utredningen kan också konstatera att flera andra aktörer också har framfört liknande tankar. Bland annat föreslår MUCF i Fokus15 (MUCF 2015) att mänskliga rättigheter generellt och sexuella rättigheter specifikt, bör ingå som ett ämne i lärar- och rektorsutbildningar. I UngKAB15 (Folkhälsomyndigheten 2017c) framför Folkhälsomyndigheten att fler yrkesgrupper i skolan borde få kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i sin grundutbildning, för att unga ska få jämlika förutsättningar. Framför allt, menade Folkhälsomyndigheten, behöver kunskaperna ingå i yrkesutbildningar för förskollärare, lärare och personal inom elevhälsan (sjuksköterskor, psykologer, läkare och socionomer).

14.1.4 Ökade möjligheter till personlig upprättelse för diskriminerade

Bedömning: Fortsatt stärkt statligt stöd till antidiskrimineringsbyråerna och ökad uppföljning ur transperspektiv.

Som vi redogjorde för i kapitel 4 får antidiskrimineringsbyråerna i dag statligt stöd enligt förordningen (2002:989) om statligt stöd för verksamhet som förebygger och motverkar diskriminering. För närvarande finns 16 antidiskrimineringsbyråer geografiskt utspridda. För verksamhetsåret 2017 fördelade MUCF totalt 13,5 miljoner kronor till antidiskrimineringsbyråernas arbete.

Ramböll Management genomförde år 2009 en utvärdering av lokal antidiskrimineringsverksamhet som finansieras av statsbidrag. Enligt Rambölls bedömning har antidiskrimineringsbyråernas verksamhet ett stort värde framför allt för att verksamheten når en målgrupp som andra aktörer på området har svårt att nå ut till. Vidare har de en förmåga att anpassa sina insatser efter behov och efterfrågan på den lokala nivån. Enligt Ramböll kan svaga grupper i samhället ha särskilt stor nytta av antidiskrimineringsbyråernas verksamhet och verksamhetens oberoende kan bidra till att nå en målgrupp som inte har förtroende för till myndigheter. Ramböll menade dock att bristande kontinuitet och incitament till utveckling hindrar antidiskrimineringsbyråerna att nå sin fulla potential.

I betänkandet *Bättre skydd mot diskriminering* (SOU 2016:87) konstateras att antidiskrimineringsbyråerna spelar en viktig roll i det lokala och regionala arbetet med att motverka diskriminering. Utredningen föreslår att storleken på stödet till byråerna bör höjas och att minst hälften av bidraget ska gå till att stödja enskilda, samt konstaterar också att många av antidiskrimineringsbyråernas problem har samband med att resurserna är små.

Som vi redogjorde för i kapitel 4 var Sveriges Antidiskrimineringsbyråer (SADB) i sitt remissyttrande positiva till förslaget om ökade resurser till antidiskrimineringsbyråerna, men motsatte sig förslaget om att det huvudsakliga målet ska vara att stödja enskilda, eftersom behoven ser olika ut på olika platser i landet. SADB pekade också på att byråernas dåliga ekonomi i nuläget gör det svårt att utveckla verksamheten.

I budgetpropositionen för år 2018 föreslår regeringen att stödet för det lokala antidiskrimineringsarbetet utökas med 15 miljoner kronor från och med år 2018, vilket innebär att anslaget mer än fördubblas. Utredningen välkomnar detta förslag.

Utredningen anser att det är rimligt att antidiskrimineringsbyråerna får ett utökat stöd, men vill också framhäva vikten av kontinuitet och långsiktighet i byråernas framtida finansiering. Att medlen endast kan sökas för ett år i taget försvårar detta.

Som utredningen har redogjort för i kapitel 5 om transpersoners levnadsvillkor har en relativt stor andel av transpersonerna lågt förtroende för olika samhällsinstanser, och avstår från att söka stöd och hjälp av detta skäl.

Som vi konstaterat i kapitel 4 och kapitel 10 har DO hittills inte drivit något ärende på diskrimineringsgrunden könsöverskridande identitet eller uttryck, vilket däremot en del antidiskrimineringsbyråer har gjort. Att DO inte drivit något fall är något som ofta kommit upp på de communityforum och möten med organisationer som utredningen har haft. Det har varit tydligt att detta faktum bidragit till att många har ett bristande förtroende för DO, även om myndigheten bedriver annat arbete, såsom tillsynsarbete på området. Många avstår därför från att anmäla.

Utredningen har naturligtvis förhoppningen att fler personer ska anmäla inträffade händelser som skulle kunna utgöra diskriminering till DO och menar också att det vore mycket positivt om myndigheten drev ärenden utifrån diskrimineringsgrunden könsöverskridande identitet eller uttryck i syfte att få domar som kan vara vägledande i det fortsatta arbetet mot diskriminering. Vi instämmer också med förslaget i SOU 2016:87 om att fler tillsynsärenden borde initieras av myndigheten.

Samtidigt menar utredningen att det är centralt att antidiskrimineringsbyråernas verksamhet kan fortsätta att stärkas, inte minst ur ett transperspektiv.

Utredningen välkomnar därför det ökade anslaget i budgetpropositionen för 2018, men vill alltså också förorda att byråerna ges möjlighet att söka stödet för flera år i taget för att främja möjligheterna att planera mer långsiktigt. Utredningen anser också att det statliga stödet borde fortsätta att öka över tid.

Utredningen menar också att förslaget i SOU 2016:87 om ökade återrapporteringskrav är ett bra förslag. Centralt är att kraven

inte blir så omfattande att de inkräktar på själva verksamheten. Från vårt perspektiv vill vi lägga till en aspekt i återrapporteringen. SOU 2016:87 nämner framför allt vikten av att byråerna håller en god kvalitet. För oss är det också av vikt att säkerställa att de antidiskrimineringsbyråer som får bidrag ska sträva efter att arbeta med alla diskrimineringsgrunder, inklusive könsöverskridande identitet eller uttryck, och säkerställa att de har kompetensen att göra så. I nuläget syns en tydlig skillnad mellan antidiskrimineringsbyråerna där några har drivit flera fall på denna grund, och andra inte har drivit något. Även om det naturligtvis inte går att kräva att alla byråer alla verksamhetsår ska driva fall på samtliga grunder är det ändå rimligt att en byrå som får bidrag för sin verksamhet ska visa hur byrån arbetar för att upprätthålla en bredd.

Utredningen instämmer däremot med SADB när de i sitt remissyttrande påpekar att det inte är rimligt med ett strikt krav på att hälften av verksamheten ska bestå av stöd till enskilda. Utredningen vill också instämma i påpekandet i remissyttrandet om att det är tveksamt om Sverige lever upp till EU-rättens krav på effektiva, avskräckande och proportionerliga sanktioner vid överträdelse av diskrimineringsförbuden. SADB menar att det måste utredas mer hur sanktionsmöjligheterna kan förbättras så att förutsättningarna för enskilda att få upprättelse i domstol förbättras. Utredningen instämmer i att detta vore önskvärt.

14.1.5 Utred vilka hinder transpersoner upplever vid resande

Förslag: Jämställdhetsmyndigheten ges i uppdrag att utreda vilka hinder transpersoner upplever i samband med resor.

I arbetet med den här utredningen har vi kunnat konstatera att det förekommer olika former av hinder och bemötandeproblematik som transpersoner kan stöta på när de reser, både vid resor inrikes och internationellt. Det finns indikationer på att transpersoner inte har samma möjligheter till fri- och rörlighet som övriga befolkningen, något som riskerar att få negativa konsekvenser såväl i privatlivet som i yrkeslivet.

De problem som finns beskrivna i utredningen gäller bristfälligt bemötande vid flygplatsernas säkerhetskontroller, svårigheter som

uppstår i passkontroll eller motsvarande då identitetshandlingar inte överensstämmer med könsuttryck samt att det vid bokning av resa med flyg eller fartyg krävs att individen anger uppgifter om kön: man eller kvinna.

Ansvar för ovanstående områden ligger hos olika aktörer. Till exempel hanteras frågor som rör passkontroller i Sverige av Polisen, medan frågan om vilka uppgifter som behöver samlas in vid bokning av flygbiljetter huvudsakligen styrs av International Air Transport Association (IATA)¹ och deras medlemmar.

Eftersom vårt kunskapsunderlag är begränsat anser vi att en aktör bör få i uppdrag att sammanhållet utreda frågan om hinder vid resor vidare. Vår bedömning är att Jämställdhetsmyndigheten (eller den myndighet som regeringen tilldelar ett samordnande ansvar för hbtqi-frågorna) är den myndighet som har bäst förutsättningar att genomföra en sådan övergripande utredning. Arbetet bör genomföras i samråd med andra berörda aktörer såsom Transportstyrelsen, Polisen, Tullverket och Kustbevakningen. I uppdraget bör ingå att identifiera vilka problem transpersoner stöter på när de reser i Sverige samt vilka problem svenska transpersoner stöter på när de reser utrikes. Utredningen ska identifiera på vilka sätt transpersoners fri- och rörlighet begränsas av dessa hinder samt föreslå åtgärder för att förbättra transpersoners möjligheter att resa både inrikes och utrikes.

I dag har personer som genomgår könsbekräftande behandling möjlighet att få ett intyg från sin läkare där detta framgår. Intyget används vid resande för att hjälpa individen bevisa sin identitet, när könsuttrycket och det juridiska könet inte stämmer överens. Det pågår för närvarande ett utredningsarbete inom regeringskansliet för att separera ändring av juridiskt kön helt från den medicinska könsbekräftande behandlingen. När en sådan separation är genomförd är det rimligt att motsvarande intyg som i dagsläget skrivs av läkare även tillhandahålls av en annan instans. Det bör ingå i uppdraget till Jämställdhetsmyndigheten att föreslå hur detta skulle kunna göras.

¹ IATA är en internationell organisation med flygbolag som medlemmar. Organisationen har 275 medlemmar från 117 länder. Dess främsta syfte är verka för pålitliga och säkra flygtransporter av såväl passagerare som gods.

14.1.6 X som könsmarkör i svenska pass

Förslag: Polismyndigheten ges i uppdrag att undersöka möjligheten att införa alternativet X som könsmarkör i svenska passhandlingar.

Sverige har i dag två juridiska kön: man och kvinna. Det är det juridiska könet som registreras i folkbokföringen och som anges i identitetshandlingar som exempelvis pass. Ett pass som anger ett juridiskt kön som inte tycks stämma överens med passinnehavarens könsuttryck kan leda till ifrågasättande från säkerhetspersonal. Utredningen har också fått in berättelser från personer som anger att de inte vågar resa någonstans på grund av rädsla för hur de ska bli behandlade i passkontrollen (se kapitel 5).

Sverige följer i dag bestämmelser och riktlinjer för utformning av pass som utfärdas av FN:s internationella luftfartsorgan och EU:s direktiv om utformning av pass. Bestämmelserna anger att könstillhörighet ska ingå som en obligatorisk uppgift i utformningen av pass men att det är tillåtet att markera könstillhörighet med ett X för ospecificerat i stället för M för male och F för female. Det som reglerar könsmarkören i svenska pass är det juridiska kön som anges i folkbokföringen och som markeras genom den näst sista siffran i personnumret. Utredningen menar att möjligheten att införa alternativet X som könsmarkör i passet inte utgör något hinder för identifiering av det juridiska könet då det fortfarande kommer att framgå av personnumrets näst sista siffra. Förändringen skulle däremot innebära att personer som behöver det får en identitetsmarkör i passet som de kan känna sig bekväma med. De svenska personnumrens konstruktion är heller i regel inte kända av personer utanför Sverige.

Utredningen föreslår att regeringen ger Polismyndigheten i uppdrag att undersöka möjligheten att få X inskrivet som könsmarkör i svenska passhandlingar. Förslaget bör ses som en del i arbetet med en modernare inställning till regelverket för juridisk kön och är en viktig del av att transpersoner ska kunna leva i enlighet med sin könsidentitet. I uppdraget ska ingå att utforma information om att X som könsmarkör i pass inte godtas av alla länder och att det därför inte går att resa överallt med ett sådant pass.

14.1.7 Tillgängliga toaletter och omklädningsrum

Förslag: Regeringen inför ett statsbidrag för stöd till utvecklingsprojekt för transinkluderande miljöer.

DO ges i uppdrag att, i samarbete med Boverket, ta fram en vägledning för hur transinkluderande omklädningsrum och toaletter kan utformas.

Alla offentliga aktörer bör skylta enskilda toaletter könsneutralt.

Könsuppdelade fysiska miljöer, i form av toaletter och omklädningsrum, skapar otrygghet och otillgänglighet för transpersoner och får negativa konsekvenser för gruppen både i arbetslivet och på fritiden. En indelning av samhället i ”herr” och ”dam” sätter icke-binära personer i en omöjlig situation: att tvingas välja något som de inte är. Utöver den stress som detta innebär för individer så finns också risken att andra påpekar att de tycker att personen är på ”fel” toalett eller i ”fel” omklädningsrum. Hotfulla och direkt aggressiva situationer kan uppstå, eller personer kan helt nekas tillträde till toaletten. Även binära transpersoner som inte uppfattas av andra som det kön de identifierar sig som riskerar att utsättas för represalier när de besöker en offentlig toalett. Upprätthållandet av könsuppdelade rum bidrar också till att osynliggöra ickebinära personer. Att gå på toaletten är ett grundläggande mänskligt behov. Ingen ska behöva uppleva det som hotfullt och farligt att besöka en offentlig toalett.

I kapitel 3 redogjorde vi för en rapport från FN:s särskilda rapportör om den mänskliga rätten till vatten och sanitet från 2016, som tar upp just denna fråga. Rapportören konstaterar att hbtqi-personer och andra personer som avviker från normer för kön utsätts för diskriminering när det gäller tillgång till bland annat toaletter och också riskerar att utsättas för våld, trakasserier och övergrepp i dessa sammanhang. Rapportören betonar att toaletter måste vara tillgängliga och trygga för alla, inklusive transpersoner och andra som avviker från normer för kön, vilka riskerar att utsättas för våld och övergrepp när de använder könssegregerade sanitetsanläggningar.

Utredningen anser därför att det är eftersträvansvärt att toaletter som är separerade enskilda rum ska göras könsneutrala. I det fall flera toaletter finns i ett rum som är märkta för ”damer” och ”herrar”,

behöver det säkerställas att det finns ett könsneutralt alternativ. När det gäller nybyggnation anser vi att det generellt är eftersträvänsvärt att bygga könsneutrala, enskilda toaletter.

Frågan om tillgängliga toaletter för transpersoner skiljer sig från frågan om omklädningsrum som behöver angripas på ett annorlunda sätt. Att det inte finns omklädningsrum som är anpassade för transpersoner försvårar deltagande i träning och idrott. Det bör därför i större utsträckning införas så kallade flexomklädningsrum där personer oavsett kön kan byta om, som komplement till dam- och herromklädningsrum.

Staten bör uppmuntra och stödja kommuner och landsting som vill arbeta med att skapa transinkluderande miljöer. Utredningen föreslår därför att regeringen inrättar ett statsbidrag så att Boverket eller annan lämplig myndighet får fördela stöd till renovering i syfte att skapa transinkluderande miljöer.

Utredningen föreslår även att DO eller annan lämplig myndighet ges i uppdrag att ta fram en vägledning och en informationskampanj för hur man skapar fysiska miljöer som är inkluderande för transpersoner. Uppdraget bör utföras i nära samarbete med Boverket. Målgruppen ska vara kommuner, landsting och statliga myndigheter samt privata byggherrar och arkitekter. I ett sådant uppdrag kan det med fördel ingå att utforma ett förslag på en könsneutral toalettskylt som uppfyller de krav som ställs på skyltar i utomhus- och inomhusmiljö i Boverkets byggregler och som kan användas av intresserade aktörer. Det är rimligt att anta att det blir lättare för många att skylta om toaletter om det finns ett färdigt förslag på en könsneutral toalettskylt eftersom de då själva inte behöver utforma nya skyltar.

En könsneutral toalettskyltning är ett kostnadseffektivt sätt att skapa en transinkluderande miljö och vi vill därför uppmana alla offentliga aktörer att skylta sina enskilda toaletter med könsneutral skyltning.

14.1.8 Ökad kunskap om transpersoners brottsutsatthet

Förslag: Ett uppdrag ges till Polismyndigheten att genomföra en intern kompetenshöjning med hbtqi-perspektiv, med tydligt transperspektiv, gällande hatbrott, hedersrelaterade brott och våld i nära relationer.

Ett uppdrag ges till Brottsförebyggande rådet att inkludera transpersoner i Nationella trygghetsundersökningen.

I september 2017 publicerade Polismyndigheten en internrevisionsrapport om polisens arbete med hatbrott. Vi har redogjort för innehållet i rapporten i kapitlet om transpersoners levnadsvillkor. Utredningen noterar att myndigheten själva beskriver sitt arbete som ett där det finns utrymme för förbättringar. Som vi beskrev i samma kapitel finns det också ett förhållandevis lågt förtroende från transpersoner gentemot polisen. I Folkhälsomyndighetens rapport (Folkhälsomyndigheten 2015a) uppger också 25 procent av de svarande som uppgett att de har utsatts för våld, att de har erfarenhet av att utsättas för våld av en polis under yrkesutövning. Samtidigt har många transpersoner erfarenheter av att utsättas för hatbrott, hedersrelaterade brott och våld i nära relation. Allt detta sammantaget leder till att utredningen vill föreslå ett uppdrag till polismyndigheten att arbeta med intern kompetenshöjning med ett hbtqi-perspektiv i myndighetens arbete med frågor som rör hatbrott, hedersrelaterade brott och våld i nära relationer.

Vi vill påpeka att dessa brott ofta är svåra att skilja åt. Ofta har transpersoner också erfarenhet av flera olika typer av brott. Det kan röra sig om utsatthet från såväl den egna familjen, som av okända personer.

Vi föreslår (se 14.1.1 ovan) att Polismyndigheten ska vara en av de nya strategiska myndigheterna för arbetet med lika rättigheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. De strategiska myndigheterna deltar i utformningen av sitt eget arbete inom ramen för uppdraget att vara en strategisk myndighet. Myndigheten identifierar själva behoven och vidtar lämpliga åtgärder.

Utredningen ser att det finns behov av kompetenshöjning inom flera olika områden, liksom det finns behov av arbete med att förbättra bemötandet och öka förtroendet för polisen hos utsatta grupper, som till exempel transpersoner, så att dessa anmäler de brott de

utsatts för. I vilken ordning dessa satsningar ska utföras har utredningen inga starka uppfattningar om. Det ryms inte heller inom ramen för vårt uppdrag att ha detaljerade synpunkter på polisens arbete.

I kapitlet om transpersoners levnadsvillkor redogör vi för resultat från Nationella trygghetsundersökningen i syfte att få fram jämförande uppgifter från befolkningen i stort. Vi kan konstatera att denna undersökning inte inkluderar transpersoner eftersom inga bakgrundsfrågor ställs om de svarandes könsidentitet eller transfarenhet. Utredningens anser att detta vore önskvärt.

14.1.9 Stöd till civila samhällets arbete med brottsofferstöd

Förslag: Ett långsiktigt ekonomiskt stöd till civila samhällets stödverksamhet för hbtqi-personer som brottsoffer ska säkerställas.

Det finns ett begränsat ekonomiskt stöd till civila samhällets organisationers stödverksamhet som riktar sig till hbtqi-personer som drabbats av hatbrott, våld i nära relationer eller hedersrelaterat våld och förtryck. Socialstyrelsen har under många år fått i uppdrag att årligen fördela medel till verksamhet som vänder sig till hbtq-personer som utsatts för våld. Att särskilda medel har utgått till denna verksamhet kan möjligen förklaras av att kvinnojourerna inte alltid tar emot alla hbtqi-personer eller att de inte alltid har kompetens att ta emot dem.

Utredningen kan konstatera att hbtqi-personers utsatthet inte har minskat över åren och att den enda befintliga hatbrottsjour som riktar sig enbart till hbtqi-personer (RFSL:s brottsofferjour) återkommande hamnar i en osäker finansiell situation eftersom finansieringen hänger på årliga beslut om utbetalning av medel. Bidrag till verksamheter som bedöms behövliga över tid bör vara förordningsstyrda. Utredningen bedömer att behovet är långsiktigt och att bidraget därför ska regleras i förordning, i stället för att vara ett uppdrag till Socialstyrelsen att betala ut pengarna.

Bidraget har sedan år 2008 utgått från regeringens handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer (skr. 2007/08:39) och finansierats av U/JÄM. Summan låg de tre första åren på 2,5 miljoner

kronor och därefter 2 miljoner kronor årligen. Ansökande och bidragsmottagare har under dessa år huvudsakligen varit RFSL som med bidraget startat sin numera väletablerade rikstäckande brottsofferjour för hbtqi-personer.

Syftet med bidraget i nuläget är att stärka frivilliga organisationers stöd och hjälp till homosexuella, bisexuella och transpersoner (hbt-personer) som är utsatta för brott, särskilt våld i nära relationer. Bidraget kan användas till att ge konkret stöd till utsatta, utveckla kompetensen hos kvinnojourer och brottsofferjourer samt att öka medvetenheten hos hbt-personer om våld i nära relationer.

Socialstyrelsen slutredovisade uppdraget avseende dessa bidrag till regeringen i juni 2015. Därefter har de dock fortsatt fått årliga uppdrag att fördela dessa medel.

I kapitel 5 återgav vi några av de fall som RFSL:s brottsofferjour arbetat med under de senaste åren. Det är tydligt att jouden når personer som befinner sig i väldigt utsatta situationer. Det framgår också av joudens beskrivningar av sitt arbete att förtroendet för polisen inte alltid är så stort bland de personer som söker stöd hos jouden. Ibland leder detta till att personerna inte alls vill anmäla det de utsatts för.

Civila samhället har stora möjligheter att vara ett stöd för brottsoffer, oavsett om dessa har förtroende för polisen eller inte och oavsett om personerna vill anmäla det de utsatts för eller inte.

14.1.10 Stärkt och förbättrat arbete för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Förslag: Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att se över statistiken avseende överföringar av hiv i syfte att utreda om transpersoner bättre kan inkluderas i denna.

Regeringen tar fram en nationell SRHR-strategi, med ett tydligt hbtqi-perspektiv integrerat.

Som framgår i kapitlet om transpersoners levnadsvillkor finns en brist på inkludering av transpersoner i det arbete som bedrivs på området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Bland annat kan konstateras att den befintliga statistiken för hivöverföringar inte gör det möjligt att säkert kunna säga något om utsattheten för

hivöverföring bland transpersoner i Sverige. I syfte att kunna säkerställa att hivpreventionen bedrivs på det mest effektiva sättet och når de mest utsatta grupperna, är det utredningens bedömning att det vore önskvärt med en översyn av hur statistiken förs, och om det finns någon möjlighet att inkludera en variabel som skulle synliggöra transpersoner i denna.

Utredningen har kunnat konstatera att kunskapen om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för transpersoner är bristande. Till utredningen har framförts av RFSU att kunskap borde inhämtas om frågor som till exempel hur könsorganen påverkas av hormonbehandling och vilka konsekvenserna blir av livslång hormonbehandling, bland annat vad gäller hur detta påverkar risken för överföring av sexuellt överförbara infektioner.

I Sverige saknas en nationell SRHR-strategi. Det är utredningens uppfattning att en sådan borde tas fram och att det i arbetet med detta ska säkerställas att ett tydligt hbtqi-perspektiv finns med.

14.1.11 Pågående och kommande lagstiftningsarbete och arbete med uppföljning av Sveriges åtaganden med mänskliga rättigheter

Bedömning: Kommande lagstiftningsarbete bör följas upp för att säkerställa önskad effekt vad gäller transpersoners och personer med intersexvariations situation. Ett hbtqi-perspektiv ska alltid ingå när Sveriges konventionsåtaganden analyseras och följs upp.

Parallellt med denna utredning pågår annat, för transpersoner relevant, arbete på Regeringskansliet. Utredningen vill därför göra ett medskick om att det är nödvändigt att följa hur ny och kommande lagstiftning på området följs och tillämpas. Den 22 juni 2017 publicerades en lagrådsremiss där regeringen föreslår ett utökat straffrättsligt skydd för transpersoner. Könsidentitet och könsuttryck föreslås läggas till i bestämmelserna om hets mot folkgrupp och olaga diskriminering samt i åtalsregeln om förolämpning. Det föreslås också ett tillägg så att det uttryckligen framgår att det är en försvärande omständighet om ett motiv varit att kränka en person eller en grupp av personer på grund av könsidentitet eller könsuttryck. Regeringen påpekar att ändringen görs för att skydda trans-

personer, men utformas på så sätt att alla människor ska skyddas. I samma lagrådsremiss föreslås en ändring av diskrimineringsgrunden könsöverskridande identitet eller uttryck till könsidentitet och könsuttryck. Förslagen baseras på utredningen *Ett utvidgat straffrättsligt skydd för transpersoner m.m* (SOU 2015:103).

Samma lagrådsremiss innehåller också ett avsnitt om begreppen transperson och cisperson, vilket även inkluderar ett resonemang om personer med intersexvariation, där det konstateras att dessa ibland anses ingå i gruppen transpersoner, men att detta inte alls är självklart. Utredningens uppfattning är att personer med intersexvariation inte per definition kan anses ingå i gruppen transpersoner, även om också personer med intersexvariation kan vara transpersoner. Utredningen tycker dock att det är mycket positivt att dessa nämns i lagrådsremissen, vilket visar på en medvetenhet om att också personer med intersexvariation kan vara i behov av ett utökad skydd. Det är utredningens bedömning att det är nödvändigt att följa utvecklingen vad gäller tillämpningen av de lagar som nu inkluderar fler eller har omformulerats, med avseende på skyddet för såväl transpersoner som personer med intersexvariation. Utredningen noterade också att lagrådet i september 2017 uttryckte att de inte i sak motsatte sig att transpersoner gavs ett starkt straffrättsligt skydd, men att de tyckte att definitionen av vilka grupper som skulle inkluderas var för bred. Den exakta utformningen av bestämmelsen om hets mot folkgrupp är alltså oklar när denna utredning avslutar sitt arbete.

Utredningen vill uppmana till att i kommande översyn av grundlagen utreda grundlagsskydd mot diskriminering på grund av könsidentitet eller könsuttryck. 1 januari 2011 infördes en ändring i bestämmelsen om diskrimineringskydd som innebar att grundlagsskyddet utvidgades till att omfatta missgynnande med hänsyn till sexuell läggning. Det finns enligt utredningens uppfattning inte någon saklig grund till varför diskrimineringsgrunderna könsöverskridande identitet eller uttryck inte ska vara explicit inkluderade i regeringsformens 1 kap, 2 § på samma sätt som sexuell läggning, kön, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionshinder eller ålder. Det finns ingenting som tyder på att transpersoner skulle vara i mindre behov av grundlagsskydd mot missgynnande. Sedan ändringen i regeringsformen 2011 är också denna grund den enda av diskrimineringsgrunderna i diskri-

mineringslagen som inte är inkluderad i grundlagsskyddet. Utredningen har förståelse för att en grundlagsöversyn sällan görs av bara ett skäl eller för att föra in endast en justering, men har alltså åsikten att denna inkludering borde ingå nästa gång en grundlagsöversyn initieras och genomförs.

Som vi redogör för i kapitel 15 i detta betänkande pågår parallellt med denna utrednings arbete ett arbete med förändringen av konststillhörighetslagen (1972:119), utifrån de förslag som lades fram av *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering* (SOU 2014:91). Den exakta utformningen av de, vad utredningen förstått, kommande två nya lagarna, är inte känd av utredningen i nuläget. Utredningens bedömning är att det kommer att finnas ett behov att följa tillämpningen av de nya lagarna. Utredningen har under vårt arbete, vilket vi redogör för i det ovannämnda kapitlet, fått kännedom om flera problematiska situationer där enskilda råkat i kläm på grund av den nuvarande lagens utformning. Bland annat gäller detta situationen för svenska medborgare som önskar ändra juridiskt kön, men som är bosatta i andra länder. I remissyttranden på SOU 2014:91, som vi redogör för i kapitel 15, har också kritik från ett intersexperspektiv framförts, bland annat vad gäller situationen för barn under 12.

Här är det centralt att säkerställa att de nya lagarnas utformning har blivit ändamålsenliga så att liknande situationer inte fortsätter att inträffa. Om detta är fallet är det utredningens uppfattning att ytterligare justeringar kommer att bli nödvändiga.

Utredningen har också förhoppningen att hbtqi-perspektivet inte ska tappas bort i det nu pågående arbetet med att reformera EU:s asylpolitik. Som vi redogjorde för i kapitel 3 finns i nuläget diskrimineringsgrunden könsidentitet inskrivet i två EU-direktiv på asylområdet. Det är nödvändigt att Sverige arbetar för att de framgångar som vunnits i och med dessa direktiv, inte går förlorade.

Det är också utredningens bedömning att det finns andra åtgärder på övergripande styrningsnivå som framöver bör övervägas i syfte att stärka transpersoners rättigheter. Vi har under vårt arbete kunnat konstatera att jämställdhetsperspektivet har en särställning jämfört med andra perspektiv bland annat på så sätt att alla utredningar enligt kommittéförordningen (1998:1474) ska göra en konsekvensanalys av sina förslag utifrån ett jämställdhetsperspektiv. Under våren 2017 annonserade också regeringen att förslag till ramberedningen i budgetprocessen ska vara analyserade ur ett jäm-

ställdhetsperspektiv. Utredningen vill uppmana till att det vid en översyn av till exempel kommittéförordningen ska göras ändringar så att också andra konsekvensanalyser gällande andra diskrimineringsgrunder görs av utredningar, på samma sätt som jämställdhetskonsekvensanalyser nu görs.

Utredningen gjorde i kapitel 3 en genomgång av Sveriges åtaganden gällande mänskliga rättigheter ur ett trans- och intersexperspektiv. Det är utredningens uppfattning att ett trans- och intersexperspektiv framöver alltid borde ingå när följsamheten till olika FN-konventioner analyseras i Sveriges åiterrapportering till de olika övervakningskommittéerna. Det är också naturligtvis utredningens uppfattning att Sverige borde följa utvecklingen gällande till exempel andra länders rekommendationer på trans- och intersexområdet, och att detta kan föranleda reformer också i Sverige i de fall där vi har en liknande lagstiftning eller praxis även om inte en viss rekommendation getts just till Sverige.

Det är också utredningens bedömning att det i det internationella arbetet som Jämställdhetsmyndigheten ska vara delaktig i finns ett behov av att säkerställa att det finns ett hbtqi-perspektiv. Detta är nödvändigt vid analyser av hur väl Sverige följer sina åtaganden till FN-konventioner, men också vad gäller frivilliga rekommendationer från till exempel Europarådets kommissionär för mänskliga rättigheter.

Det är också vår förhoppning att ett trans- och intersexperspektiv ska finnas i det arbete som görs på Regeringskansliet med att bedöma huruvida Sverige ska ratificera några av de protokoll som inte tillträtts.

14.2 Fler perspektiv på transpersoners levnadsvillkor

I kapitel 6 i detta betänkande redogjorde vi för några särskilda perspektiv på transpersoners levnadsvillkor, bland annat utifrån ett livscykelperspektiv. Här följer förslag som syftar till att förbättra situationen för transpersoner i vissa delar av livscykeln och förslag som berör transpersoner med vissa specifika erfarenheter.

14.2.1 Barn och unga transpersoners levnadsvillkor

Förslag: Barnombudsmannen ges i uppdrag att prata med barn och unga om frågor som rör könsidentitet och om intersexvariationer, utifrån sin metod Unga Direkt. Detta syftar till att öka kunskapen i samhället om hur barns rättigheter enligt barnkonventionen tillgodoses för unga transpersoner och barn och unga med intersexvariation.

Skolinspektionen ges i uppdrag att utreda transpersoners situation som elever i grundskola och gymnasium.

I betänkandet *Barnkonventionen blir svensk lag* (SOU 2016:19) finns inget uttalat trans- eller intersexperspektiv och utredningen vill därför påpeka vikten av ett sådant i det fortsatta arbetet med tillämpningen av lagen, om denna kommer att träda i kraft, eller av konventionen, om arbetet med att inkorporera konventionen drar ut på tiden eller inte genomförs.

Som vi redogjorde för i kapitel 3 i detta betänkande är ett flertal av konventionens artiklar relevanta ur ett trans- och intersexperspektiv och det fortsatta arbetet med att säkerställa att Sverige lever upp till sina åtaganden på området borde innehålla ett säkerställande av unga transpersoners och unga med intersexvariations rättigheter. Här kan nämnas rätten till bästa uppnåeliga hälsa och rätt till hälso- och sjukvård. Bland annat skulle i tillämpningen av konventionen rätten för alla barn och unga med behov av könsbekräftande vård att få tillgång till sådan på lika villkor över hela landet kunna ses över, liksom möjligheten att få lämpligt skydd i Sverige för unga transpersoner och personer med intersexvariation som är flyktingar. Utan en medvetenhet om de särskilda behov unga flyktingar med till exempel transidentitet har, är risken mycket stor att dessa behov inte kommer att tillfredsställas och att situationen för dessa barn inte uppmärksammas tillräckligt. För att möjliggöra detta måste bland annat kompetensen på migrationsmyndigheterna stärkas (se även nedan).

Utredningen föreslår därför att Barnombudsmannen, förutom det ovannämnda förslaget om att göra myndigheten till en av de strategiska myndigheterna i arbetet för hbtqi-personers rättigheter, också får ett särskilt uppdrag om att använda sin metod Unga Direkt för att öka kunskapen om barns rättigheter enligt konven-

tionen och hur de ska tillgodoses för unga transpersoner och unga med intersexvariation. Barnombudsmannen har själva i kontakt med utredningen uppgett att allt fler barn hör av sig med frågor om könsidentitet, liksom representanter för skolor, och att flera berättar om situationer som tyder på hög utsatthet. Ett särskilt fokus är därför motiverat.

Som vi redogjorde för i avsnittet om unga transpersoner har utredningen fått ta del av ett litet antal berättelser från yngre transpersoner. I dessa berättelser dominerar upplevelser från skolan, vilket inte är överraskande. Det har legat utanför den här utredningens uppdrag att utreda situationen i skolan, men det är utredningens uppfattning att transpersoners situation i skolan borde undersökas närmare och att det finns ett stort behov av att identifiera utvecklingsbehov och insatser som kan göra skolan till en trygg och inkluderande plats för transpersoner. Att inte kunna tillgodogöra sig sin utbildning, på grund av diskriminering eller trakasserier från andra elever får en avgörande inverkan på resten av en människas liv.

Uppdraget kan utföras i samarbete med Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, MUCF.

14.2.2 Äldre transpersoners levnadsvillkor

Förslag: Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ta fram ny kunskap om äldre transpersoners levnadsvillkor och särskilda behov, samt att kartlägga vilka insatser som behövs för att öka äldre transpersoners psykiska välbefinnande.

Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram rekommendationer för hur kommuner kan inkludera ett hbtqi-perspektiv, med ett tydligt transperspektiv, i de planer och styrdokument som rör äldreomsorgen.

Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram en handbok för hur verksamheter inom äldreården kan arbeta med frågor som rör könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning och sexualitet.

Som framgår av utredningens kapitel 6 finns ett flertal utmaningar kopplade till transpersoners åldrande. Utredningen har valt att lägga vissa förslag avseende transpersoners åldrande som särskilt rör kun-

skapsinhämtning, rekommendationer och vägledning till kommuner och verksamheter som riktar sig till äldre.

Det finns en kunskapsbrist om äldre transpersoners livssituation, levnadsvillkor och välbefinnande. Den forskning som gjorts om äldre hbtq-personers levnadsvillkor har tenderat att utgå främst ifrån sexualitet och sexuell läggning utan att inkludera könsidentitet eller könsuttryck vilket lett till att ett transperspektiv sällan finns med. I den forskning som finns om äldre transpersoner specifikt får vi vissa indikationer på hur situationen är, men forskningen är sparsam och det finns stor osäkerhet kring representativitet. Underrepresentation av respondenter är en annan faktor som spelar in och i många studier är antalet äldre respondenter för få för att några slutsatser ska kunna dras. Det är därför viktigt att ny kunskap måste inhämtas om gruppens levnadsvillkor, livssituation, välbefinnande och särskilda behov.

Utredningen anser därför att Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att ta fram ny kunskap om äldre transpersoners levnadsvillkor, livssituation, välbefinnande och särskilda behov och att uppdraget även ska kartlägga vilka insatser som behövs för att öka äldre transpersoners psykiska välbefinnande.

Utredningen har identifierat ett behov av att insatser genomförs i syfte att öka kommunernas inkludering av ett transperspektiv inom äldreården. Som framgår i kapitel 6 är det ett fåtal kommuner som har vidtagit några insatser alls på området och bland kommuner med mindre än 50 000 invånare är insatserna obefintliga. Utredningen anser att bristerna inom kommunerna kan bero på okunskap, men även avsaknaden av verktyg och rekommendationer om hur ett transperspektiv kan inkluderas i de planer och styrdokument som rör äldreomsorgen. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram rekommendationer om hur kommuner kan inkludera ett transperspektiv i de planer och styrdokument som rör äldreomsorgen. Vi föreslår att uppdraget kan vidgas till att omfatta ett hbtqi-perspektiv, men att det är centralt att transperspektivet inte faller bort. Uppdraget kan delvis eller i sin helhet genomföras i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting, SKL.

Ett annat område där utredningen identifierat stora behov är hur verksamheter som riktar sig mot äldre kan arbeta med frågor som rör könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning och sexualitet. På vilket sätt arbetar verksamheterna med att vara öppna och inkluderande, vilken kunskap har personalen, på vilket sätt bejakar verk-

samheten genom sina aktiviteter att de äldre kan ha olika könsidentitet med mera.

Utredningen har även identifierat ett behov av att verksamheter som riktar sig till äldre har rutiner för hur de kan stödja äldre i att utforma testamenten, för att underlätta för den äldre att på ett tidigt stadium meddela vem personen definierar som sin/a anhörig/a och/eller närstående och vem av dessa som ska fatta beslut vid kronisk, allvarlig eller annan sjukdom där den äldre själv inte kan fatta sådana beslut, samt för hur äldrevården kan stödja äldre transpersoner att planera sina sista dagar i livet inklusive begravning. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram en handbok som är en vägledning med tips och råd om hur man kan jobba med ovan nämnda frågor.

14.2.3 Föräldraskap och familjebildning

Förslag: Socialstyrelsen ges i uppdrag att kartlägga behovet av stödmaterial till familjer där någon eller flera av föräldrarna är transpersoner, samt till familjer med transbarn.

Regeringen tillsätter en utredning med uppdrag att genomföra en översyn av föräldrabalken i syfte att göra den könsneutral.

Stöd från föräldrar/vårdnadshavare och syskon är viktigt för transbarn och transungdomars psykiska välbefinnande och för att de ska kunna utvecklas i sin könsidentitet. Vissa föräldrar accepterar sina barns transidentiteter omedelbart, för andra tar det längre tid och är en process som de behöver stöd med. Fler instanser i samhället behöver vara rustade för att kunna ge stöd i dessa frågor. I sammanhanget kan också nämnas att FN:s kommitté för barnets rättigheter, CRC, som övervakar staters efterlevnad av barnkonventionen under 2015 uttryckte oro över att hbt-barn utsätts för mobbning, hot och våld i Sverige samt att Sverige borde förebygga diskriminering och arbeta med positiv särbehandling för att skydda hbt-barn och andra särskilt sårbara grupper av barn. Mot den bakgrunden föreslår vi att Socialstyrelsen ges i uppdrag att kartlägga vilken typ av stöd som behövs men också vilka instanser som kan ge ett sådant stöd eller sprida stödmaterial.

Vi föreslår också att Socialstyrelsen inom samma uppdrag kartlägger vilket stöd som behövs till familjer där en förälder eller vårdnadshavare är transperson. Transpersoner som är föräldrar skattar sin livskvalitet och sitt psykiska välbefinnande högre än de som inte har barn. Men transpersoner rapporterar också om svårigheter som kan uppstå i relation till den närmsta familjen och barnen. En situation är till exempel att komma ut för familjen och, i de fall det är aktuellt, om det finns en önskan att genomgå könsbekräftande behandling. Om någon av de övriga familjemedlemmarna har svårt att acceptera ett sådant beslut kan hela familjen behöva stöd. Uppdraget kan genomföras i samråd med Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF), MUCF och BO, men det är vår bedömning att Socialstyrelsen i nuläget har bäst förutsättningar för att ha helhetsansvaret för uppdraget, inte minst i ljuset av att både MUCF och MFoF ska omlokaliseras. I uppdraget ingår att se över spridningskanaler för materialet.

Situationen för transpersoner och personer med intersexvariation som är föräldrar kan också påverkas av tillämpningen, respektive inkorporeringen, av barnkonventionen. Det skulle enligt utredningens bedömning vara gynnsamt för det långsiktiga arbetet med barns rättigheter att tydligare i en svensk kontext definiera vad som avses med begreppet ”förälder”, för att förtydliga att ett genetiskt eller biologiskt släktskap inte ska krävas för att någon ska anses vara förälder. Detta verkar för närvarande, enligt utredningens erfarenheter, anses vara självklart, men utredningen skulle ändå gärna se ett förtydligande för att säkerställa att uttolkningen inte är oklar för någon. Ett sådant förtydligande kan med fördel ingå i Socialstyrelsens arbete med kartläggningen.

Utredningen har under vårt arbete noterat ett antal situationer där föräldrars situation försvåras på grund av att föräldrabalken inte är könsneutral. Som vi redogjorde för i kapitel 6 om fler perspektiv gäller det bland annat vissa oklarheter i nuvarande praxis när det gäller registrering av föräldraskap i folkbokföringen.

Det är utredningens uppfattning att situationen inte skulle förbättras om det förslag som lämnades av utredningen *Olika vägar till föräldraskap* (SOU 2016:11) infördes. Där föreslås att registreringen av föräldraskap för personer som bytt juridiskt kön och blivit föräldrar ska skilja sig från den registrering som görs av Skatteverket för andra föräldrar. Detta är dels svår genomförbart, och dels

diskriminerande. Många av de problem som SOU 2016:11 försöker lösa med sitt förslag beror på att föräldrabalken inte är könsneutral. Vi menar att det rimliga nu är att göra en mer grundlig översyn av föräldrabalken i stället för att skapa ett svårgenomträngligt regelverk för att kompensera för att lagen inte är könsneutral. SOU 2016:11 konstaterade själva att de inte fått ett genomgripande uppdrag att göra en total översyn av föräldrabalken, eller till exempel fundera på att byta ut den existerande terminologin med ”mor”, ”far” och ”förälder”, vilket delvis styrkt förslagen i betänkandet.

Om regeringen bedömer att det inte skulle vara möjligt att genomföra en sådan utredning under överskådlig tid, är det utredningens bestämda uppfattning att en översyn av föräldrabalken ur ett transperspektiv ändå måste göras, för att kompensera för det bristande fokus på just transpersoner som är föräldrar som tidigare och nu pågående utredningar har. Detta för att säkerställa likabehandling av alla föräldrar, oavsett könsidentitet och sexuell läggning.

14.2.4 Asylsökande transpersoners situation

Förslag: Migrationsverket ges i uppdrag att förbättra möjligheterna att kontinuerligt utvärdera kvaliteten av prövningarna av hbtqi-personers asylansökningar. Utvärderingarna ska ha ett normkritiskt perspektiv så att eventuella stereotypa föreställningar som kan präglade beslut blir belysta.

Migrationsverket ges i uppdrag att förändra utformningen av LMA-korten så att de inte skapar hinder för transpersoner.

Migrationsverket ges i uppdrag att i myndighetens register registrera asylsökandes könstillhörighet baserat på självidentifikation.

Migrationsverket ges i uppdrag att säkerställa trygga boenden för asylsökande hbtqi-personer.

Migrationsverket har genomfört ett stort antal utbildningar i syfte att höja kvaliteten på behandlingen av asylansökningar från hbtqi-personer. Resultaten av dessa är oklara för utredningen, bland annat eftersom organisationer som arbetar med att stödja asylsökande hbtqi-personer uppger att de inte kan se någon skillnad över tid vad

gäller till exempel kvalitet på bedömningar av ansökningar, eller kunskap om hbtq-personers levnadsvillkor.

Det senaste uppdraget gavs i juli år 2017, då regeringen gav myndigheten i uppdrag att fortsätta arbetet med att säkerställa hög rättslig kvalitet i asylärenden där sexuell läggning och könsidentitet åberopas.

Ett stort problem är det som myndigheten själv redogör för i sin analys av kvaliteten på behandlingen av asylansökningar med hbtq-skäl som vi redogjorde för i kapitel 6. Det går inte att söka fram asylansökningar som har hbtq-skäl i myndighetens interna register och det går därför inte att få fram alla i efterhand. Utvärderingar får därför göras på material som samlats in genom myndighetens ”hbtq-specialister”, som rapporterar in ärenden som de kommer ihåg att de varit involverade i. Detta gör att det blir svårt att jämföra resultat över tid, och därmed också svårt att se till exempel vilken effekt en viss utbildningsinsats haft. I nuläget har endast en analys genomförts.

Anledningen till begränsningen i Migrationsverkets register, uppger personer på Migrationsverket till utredningen, är en skrivning i Utlänningsdatalagen som innehåller sökbegränsningar i 17 §, där det framgår att det är förbjudet att som sökbegrepp använda uppgifter som avslöjar bland annat ”sexualliv”.

Utredningen kan konstatera att könsidentitet och könsuttryck inte har med sexualliv att göra, och att det i och för sig skulle kunna vara möjligt att registrera åtminstone transpersoners asylskäl, men tror också att det med nuvarande system kanske inte kommer att tillföra så mycket. I den tidigare nämnda analysen (som omfattade 190 fall) fanns endast ett fåtal transpersoner identifierade. Det kan antas att många inte alls uppmärksammas, eller att de definierats som homosexuella eller något annat.

I ett mejl till utredningen² konstaterar Migrationsverket, med hänvisning till *Bevisprövning i förvaltningsmål* (Diesen et al 2003) att det finns flera felkällor som kan ha betydelse vid bevisprövning eller bevisinhämtning: kunskapsmässiga fel, logiska fel, metodologiska fel, psykologiska misstag (omedvetna psykologiska faktorer påverkar bevisvärderingen) och subjektivistiska fel (det vill säga omedveten påverkan av personliga värderingar). Enligt Migrationsverkets upp-

² Mejl till utredningen, Komm2017/01556.

fattning belyses de tre första felkällorna i de kvalitetsuppföljningar som görs, medan de två sista har koppling till ”eventuella stereotypa frågor” och inte ingår i uppföljningarna i dag. Migrationsverket menar, i det tidigare nämnda mejlet, att kontinuerliga utvärderingar av kvaliteten i hbtq-ärenden är bra, men att det är svårt att undersöka förekomsten av stereotypa föreställningar eftersom detta kommer att bygga på subjektiva bedömningar.

Migrationsverket föreslår i stället att myndigheten skulle kunna göra en bredare utredning om den eventuella förekomsten av normativitet, i hbtq-ärenden, men också i till exempel konvertitärenden och ärenden där könsrelaterad förföljelse åberopas.

Migrationsverket skriver: ”En sådan utredning skulle, i stället för att som i en kvalitetsuppföljning säga att något är rätt eller fel, kunna ge exempel på olämpliga formuleringar och frågor och jämföra olika ärendetyper. Vidare torde uppföljningsformen ge ett mer innehållsrikt underlag när det gäller frågan om normativitet och stereotypa föreställningar vilket bedöms öka verkets möjlighet till rotorsaksanalys och därmed skapa förutsättningar att rikta framtida utbildningsinsatser mot rätt målgrupper inom myndigheten för att på ett resurseffektivt sätt stärka myndighetens kompetens inom detta område”.

Utredningen ser positivt på en sådan utredning och menar att denna med fördel skulle kunna genomföras först, för att sedan kunna ligga till grund för kommande kvalitetsutvärderingar.

Utredningen har också uppmärksammat på problemen med LMA-korten som ges till asylsökande. Här förekommer att asylsökande transpersoner ges ett LMA-kort baserat på det kön som registrerats för dem i ursprungslandet, trots att detta inte överensstämmer med könsidentitet eller könsuttryck. Detta försvårar situationen för den asylsökande, som oftast endast har LMA-kortet som identitetshandling. Här föreslår utredningen att ett uppdrag ges till Migrationsverket att utreda vad som skulle krävas för att förändra utformningen av LMA-korten på så sätt att det inte skapar svårigheter för transpersoner. En möjlighet skulle kunna vara att inte alltid registrera kön på korten, särskilt i fall när det är tydligt att det juridiska könet inte överensstämmer med könsidentiteten och könsuttrycket.

Samtidigt ges myndigheten i uppdrag att utveckla en metod för att säkerställa att en asylsökandes kön alltid registreras baserat på

sälvidentifikation. Som vi redogjorde för i kapitlet om särskilda perspektiv finns i dag flera samtidigt existerande modeller för registrering av kön, vilket lett till att transpersoner fått kön registrerat på olika grund. Detta riskerar att leda till en rättsosäker situation. I samtal med utredningen har representanter för Migrationsverket bland annat uppgett att en första registrering av en asylsökande transkvinna som ”man” riskerar att påverka hela processen.

Till utredningen har också inkommit synpunkter från Migrationsverket³ om att ett uppdrag av detta slag skulle motverka myndighetens möjligheter att göra jämställdhetsanalyser i statistik, som bland annat efterfrågas av regeringen. Det är utredningens uppfattning att hur sådana problem ska lösas får ingå i uppdraget. Det är inte korrekt att registrera asylsökande transkvinnor som män, även om de har manligt juridiskt kön, så statistik baserad på sådana registreringar blir med nödvändighet felaktig.

Myndigheten har också framfört, i samma mejl som nämndes ovan, till utredningen att när en asylsökande får uppehållstillstånd och folkbokförs tilldelas denna ett personnummer baserat på det kön som registrerats i Migrationsverkets system. Det är utredningens uppfattning att detta också måste ses över, inte minst i ljuset av den kommande förändringen av könstillhörighetslagen. Möjligheten borde då kunna finnas att direkt tilldela personer som fått uppehållstillstånd det juridiska kön de önskar.

Utredningen har också uppmärksammat på problemen med bristande trygghet på Migrationsverkets boenden och vill därför ge myndigheten i uppdrag att arbeta vidare med att säkerställa trygga boenden för alla asylsökande hbtq-personer. Som vi berättat om är det ett mycket vanligt önskemål att det ska finnas särskilda boenden för asylsökande hbtqi-personer. Migrationsverket har hittills varit tveksamma till den lösningen, och förordar i stället ett arbete med utbildning av personal på boenden och olika former av insatser för att öka tryggheten. Utredningen menar att det inte råder något motsatsförhållande mellan de två olika modellerna och vill att myndigheten ges i uppdrag att utreda möjligheten till såväl egna boenden för hbtqi-personen som önskar det, som tryggare, mer integrerade boenden, där det bland annat genomförts utbildningar av personalen och i samråd med organisationer som arbetar för asylsökande

³ Mejl till utredningen, Komm2017/01555.

hbtqi-personers rättigheter genomförts andra åtgärder. Mycket viktigt är förstås också att se över rutinerna så att de asylsökande som är i behov av ett tryggare boende i någon form får tillgång till detta. Under utredningen har det framförts till utredningen från asylsökande transpersoner att de efterfrågat trygghetsboende, men fått svaret att det inte fanns platser, medan Migrationsverket har framfört att det finns platser. Varför informationen inte är samstämmig är viktigt att reda ut.

Som vi redogjorde för i utredningens utgångspunkter finns på asylområdet ett EU-direktiv (2013/32/EU) som stadgar att asylsökande personer ska ha tillgång till personal med kompetens om transpersoners särskilda situation. Att på olika sätt arbeta för att förbättra kompetensen hos Migrationsverket är därför nödvändigt också med hänvisning till detta, enligt utredningens uppfattning.

Som vi redogjorde för i avsnitt 14.1.1 är det utredningens uppfattning att Migrationsverket bör bli en hbtqi-strategisk myndighet. En avgörande anledning till detta är att säkerställa att arbetet med hbtqi-frågor ska få kraft och kontinuitet på myndigheten. I syfte att uppnå detta borde Migrationsverket få en (tydligare) roll och också själva ha möjlighet att föreslå nya åtgärder som sedan kan beslutas om att de ska ingå i handlingsplanen.

14.3 Transpersoners psykiska hälsa

I kapitel 7 redogjorde vi för en del av det som är känt om transpersoners psykiska hälsa. I kapitel 4 finns en kortare redogörelse för folkhälsopolitiken utifrån ett transperspektiv. Här lämnar vi våra förslag till förbättringar.

14.3.1 Kunskapshöjande insatser och ett mer riktat arbete

Förslag: Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att genomföra kunskapshöjande insatser riktade mot personer med strategiskt ansvar för folkhälsoarbete.

Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att fokusera på transpersoners utsatthet och särskilda behov i sitt arbete med suicidprevention. Detta ska bland annat ske genom att det nyligen

inrättade anslaget på området för stöd till civila samhällets organisationer permanentas och höjs.

Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att kartlägga förekomsten av ätstörningar bland transpersoner i Sverige samt ta fram förslag på möjliga åtgärder och identifiera utvecklingsbehov.

Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ta fram ny kunskap samt utveckla ett stödmaterial om hbtq-personer och ANDT-problematik. Stöd till peer-to-peer-insatser och metodutveckling ska tillgängliggöras i syfte att möjliggöra för mindre organisationer som representerar särskilt utsatta grupper att söka bidrag.

Den befintliga ANDT-strategin ska uppdateras på så sätt att det finns tydliga förslag kring hur särskilt utsatta grupper ska nås.

I överenskommelsen för psykisk hälsa mellan staten och SKL skrivs in att kommunerna i sina länsvisa handlingsplaner ska redogöra för hur de planerar att arbeta med att främja den psykiska hälsan och förebygga psykisk ohälsa hos transpersoner.

Som framgår av redogörelsen i kapitel 4 är folkhälsopolitiken bred och omfattar en hel del politikområden. I diskussionen om det folkhälsopolitiska ramverket och folkhälsopolitikens elva målområden har vi visat på hur transpersoners utsatthet kan inkluderas inom varje målområde.

Det är utredningens slutsats att samtliga målområden kan användas i syfte att förbättra transpersoners folkhälsa, men vi konstaterar att en stor utmaning är just folkhälsopolitikens bredd och övergripande ansatser som leder till att särskilda insatser som riktar sig mot mindre grupper riskerar att falla bort.

Utredningen instämmer därför med Kommissionen för jämlik hälsa som i sitt slutbetänkande (SOU 2017:47) påpekar att det folkhälsopolitiska ramverket skulle behöva reformeras och ansvarsfördelningen mellan de olika aktörerna förtydligas så att mindre grupper med särskilda behov inte faller mellan stolarna. Det är utanför utredningens mandat att föreslå förändringar i det folkhälsopolitiska ramverket, men vi vill ändå poängtera att det kan vara både lämpligt och positivt för folkhälsoarbetet om de reformförslag (till exempel en folkhälsovetenskap) som till exempel Kommissionen för jämlik hälsa har föreslagit genomförs.

Utredningen menar också att det är beklagligt att det i arbetet med att genomföra Agenda 2030 inte finns tydliga insatser för hur

Sverige avser arbeta för att nå agendamålet om att ”säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar”. Ett argument för varför målet inte finns med som ett prioriterat område för Sveriges agenda-åtaganden kan vara att regeringen menar att det redan arbetas med målet. Problemet är dock att, som vi diskuterar ovan, att det folkhälsopolitiska ramverket skulle behöva reformeras i syfte att nå mindre och särskilt utsatta grupper. En sådan reformering kunde gjorts i samband med Sveriges implementering av Agenda 2030-målen.

Folkhälsopolitiken och implementeringen av Agenda 2030 präglas av ett klassiskt dilemma mellan att å ena sidan nå ut brett genom övergripande mål och insatser och att å andra sidan rikta insatser mot mindre grupper där behoven är som störst. Ofta framställs det som att det finns ett motsatsförhållande mellan breda övergripande insatser och riktade insatser. Utredningen menar att detta inte borde behöva vara fallet, men att detta kräver en annan sorts styrning.

Ett exempel på detta kan vara de argument utredningen framför om den nationella ANDT-strategin i kapitel 7. Där argumenterar vi för att en konsekvens av strategins generella skrivningar och övergripande ansatser leder till att bidragsgivningen bara riktar sig mot större organisationer som har verksamhet som omfattar breda delar av befolkningen, och därigenom faller mindre grupper utanför och inga insatser genomförs. Detta behöver enligt utredningen förändras.

Utredningens direktiv på området psykisk hälsa innehöll flera olika uppdrag, som alla kan sägas utgå ifrån en analys av ett behov av mer riktade insatser mot gruppen transpersoner. Utredningen skulle i korthet identifiera hur insatser för att öka den psykiska hälsan i allmänhet, suicidpreventiva insatser och ANDT-arbetet kan få ett tydligare transperspektiv.

Utredningen lägger av dessa skäl fram flera detaljerade förslag, som enligt vår uppfattning svarar mot direktivens specifika frågor. Vi föreslår bland annat att Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att genomföra en kunskapshöjande insats riktad mot personer med strategiskt ansvar för folkhälsoarbete om transpersoners och personer med intersexvariations särskilda situation. I gruppen ingår personer med sådant ansvar inom stat, kommun, landsting och civilsamhälle, som bland annat tjänstepersoner med ansvar för suicidprevention, ANDT-handläggare på Länsstyrelserna och ANDT-samordnare på kommuner.

Utredningen har noterat att varken den nationella suicidhandlingsplanen (Folkhälsomyndigheten 2016a) eller ANDT-strategin (skr. 2015/16:86) har något transperspektiv, eller hbtqi-perspektiv generellt. Vi har tolkat vårt uppdrag på detta område som att det delvis går ut på att kompensera för denna brist och vi föreslår därför att Folkhälsomyndigheten ges specifika uppdrag just i syfte att nå gruppen transpersoner. På vissa områden, som när det gäller utsattheten för psykisk ohälsa och risk för suicid, finns redan en hel del kunskap om just transpersoners utsatthet, på andra områden, som när det gäller missbruk, är kunskapen mindre. Det viktiga, menar utredningen, är att de åtgärder som vidtas är riktade mot rätt grupper och baseras på kunskap om utsatthet.

Folkhälsomyndigheten arbetar med att regelbundet följa hälsan i gruppen transpersoner. Utredningen vill lyfta vikten av att på olika sätt i arbetet med suicidprevention fokusera på transpersoners situation. Bland annat finns ett behov av att få fram ny kunskap om vilka minoritetsstressorer eller andra stressorer som särskilt påverkar transpersoners psykiska välbefinnande samt huruvida några av stressorerna kan leda till självmordsförsök eller tankar om självmord inom målgruppen. Den nya kunskapen skulle bland annat kunna leda till att ett kunskapsstöd utvecklas, eller någon annan form av metodstödmateriel för arbetet med suicidprevention och förbättrad psykisk hälsa. En sammanställning med goda exempel från till exempel kommuners arbete kan också ingå.

När arbetet med att ta fram en ny ANDT-strategi påbörjas menar utredningen att särskilt utsatta grupper ska lyftas och inkluderas som grupper dit riktade insatser behövs i det förebyggande arbetet. I väntan på en ny strategi är det utredningens mening att ett stödmateriel behövs. Detta ska rikta sig till aktörer som jobbar med förebyggande insatser och aktörer som jobbar med stöd och behandling av personer med risk- eller missbruksproblematik.

På grund av bristen på transperspektiv, eller hbtqi-perspektiv, i gällande styrdokument, menar vi också att möjligheterna för civila samhället att göra insatser på området borde stärkas. Det är också tydligt att regeringen värderar civilsamhällets insatser på området, då anslag nyligen utlystes (S2017/05586/FS (delvis)) för just civila samhällets insatser på området suicidprevention riktad mot transpersoner. Det är utredningens uppfattning att sådana satsningar ska permanentas och också utlysas med längre framförhållning för att

möjliggöra så effektiv och hållbar användning av resurserna som möjligt.

Som framkommit i kapitlet om transpersoners psykiska hälsa finns anledning att uppmärksamma situationen med ätstörningar i gruppen. En alternativ eller kompletterande åtgärd till uppdraget till Folkhälsomyndigheten kan vara att projektbidrag görs tillgängligt för organisationer för metodutveckling och projektverksamhet som syftar till att motverka ätstörningsproblematik bland transpersoner.

Det är utredningens bedömning att det är nödvändigt med ett stärkt stöd från statligt håll för att förbättra arbetet med att förbättra den psykiska hälsan. Som vi föreslog i avsnitt 14.1.1 ovan menar utredningen att den nya Jämställdhetsmyndigheten ska vara ett stöd i kommuners arbete med att ta fram handlingsplaner på området och detta skulle vara bra även på detta område. Vi menar också att utbildningar av centrala aktörer är nödvändigt.

SKL har en viktig roll att fylla i arbetet med att förbättra den psykiska hälsan. I syfte att säkerställa att ett transperspektiv finns med i arbetet i kommuner och landsting, menar utredningen att detta ska skrivas in i överenskommelsen om arbetet med psykisk hälsa mellan staten och SKL. I överenskommelsen finns redan skrivningar om olika variabler som kan påverka den psykiska hälsan inom olika grupper. Utredningen anser att liknande skrivningar kan göras och spetsas till i syfte att säkerställa en inkludering av transpersoner i arbetet.

14.4 Bemötande inom hälso- och sjukvård samt social omsorg

I kapitel 8 i detta betänkande redogjorde vi för erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvård, samt olika aktörer inom social omsorg. Baserat på detta lämnar vi här förslag till förbättringar på området.

14.4.1 Ökad kunskap om en tryggare vård

Förslag: Socialstyrelsen ges i uppdrag att göra en förstudie om vilka utbildningsinsatser för befintlig vårdpersonal som behövs.

Socialstyrelsen ges i uppdrag att kartlägga om de journalssystem som används i Sverige för graviditetsrelaterad vård, förlossningsvård och fosterövervakning är anpassade för individer med manligt personnummer.

Landsting och regioner bör säkerställa att journalsystem som köps in inte har spärrar mot vissa personnummer.

Socialstyrelsen och Skolverket ges i uppdrag att uppdatera *Vägledning för elevhälsan* med kunskap om unga transpersoners levnadsvillkor.

I sitt slutbetänkande *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa* (SOU 2017:47) föreslår Kommissionen för jämlik hälsa att regeringen bör utveckla de nationella målen i grund- och specialistutbildningen samt fortbildning för vårdens professioner med tydligare kriterier för bemötandefrågor. I betänkandet påpekar kommissionen att kvaliteten i vårdmötet är av stor vikt för en jämlik vård. Det är i vårdmötet som läkaren ska förstå patientens problem, sätta rätt diagnos och i samråd med patienten erbjuda adekvat vård. Patienten ska i sin tur förstå vad som sägs och känna sig delaktig vilket ökar förutsättningarna för en följsamhet till överenskommen behandling och ett lyckosamt medicinskt resultat. I vårdmötet är det viktigt att kunna stödja patientens tilltro till sin egen förmåga att hantera sin situation, tillit till andra och tillgång till socialt stöd och nätverk. Dessa psykosociala faktorer är grundläggande för att patienten ska kunna vara en aktiv samarbetspartner i sin vård och omsorg.

Hälso- och sjukvården är, menar Kommissionen för jämlik hälsa, anpassad efter hur vi förväntar oss att andra människor fungerar. Problemet är att förväntningarna grundar sig på en norm som många gånger inte stämmer med verkligheten. Därför är det viktigt att vårdpersonal i mötet med patienten reflekterar över hur den egna positionen och normer påverkar agerandet. Kärnan är att fundera över vad det är vi förmedlar, medvetet eller omedvetet, och utifrån

detta utveckla ett beteende som utgår från ett icke-diskriminerande förhållningssätt (SOU 2017:47).

Vi delar kommissionens bedömning. Det är viktigt att vårdpersonal får verktyg att kunna ge ett bemötande fritt från diskriminering. Frågan om att ge transpersoner och personer med intersexvariationer adekvat vård handlar dock inte uteslutande om bemötande utan också om kunskap om de särskilda villkor som individer i dessa grupper lever med. En del i att utveckla de nationella målen i utbildningarna måste därför vara att kunskap om transpersoner och personer med intersexvariation görs till en obligatorisk del av utbildningen. Ett förslag om detta presenteras i avsnittet 14.1.

Utredningen anser att det även finns ett behov av att höja kunskapen om levnadsvillkor för transpersoner och personer med intersexvariation inom den befintliga hälso- och sjukvården. För att åstadkomma detta förslår utredningen att Socialstyrelsen får i uppdrag att göra en förstudie om vilka utbildningsinsatser som behöver genomföras. I arbetet med detta betänkande har vi kunnat konstatera att det förvisso behövs en kunskapshöjning i hela vårdkedjan, men att vissa grupper av vård- och omsorgspersonal bör prioriteras. Det gäller personal inom allmän vård (vårdcentraler), akutsjukvården, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, LSS-verksamheter, äldreomsorg, mödravård, barnavård, förlossningsvård, samt verksamma gynekologer, androloger och endokrinologer och anställda på BUP. Socialstyrelsen är den myndighet som är bäst lämpad att komma med förslag kring vilken typ av utbildningsinsatser respektive yrkesgrupp behöver, vilken typ av utbildningsmaterial som är bäst lämpat samt vem som bör genomföra dessa. Detta bör ingå i deras uppdrag, liksom att föreslå hur utbildningsinsatserna kan följas upp och utvärderas. Det är önskvärt att uppdraget även inkluderar att föreslå utbildningsinsatser till anställda vid patientnämnden.

Utredningen konstaterar att gravida personer med manligt personnummer och deras barn riskerar att utsättas för allvarliga risker inom vården om inte befintliga journalsystem som utestänger dem från att kunna kodas som gravida ändras. Därför vill vi att regeringen uppdrar åt Socialstyrelsen att kartlägga om de journalsystem som används inom graviditetsrelaterad vård är anpassade för individer med manligt personnummer.

Utredningen menar också att det är rimligt att nya journal-system som tas fram redan från början ska vara möjliga att använda för alla personnummer. Vi vill därför uppmana landsting och regioner att beakta denna aspekt i framtida upphandlingar av journal-system.

I utredningens direktiv, liksom i kapitel 8 i detta betänkande, konstateras att många unga transpersoner upplever ett otillfredsställande bemötande hos skol- och vårdpersonal. Mot den bakgrunden är det relevant att utredningen belyser vikten av ett bra bemötande inom relaterade hälsofrämjande verksamheter, till exempel elevhälsan. Under sitt arbete har utredningen kunnat identifiera elevhälsan som en särskilt viktig yrkesgrupp, som både kan stödja och stärka enskilda elever men även stödja annan skolpersonal i arbetet med att synliggöra hbtq-frågor på skolan. Mot den bakgrunden föreslår vi att Socialstyrelsen och Skolverket ges i uppdrag att uppdatera materialet *Vägledning för elevhälsan*. Det är vår bedömning att materialet bör omarbetas så att det genomsyras av ett intersektionellt perspektiv samt att kunskap om unga transpersoners särskilda villkor lyfts in i materialet.

14.5 Transpersoners fritid

Det ingick också i utredningens uppdrag att föreslå insatser för att förbättra transpersoners förutsättningar att tryggt kunna delta i olika typer av fritidsaktiviteter, samt föreslå åtgärder för att förbättra transpersoners möjligheter att delta i träning och idrott. Vi redogjorde för våra resultat i kapitel 9. Våra förslag är inriktade på egenorganisering och trygga mötesplatser, samt tillgång till träning och idrott.

14.5.1 Tryggare mötesplatser och stärkt egenorganisering

Förslag: MUCF ges i uppdrag att fördela projektstöd till aktörer som möjliggör mötesplatser och verksamheter för transpersoner och personer med intersexvariationer samt möjlighet till organisering för anhöriga till dessa.

Statsbidraget till hbtq-organisationer bör höjas.

MUCF ges i uppdrag att kartlägga hur transpersoner upplever sina möjligheter att vara delaktiga i civilsamhället.

MUCF tilldelas särskilda medel i syfte att uppdatera utbildningsmaterial och stärka transperspektivet i sitt arbete med att stödja den öppna fritidsverksamheten.

Många transpersoner har beskrivit kontakten med andra transpersoner och verksamheter som underlättar och skapar förutsättningar för en sådan kontakt som livsviktig. För många är det i transspecifika eller hbtq-specifika sammanhang de hämtar kraft. Många beskriver också att det är viktigt att träffa andra transpersoner för att själv förstå sin egen könsidentitet. Utredningen föreslår en särskild satsning för att skapa verksamheter och aktiviteter för transpersoner och deras anhöriga samt till personer med intersexvariation och deras anhöriga. Syftet är att stärka möjligheterna till en trygg fritid. Medlen bör kunna sökas av civilsamhällesaktörer så väl som offentliga aktörer. I uppdraget bör ingå att möjliggöra erfarenhetsutbyte mellan dessa aktörer.

Om transpersoners ställning ska kunna stärkas i samhället är det avgörande att gruppens möjlighet till egenorganisering stärks. Vi föreslår därför även en höjning av statsbidraget till hbtq-organisationer. Antalet organisationer som kvalificerar sig för detta bidrag har på senare år ökat och de små transspecifika organisationerna konkurrerar till exempel med de större partipolitiska hbt-organisationerna. Ett alternativ till att höja statsbidraget skulle kunna vara att se över lagen (1994:243) om Allmänna arvsfonden. I dagsläget står det i lagen att Allmänna Arvsfonden har till ändamål att främja verksamhet av ideell karaktär till förmån för barn, ungdomar och personer med funktionshinder. Här skulle till exempel gruppen transpersoner kunna inkluderas. Utredningen vill också påpeka vikten av att mindre organisationer som till exempel organiserar grupper inom gruppen transpersoner, till exempel transpersoner med funktionsnedsättning eller transpersoner med erfarenhet av att rasifieras, också ska kunna kvalificera sig för bidrag.

Samtidigt som det är viktigt att resurser läggs på att skapa dessa riktade verksamheter och stärka möjligheterna till egenorganisering är det också viktigt att insatser görs för att transpersoner ska kunna vara delaktiga inom alla delar av civilsamhället. Utredningen kan konstatera att transpersoner inte har samma möjligheter som be-

folkningen i stort att delta i föreningsidrott, men det saknas kunskap om transpersoners villkor inom civilsamhället i stort. Vi föreslår därför att MUCF eller annan lämpligt myndighet även ges i uppdrag att undersöka hur transpersoner upplever sina möjligheter att delta i civilsamhället. I uppdraget ska ingå att lyfta fram goda exempel samt att föreslå fortsatta insatser.

MUCF har tidigare haft regeringsuppdrag att utbilda personal som arbetar inom fritidsverksamheter för unga i syfte att öka deras kompetens att skapa öppna och fördomsfria miljöer för unga hbt-personer. För att kunna fortsätta arbeta med att stärka unga hbtq-personer i fritidsverksamheter inom ramen för sitt ordinarie uppdrag att fungera som stöd för den öppna fritidsverksamheten och erbjuda fortbildning och kunskapshöjande insatser så föreslår vi att myndigheten tilldelas medel för att uppdatera sitt utbildningsmaterial samt att materialet förstärks ur ett transperspektiv. Nationella ungdomsenkäten visar att transpersoner och unga som är osäkra på sin könsidentitet i större utsträckning än cisungdomar besöker fritidsgårdar. Det är därför angeläget att personalen som möter dem får ta del av den kunskap som finns om transungdomars villkor.

14.5.2 Idrott och motion

Förslag: Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att identifiera orsaker till transpersoners stillasittande samt föreslå åtgärder för att få transpersoner i rörelse.

Regeringen bör inleda en dialog med Riksidrottsförbundet om transpersoners situation inom idrotten.

Regeringen bör utforma anslagen, anslagsposterna och anslagsvillkoren på ett sådant sätt att endast barn- och ungdomsidrott som bedrivs med beaktande av barnrättsperspektivet får bidrag.

Centrum för idrottsforskning (CIF) ges i uppdrag att utveckla indikatorer så att statens stöd till idrotten kan följas upp ur ett barnrättsperspektiv.

Som framkommer i kapitel 9 tränar transpersoner i mindre utsträckning än andra, samtidigt uttrycker många att de skulle vilja träna mer än de gör. Frågan om hur samhället kan förändras så att fler transpersoner kommer i rörelse och börjar utöva fysisk träning

är komplex. I den här utredningen har vi lyft fram ett antal faktorer som transpersoner själva upplever som begränsande och hindrande när det gäller träning samt möjligheten att delta i föreningsidrott. Ett sådant hinder för att delta i träning som många transpersoner framfört till utredningen är bristen på ombytesmöjligheter på grund av könsuppdelade omklädningsrum. En alldeles särskild problematik finns när det gäller simhallar då det oftast inte är möjligt att ens komma in i simhallen utan att gå igenom ett könsuppdelat omklädningsrum. Utredningens bedömning är att så kallade flexombytesrum, i tillägg till befintliga dam- och herromklädningsrum, behöver finnas på fler anläggningar. Förslag för hur detta kan förbättras har presenterats under rubrik 14.1.7 om tillgängliga toaletter och omklädningsrum.

Utredningens anser att det är angeläget att arbetet med att identifiera de faktorer som ligger bakom transpersoners stillasittande livsstil fortsätter och föreslår därför att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att göra det. I uppdraget bör ingå att föreslå åtgärder för få transpersoner i alla åldrar i rörelse.

Föreningsidrotten är en del av civilsamhället som har en särställning i Sverige i dag på grund av att en stor del av befolkningen deltar i idrotten någon gång i livet. Idrotten har också i många fall tävlingsregler som exkluderar transpersoner. Fysisk aktivitet har stor påverkan på kroppens biologi och fysiologi samt kognitiva funktioner. Ur ett folkhälsoperspektiv är det positivt att personer motionerar, oavsett motionsform. Att delta i föreningsidrott för med sig ytterligare positiva aspekter: demokratisk delaktighet och social gemenskap.

Hur idrotten ska inkludera transpersoner och personer med intersexvariationer är en omfattande fråga, inte minst på grund av att olika idrotters tävlingsregler skiljer sig åt sinsemellan. Regeringen bör inleda en dialog med Riksidrottsförbundet gällande transpersoner och personer med intersexvariationers situation inom idrotten.

I *Statens idrottspolitiska mål – en uppföljning med inriktning på barn och ungdomar* från 2017 menar kulturutskottets uppföljnings- och utvärderingsgrupp att statens stöd till idrotten behöver ses över samt att regeringen behöver säkerställa att stöd som går till barn- och ungdomsidrott villkoras genom att endast aktiviteter som bedrivs med beaktande av barnrättsperspektivet får bidrag. Utredningen delar denna bedömning och vill även understryka vikten av

att detta barnrättsperspektiv inkluderar transbarn och barn med intersexvariation. Kulturutskottets uppföljnings- och utvärderingsgrupp bedömning är också att styrningen av statens stöd till idrotten och villkoren för statsbidragen behöver ses över. Gruppen påpekar att även om idrotten är fri och självständig så är inte staten förhindrad att ställa villkor för de statliga medlens användning. I rapporten föreslås även ett sätt att genomföra detta: att utforma anslagen, anslagsposterna och anslagsvillkoren på ett sådant sätt att man säkerställer att endast barn- och ungdomsidrott som bedrivs ur ett barnrättsperspektiv får bidrag. Ett sätt att skapa bättre förutsättningar för att följa upp det statliga stödet är att tydliggöra anslagsvillkoren. Utredningen delar denna bedömning och föreslår därför att regeringen ska genomföra en sådan ändring av anslagens, anslagsposterna och anslagsvillkorens utformning. I arbetet med detta ska säkerställas att barnrättsperspektivet inkluderar ett trans- och intersexperspektiv.

Att delta i barn- och ungdomsidrott lägger grunden för att personer vidhåller en aktiv livsstil som vuxna. Att barn- och ungdomsidrotten är inkluderande och tilltalar så många som möjligt är viktigt ur folkhälsosynpunkt. Vi anser att staten bör agera för att barn under 12 år i större utsträckning ska ha möjlighet att idrotta i könsblandade lag och att träna tillsammans och tävla mot varandra i individuella sporter. Könsuppdelningen inom idrotten är en uteslående faktor för transbarn som vill delta i idrott.

Enligt studien *Hbtq och idrott* som RFSL genomförde på uppdrag av Riksidrottsförbundet baseras idrottens könsindelning på föreställningar om att kvinnor och män har så olika egenskaper att de bör idrotta separat för att män har fördel av att ha större muskelmassa. Könsuppdelningen motiveras utifrån ett rättviseperspektiv, att det på grund av mäns fysiska överlägsenhet är mer rättvist om kvinnor och män tävlar för sig. Utredningen menar att könsuppdelningen upprätthåller en heteronormativ och cisnormativ indelning som inte fyller någon funktion när det gäller barns idrottande. Att alla barn - flickor, pojkar och barn med annan könsidentitet – tillåts träna och tävla tillsammans inom alla idrotter skulle dessutom ha andra positiva effekter på samhällsutvecklingen därför att de skulle lära sig behandla varandra som likvärdiga. För att få del av det statliga stödet till idrotten så bör föreningar bedriva könsblandad

träning och tävling för barn och förbunden anpassa sina tävlingsregler så att detta möjliggörs.

För att säkerställa att barnrättsperspektivet inkluderas i uppföljningen av statens stöd till idrotten föreslår vi att Centrum för idrottsforskning (CIF) får i uppdrag att utveckla indikatorer som möjliggör detta. I detta arbete ska villkor för barn och unga som är transpersoner eller personer med intersexvariation särskilt beaktas.

Utredningen ser inte ett behov av en översyn av de idrottspolitiska målen i dagsläget, men vi vill påpeka att när tiden kommer för nästa översyn så behöver utformningen av dessa vara utformade på ett sätt så att de inkluderar transpersoner och personer med intersexvariation.

14.6 Transpersoners situation på arbetsmarknaden

Kunskapen om transpersoners situation på arbetsmarknaden är låg. Många aktörer uttrycker att de har behov av mer kunskap. Utredningens förslag är därför inriktade på att höja kunskapen hos olika aktörer på arbetsmarknaden.

14.6.1 Kunskapsspridande insatser

Förslag: Den nya myndigheten Nationellt Arbetsmiljöcentrum ges i uppdrag med att med utgångspunkt i befintliga studier utforma ett kunskapsunderlag för arbetsmiljöfrågor med ett hbtq-perspektiv, med särskilt fokus på transpersoners situation. Materialet ska rikta sig till såväl arbetsgivare som skyddsombud och andra förtroendevalda på arbetsplatser.

Arbetsmiljöverket ges i uppdrag att omarbета eller komplettera de paragrafer i arbetsmiljöföreskriften Arbetsplatsens utformning som rör regler för omklädningsrum, tvätt- och duschutrymmen samt toaletter i syfte att inkludera ett transperspektiv.

Diskrimineringsombudsmannen ges i uppdrag att genomföra kunskapsspridande insatser till arbetsgivare med goda exempel och metoder för implementering av aktiva åtgärder ur ett transperspektiv.

Utredningen har konstaterat att det råder stor brist på kunskap om transpersoners villkor på arbetsmarknaden och i arbetslivet i Sverige. Ytterst lite forskning har genomförts på området. Dessutom har det blivit tydligt i de samtal utredningen haft med representanter för arbetsmarknadens parter, myndigheter, intresseorganisationer och enskilda att det råder stor brist både på generella kunskaper om transpersoner och på hur befintliga lagar och regler ska tillämpas i praktiken. Utredningens förslag på området syftar därför till största delen om att utöka och sprida kunskaperna om transpersoners villkor på arbetsmarknaden och i arbetslivet.

Behovet av vetenskapligt genomförda studier av villkoren för transpersoner i det svenska arbetslivet är stort. Det nya kunskapscentret ska enligt regeringens betänkande *Ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö* (SOU 2017:28) bland annat sammanställa och tillgängliggöra kunskap om arbetsmiljö samt kommunicera denna på ett målgruppsanpassat sätt. Utredningen välkomnar detta och menar att studier om transpersoners situation på arbetsmarknaden måste vara inkluderade i arbetet. Som vi redogjort för i kapitel 10 finns bristande svensk forskning, men en del forskning har gjorts internationellt. Utredningen menar också att det egentligen vore önskvärt att den nya myndigheten får möjlighet att bedriva egen forskning, och hoppas att detta ska bli fallet framöver. Vi vill då göra ett medskick om vikten av ett transperspektiv i det arbetet.

Utredningen har funnit att det saknas aktuellt material om hur hbtq-frågor kan införlivas i exempelvis det systematiska arbetsmiljöarbetet för att skapa ett inkluderande arbetsklimat. Behovet av sådant material har också betonats av företrädare för arbetsmarknadens parter i möten med utredningen.

Vi föreslår därför att den nya myndigheten Nationellt Arbetsmiljöcentrum ges i uppdrag att ta fram ett kunskapsmaterial riktat till arbetsgivare, skyddsombud och andra förtroendevalda på arbetsplatser om hur man konkret kan arbeta för en hbtq-inkluderande arbetsmiljö. Materialet kan med fördel tas fram i samverkan med arbetsmarknadens parter och Diskrimineringsombudsmannen.

Utredningen kan konstatera att frågan om vilken toalett som ska användas av transpersoner orsakar högst konkreta problem, då de flesta arbetsplatser har binärt könsuppdelade toaletter. Utredningen har också tagit del av berättelser om problem orsakade av

detta. Även om utredningen inte har inhämtat några konkreta exempel på motsvarande problem gällande omklädningsrum och tvätt- och duschutrymmen, anser vi det rimligt att även dessa skrivningar i AFS 2009:2 ses över för att inkludera transpersoners tillgång till dessa utrymmen.

Den 1 januari 2017 ändrades diskrimineringslagens bestämmelser om aktiva åtgärder. Ändringarna innebär att aktiva åtgärder inom arbetslivet och utbildningsområdet ska omfatta samtliga diskrimineringsgrunder.

I samtal med arbetsgivarorganisationer har framgått att arbetsgivare anser att det är svårt att implementera de nya reglerna avseende aktiva åtgärder och efterfrågar mer information om hur arbetet ska gå till rent praktiskt. Här föreslår vi att Diskrimineringsombudsmannen inom ramen för sitt redan existerande uppdrag att sprida information om den nya bestämmelsen särskilt också fokuserar på hur detta kan göras med ett transperspektiv.

14.7 Administrativa problem för personer som ändrat juridiskt kön

Utredningen har i kapitel 11 belyst några av de svårigheter som uppstår för personer som ändrat juridisk könstillhörighet. Det är utredningens bedömning att de flesta problem som uppmärksammades av Socialstyrelsen 2012 kvarstår och att flera åtgärder behövs för att komma tillrätta med detta.

14.7.1 Tillgänglig information

Förslag: Skatteverket och Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram lättillgänglig information om de administrativa konsekvenserna av ändrad juridisk könstillhörighet.

Under utredningens gång har det vid flera tillfällen framförts önskemål om tillgång till samlad information kring den administrativa process som följer efter ändring av juridiskt kön. Det har även framkommit att det förekommer en viss utbredning av felaktig information i den berörda målgruppen. Till exempel har ett flertal

transpersoner och föräldrar till transpersoner hört av sig till utredningen och berättat att de är oroliga för att relationskopplingar ska gå förlorade i folkbokföringen. Föräldrar har berättat att de fått information från olika håll om att de kommer att behöva adoptera sitt barn för att behålla släktbanden och att alla kopplingar kommer att försvinna i samband med tilldelningen av ett nytt personnummer. Enligt uppgift från Skatteverket är detta direkt felaktigt.

Under utredningens gång har det också framkommit att det finns en utbredd osäkerhet om vilka rutiner som gäller för sekretessmarkering av personnummer, för ansökan om nytt pass, för byte av personnummer för bankkonto och även för vad som är giltigt som ID-handling innan den enskilde har fått sina nya ID-handlingar. Mot bakgrund av detta anser vi att det finns ett behov av att erbjuda målgruppsanpassad, lättillgänglig och samlad information om de administrativa aspekterna av att ändra könstillhörighet. Genom att målgruppen enkelt kan få åtkomst till de vanligaste frågorna som uppkommer i samband med ett nytt personnummer kan mycket av den tid som den enskilde ägnar åt att leta efter information besparas. Samtidigt hindrar en sådan sammanställning av information att missvisande information sprids.

Den efterfrågade informationen bör vara tillgänglig på internet och kan med fördel samlas i ett informationsblad eller liknande. Innehållet bör behandla frågor om vad som händer med det nya respektive det gamla personnumret i folkbokförings- och andra register. De konkreta frågorna bör identifieras i samråd med relevanta aktörer, till exempel kommuner, landsting/regioner, andra myndigheter, privata aktörer och representanter från civilsamhällesorganisationer.

Utredningen föreslår att den samordnande rollen för uppdraget bör falla inom ramen för Skatteverkets samt Socialstyrelsens verksamhet. Skatteverket har valts på grund av myndighetens ansvar för folkbokföringen, Navet samt Statens personadressregister, SPAR. Socialstyrelsen har valts på grund av att myndigheten i nuläget fattar beslut om ändrad könstillhörighet i de enskilda fallen. För att uppfylla sitt syfte över tid bör uppdraget planeras långsiktigt så att informationen kan uppdateras kontinuerligt.

14.7.2 Hänvisningspersonnummer blir obligatorisk uppgift

Förslag: Skatteverket ges i uppdrag att säkerställa att hänvisningspersonnummer anges som obligatorisk uppgift i informationssystemet Navet.

När en person får ett nytt personnummer läggs det nya personnumret in i folkbokföringen med en hänvisning till det gamla. Detta kallas för ett hänvisningspersonnummer. Uppgifterna från folkbokföringen förs automatiskt vidare till informationssystemet Navet, Skatteverkets system för distribution av folkbokföringsuppgifter till myndigheter. Alla myndigheter har rätt att, mot avgift, ta emot uppgifter från folkbokföringen via Navet. Aviseringar från Navet ser dock olika ut beroende på vilka uppgifter som den mottagande myndigheten har med i beställningen av Navets tjänster. Vid en avisering av ändrad uppgift om till exempel personnummer lämnas även tidigare uppgift, i det här fallet det gamla personnumret. Det innebär att alla mottagare får uppgift om att det skett en ändring av uppgifter om personnummer. De myndigheter som prenumererar på uppgifter från Navet får uppgift om en persons hänvisningsnummer när ändringen har gått igenom i folkbokföringen. Om ändringen redan har skett och kunder ska hämta hem uppgifter från folkbokföringen i nya ärenden visas dock inte hänvisningspersonnumret om inte kunden har beställt det särskilt. De flesta myndigheterna beställer uppgift om hänvisningspersonnummer som en egen term, men inte alla.

Uppgift om personnummer, sekretessmarkering samt avregistreringsorsak från folkbokföringen är i dag förkryssade som obligatoriska uppgifter. Mot bakgrund av de problem som annars riskerar att uppstå anser utredningen att även uppgift om hänvisningspersonnummer bör bli en obligatorisk uppgift i ansökningsblanketten till Navet.

Utredningen har i dialog med Skatteverket identifierat att konsekvenserna av en sekretessmarkering i SPAR kan innebära problem för SPAR:s kunder som riskerar att resultera i att personer som ändrat könstillhörighet registreras som en ny privatkund. Frågan om hantering av sekretessmarkerade personuppgifter innebär svåra avvägningar för att å ena sidan säkerställa skyddet för den personliga integriteten och å andra sidan förmedla de uppgifter som krävs för att kundregister över privatpersoner ska innehålla rätt uppgifter.

Skatteverket har förmedlat till utredningen att de nu kommer att se över hanteringen av sekretessmarkering i förhållande till SPAR i syfte att säkerställa att aviseringen till företag innehåller uppgift om hänvisningspersonnummer från det gamla personnumret till det nya personnumret.

Utöver detta vill utredningen belysa möjligheten för Skatteverket att, som ansvarig myndighet för Navet, ta fram en vägledning med goda råd för hur myndigheter kan hantera byte av personnummer i sina IT-system efter avisering från Navet i syfte att förebygga administrativa problem för såväl myndigheten som personer som ändrat könstillhörighet.

14.7.3 Uppföljning av kartläggning

Förslag: Socialstyrelsen ges i uppdrag att följa upp sin kartläggning från 2014 av administrativa problem för personer som ändrat juridiskt kön.

Socialstyrelsens kartläggning synliggjorde många av de administrativa problem och utmaningar som personer med ändrat juridiskt kön ställs inför efter erhållandet av nytt personnummer. Den medförde också att de myndigheter som omfattades av uppdraget inventerade sina rutiner och eventuella utmaningar inom sin verksamhet. I sin kartläggning identifierade Socialstyrelsen ett antal problem som följer av ändring av personnummer och namn i folkbokföringen; vilka personuppgifter som ska gälla för sekretessmarkering, familjerättsliga relationer, ändring av examensbevis, betyg, intyg, behörighet och legitimationer, försäkringsförmåner, asylsökandes situation med mera. Andra frågor som togs upp var bemötande, säkerhet och trygg vård inom samhällsinstitutioner och att inte behöva förklara och visa upp sin tidigare identitet samt vikten av ett bra bemötande.

Några myndigheter, till exempel Skatteverket, har sedan kartläggningen vidtagit åtgärder i syfte att underlätta de administrativa utmaningar och hinder som personer med ändrad könstillhörighet ställs inför. Utredningen konstaterar att det trots detta kvarstår utmaningar. Många transpersoner uppger att de fortfarande har problem med att det ändrade personnumret inte får fullt genomslag. Som påtalats i kapitel 11 uppstår fortfarande problem hos såväl myndig-

heter som privata aktörer. Det synliggör att det finns behov av att genomföra en uppföljning av Socialstyrelsens kartläggning.

Det uppdrag (S2012/4530/FS) som Socialstyrelsen fick år 2012 var en del av ett större uppdrag att ta fram kunskapsstöd om den könsbekräftande vården. Utredningen har noterat att en uppdatering av de kunskapsstöd som togs fram inom ramen för det uppdraget är planerad. Vi anser därför att det är lämpligt att även göra en uppföljning av kartläggningen i samband med detta.

Ytterligare ett skäl att göra en uppföljning är att myndigheterna själva behöver följa upp det arbete som initierades år 2012. Av Socialstyrelsens kartläggning framgår att myndigheternas inventering ledde till att många problem identifierades. Det kan dock noteras att en del myndigheter inte har gjort någon uppföljning och att vissa problem inte heller har åtgärdats. I kontakt med myndigheter hänvisar flera till de promemorior som lämnades in till Socialstyrelsen som underlag för kartläggningen. Sedan år 2012 har det dock skett förändringar både i samhället och i regelverk som innebär att vissa av dessa skrivelser inte utgör ett tillräckligt underlag.

Ett annat skäl är också att skapa ett dialogforum där myndigheterna kan byta erfarenheter och sprida goda exempel. Utredningen anser att samverkansmöjligheter mellan myndigheter kan få en större effekt för det förändringsarbete som den första kartläggningen syftade till. Till exempel hur hanteringen sker i de olika myndigheternas IT-system och hur hanteringen av överföring av information från det gamla personnumret hanteras.

14.7.4 Ökad patientsäkerhet

Bedömning: Socialstyrelsen eller annan lämplig myndighet bör få i uppdrag att i samråd med landsting och regioner ta fram riktlinjer eller annat stödande material gällande frågan om hantering av byte av personnummer i journaler.

Utredningen kunde i kapitel 11 konstatera att det råder stor variation vad gäller journalsystemens möjligheter att hantera att en patient har bytt personnummer. I de fall då det inte är möjligt att slå ihop journaler eller på annat spåra den gamla journalen via den nya,

är det utredningens bedömning att detta borde ses över ur ett patientsäkerhetsperspektiv och riktlinjer tas fram.

Riktlinjerna måste förhålla sig till reglerna om rättelse, utplånande av uppgifter i journalhandling och spärrade uppgifter vid sammanhållen journalföring, samt göra en analys av vad åtgärder av detta slag innebär för patienten.

Det är också utredningens bedömning att det borde finnas riktlinjer för hur screeningprogram eller annan journalföring/vård som är bunden till könstillhörighet ska hanteras vid personnummerbyte.

14.7.5 Ny utredning

Förslag: Regeringen tillsätter en utredning med uppgift att utreda hur det kan säkerställas att en person som byter personnummer inte blir behandlad som en ny person.

De hinder och administrativa utmaningar som följer av ändrat juridiskt kön och ett nytt personnummer kan bli mycket omfattande, vilket har behandlats i kapitel 11. Personer som avser att ändra eller har ändrat juridisk könstillhörighet ska inte missgynnas på grund av ändringen, vilket många ändå uppger att de har gjort i samband med till exempel banktjänster eller då de behövt teckna ett nytt elavtal med sämre villkor än tidigare. Utredningen har även fått ta del av ett dokument från en person som är aktiv inom Transföreningen FPES som erhållit nytt personnummer och som listat alla ändringar som hon behövt omhändertaga manuellt. Dessa uppgår till ett hundratal kontakter, till exempel kontakt med banker, föreningar, vårdkontakter och elbolag.

I direktiven till utredningen uppges att utredningen vid behov ska föreslå nödvändiga författningsändringar. Vi har sett över olika alternativ kring behovet av lagstiftning för att klargöra att en person som ändrat könstillhörighet inte ska kunna behandlas som en ny person i förhållande till exempelvis tidigare ingångna avtal.

I Maltas lag om fastställande av könstillhörighet⁴ anges att en person som ändrat juridisk könstillhörighet inte ska bli behandlad som en ny person. Det vill säga att rättigheter och skyldigheter som uppstått innan ändringen inte ska påverkas av den nya identiteten.

Det är utredningens bedömning att en liknande bestämmelse bör införas i svensk lag i syfte att säkerställa att personer som ändrar könstillhörighet inte missgynnas på grund av ändringen. Utredningen har noterat att lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall är under omarbetning vid tidpunkten för vårt arbete och det har därför inte funnits möjlighet att undersöka möjligheten att införa en bestämmelse liknande den maltesiska i den lag som kommer att ersätta den administrativa delen av könstillhörighetslagen.

Ett annat förslag som utredningen diskuterat är möjligheten att införa en bestämmelse i folkbokföringslagen (1991:481) med lydelsen att folkbokförda personer i Sverige som erhållit nytt personnummer inte ska behandlas som en ny fysisk person. En sådan bestämmelse skulle också kunna ha viss betydelse vid en eventuell senare diskrimineringsrättslig prövning.

Det är enligt utredningens uppfattning också möjligt att tänka sig en framtida situation där byte av personnummer hanteras endast via folkbokföringslagen, eftersom det är denna lag som reglerar tilldelning av personnummer från början. När ändring av juridiskt kön blir en administrativ process blir kanske regleringen i en egen lag onödig. I folkbokföringslagen skulle då också kunna klargöras att den som byter personnummer inte ska behandlas som om den vore en ny person på något sätt, utan exempelvis ingångna avtal ska fortsätta att gälla.

För att kunna göra en adekvat bedömning av situationen skulle dock en mer omfattande utredning behöva göras för varje tänkbar situation, något som det inte funnits utrymme för inom utredningens tidsram. Eftersom det fortfarande finns otydligheter i problem-bilden går det inte att identifiera en lämplig lagteknisk lösning på problemet.

⁴ AN ACT for the recognition and registration of the gender of a person and to regulate the effects of such a change, as well as the recognition and protection of the sex characteristics of a person 3.2 a–c

Det är inte heller möjligt för utredningen att med säkerhet bedöma om de problem som presenterats skulle kunna utgöra diskriminering enligt nuvarande bestämmelser.

Diskrimineringslagen (2008:567) anger att om någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan behandlas, har behandlats eller skulle ha behandlats i en jämförbar situation är detta direkt diskriminering, om missgynnandet har samband med någon de i lagen angivna diskrimineringsgrunderna (1 kap. 4 § 1 diskrimineringslagen). Om ett sådant missgynnande har samband med att en person avser att ändra eller har ändrat könstillhörighet utgör det diskriminering på grund av kön. Något liknande ärende som det som återfinns här har dock, såvitt vi vet, inte varit föremål för prövning i domstol.

DO har vid kontakter med utredningen framhållit att det finns rättsliga argument som talar för att så skulle kunna vara fallet, men samtidigt framhållit att det finns anledning att närma sig frågan med viss försiktighet eftersom den ännu inte har prövats.

Eftersom det i nuläget saknas en mer omfattande utredning är det också svårt att avgöra vilka situationer och i vilken omfattning problemen uppstår. Ett sätt som enskilda kan uppmärksamma frågan är genom att göra en anmälan till DO efter det att problemet uppstått. De anmälningar som kommer in till DO kan på så sätt utgöra en viktig grund för det fortsatta arbetet för lika rättigheter och möjligheter och arbetet mot diskriminering.

14.8 Utfärdande av nya betygsdokument vid ändrat juridiskt kön

Utredningen har i kapitel 12 utrett de juridiska hinder som finns för att personer som ändrat juridisk könstillhörighet ska få ut sina betygsdokument i det nya personnumret.

14.8.1 Nationella riktlinjer ska tas fram

Förslag: Statens skolverk, Universitets- och högskolerådet och Myndigheten för yrkeshögskolan får ett gemensamt uppdrag att utreda och ta fram riktlinjer kring hur nya betygsdokument kan tas fram inom respektive utbildningsväsende.

Som anges i kapitel 12 finns i dag ingen specialförfattning som ger en explicit rätt för den som har ändrat juridiskt kön att få ut nya betygsdokument. Det finns emellertid heller inga lagliga hinder. Utredningen har tittat på olika bestämmelser att grunda det nya utfärdandet på, exempelvis rättelse enligt 26 § förvaltningslagen eller omprövning enligt 27 § förvaltningslagen (den 1 juli 2018 träder den nya förvaltningslagen i kraft och rättelse görs då enligt 36 § och ändring enligt 37–38 §§). Ingen av dessa bestämmelser är dock helt entydig och de omfattar inte självklart alla utbildningsanordnare.

Som angett i bakgrundskapitlet är det utredningens uppfattning att Sverige redan genom sina förpliktelser enligt Europakonventionen och mot bakgrund av en rekommendation från Europarådets ministerkommitté samt domar från Europadomstolen, ska eller bör utfärda nya betygsdokument snabbt och enkelt i de nya personuppgifterna för en person som har fått nytt personnummer på grund av ändrat juridiskt kön.

Det kan konstateras att de allra flesta universitet och högskolor redan i dag utfärdar nya betygsdokument när en person som har ändrat juridiskt kön så begär. Problemet är således inte i grunden möjligheten att utfärda handlingarna, utan att hanteringen spretar och att de som ska utfärda handlingarna inte vet hur det ska göras. Mot bakgrund av detta bedömer utredningen att det inte nödvändigtvis är lagstiftningsåtgärder som krävs för att få hanteringen mer förutsägbar, utan att det snarare är en fråga på handläggningsnivå.

Utredningen menar att nationella riktlinjer eller gemensamma riktlinjer för betygsdokument inom respektive utbildningsväsende är nödvändiga för att säkerställa likvärdig hantering på handläggningsnivå.

Statens skolverk har redan i dag föreskrifter avseende utformning av bland annat examensbevis för gymnasieskolan och slutbetyg för grundskolan. Utredningen anser att en lösning skulle vara att Statens skolverk, Universitets- och högskolerådet och Myndigheten

för yrkeshögskolan får ett gemensamt uppdrag att utreda och ta fram nationella riktlinjer kring hur nya betygsdokument kan tas fram inom respektive utbildningsväsende. Utredningen föreslår därför att Statens skoverk, Universitets- och högskolerådet och Myndigheten för yrkeshögskolan får ett gemensamt uppdrag att utreda och ta fram riktlinjer kring hur nya betygsdokument kan tas fram inom respektive utbildningsväsende.

Om myndigheterna under uppdragets genomförande finner att det behövs ställningstaganden i vissa frågor som till exempel datering och denna inte bedöms kunna hanteras på myndighetsnivå kan de frågorna aktualiseras i den vidare utredning på området som föreslås i nästkommande förslag i detta betänkande.

I myndigheternas uppdrag att ta fram riktlinjer bör särskilt frågan hanteras om vem som utfärdar en ny handling när en utbildningsanordnare inte längre finns kvar och därmed inte kan utfärda ny handling. I uppdraget bör således även ingå att utveckla och föreslå ett system där ansvarig myndighet kan utfärda ett intyg om examen, betyg eller liknande som ska motsvara betygsdokumentet i sin funktion och som ska vara avsett att användas när det inte längre är möjligt att få ett nytt betygsdokument utfärdat på annat sätt. Intyget ska upplysa om att en viss person har genomgått en viss utbildning och att betygsdokumentet har utfärdats ett visst datum samt ge all övrig information som det ursprungliga betygsdokumentet innehöll. Liknande metod används av Statens skolverk i samband med ett förkommet intyg, men i detta fall är det alltså avsett att endast användas när det inte längre är möjligt att få ett nytt betygsdokument utfärdat på annat sätt.

I uppdraget bör också ingå att närmare utreda och ta ställning i frågor kring datering och förstörande av original samt utreda hur en ändring i dessa frågor förhåller sig till straffrättslig lagstiftning på området.

14.8.2 Ny utredning

Förslag: En utredning bör tillsättas i syfte att säkerställa rätten för personer med ändrat juridiskt kön att få ut betygsdokument och närliggande handlingar i sitt nya personnummer.

Enligt direktiven ska utredningen kartlägga vilka eventuella hinder som kan uppkomma när en person som ändrat juridiskt kön behöver använda handlingar som är utfärdade i de tidigare personuppgifterna. Vid behov ska utredningen lämna förslag på åtgärder som kan vidtas på kort respektive lång sikt för att komma tillrätta med sådana eventuella hinder samt föreslå hur kontakterna mellan parter kan förenklas.

I kapitel 12 har utredningen sökt utreda några av de frågeställningar som uppkommit när det gäller möjligheten att få nya betygsdokument utfärdade efter att någon har ändrat juridiskt kön. Utredningen ser samtidigt att dessa frågor inte självklart är fullt utredda och det kan fortfarande inte uteslutas att lagstiftningsåtgärder kan vara nödvändiga för att försäkra att den som ändrat juridiskt kön ska få sin ändrade könstillhörighet accepterad fullt ut.

Utredningen har inte inom ramen för sitt arbete haft möjlighet att göra en fullständig rättslig analys på området, men anser ändå mot bakgrund av det som redovisas i kap. 12 att det är angeläget att en utredning genomförs för att utesluta tveksamheter kring möjligheten att utfärda nya betygsdokument till en person som fått nytt personnummer. Utredningen föreslår därför att frågan ska utredas ytterligare. En fortsatt utredning av frågan bör då också inkludera arbetsgivarintyg och andra intyg som kan vara nödvändiga för att en person ska kunna leva fullt ut i sina nya personuppgifter.

14.9 Transpersoner i statistiken

Utredningen har haft i uppdrag att belysa hur enkäter och undersökningar kan inkludera ickebinära personer och peka på goda exempel på hur detta kan genomföras.

14.9.1 Bättre inkludering av transpersoner i enkäter och undersökningar

Förslag: Statistiska centralbyrån (SCB) ges i uppdrag att ta fram ett stödmaterial för hur offentliga aktörer kan inkludera binära och ickebinära transpersoner i enkäter och undersökningar.

Som framgår i kapitel 5 om transpersoners levnadsvillkor beskriver många ickebinära personer hur den binära tvåkönsnormen osynliggör deras existens. Osynliggörandet påverkar gruppens hälsa negativt. På senare år har medvetenheten om att det finns ickebinära personer som inte kan eller vill definiera sig som kvinna eller man ökat. Något som också återspeglar sig i enkäters utformande och en vilja att mäta kön på ett inkluderande sätt. Samtidigt är det inte alltid lätt att veta när det är lämpligt att ha fler svarsalternativ än två på frågor om kön och hur dessa ska vara utformade. I kapitel 13 redogör vi för några olika alternativ.

Flera aktörer som utredningen varit i kontakt med, däribland SKL och RFSL, har påtalat att det finns ett behov av stöd gällande dessa frågor i svenska kommuner och landsting samt hos statliga myndigheter. Enligt förordningen (2007:762) med instruktion för Statistiska centralbyrån ansvarar myndigheten för officiell statistik och för annan statlig statistik. SCB har också, på eget initiativ, påbörjat ett arbete med att ta fram ett stödmaterial. Det är utredningens bedömning att myndigheten bör tilldelas resurser för att färdigställa ett stödmaterial. En anledning till att det behövs särskilda resurser är att myndigheten behöver kunna undersöka hur olika sätt att ställa frågor kring kön, könsidentitet och transerfarenhet uppfattas av olika grupper av respondenter, till exempel cispersoner samt binära och ickebinära transpersoner.

Ibland är det önskvärt att i en undersökning ta reda på om respondenterna är transidentifierade eller har transerfarenhet. För att ta reda på det måste frågan om kön kompletteras med en fråga om det. Detta på grund av att binära transpersoner ofta anger man eller kvinna som svar på frågan om kön eftersom det är så de primärt definierar sig. Det bör ingå i uppdraget till SCB att ge exempel på när det kan vara relevant att inkludera en frågeställning om transerfarenhet samt hur den kan formuleras.

Utredningen har även haft i uppdrag att belysa hur könsuppdelad statistik kan kompletteras genom att inkludera ickebinära personer. Vi har i kapitel 13 redogjort för olika komplicerande faktorer gällande detta, bland annat regleringar i nu gällande och kommande lagar, som gör att kompletteringar inte alltid är så lätta att åstadkomma.

Som vi redogjorde för i utredningens utgångspunkter har bland annat Europarådets kommissionär för mänskliga rättigheter i en

rapport från 2015 (som handlade om rättigheter för personer med intersexvariation) gett staterna tre rekommendationer:

- att göra det möjligt för personer med intersexvariation att få juridiskt erkännande för den självdefinierade könsidentiteten,
- att göra det enkelt att ändra juridiskt kön i officiella dokument samt
- att göra det möjligt att inte tvingas välja mellan endast manlig eller kvinnlig könsmarkör.

Staterna uppmanas också att generellt beakta proportionaliteten vad gäller krav på att ange kön i officiella dokument. Alla dessa rekommendationer är relevanta också ur ett ickebinärt perspektiv.

I en resolution från Europarådets parlamentariska församling, PACE, även den från 2015, rekommenderas medlemsstaterna att överväga att införa ett tredje alternativ för juridiskt kön för de som önskar. Vi vill här hänvisa till vårt förslag om att utreda möjligheterna att införa ett tredje juridiskt kön, också med anledning av att det annars fortsatt kommer att vara svårt att inkludera ickebinära personer i könsuppdelad statistik fullt ut. En förändring av hur kön registreras i Sverige är en förutsättning för att inkludera ickebinära i statistik som uteslutande baseras på registerdata.

DEL II

15 Den könsbekräftande vården

I utredningens direktiv nämns några av de problem som är kända inom den könsbekräftande vården. Det handlar om långa väntetider, dåligt bemötande, okunskap, bristande eftervård och dålig tillgång till vård för ickebinära personer. Direktiven nämner också att Socialstyrelsen 2010 identifierade några av dessa brister i en egen utredning (Socialstyrelsen 2010). Där konstaterades också att väntetiderna och de tillgängliga resurserna skiljer sig åt i hög utsträckning över landet, och att innehållet i den erbjudna vården också varierar. Mot denna bakgrund fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram kunskapsstöd med rekommendationer om innehållet i utredning, vård och behandling vid könsdysfori. De två olika kunskapsstöden, ett för vuxna och ett för barn och ungdomar, presenterades 2015 (Socialstyrelsen 2015f, Socialstyrelsen 2015i).

Trots dessa åtgärder kvarstår fortfarande ett flertal problem och utredningen har därför i uppdrag att belysa hur personer som genomgår könsbekräftande vård uppfattar detta och hur eventuella brister kan åtgärdas. Utredningen ska utgå från Socialstyrelsens kunskapsstöd och ta hänsyn till pågående processer, som till exempel den pågående revideringen av WHO:s International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD).

Utredningen har också nära följt den pågående svenska processen med att förändra Lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall (1972:119). Detta eftersom den nuvarande ordningen innebär att den juridiska processen och den medicinska vården är nära förbundna med varandra. För att kunna beskriva vården är en redogörelse för den nuvarande juridiska ordningen nödvändig.

Sammanfattningsvis ska utredningen:

- belysa hur personer som genomgår könsbekräftande vård uppfattar utredning, vård och behandling, inklusive eftervård;

- belysa hur dessa personer uppfattar kontakten med olika instanser;
- kartlägga väntetider för start av utredning och tiden för utredning, samt föreslå konkreta insatser för att öka välbefinnandet hos personer som väntar på vård;
- samla goda exempel på korrekt information till personer som vill genomgå vården och hur dessa kan spridas;
- undersöka i vilken omfattning könsbekräftande vård och behandling är anpassad till ickebinära personers behov och föreslå eventuella insatser.

I följande kapitel redogör vi för de åtgärder som redan vidtagits, det vill säga de ovanstående skrifterna från Socialstyrelsen, samt visar på effekter av åtgärderna och vilka förändringar som återstår att göra. Vi redogör för transpersoners erfarenheter av vården liksom för synpunkter från de olika teamen för den könsbekräftande vården. Vi redogör för uppfattningar om hur vården borde bedrivas som de olika organisationerna som företräder transpersoner har, och vi har också inkluderat ett avsnitt om rollen som Socialstyrelsens rättsliga råd för närvarande har när det gäller att bevilja ändring av juridiskt kön och ge tillstånd för ingrepp i könsorganen.

Vi visar på kommande redan planerade förändringar av vården och vad dessa innebär, samt ger en internationell utblick. Avslutningsvis innehåller kapitlet en redogörelse för situationen för personer med intersexvariation. Denna del av kapitlet innehåller resultat från en internationell studie om personers med intersexvariation uppfattningar om vården de fått, en redogörelse för ståndpunkter från olika organisationer som jobbar med rättigheter för personer med intersexvariation, samt något om vad forskningen säger.

I kapitlet varierar terminologin något. Vi benämner i huvudsak vården som ”könsbekräftande”, men ibland annat våra direktiv används denna term parallellt med ”könskorrigering” och vid något tillfälle kan därför termen förekomma även här, till exempel vid citat eller hänvisning. Socialstyrelsens kunskapsstöd benämner vården som ”vård vid könsdysfori” och vi använder i några avsnitt också denna term, för enkelhetens skull, vid hänvisning till bland annat dessa dokument. Ibland beskriver källor eller forskning vården som exempelvis vård för transsexuella eller som könskorrigering, och vi använder

då dessa benämningar. Referenser till ”könsbyte” ska enbart förekomma i relation till byte av juridiskt kön.

I kapitel 3 redogjorde vi för några av de relevanta dokumenten på området mänskliga rättigheter. Här vill vi bara påminna om några av de konventioner, resolutioner och rapporter som särskilt berör den könsbekräftande vården och situationen för personer med intersexvariation.

Rätten till bästa möjliga hälsa är en mänsklig rättighet. I FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter stadgas i artikel 12 att konventionsstaterna erkänner var och ens rätt att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. För att denna rätt ska kunna tillgodoses ska staterna vidta åtgärder för att skapa förutsättningar som ger alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom. I konventionens artikel 2 finns ett förbud mot diskriminering gällande de rättigheter som konventionen gäller. Könsidentitet nämns inte uttryckligen, men i ett uttalande från Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (CESCR) från 2009 betonades att ”könsidentitet är erkänt som en av de skyddade diskrimineringsgrunderna” (vår översättning).

I juni 2017 kom den första rapporten från FN:s oberoende expert på området våld och diskriminering mot hbtqi-personer. Expertens påpekar bland annat att det finns ett behov av att länders lagstiftning erkänner människors könsidentitet utan någon form av tvingande krav, som till exempel psykologiska utvärderingar och medicinska ingrepp. Andra identifierade problem är svårigheter att få tillgång till önskad vård som till exempel hormonbehandling och byråkratiska hinder. Rapportören nämner också problemen med påtvingade kirurgiska ingrepp på små barn med intersexvariation.

I en rapport från 2016 av FN:s särskilda rapportör om tortyr och annan grym, omänsklig och nedvärderande behandling eller straff belyses också problemen för transpersoner och personer med intersexvariation när det gäller att få tillgång till lämplig hälso- och sjukvård, vilket bland annat beror på personalens diskriminerande agerande eller brist på kunskap. Även denna rapportör påpekar att barn som föds med intersexvariation ofta utsätts för irreversibla, normaliserande ingrepp och ofrivillig sterilisering, vilket leder till lidande och stigmatisering. Rapportören rekommenderar staterna att utbilda aktörer inom hälso- och sjukvården för att motarbeta diskriminering av transpersoner och personer med intersexvariation. Staterna upp-

manas också lagstifta bort möjligheten att genomföra ”normaliserande” kirurgi på barn, som inte haft möjlighet att ge sitt samtycke, samt att anta transparenta och tillgängliga procedurer för att ändra juridiskt kön.

Många aktörer inom mänskliga rättigheter har framfört att icke medicinskt nödvändiga kirurgiska ingrepp på barn med intersexvariation är problematiska. Åtta internationella auktoriteter inom mänskliga rättigheter (varav tre från FN, två från Europarådet och två från EU, samt en från Organization of American States) har hittills rekommenderat att stater ska reglera eller förbjuda onödiga ”normaliserande” behandlingar, till exempel kirurgiska ingrepp som inte kan återställas och steriliseringar, om inte den berörda personen själv haft möjlighet att samtycka till behandlingen¹.

En resolution från Europarådets parlamentariska församling från 2015 fokuserar på transpersoners rättigheter (resolution 2048 (2015)). I den uppmanades medlemsstaterna att utforska alternativa modeller för könsbekräftande vård, baserad på informerat samtycke. Vidare konstateras att nationella klassifikationsmanualer för sjukdomar bör justeras. Staterna bör medverka till förändring av internationella manualer, för att säkerställa att transpersoner inte klassificeras som psykiskt sjuka samt att transpersoner garanteras tillgång till vård fri från stigmatisering.

Staterna rekommenderas också att arbeta med informationsspridning om transpersoners mänskliga rättigheter och om diskriminering mot transpersoner, genom informationskampanjer, och genom utbildning av till exempel lärare, poliser, psykologer, psykiatriker och allmänläkare. Särskilt fokus bör ligga på kravet på respekt för privatlivet.

¹ FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter, *Discrimination and violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity* (2015); World Health Organization, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: An interagency statement* (May 2014); Juan E. Méndez, *Report of the special rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment to the U.N. General Assembly*, 2013 (A/HRC/22/53); Europarådets kommissionär för mänskliga rättigheter, *Human rights and intersex people* (2015); Europarådets parlamentariska församling, Resolution 1952 (2013) och 2191 (2017); EU:s byrå för grundläggande rättigheter, *The fundamental rights situation of intersex people* (2015); Europeiska rådet, *Guidelines to Promote and Protect the Enjoyment of All Human Rights by Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex (LGBTI) Persons*, (2013); Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Organización de los Estados Americanos, *Violencia contra Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex en América*, OAS/Ser.L/V/II.rev.1, Doc. 36 (2015).

15.1 Socialstyrelsens kunskapsstöd

15.1.1 Kunskapsstödens rekommendationer

Socialstyrelsens båda nationella kunskapsstöd för den könsbekräftande vården, *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori* och *God vård av vuxna med könsdysfori*, gavs ut 15 april 2015 (Socialstyrelsen 2015f, Socialstyrelsen 2015i). De innehåller rekommendationer om innehållet i utredning, vård och behandling vid könsdysfori hos barn, ungdomar och vuxna. En av de primära målgrupperna är personer som arbetar inom den könsbekräftande vården. En annan målgrupp är beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, som politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer. Om inget annat anges i redogörelsen nedan är refererat innehåll i kunskapsstöden från dem båda.

Bakgrund

Mot bakgrund av rapporten *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar* (Socialstyrelsen 2010) fick Socialstyrelsen 2012 i uppdrag av regeringen att ta fram kunskapsstöd för vård vid könsdysfori. Rapporten, som överlämnats till regeringen 2010, tjänade som en förstudie till kunskapsstöden. Vi redogör för rapporten och dess slutsatser i avsnittet 15.1.3. Kunskapsstöden för, såväl direkt som indirekt, en dialog med rapporten/förstudien. Vi går närmare in på detta i det följande.

Process

Till kunskapsstöden hör metodbeskrivningar och kunskapsunderlag, ett till kunskapsstödet för vård av barn och ungdomar och ett till kunskapsstödet för vård av vuxna. I dem beskrivs dels de metoder som använts för att ta fram kunskapsstöden, dels kunskapsunderlagen för rekommendationerna i respektive kunskapsstöd. I arbetet med kunskapsstöden deltog bland annat två expertgrupper med representanter för de olika vårdområden som ansvarar för utredning, vård och behandling av personer med könsdysfori: socialt arbete, psykologi, psykiatri, endokrinologi, kirurgi, logopedi och foniatri, fertilitet, gynekologi samt dermatologi. Även arbetet med kunskaps-

stöden var alltså multidisciplinärt. Det fanns också en expertgrupp med ansvar för faktagranskning och utvärdering av forskning samt formulering av rekommendationerna, och en expertgrupp som prioriterade, justerade och kompletterade de rekommendationer som togs fram. Dessutom konsulterade arbetsgruppen vid flera tillfällen under framtagandet av kunskapsstöden fem större svenska organisationer för transpersoner: RFSL, RFSL Ungdom, Transföreningen FPES, föreningen KIM – Kön Identitet Mångfald och dåvarande patientföreningen Benjamin.

Rekommendationerna bygger på dels vetenskap, dels beprövad erfarenhet (se även Patientsäkerhetslag (2010:659) 6 kap. 1 §). I respektive metodbeskrivning och kunskapsunderlag redogör arbetsgruppen för den vetenskapliga och kliniska bakgrunden till rekommendationerna, det vill säga för befintlig forskning och för erfarenheter från utredningsteam.

Funktioner

Kunskapsstödens huvudsakliga funktion är att utgöra stöd vid utredning, vård och behandling vid könsdysfori, alltså för yrkesverkamma inom de vårdområden som ansvarar för sådan utredning, vård och behandling. Delar av kunskapsstöden berör även andra vårdområden. Till exempel nämns primärvård, allmänpsykiatri, gynekologi, ungdomsmottagningar, elevhälsa, skola och socialtjänst som organisationer och professioner som har relevans för den könsbekräftande vården, exempelvis som samarbetspartner, resurser och remittenter. I kunskapsstöden konstateras också att det finns behov av information och fortbildning för hälso- och sjukvårdspersonal som möter personer med könsdysfori inom vårdområden som primärvård, barn- och vuxenpsykiatri, ungdomsmottagningar och elevhälsa.

Utöver detta kan kunskapsstöden sägas fylla fyra huvudsakliga funktioner:

Definitioner

Kunskapsstöden innehåller definitioner av viktiga termer, som könsdysfori, könsidentitet och könskorrigering, och beskriver kunskapsområdet. Socialstyrelsens definition av könsdysfori är ”ett psykiskt

lidande eller en försämrad förmåga att fungera i vardagen som orsakas av att könsidentiteten inte stämmer överens med det registrerade könet” (Socialstyrelsen 2015f, 2015i).

Definitionen är av stor betydelse inte minst för att den innefattar såväl de psykiska (ett psykiskt lidande) som de sociala (en försämrad förmåga att fungera i vardagen) aspekter som könsdysfori kan ha då den tar sig uttryck hos individen. Definitionen slår också fast att det registrerade könet, som i kunskapsstöden även kallas födelsekön eller ”det kön som en person tillskrivits vid födseln” (Socialstyrelsen 2015f, 2015i), är en del av könsdysfori. Med tillskrivande av kön brukar man mena att det nyfödda barnets kropp, i de flesta fall med utgångspunkt i vårdgivares tolkning av de yttre könsorganen, avgörs ha ett visst kön och att barnet tilldelas ett juridiskt kön som stämmer överens med tolkningen av kroppen. I sin definition av könsdysfori skiljer sig kunskapsstöden från förstudien, som endast tar upp rent kroppsliga egenskaper (”kroppens kön”, ”det biologiska könet”) som grund för könsdysfori. Socialstyrelsens definition skiljer sig i samma avseende också från diagnoskriterierna för könsdysfori hos barn respektive ungdomar och vuxna i DSM-V.

Då kunskapsstödens definition av termen könsidentitet är ”en persons självidentifierade kön, den inre upplevelsen av att vara man/pojke, kvinna/flicka eller att tillhöra inget eller något annat kön” (Socialstyrelsen 2015f, 2015i) öppnar definitionen av könsdysfori, liksom kunskapsstödens rekommendationer, för utredning, vård och behandling också av ickebinära (personer med inget kön eller annat kön än man/pojke eller kvinna/flicka). Förstudiens definition av könsidentitet innefattar enbart man och kvinna.

Med könskorrigering avser kunskapsstöden, i likhet med förstudien, dels medicinsk könsbekräftande behandling, dels fastställelse av rätt juridiskt kön.

Lägesbeskrivning

Kunskapsstöden ger en lägesbeskrivning i relation till den könsbekräftande vården. I förstudien konstaterades det att det finns brister inom hälso- och sjukvården vad gäller bland annat vård och behandling av personer med könsdysfori, att det finns stora regionala skillnader i landet vad gäller utredning och behandling och att det

saknades nationella kunskapsöversikter och mer omfattande vårdprogram.

I kunskapsstöden tar Socialstyrelsen upp dessa brister under rubriken ”Ojämlig tillgång till vård och behandling”. Där nämns också att diagnosen transsexualism enligt förstudien var avgörande för om en person skulle få tillgång till könsbekräftande vård och att behov av vård och behandling därmed inte blev tillgodosedda. I fråga om vårdprogram nämns Svensk förening för transsexuell hälsa, SFTH:s program, som beskrivs som ”mycket kortfattat”.²

Behovet av nationella kunskapsöversikter, som konstaterades i förstudien, uppfylls av kunskapsstöden med tillhörande kunskapsunderlag, men de övriga bristerna kvarstår alltså då de publiceras 2015.

”Det finns betydande regionala skillnader i möjligheten att få behandling under utredningstiden, liksom i innehållet i den behandling som patienterna erbjuds. Det råder exempelvis olika praxis runt om i landet för vid vilka åldrar medicinska insatser blir tillgängliga för ungdomar under utredning”, skriver Socialstyrelsen i kunskapsstödet för vård av barn och ungdomar (Socialstyrelsen 2015i). I kunskapsstödet för vård av vuxna konstaterar man att ”[ä]ven väntetiderna för att inleda en behandling och befintliga resurser för utredning och behandling skiljer sig åt mellan landstingen” (Socialstyrelsen 2015f). I slutändan är kunskapsstödens rekommendationer ”tänkta att bidra till att alla som söker vård ska få likvärdig vård, oavsett var i landet de bor”, alltså att komma till rätta med den i både förstudien och kunskapsstöden konstaterade ojämlikheten.

Även andra förhållanden tas upp, som att det är vanligt att hälso- och sjukvården särbehandlar (diskriminerar) personer med könsdysfori. Det betonas att patientsäkerhetslagen och hälso- och sjukvårdslagen gäller alla patienter, och att särbehandling därför inte ska ske när personer med könsdysfori söker vård som inte är relaterad till könsdysforin.

² SFTH beskriver i dag vårdprogrammet som ”förlegat” och säger att de håller sig till kunskapsstöden. Mejl till utredningen 2017-09-08, Komm 2017/01482.

Adresserar föreställningar

Kunskapsstöden adresserar vanliga föreställningar om personer med könsdysfori och om könsbekräftande vård. Under rubriken ”Få ångrar könskorrigeringen” redogör Socialstyrelsen för den låga ångrefrekvensen vid juridiskt könsbyte och refererar till kliniska studier som tyder på att få transsexuella som genomgått könsbekräftande behandling ångrar denna.

Rubriken ”En diagnos behöver inte vara en sjukdom” är en direkt parallell till förstudien ”Transsexualism – en psykisk sjukdom”. Förstudien tar kortfattat upp arbetet med ICD-11 och att det inte är rimligt att en kategori (diagnoskod) i en sådan ”klassifikation som de facto främst är avsedd för statistiskt bruk” krävs för att man ska kunna få tillgång till könsbekräftande vård. I kunskapsstöden förs inget motsvarande resonemang om diagnoskoder som grund för vård.³ Däremot konstaterar Socialstyrelsen 2015: ”En diagnos behöver inte nödvändigtvis vara en sjukdom, men den kan ange ett vårdbehov. Vid könsdysfori beror vårdbehovet på det lidande som följer av en uttalad brist på samstämmighet mellan kroppen och könsidentiteten.” (Socialstyrelsen 2015f, 2015i).

I kunskapsstödet för vård av barn och ungdomar (Socialstyrelsen 2015i) adresserar Socialstyrelsen frågan om ”omvändelseterapi” (conversion therapy). Omvändelseterapi förekommer i bland annat delar av USA och syftar på att man med terapi eller/och förbön försöker ändra på en persons sexuella läggning eller könsidentitet. Omvändelseterapi inom vården förekommer såvitt vi vet inte i Sverige. En typ av kritik som ibland framförs mot den könsbekräftande vården, inte minst vården av barn och ungdomar, är dock att man bör försöka behandla könsdysfori genom att stötta personen i att vara nöjd med sitt tilldelade kön. Socialstyrelsen konstaterar: ”/Det finns/ inget vetenskapligt stöd för att med psykoterapi försöka förändra den unga personens uppfattning om sin könsidentitet, och ett sådant behandlingsmål betraktas i dag som oetiskt. Snarare kan psykoterapi hjälpa ett barn eller en ungdom att reda ut sina funderingar om kön och genus, och hitta vägar att minska könsdysfori. Samtalsbehandling kan underlätta barnets eller ungdomens fortsatta utforskande av könsidentiteten och på så vis ge en grund inför kommande beslut

³ Mer om diagnoskoder och arbetet med ICD-11 finns i avsnitt 15.6.1, revideringen av ICD.

om behandlingsinsatser.” Samtalsbehandling kan också ges parallellt med en könsutredning, till exempel för att behandla psykisk ohälsa som samvarierar med könsdysfori.

Vidare konstaterar kunskapsstöden att könskorrigering med hjälp av kirurgi inte är skönhetsbehandling, utan medicinskt nödvändiga ingrepp för personer som lider av sin könsdysfori: ”Att man kan tala om rekonstruktiva ingrepp vid könskorrigering bygger på en förståelse om ett tänkt normaltillstånd där könsidentiteten samt kroppens utseende och funktion stämmer överens. Även om kroppen alltså inte är sjuk i fysisk bemärkelse, syftar behandlingen till att anpassa kroppen så att personen uppnår ett normaltillstånd fritt från det psykiska lidande som könsdysforin innebär. Kirurgiska ingrepp bör alltså, enskilt eller tillsammans med andra behandlingar, betraktas som medicinska åtgärder som hjälper individen att uppnå en funktionsnivå som är så likvärdig som möjligt med cispersoners” (Socialstyrelsen 2015f, 2015i).

Osäkerhet kring den egna könsidentiteten är inte ett hinder för en könsutredning. Tvärtom kan det vara ”en möjlighet, till att utforska könsidentiteten och ett viktigt inslag i utredningen”. Psykisk ohälsa behöver inte heller vara ett hinder för utredning och behandling. Psykisk ohälsa som samvarierar med könsdysfori ”kan ibland ha sin grund i den utsatthet och diskriminering som personer som avviker från cis- och heteronormen kan uppleva. Det kan även handla om psykisk ohälsa som saknar uppenbar koppling till könsdysforin” (Socialstyrelsen 2015f, 2015i). Den kan behandlas inom ramen för eller parallellt med en könsutredning, beroende på vad som bedöms som lämpligast. Det är viktigt att sådan behandling inte i onödan försenar utredningen. Om ohälsan ska behandlas utanför utredningen bör behandlaren ha kunskap om könsdysfori.

Idealbeskrivningar

Kunskapsstöden kan läsas som beskrivningar av hur vård vid könsdysfori, enligt Socialstyrelsen, ser ut i idealfall. Bland annat på grund av brist på resurser, så väl ekonomiska resurser som bristande tillgång till personal med den nödvändiga kompetensen, kan utredningsteam i dag inte motsvara kunskapsstödens alla rekommendationer.

Men ”/r/ekommendationerna bör ses som strävansmål som anger inriktningen på den utveckling som verksamheten bör ha”, skriver Socialstyrelsen. Utvecklingen omfattar både det kliniska arbetet och arbetet på en politisk nivå. Utredningsteamerna kan använda kunskapsstödens rekommendationer som en del av motiveringen om man begär mer resurser.

Vi går närmare in på hur kunskapsstöden tillämpas och hur de efterföljs i avsnitt 15.1.2.

Rekommendationer

De båda kunskapsstöden innehåller ett fyrtiotal rekommendationer vardera. Två av dem lyfts särskilt fram och bedöms vara grundläggande för god vård och behandling vid könsdysfori i alla åldersgrupper:

Dels bör utredning och behandling av könsdysfori bedrivas inom multidisciplinära specialistteam, bestående av psykiater, psykolog, socionom och endokrinolog. Beroende på patientens individuella behov bör teamet utvidgas med andra professioner som logoped, foniatrer, hudterapeut, gynekolog eller androlog, sexolog, plastikkirurg.

Dels bör samtalsbehandling och psykosocialt stöd erbjudas såväl patient som anhöriga, till barn, ungdomar och vuxna, både under utredning, under behandling och efter behandling.

Rekommendationer ges vidare på områdena utredning av könsdysfori, hormonbehandling, olika slags kirurgisk behandling, sexuell och reproduktiv hälsa, röst- och kommunikationsbehandling, hårborttagning, uppföljning och eftervård.

Två rekommendationer rör könsbekräftande behandling inför real life experience/real life test respektive fertilitetsbevarande åtgärder.

I fråga om real life experience skriver Socialstyrelsen så här som bakgrund till sin rekommendation: ”För att det ska vara realistiskt att genomföra denna testperiod kan det krävas att man inleder exempelvis hormonbehandling för att åstadkomma fysiska förändringar som gör det lättare att bli uppfattad av andra i enlighet med den egna könsidentiteten. Det kan även bli aktuellt med andra åtgärder såsom mastektomi och hårborttagning. Personer förväntas inte påbörja denna period, om de själva inte önskar det, innan hälso- och sjukvården har planerat för stöd av kroppsmodifierande behand-

ling, logopediska insatser eller hjälpmedel” (Socialstyrelsen 2015f, motsvarande skrivning i 2015i).

Vissa typer av könsbekräftande behandling kan alltså vara aktuella inför, och vara en förutsättning för, en real life experience-period.

Vad gäller fertilitetsbevarande åtgärder bör barn och ungdomar, som har behov av det och själva önskar det, erbjudas att spara köns-celler alternativt äggstocksvävnad. Den åtgärden ”bör ses som en del i att erbjuda jämlik vård till alla patienter som ska genomgå en behandling som kan påverka deras fertilitet negativt, oavsett vad skälet till behandlingen är” (Socialstyrelsen 2015i). Rekommendationerna för vård av vuxna är delvis andra: Vuxna bör erbjudas information och rådgivning om hur olika könsbekräftande behandlingar kan påverka fertiliteten och om ”vårdens möjligheter och begränsningar att hjälpa personer att bli genetiska föräldrar i framtiden om de avser att genomgå könskorrigering” (Socialstyrelsen 2015f). Det kan alltså noteras att någon skrivning om att erbjudas själva de fertilitetsbevarande åtgärderna inte finns i kunskapsstödet som rör vården av vuxna. Vi vet också att tillgången till fertilitetsbevarande åtgärder för vuxna med könsdysfori i praktiken är varierande.

Socialstyrelsen rekommenderar också att barn och ungdomar bör få information från vården om till exempel stödgrupper och organisationer utanför den könsbekräftande vården (Socialstyrelsen 2015i). Motsvarande rekommendation för vuxna saknas.

I kunskapsstödet tas grupper som betecknas som särskilt utsatta upp. Sådana grupper är asylsökande och papperslösa personer, äldre personer, personer under 18 år, personer med intellektuell funktionsnedsättning, hemlösa personer, personer med missbruksproblem och personer som bor eller är intagna på institutioner och inom kriminalvården. Några av dessa grupper tar utredningen upp i särskilda avsnitt.

Socialstyrelsen formulerar här inga rekommendationer, men nämner vad som bör gälla vid vård av personer från dessa grupper. Vad gäller asylsökande och papperslösa personer påminner man om att vad som är vård som inte kan anstå avgörs i det enskilda fallet av den behandlande läkaren, och säger att det är ”viktigt att läkare som först möter dessa grupper har tillräckliga kunskaper att bedöma vad som är vård som inte kan anstå när det gäller utredning och behandling av personer med könsdysfori”. Könsbekräftande hormonbehandling lyfts fram: den som har påbörjat hormonbehandling innan an-

komsten till Sverige bör snarast få remiss till utredningsteam för att kunna fortsätta behandlingen. Asylsökande och papperslösa personer under 18 år ska erbjudas hälso- och sjukvård i samma omfattning som de som är folkbokförda i Sverige. Hit hör könsutredning och könsbekräftande behandling.

Vidare slår man fast att ett utredningsteam kan acceptera könsutredningar som gjorts i ett annat land eller vid ett annat utredningsteam i Sverige. Det finns inga juridiska problem med detta, såvitt det inte medför problem ur patientsäkerhetssynpunkt.

Ett annat exempel på utsatthet hos barn och ungdomar är då vårdnadshavare är oense (om det finns två vårdnadshavare) eller motsätter sig utredning eller behandling av en person under 18 år. Här hänvisar kunskapsstöden till bland annat föräldrabalken och LVU för möjligheter att kunna tillgodose vårdbehovet i sådana fall. Det nämns här också att barn ”med könsuttryck som faller utanför cisnormen löper en förhöjd risk att utsättas för psykiska och fysiska övergrepp från vårdnadshavare. Hälso- och sjukvårdspersonal måste genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får veta något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd, i enlighet med 14 kap. 1 § första stycket punkt 2 socialtjänstlagen (2001:453)”. Det här förutsätter, även om det inte sägs i detta sammanhang i kunskapsstöden, att hälso- och sjukvårdspersonal och socialnämnd har kunskap om könsidentitet och könsuttryck.

Övriga omständigheter som kan innebära särskild utsatthet är, skriver Socialstyrelsen, ”inget hinder för att tillgodose människors vårdbehov. I stället bör hälso- och sjukvården hitta individuella lösningar för att ändå kunna ge god vård vid könsdysfori”.

Ytterligare en rekommenderande skrivning, som dock inte blivit en formell rekommendation, rör egen vårdbegäran eller egenremiss. Det är önskvärt att personer med könsdysfori ”får möjligheten att själva kontakta den specialiserade vården, eftersom remisskrav kan leda till att de avstår från kontakt trots att de behöver vård” (Socialstyrelsen 2015f). I kunskapsstödet för vård av barn och ungdomar betonas att detta också bör gälla för personer som är unga. Det följs av rekommendationen att hälso- och sjukvården bör verka för att ”barn och ungdomar med tecken på könsdysfori, eller som uttrycker önskemål om specialistkontakt, utan fördröjning remitteras till specialistteam för utredning”. Vårdnadshavare som behöver råd och

stöd i frågor som rör ett barns könsidentitet bör också remitteras till specialistteam (Socialstyrelsen 2015i).

Sammanfattningsvis kan kunskapsstöden sägas utgå från följande huvudsakliga principer:

- Könsbekräftande vård ska erbjudas utifrån bästa tillgängliga kunskap, i form av vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Könsbekräftande behandling bör svara mot vårdtagarens individuella behov.

Under rubriken ”Patientens behov avgör valet av åtgärder” skriver Socialstyrelsen:

”Individuell anpassning av behandlingen innebär att det är personens behov som är avgörande inför beslutet om varje enskild åtgärd. De åtgärder som beskrivs i kunskapsstödet kan vara aktuella för alla personer med könsdysfori oavsett klassificering enligt ICD-10, undantaget de som regleras på annat sätt av lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet. Ingen ska gå miste om den vård de behöver eller få vård som inte är lämplig. Det innebär att två individer med samma diagnos inte nödvändigtvis erhåller samma vårdåtgärder” (Socialstyrelsen 2015f, motsvarande skrivning – med undantag för hänvisning till lagen, som gäller från 18 år, i 2015i).

I enlighet med hälso- och sjukvårdslagstiftningen ska vårdgivare ge vårdtagaren individuellt anpassad information och utforma och genomföra vården i samråd med vårdtagaren. Här betonas att individuellt anpassad information är en förutsättning för samråd. Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Att man ska kunna få information som är anpassad efter ens egna förutsättningar och behov gäller oavsett ålder. Behovet kan också gälla att få tillgång till en fast vårdkontakt.

All hälso- och sjukvård ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30, 3 kap. 1 §). ”Vid vård av personer med könsdysfori är det viktigt att man bekräftar personens könsidentitet”, skriver Socialstyrelsen. Att vårdgivare använder rätt namn och pronomen, såväl i direktkontakt med vårdtagare som i dokumentation av vårdkontakten (som journaler), är centralt vad gäller vård av såväl barn och ungdomar som vuxna.

Att i förväg informera om kroppsundersökningar ”så att personen får möjlighet att förbereda sig mentalt” är viktigt, liksom att räkna med att personer med könsdysfori ”kan behöva mer tid och hänsyn än vad som är vanligt vid en kroppsundersökning”. Personalen bör vid sådana undersökningar använda ”ett respektfullt och inkluderande språk som utgår från de termer för att benämna kroppsdelar som individen föredrar”. Vikten av ett bra bemötande gäller också vid eftervård, som gynekologiska undersökningar och cancerscreeningar (Socialstyrelsen 2015f, 2015i).

Material som relaterar till kunskapsstöden

Parallellt med arbetet med kunskapsstöden sammanställde Socialstyrelsen ett PM med 16 myndigheters rutiner vid byte av juridiskt kön, *Administrativa problem för personer som bytt juridiskt kön* (Socialstyrelsen 2014a). Syftet med detta PM är, enligt Socialstyrelsens hemsida, att ”göra det enklare för personer som vill göra ett juridiskt könsbyte”. I detta betänkande redogör vi för innehållet i detta i kapitel 11 om administrativa svårigheter vid byte av personnummer.

Till kunskapsstöden tog Socialstyrelsen också fram två broschyrer med information till vårdsökande och personal: *Till dig med könsdysfori* (Socialstyrelsen 2015d), vars syfte är att ”vägleda personen genom vården och genom de juridiska frågorna som finns i anslutning till denna vård”, och *Till dig som möter personer med könsdysfori i ditt arbete* (Socialstyrelsen 2015e) som ”ska bidra till en bättre förståelse för tillståndet könsdysfori och därmed bättre bemötande av den vårdsökande”.

De båda materialen anknyter i såväl innehåll som layout till kunskapsstöden. *Till dig som möter personer med könsdysfori i ditt arbete* vänder sig till professionella inom primärvård, psykiatrisk öppenvård, ungdomsmottagningar, socialtjänst, elevhälsa och angränsande vårdområden. Här betonas bland annat vikten av att ta ungdomar och vuxna med ”könsidentitetsproblematik”, liksom föräldrar till barn som funderar över sitt barns könsidentitet, på allvar och av att remittera vidare i frågor som rör könsidentitet. Exempel på ett transkompetent bemötande och en tillgänglig mottagningsmiljö ges också.

15.1.2 Tillämpningen av kunskapsstöden

I en statlig utredning som har analyserat tillämpningen av kunskapsstöd generellt, *Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård* (SOU 2017:48), konstaterar utredaren att det inte är tillräckligt ”att ta fram kunskapsstöd, exempelvis i form av nationella riktlinjer eller vårdprogram, utan det behövs insatser för att förbättra förutsättningarna för användningen av bästa kunskap. I kunskapsstyrningen ingår kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och till ledarskapet”.

Kunskapsstyrningen är splittrad till följd av ökad centralisering, där kommuner och landsting endast har ett begränsat inflytande över hälso- och sjukvården, menar utredningen. Utredningen menar också att huvudmännen själva måste äga de processer de ansvarar för. Det behövs skärpt nationell styrning, ändringar i ansvarsfördelningen mellan stat och huvudmän och omorganisering av hälso- och sjukvården för att kunskapsstyrningen ska kunna förbättra situationen för patienterna i större utsträckning än i dag (SOU 2017:48).

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, konstaterar å sin sida i rapporten *Hur olika får det bli?* (2014) att skärpt statlig styrning av hälso- och sjukvården i de flesta fall inte är önskvärd. Skillnader i sådant som tillgång till olika typer av behandling och väntetider är ofta godtagbara, i och med att olika kommuner och landsting/regioner har olika förutsättningar, och önskvärda då kommuner och landsting exempelvis har frihet att pröva nya hjälpmedel och avgiftsmodeller om de själva styr över hälso- och sjukvården. Det finns dock skillnader som inte är godtagbara, däribland långa väntetider för personer med livshotande sjukdomar:

Erfarenheterna visar att lagstiftning i kombination med ekonomiska incitament varit kraftfulla medel för att minska väntetiderna även om det också varit nödvändigt med en stark uppslutning från sjukvårdshuvudmännen och ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete.

Belöningssystem riskerar dock att skapa en situation där nationella kriterier väger tyngre än lokala och regionala bedömningar. Sådana system kan vara motiverade när det gäller att påskynda förbättringsarbete inom enstaka högprioriterade insatsområden. Men de bör bara användas under en begränsad tidsperiod. De måste dessutom anpassas så att de skapar incitament för att möta nya behov. Programberedningen konstaterar att tillgängligheten inom svensk hälso- och sjukvård har blivit mycket bättre, men att behovet kvarstår av fortsatt fokus på frågan och

av en långsiktig, uthållig och nationellt samordnad strategi med tydliga mål. Det är självklart angeläget att vårdgarantin kan uppfyllas. Men allra viktigast är att personer med livshotande sjukdomar snabbt får den behandling som krävs utifrån en medicinsk bedömning. Det kan innebära krav på betydligt kortare väntetider än vad som följer av vårdgarantin och kömiljarden (SKL, 2014).

2016 gjorde Socialstyrelsen en mindre uppföljning, som publicerades 2017, av hur könsidentitetsteam arbetar med kunskapsstöden. Ansvarig personal på de sju utredningsteam intervjuades. En av intervjuerna utgick från kunskapsstödet för vård av barn och ungdomar med könsdysfori, de övriga utgick från kunskapsstödet för vård av vuxna. I ett PM, *Uppföljning av kunskapsstöd* (Socialstyrelsen 2017e) presenterar Socialstyrelsen hur teamen arbetar utifrån kunskapsstöden och de faktorer som är viktiga att hantera för att teamen ska kunna arbeta utifrån rekommendationerna. Här nämns också att stödet från politikerna behöver öka för att kunskapsstöden ska kunna implementeras fullt ut.

Socialstyrelsen konstaterar att kännedomen om kunskapsstöden är hög. Alla som intervjuats känner till det kunskapsstöd som omfattar deras verksamhet. Däremot behöver stöden få mer genomslag hos fler verksamheter och remitterande landsting för att man ska få en likvärdig vård över hela landet. Utredningsteam står själva för en stor del av spridningen av kunskapsstöden till andra verksamheter. Det uppdraget tar mycket tid i anspråk. Det krävs också utbildningsinsatser från andra aktörer, som Socialstyrelsen, där material till anställda inom andra vårdområden tagits fram (Socialstyrelsen 2015d).

Socialstyrelsen är relativt nöjda med spridningen hittills, men konstaterar att mätbara faktorer behövs framöver för att kunna följa upp spridning och tillämpning (Socialstyrelsen 2017e). Se vidare avsnitt 15.6.2 i detta betänkande.

Begränsade resurser hinder för tillämpning

Utredningsteam använder sig av kunskapsstöden på flera sätt: som vägledning för verksamheten och stöd för utveckling av den, som underlag när de informerar om och beskriver sin verksamhet, som underlag för att äska mer resurser. De befintliga resurserna räcker inte till för att teamen ska kunna arbeta utifrån kunskapsstödens rekommendationer fullt ut, eftersom inflödet av patienter ökar kraftigt.

Detta konstateras bland annat av Socialstyrelsen själva under sommaren 2017 (Socialstyrelsen 2017i, hämtad 2017-10-27).

Otillräckligheten handlar om såväl ekonomiska resurser som personalresurser. Mer personalresurser, som en del av teamen har fått, har i praktiken förändrat lite då ökningen varit stor och man behöver ta hand om allt fler patienter. Resurserna räcker inte heller till för att erbjuda exempelvis psykosocialt och psykoterapeutiskt stöd utanför ramarna för själva utredningen, även om sådana behov finns hos patientgruppen. Det finns för få team som tar emot barn och ungdomar, och de som gör det har inte heller fått resurser som svarar mot antalet vårdsökande.

Vissa av de behandlingsåtgärder som nämns i kunskapsstödens rekommendationer, och som patienterna önskar, är det svårt att erbjuda med de begränsade resurserna. Detta gäller bland annat feminiserande ansiktskirurgi.

Några av de intervjuade påpekar, liksom flera av de endokrinologer som utredningen haft kontakt med, att det inte bara är viktigt att få mer personal, utan också att få tag i rätt personal. Flera av endokrinologerna lägger stor vikt vid personlig lämplighet hos den som ska arbeta med könsbekräftande hormonbehandling. Det kan vara svårt att såväl hitta som behålla personalen. Det gäller på såväl barn- och ungdomssidan som vuxensidan. I ett samtal med utredningen lyfte också teamet på Astrid Lindgrens barnsjukhus att det låga löneläget för psykologer inom Stockholms läns landsting var en av anledningarna till att de hade svårt att rekrytera och behålla personal.

Rättsliga rådet påverkar vården

Rättsliga rådets tolkning av lagstiftningen om juridisk fastställelse och ingrepp i könsorganen, och rådets rekommendationer till utredningsteamet, (dessa beskrivs närmare i avsnitten 15.5.5 och 15.5.6) nämns av Socialstyrelsens intervjupersoner som ett hinder för att kunna erbjuda vård enligt kunskapsstöden. (Socialstyrelsen 2017e) Kunskapsstöden rekommenderar att utredningstiden anpassas till de sociala och medicinska omständigheterna i varje individuellt fall. Rådet hänvisar till lagens förarbeten och till ett vårdprogram från Svensk förening för transsexuell hälsa, SFTH, för att kräva att utredning respektive real life-period ska ha en viss minimitid. För att

ansökningar enligt könstillhörighetslagen ska beviljas av Rättsliga rådet behöver utredningsteamet också följa de rekommendationer som Rättsliga rådet själva tagit fram, rekommendationer som kan ändras med korta mellanrum och inte alltid kommuniceras till utredningsteamet. Sammantaget innebär detta att man anpassar utredning och behandling efter Rättsliga rådet snarare än efter individens behov och kunskapsstödens rekommendationer.

Skillnad på vilken vård som erbjuds beroende på könsidentitet

I PM:et beskrivs att det finns ogrundade skillnader i vilken vård som erbjuds patienter beroende på vilken könsdysforidiagnos de får. Till exempel accepterar fertilitetsenheten på Karolinska i Stockholm bara patienter med transsexualism, dessa är de enda som får spara köns-celler. Det leder till att personer med andra könsdysforidiagnoser inte får tillgång till fertilitetsbevarande åtgärder och detta är inte förenligt med kunskapsstödens rekommendationer. Socialstyrelsen konstaterar också att ”kunskapen om den icke-binära patientgruppens behov av vård och behandling behöver öka inom den könsbekräftande vården”.

Skillnad i remissförfarande och tillgång till behandlingar

Det finns också skillnader i remissförfarande mellan de olika utredningsteamet. I kunskapsstöden nämns att möjlighet till egen vårdbegäran, egenremiss, kan stärka patientens ställning och öka tillgängligheten till vården. Alla utredningsteam tar inte emot egenremiss. Utredningsteamet i Uppsala och Lund tar endast emot remisser från psykiatrin. Anova i Stockholm och Lundströmmottagningen i Alingsås tar emot såväl egenremisser (Anova från och med att den vårdsökande är 17 år och 9 månader; Lundströmmottagningen tar emot egenremiss från personer under 18 år om vårdnadshavares namn och telefonnummer uppges, och sms-påminnelser om vårdbesök skickas till vårdnadshavare) som remisser från exempelvis ungdomsmottagningar, psykologer och elevhälsa. TS-mottagning i Linköping tar emot egenremisser, men uppger att de föredrar att remissen kommer från psykiatrin.

Teamet i Umeå uppger för Socialstyrelsen att de ”formellt sett” tar emot egenremiss. Västerbottens läns landsting skriver dock i sin information till remittenter att de patienter som bor i Jämtland, Norrbotten, Västerbotten (utom Umeå) och Västernorrland ska ta kontakt med den psykiatriska kliniken på hemorten för en ”preliminär bedömning” och remiss: ”I remissen ska diagnoskriterierna för könsdysfori/transsexualism bedömas vara uppfyllda och ej bedömas vara del av vanföreställningssyndrom eller ett autistiskt specialintresse. Eventuell samsjuklighet ska anges och den psykosociala situationen finnas sammanfattad. Det bör också kunna erbjudas samtalsstöd i hemlandstinget” (Västerbottens läns landsting 2016-07-12, hämtad 2017-10-26). För patienter i Umeå anges däremot inga sådana bestämmelser.

Att bedöma om diagnoskriterierna är uppfyllda, göra differentialdiagnostik, kartlägga den psykosociala situationen och erbjuda samtalsstöd är i princip det en utredning vid ett specialiserat könsutredningsteam går ut på. VLL:s rekommendationer till remittenter stämmer inte överens med kunskapsstöden. I båda kunskapsstöden står det att det är viktigt att personal inom primärvård och allmänpsykiatri remitterar patienter till de specialiserade utredningsteamerna om det finns misstanke om könsdysfori. Det betonas också i broschyren *Till dig som möter personer med könsdysfori i ditt arbete* (Socialstyrelsen 2015e) som riktar sig till yrkesverksamma inom bland annat primärvård och allmänpsykiatri. I kunskapsstöden betonas återkommande att den som ska utreda könsdysfori, ställa en könsdysforidiagnos eller ge stöd, råd och information till personer med könsdysfori och deras närstående behöver ”ha god kännedom om och erfarenhet av könsdysfori eller handledas av en person som har det” (Socialstyrelsen 2015i, motsvarande skrivning i 2015f).

Det finns också skillnader mellan olika landsting och regioner. I en kortare redovisning av landstingens krav på remiss i öppen vård från september 2017 konstaterar Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, att Region Örebro län sedan 1 april 2017 har krav på remiss för utredning av könsdysfori (SKL, 2017, dnr 16/06587). Detta innebär att patienter boende i Örebro län inte kan skicka egenremiss till något av de team som tar emot en sådan, eftersom regionen då inte kommer att ersätta det landsting där vården har utförts. För att en patients hemlandsting ska ersätta ett vårdlandsting förutsätts att patienten följer sitt hemlandstings remisskrav enligt 3 § lag (1993:1651) om

läkarvårdsersättning. Utredningen tolkar det som att det inte torde vara förenligt med patientlagen om det sedan är så att möjlighet endast finns att få remiss till vissa team. Från representanter från Anova har vi fått information om att patienter från Örebro fått höra att det inte är möjligt att få remiss till dem, utan endast till något annat team.

Bristande kunskap och resurser hos remitterande landsting leder, enligt de Socialstyrelsen intervjuat, till att vården är fortsatt ojämlig mellan landstingen. Olika bestämmelser rörande hårborttagning och varierande möjligheter att få tillgång till hjälpmedel, som peruker och penisproteser, är några exempel. Möjligheterna att spara könsceller och att genomgå assisterad befruktning är också olika beroende på var man bor.

Utredningen har fått in en berättelse som handlar om hårborttagning i Västra Götalandsregionen:

Min första kallelse till IPL-behandling på Sahlgrenskas lasermottagning var för en tid i oktober. Jag hade stått i kö sedan början av april. Vid första behandlingstillfället blev jag inkallad på hudläkarens kontor där även två undersköterskor satt med. Jag satte mig ner och läkaren började direkt att beskriva hur landstinget beslutat att patienter via transvården är beviljade till 70% av önskat resultat av hårborttagning, följt av en osammanhängande förklaring av motiveringar till att det var så. Jag blev väldigt ledsen och arg för dels var det första gången jag hörde talas om någon sådan restriktion, trots alla samtal med psykiatriker vid Lundströmmottagningen om just denna behandlingen, och dels för att jag insåg att jag inte skulle få hårborttagningen jag önskade och behövde i ansiktet. Otryggheten växte i och med att de två undersköterskorna visade sig vara där i avseende att lära sig utföra behandlingen själva, och skulle öva på mig, vid mitt första behandlingstillfälle. Eftersom de var totalt tre personal som skulle arbeta på mig fick inte mitt sällskap vara med i behandlingsrummet pga. "otillräckligt med solglasögon". Under tiden som jag låg på britsen med synen skymd av skyddsglasögon, felkånade hudläkaren mig ett flertal gånger i det utbildande samtalet med undersköterskorna i stil med "... han, eller hon, har ju så mörka hår att...". Jag började gråta när jag hörde hur undersköterskorna och hudläkaren fortsatte spekulera kring IPL-maskinens funktioner och bruk, och täckte mitt ansikte med kallt glidmedel. Undersköterskorna utförde hela behandlingen med otränade händer och med hudläkarens tips från över axeln. Efter behandlingen satt jag upp på sängkanten och torkade av mitt ansikte med papper när en av undersköterskorna sa: "Nu kan du klappa dig för bröstet, att vi får öva på dig innebär ju att vi

kan ta emot fler patienter!”. Jag kände mig så förbisedd, otrygg och sviken att jag är rädd för att gå tillbaka till mottagningen⁴.

Berättelsen vittnar om flera avvikelser från kunskapsstöden. Socialstyrelsen (2015f) rekommenderar att en person kan betraktas som medicinskt färdigbehandlad när behåringen har minskat med minst 75–80 procent i ansiktet och minst 70 procent på överkroppen, och rekommenderar uppföljningsbehandlingar. Vikten av att personal inom den könsbekräftande vården använder rätt pronomen om vårdtagare betonas också av Socialstyrelsen (2015f, 2015i).

Utredningen har också tagit del av en anmälan till Diskrimineringsombudsmannen som gäller bristen på tillgång till hårborttagning. En person som bor i Jönköping har inte fått tillgång till detta, trots remiss från sitt team i Linköping. Detta beror på en policy som landstinget i Jönköping har. Anmälan är från 2011 och landstinget hänvisar i sitt svar till DO, som inledde en utredning av ärendet, bland annat till att landstinget har egna riktlinjer för när hårborttagning bekostas av det offentliga, samt att de inte uppfattar Socialstyrelsens utredning från 2010 (se 15.1.3) som att den innehåller några ”rekommendationer eller direktiv”. Det är inte känt av utredningen om landstinget nu skulle uppfatta kunskapsstöden som sådana rekommendationer. DO lade ner utredningen eftersom anmälaren inte hade blivit sämre behandlad än någon annan i jämförbar situation, då cis-kvinnor inte heller hade tillgång till hårborttagning på ett liknande sätt (DO-ANM 2011/2095).

Även Svensk förening för transsexuell hälsa, SFTH, har uppmärksammat att vården för personer med könsdysfori är ojämlig i landet, framför allt vad gäller tillgång till och prioritering av barnpsykiatri, hjälpmedel, hårborttagning och fertilitetsbevarande åtgärder. I en skrivelse, *Ojämligheter i vården av personer med könsdysfori* (SFTH 2016, hämtad 2017-10-23) lyfter föreningen detta till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen och Regeringskansliet. Föreningen betonar det lidande som långa väntetider orsakar för både barn och ungdomar och deras närstående, orimligheten i att binder, bröstprotester, penisproteser och peruk inte betraktas som hjälpmedel i alla landsting – penisprotes kan till exempel bara förskrivas i två av landstingen – och att det inte finns medicinsk grund för att

⁴ Mejl till utredningen, Komm2017/01485

kräva juridiskt fastställande för att beviljas hårborttagning, vilket sker i vissa landsting. Det ”behövs från myndigheternas sida ett aktivt arbete, inte endast ställningstagande, för att säkerställa att dessa resurser finns till handa för våra patienter på alla orter i landet”, avslutar SFTH.

Regeringskansliet hänvisar i sitt svar på skrivelsen till att regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram kunskapsstöd och informationsmaterial om vård vid könsdysfori och att detta material publicerats. SKL nämner *Nationell plattform för jämlik hälsa och vård* som en aktiv åtgärd och att allt fler myndigheter och nationella aktörer ställer sig bakom plattformen. Socialstyrelsen varar att man kommer att lyfta ojämlikheterna i dialog med de övriga hbtq-strategiska myndigheterna och beakta behovet av spridning av kunskapsstöden i det egna hbtq-strategiska arbetet. Socialstyrelsens arbete med att förvalta och uppdatera kunskapsstöden beskrivs vidare i avsnittet om uppdatering av kunskapsstöden.

En faktor som företrädare för professionen tagit upp i möten med utredningen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt på vissa områden. Det gäller till exempel så kallat partiell behandling – att enbart vissa av de behandlingar som kan erbjudas inom den könsbekräftande vården utförs, baserat på patientens individuella behov – av barn och ungdomar. KID-teamet på Astrid Lindgrens barnsjukhus anger brist på sådan forskning som ett skäl till att man i dagsläget inte erbjuder behandling till barn och ungdomar som får en annan könsdysforidiagnos än transsexualism (alltså huvudsakligen ickebinära barn och ungdomar). Icke-binära barn och ungdomar utreds och behandlas i dag på Lundströmmottagningen i Alingsås, där man kan förvänta sig att det sker en viss kunskapsproduktion i form av beprövad erfarenhet.

Ett annat område där det i dag behövs mer forskning är effekter av långvarig hormonbehandling. Möjligheter till sådan forskning har hittills begränsats av att könsbekräftande hormonbehandling inte erbjudits så länge och att den patientgrupp som genomgått sådan behandling under längre tid därför är liten. Det finns forskning (Merigiola & Berra, 2012; White Hughto & Reisner, 2016) som tyder på att könsbekräftande hormonbehandling förbättrar den psykiska hälsan och ökar livskvaliteten och inte är förknippad med ökad dödlighet. Socialstyrelsen har också gått igenom befintlig kunskap om risker med könsbekräftande hormonbehandling och kommit fram

till att dessa i de flesta fall inte överväger de positiva effekterna av sådan behandling (Socialstyrelsen 2015f, 2015i).

15.1.3 Socialstyrelsens utredning från 2010

Transsexuella personer och personer med könsidentitetsstörningar är en särskilt utsatt grupp. Man vet idag att bl.a. transsexuella ungdomar och ungdomar med könsidentitetsstörningar lider av psykisk, fysisk och social ohälsa i högre grad jämfört med befolkningen i helhet. Transsexuella personer utgör i vissa fall en såväl marginaliserad som stigmatiserad grupp. Gruppen kan på så vis utgöra en god markör för i vilken mån hälso- och sjukvården ges på lika villkor över hela landet (Socialstyrelsen 2010).

I september 2009 gav Socialstyrelsens dåvarande generaldirektör i uppdrag åt före detta riksrevisorn Karin Lindell att utreda samhällets vård- och stödsatser för transsexuella personer, personer med andra så kallade könsidentitetsstörningar samt personer med intersexvariationer (i rapporten benämnda intersexuella). Syftet med utredningen var att Socialstyrelsen skulle komma med konkreta förslag på hur insatser till de båda patientgrupperna skulle kunna förbättras, särskilt inom hälso- och sjukvård. Rapporten *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar – Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd* (Socialstyrelsen 2010), som gavs ut i juni 2010, är en kartläggning av hur den könsbekräftande vården och de rättsliga villkoren för fastställande av könstillhörighet såg ut vid tiden för utredningen.

Även andra frågor skulle enligt uppdraget belysas om de påverkar behovet av vård och stöd. Hit hör, enligt utredningen, sådant som problem och svårigheter i det sociala livet i vardagen, som svårigheter att bli accepterad av sin omgivning, att få ett arbete eller att få ekonomin att gå ihop. Det kan handla om att ha barn som blir utsatta för att deras förälder är transperson, eller att inte våga besöka vissa platser. Brist på information om var man kan söka hjälp och vilken vård man kan få var ett annat problem som utredningen identifierade.

Utredningen tillsatte två referensgrupper, en bestående av representanter för professionen samt experter som var verksamma inom vård och behandling, och en bestående av representanter för intresse- och patientorganisationer samt några personer som inte var knutna

till en sådan organisation eller till någon patientgrupp/brukargrupp. Synpunkter kom också in till utredningen i form av mejl och telefonsamtal. Utredningen hade möten med professionella och experter i såväl Sverige som Belgien och Holland. Även internationella människoräts- och hbtq-organisationer kontaktades.

I rapporten konstateras inledningsvis att det inte varit möjligt att utreda vården av personer med intersexvariationer, eftersom det under utredningsarbetet "blivit tydligt att transsexuella och intersexuella är två olika målgrupper med olika medicinska och sociala behov som inte bör sammanblandas". Vård- och stödinsatser för personer med intersexvariationer bör därför utredas separat.

Rapporten beskriver en binär syn på kön. Personer som får diagnosen ospecificerad könsidentitetsstörning får inte tillgång till könsbekräftande behandling efter utredning i flera landsting, passerande är en målsättning med könsbekräftande behandling och "en fullständig könskorrigering" är norm: "Att få diagnosen transsexualism är därmed avgörande för om patienten ska få behandling och vård för sin könsidentitetsstörning. Utredningsteamet har således rollen som 'grindvakt' att avgöra om patienten ska få vidare behandling". Vården saknar erfarenheter och riktlinjer för handläggning av patienter som diagnostiseras med andra könsidentitetsstörningar än transsexualism.

Samtidigt är delar av språket i rapporten relativt nutida, med begrepp som könskonfirmerande behandling och formuleringar om vid födseln tilldelat kön. Utredningen förordade också att det dåvarande steriliseringskravet i könstillhörighetslagen skulle avskaffas.

Lägesbeskrivningar och förslag till lösningar rörande hälso- och sjukvården

Rapporten lyfter att inom hälso- och sjukvården är kunskapen om diagnosen transsexualism och övriga könsidentitetsstörningar låg. Vi tolkar rapportens intention med att lyfta detta som att den låga kunskapen anses vara ett problem. Detta gäller framför allt inom den öppna hälso- och sjukvården (primärvård och allmänpsykiatri) och har lett till att personer som sökt hjälp fått felaktig information, inte blivit tagna på allvar och inte fått hjälp och stöd genom öppenvården. Då rapporten skrevs var det med få undantag möjligt att komma till den könsbekräftande vården endast efter inledande kon-

takt med primärvård/allmänpsykiatri. Socialstyrelsen konstaterar i sin utredning att kompetensen inom den öppna hälso- och sjukvården måste förbättras och föreslår att det i varje landsting bör finnas en allmänpsykiatriker och en barnpsykiatriker med kunskap om patientgruppen, till vilka personer med könsidentitetsstörningar i första hand kan vända sig.

Vidare är resurserna för utredning, behandling och uppföljning ojämnt fördelade över landet, väntetiderna för att inleda behandling varierar och utredning och behandling görs på olika sätt i landet. Dessa problem kvarstår i dag, som vi kan konstatera av bland annat Socialstyrelsens utvärdering av kunskapsstöden 2016 och skrivelsen från Svensk förening för transsexuell hälsa (SFTH 2016), se tidigare avsnitt. Socialstyrelsens utredning konstaterar att väntetiden för att påbörja en könsutredning i vissa delar av landet kan vara längre än ett år och att detta ”ger stora psykiska påfrestningar för dem som väntar på att få påbörja en utredning”.

Patientorganisationer och enskilda påtalade under utredningen att det saknades samlad nationell information till patienter, anhöriga och vårdgivare om könsbekräftande vård och villkor för juridisk fastställande.⁵ Ett av utredningens förslag till Socialstyrelsen var att ta fram informationsmaterial om transsexualism och övriga könsidentitetsstörningar, vart man kan vända sig för att få hjälp, hur en könsutredning går till, vilken vård man kan få och vad villkoren är för att få juridiskt fastställande. I och med broschyren *Till dig med könsdysfori* (Socialstyrelsen 2015d) följde Socialstyrelsen denna uppmaning från utredningen. Parallellt gav man ut *Till dig som möter personer med könsdysfori i ditt arbete* (Socialstyrelsen 2015e) som riktar sig till bland annat primärvården, psykiatrin, socialtjänsten och elevhälsan.

Utredningen lade flera ytterligare förslag rörande hälso- och sjukvården. Nedan listas några av dem, huvudsakligen i den ordning de tas upp i utredningen:

- att Socialstyrelsen omgående bör engagera sig i WHO:s ICD-revideringsarbete och följa forskningen och den internationella utvecklingen;

⁵ Samma år som rapporten publicerades, 2010, lanserade RFSL Ungdom hemsidan transformering.se i syfte att erbjuda sådan samlad och kvalitetssäkrad information till de tre nämnda grupperna.

- att fler regionala team för utredning och behandling bör etableras;
- att de multidisciplinära utredningsteamerna, med psykiatriker, psykolog och socionom, för att säkra vårdkedjan också bör ha kroppsläkare knutna till sig, som endokrinolog, logoped, hudläkare, gynekolog och plastikkirurg;
- att utredningsteamerna bör finansieras med särskilda medel från samtliga landsting som remitterar till respektive team, det vill säga inte med medel från till exempel den allmänna psykiatripotten;
- att huvudmännen bör ge teamerna tydliga uppdrag, utveckla vårdkedjan och förkorta väntetiderna och upprätta en individuell och sammanhållen vårdplan för varje patient;
- att kunskapsspridning bör vara en del av utredningsteamens verksamhet;
- att Socialstyrelsen bör ta fram kunskapsöversikter för utredning och behandling av transsexualism och andra könsidentitetsstörningar;
- att Socialstyrelsen i samarbete med professionen bör ta fram ett nationellt vårdprogram eller nationella riktlinjer/rekommendationer för den könsbekräftande vården;
- att även personer som får en annan könsidentitetsstörningsdiagnos än transsexualism ska kunna få könsbekräftande vård (här noterar vi att ska är en starkare skrivning än bör i publikationer från Socialstyrelsen);
- att ett kvalitetsregister för den könsbekräftande vården bör inrättas;
- att det behövs ett nationellt kunskapscentrum för att säkra forskning och kvalitetsutveckling samt säkerställa kunskapsspridning.

Dessutom föreslogs bland annat att samråd skulle genomföras med Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, och en idé om rikssjukvård fördes fram. Socialstyrelsen noterade också att informationsspridningen är kostsam för teamerna. De föreslagna kunskapsöversiktterna och rekommendationerna togs, som framgått av föregående kapitel,

fram av Socialstyrelsen och publicerades 2015. Ett kvalitetsregister är på gång.

Socialstyrelsen menade alltså 2010 att könsbekräftande behandling bör kunna ges till personer med könsdysfori oavsett om man får diagnosen transsexualism (F64.0), andra specificerade könsidentitetsstörningar (F64.8) eller könsidentitetsstörning ospecificerad (F64.9) (enligt ICD-10-SE, se vidare avsnittet om revideringen av ICD, 15.6.1). Undantaget är könsbekräftande underlivskirurgi, borttagande av könskörtlar och fastställande av juridiskt kön som omfattas av könstillhörighetslagen och begränsas till personer som fått diagnosen transsexualism. Som både 2010 års utredning och kunskapsstöden från 2015 konstaterar är vårdbehov individuella.

Förslag gällande juridiskt fastställande

Då utredningen gjordes krävde könstillhörighetslagen, liksom vid sin tillkomst 1972, att man för att kunna beviljas fastställande skulle vara ogift, ha fyllt 18 år, vara svensk medborgare samt steriliserad eller på annat sätt sakna fortplantningsförmåga. Utredningen var kritisk till dessa krav och menade att de skulle tas bort respektive ändras. Det finns anledning att se över dem, står det i utredningen, ”med anledning av samhällets utveckling men framför allt bör kraven ses över ur ett rättighetsperspektiv för individen”.

Utredningen ville att kravet på att vara ogift ska tas bort då äktenskapsbalken gjorts könsneutral 2009. Medborgarskapskravet ska ändras till ett krav på bosättning (att vara folkbokförd) i Sverige i enlighet med förslaget från utredningen från 2007 (*Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag* SOU 2007:16), menade utredningen. Vad gäller steriliseringskravet är utredningens förslag att det ska tas bort och att det ska vara tillåtet för personer som ansöker om fastställande att frysa ner könsceller (ägg eller spermier) ”på samma villkor som ges andra patientgrupper”. Samtliga dessa tre förslag om att ta bort respektive ändra lagens krav formuleras i utredningen som saker som ska, i stället för bör, göras.

Som nämns i avsnittet om Socialstyrelsens rättsliga råd (15.5 i detta betänkande) gör Socialstyrelsens utredning här en annan tolkning av det dåvarande steriliseringskravet. Enligt utredningen innebär sterilisering att äggladare respektive sädesledare täpps till, vilket ju inte i

sig innebär något hinder för assisterad befruktning. SOU 2007:16 hade föreslagit att kravet skulle ersättas med ett kastreringskrav, alltså borttagande av könskörtlar, men det var ett krav som i praktiken redan gällde för den som ville byta juridiskt kön då vården tolkade könstillhörighetslagens krav på sterilisering som ett kastreringskrav.

Vidare föreslår Socialstyrelsens utredning följande vad gäller juridiskt fastställande:

- Könstillhörighetslagens 18-årskrav bör utredas. Utredningen nämner en möjlig nedre åldersgräns på 16 år. ”En juridisk fastställelse av könstillhörighet som inte har föregåtts av någon könskorrigering operation (här tolkar vi det, med ledning av hur begreppen könskorrigering operation och könskorrigering kirurgi används på andra ställen i rapporten, som att det är underlivskirurgi som avses) är en åtgärd som är reversibel och som borde falla inom ramen för den unges beslutskompetens”, skriver utredningen.
- Rättsliga rådet ska även fortsättningsvis ge tillstånd till ingrepp i könsorganen, borttagande av könskörtlar samt i vissa fall sterilisering.
- Beslut om fastställande av könstillhörighet bör däremot inte fattas av Rättsliga rådet, utan av Socialstyrelsens avdelning för regler och tillstånd. ”På så sätt sker det en uppdelning mellan medicinska beslut och administrativa beslut”, skriver utredningen. Det gör också processen enklare för den som enbart önskar fastställande.
- Olika myndigheter behöver samverka för att underlätta registrering av nytt personnummer, och Socialstyrelsen bör ta initiativ till ett sådant samarbete. Regler för att få ut sådant som examensbevis och slutbetyg med de nya personuppgifterna bör klarläggas. Rutiner för hur nytt personnummer ska registreras hos myndigheter och organisationer bör ses över. ”/R/egeringen har ett ansvar för att olika myndigheter behandlar könstillhörighetsförändringar på ett likartat sätt”, skriver utredningen.

Att utredningen föreslår att fastställandearbörden bör läggas på en avdelning inom Socialstyrelsen, snarare än på någon annan myndighet, beror sannolikt på att Socialstyrelsens utredningar inte har mandat att föreslå förändringar i andra myndigheters verksamheter.

Socialstyrelsen fick 2012 i uppdrag av regeringen att initiera och samordna ett myndighetsövergripande samarbete för att minska den administrativa bördan för den som byter juridiskt kön. Det resulterade i ett PM 2014, Administrativa problem för personer som bytt juridiskt kön (Socialstyrelsen 2014a). Se vidare kapitel 11 i detta betänkande.

15.1.4 Exempel på andra former av styrning av vård

I bland annat direktiven till denna utredning framgår att många av de problem som framhölls av Socialstyrelsen 2010 kvarstår nu, 2017. Detta trots de åtgärder som gjorts, med bland annat framtagandet av kunskapsstöden och tillskjutande av medel (budgetpropositionen 2012/13:1) för att minska de regionala skillnaderna mellan behandlingsteamerna över en treårsperiod. Det är tydligt att skillnader fortfarande kvarstår och att detta upplevs som ett problem.

Det är därför relevant att exemplifiera med ett annat vårdområde, där det också funnits önskemål om att vården ska bli mer jämlik över landet och olika åtgärder har vidtagits i syfte att uppnå detta.

En särskild strategi

I betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) föreslås ett stort antal åtgärder för att förbättra cancervården i Sverige. I strategin läggs vikt vid allt ifrån förebyggande åtgärder till nationell samordning av strategins åtgärder. Konsekvensen av strategin är att regeringen har använt flera verktyg i syfte att nå strategins mål. Det kan exemplifieras på följande sätt:

- Regeringen har ingått flera överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i syfte att stärka samordningen och kontinuiteten i cancervården och minska regionala skillnader (Prop. 2016/17:1).
- 500 miljoner kronor per år 2015–2018 avsätts för att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna (jfr SKL, 2014).
- Ett standardiserat vårdförlopp införs, vilket ska bidra till att minska väntetiderna i vården från det att misstanke om cancer uppstår till det att vård och behandling ges.

- I syfte att skapa en mer sammanhållen cancervård har sex regionala cancercentrum (RCC) etablerats. Dessa centrum får ansöka om särskilda bidrag, som fördelas av Socialstyrelsen, till sin verksamhet.
- Viss avancerad cancervård koncentreras till ett mindre antal sjukhus.

Cancerstrategins uppbyggnad och modell för genomförande liknar till stor del de av Socialstyrelsens förslag som återfinns i utredningen från 2010. I denna utredning föreslår Socialstyrelsen alltså bland annat att initiativ tas till samråd med SKL i syfte att undersöka förutsättningarna att få till stånd tre till fem regionala utrednings- och behandlingsteam vilket är jämförbart med Regionala Cancercentrum, RCC, samt att teamen bör finansieras med särskilda medel, öronmärkta och kommande från samtliga landsting som skickar patienter till respektive team. Den egna budgeten, som inte skulle hänga ihop med den allmänna psykiatribudgeten, syftade till att förbättra på olika områden, både vad gällde bemötande i primärvården, inrättande av multidisciplinära team, eftervård, utvärdering och uppföljning. Socialstyrelsen föreslog också att behandlingsteamerna bör ha tydliga huvudmän med ansvar för att utveckla vårdkedjan och förkorta väntetiden vid utredning och behandling.

Överenskommelser och rekommendationer

Som vi nämnde i kapitel 4 om utredningens sammanhang är ett vanligt förekommande tillvägagångssätt för att öka styrningen att staten skriver överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att särskilda satsningar ska genomföras inom politikområden som faller inom landsting och kommuners ansvarsområde, i synnerhet i de fall då öronmärkta anslag ska gå till specifika ändamål.

Särskilda överenskommelser avseende den könsbekräftande vården har hittills inte diskuterats, men som också nämndes i kapitel 4 nämns transpersoner exempelvis specifikt som en särskilt utsatt grupp i överenskommelsen *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017*. I denna överenskommelse, liksom i en hel del andra överenskommelser följer det med stimulansmedel till kommuner, landsting/regioner. I fallet med överenskommelsen om psykisk hälsa för-

delas stimulansmedlen av SKL, men detta varierar från överenskom-
melse till överenskommelse.

15.2 Transpersoners upplevelser och erfarenheter av den könsbekräftande vården

Det här avsnittet baseras på flera olika typer av källor. Vi har bland annat haft tillgång till resultat från en enkätundersökning som genomförts av Transgender Europe, TGEU, under hösten 2016. Resultatet från denna har bearbetats parallellt av utredningen, TGEU och deras svenska samarbetsorganisation RFSL. TGEU:s rapport, *Overdiagnosed but underserved* (TGEU 2017a) publicerades under oktober 2017, och RFSL:s rapport *"In society I don't exist, so it's impossible to be who I am." – trans people's health and experiences of health care in Sweden* i november 2017 (RFSL 2017c). Utredningen publicerar dock också, framför allt i detta kapitel, material som inte publicerats i någon av dessa publikationer, men kommer från samma undersökning (TGEU 2017b). Referenserna till materialet varierar därför i utredningen.

Enkätundersökningen besvarades av 472 transpersoner boende i Sverige (TGEU 2017b). Över 99 procent av dessa hade svenskt medborgarskap eller permanent uppehållstillstånd. Medianåldern var 27 år, och åldersspannet 16 till 77 år. 36 procent identifierade sig som transmän eller män, 36 procent som ickebinära, 23 procent som transkvinnor eller kvinnor och 5 procent som "annat". Den sista gruppen innehöll bara 22 respondenter och är därför för liten för att det ska vara möjligt att dra några säkra slutsatser av svaren. 70 procent av respondenterna registrerades som kvinnor när de föddes, 30 procent som män.

41 procent hade slutfört någon form av högre utbildning. Knappt 10 procent uppgav att de tillhörde en etnisk minoritet, 36 procent att de tillhörde en minoritet på grund av sin funktionsnedsättning. En mycket stor grupp, 89 procent, uppgav att de tillhörde en minoritet med anledning av sin sexuella läggning (och till exempel identifierade sig som homosexuella, bisexuella, queer eller asexuella).

65 procent av de svarande uppgav att de hade kroniska eller långvariga fysiska eller psykiska hälsoproblem, sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Bland de ickebinära var andelen 74 procent, medan

56 procent av transkvinnorna och 63 procent av transmännen uppgav detta.

Vi redovisar svaren uppdelat efter de svarandes könsidentitet.

I TGEU:s enkätundersökning fanns möjlighet att lägga till fritextsvar. 190 sådana har inkommit och vi citerar flera av dem nedan. Bland annat har framkommit synpunkter på olika vårdgivare.

Utredningen har också använt oss av enkätresultat som vi fått tillgång till via Folkhälsomyndigheten (Folkhälsomyndigheten 2017b). Resultaten kommer från enkätundersökningen som genomfördes 2014 och låg till grund för rapporten *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner* från 2015, men de har ännu inte publicerats av myndigheten. De frågor i enkätundersökningen som är relevanta för oss besvarades av mellan 680 och 50 personer. Alla frågor var inte relevanta för alla svarande. I hänvisningarna till andra aktörers material använder vi oss av den terminologi som de själva använt när frågorna ställts.

På vår webbplats www.transpersonerslevnadsvillkor.se har möjlighet funnits för personer att ladda upp egna berättelser om erfarenheter av att leva som transperson i Sverige i dag. Webbplatsen låg uppe från början av maj 2017 och drygt tre månader framåt. Här har många personer valt att ladda upp berättelser som handlar just om den könsbekräftande vården. Berättelserna har numrerats av oss i den ordning de inkommit. Också under de forum utredningen organiserat under våren och sommaren 2017 (i Stockholm, Båstad, Göteborg, Lund och Luleå) har flera erfarenheter av den könsbekräftande vården kommit in, liksom från workshops som hölls på RFSU Ungdoms kongress och RFSU:s förtroenderåd, också de under våren 2017. Från dessa forum och workshops finns mötesanteckningar som legat till grund för utredningens texter om dessa.

Vi har också genomfört intervjuer med fem endokrinologer från fyra olika utredningsteam. Intervjuerna har haft särskilt fokus på transpersoners behov av eftervård. Vi har även skickat ut en enkät till alla team som jobbar med könsbekräftande vård. Alla team har besvarat enkäten, men graden av utförlighet i svaren har varierat.

Utredningen har även tagit del av forskning om bland annat nöjdhet med den könsbekräftande vården.

15.2.1 Generella erfarenheter och skillnader mellan transpersoner med olika könsidentitet

Allt fler söker sig till den könsbekräftande vården

Åtminstone sedan början av 2000-talet har man i Sverige observerat en ökning av antalet personer som söker könsbekräftande vård. (Johansson, Sundbom, Höjerback & Bodlund, 2010; Karolinska Universitetssjukhuset, 2017, hämtad 2017-10-29). Förekomsten av könsdysfori ökar över hela världen hos såväl unga som vuxna. Siffror från Socialstyrelsens patientregister visar att allt fler diagnostiserats med könsdysfori under 2000-talet (Socialstyrelsen, 2017i, hämtad 2017-10-27). År 2005 fick 1 av 100 000 personer diagnosen för första gången. År 2015 diagnostiserades ungefär 8 av 100 000. I Sverige är ökningen som mest markant bland unga personer och enligt Socialstyrelsen är könsdysfori vanligast i åldersgruppen 18–29 år.

Som några exempel kan nämnas att antalet remisser till utredningsteamet på Astrid Lindgrens barnsjukhus, som uteslutande tar emot personer under 18 år, har ökat med omkring 100 procent varje år under 2010-talet. År 2016 tog teamet emot 197 remisser, jämfört med 116 år 2015 och 4 remisser år 2012 (Frisén et al 2017, hämtad 2017-10-12; SVT Nyheter 2017, hämtad 2017-10-27; Lagerblad 2017, hämtad 2017-10-28). Utredningsteamet Anova i Stockholm, som tar emot personer över 18 år, tog emot 20 remisser år 1999 och 350 remisser år 2016. Under 2017 räknar Anova med att få in 400 remisser (Karolinska Universitetssjukhuset 2017, hämtad 2017-10-29).

Även antalet ansökningar om fastställande av juridiskt kön har ökat. Mellan 1992 och 1997 fick Rättsliga rådet in i genomsnitt 17 ansökningar per år. År 1998–2003 var det genomsnittliga antalet ansökningar 23 per år och mellan 2004 och 2009 inkom i genomsnitt 37 ansökningar per år (Socialstyrelsen 2010). Under 2010 inkom 75 ansökningar i könstillhörighetsärenden till Socialstyrelsens rättsliga råd. År 2011 inkom 51 ansökningar, 2012 var antalet 60 och år 2013, då tvångssteriliseringarna avskaffades, fick rådet in 170 ärenden. För åren 2014–2016 har vi statistik över antalet avslutade ärenden som rör ändrad könstillhörighet. För år 2014 var antalet avslutade ärenden 189, för 2015 var det 198 och år 2016 avslutades 182 ärenden. Mellan 1 januari och 31 augusti 2017 hade rådet fått in 260 ansökningar enligt könstillhörighetslagen (Socialstyrelsen 2017j, hämtad 2017-10-28).

Man vet inte vad ökningen beror på, men möjliga förklaringar är att samhället blir mer tolerant eller öppet, att frågor som rör könsidentitet och könsuttryck uppmärksammas i samhället, ökad tillgång till könsbekräftande vård, ökad tillgång till information (genom internet och media) och minskad stigmatisering (Johansson et al, 2010; Socialstyrelsen 2010; Socialstyrelsen 2017i; Socialstyrelsens 2017j; Frisé et al 2017).

Att söka sig till den könsbekräftande vården – och anledningar till att inte göra det

I Folkhälsomyndighetens undersökning, som genomfördes 2014, ställdes frågan om de svarande fått remiss till könsbekräftande vård. 369 personer svarade på frågan, varav 117 definierade sig som transfeminina (hit räknas personer som i undersökningen svarat att de identifierar sig helt eller delvis som kvinna, oavsett juridiskt kön), 156 som transmaskulina (hit räknas personer som i undersökningen svarat att de identifierar sig helt eller delvis som man, oavsett juridiskt kön) och 92 som ickebinära (hit räknas respondenter som svarat att de identifierar sig som både man och kvinna, mitt emellan man och kvinna, varken man eller kvinna eller som på annat sätt angett en ickebinär könsidentitet. I den här tolkningen av ”ickebinär” räknas inte personer som identifierar sig delvis som ett binärt kön in, vilket annars är vanligt). Endast 3 definierade sig som transvestiter och vi redovisar därför inte dessa svar här. 90 procent av de transfeminina hade fått remiss, 88 procent av de transmaskulina och 82 procent av de ickebinära (Folkhälsomyndigheten 2017b). Folkhälsomyndigheten delar in respondenterna på olika sätt vad gäller könsidentitet beroende på var resultaten redovisas, vilket gör att terminologin skiljer sig åt i detta betänkande beroende på vilken källa som refereras (Zeluf et al, 2016, Folkhälsomyndigheten 2015a).

I samma enkät fanns också en fråga om de som sökt sig till primärvården, till exempel till en vårdcentral eller en ungdomsmottagning, var nöjda med det bemötande och den hjälp som de fått där när de uppsökte vården för att få komma till den könsbekräftande vården. Den frågan besvarades också av 369 personer, varav 118 transfeminina, 155 transmaskulina, 93 ickebinära och 3 transvestiter. 24 procent av de transfeminina var mycket missnöjda eller missnöjda, 9 procent ganska missnöjda, 34 procent ganska nöjda och 33 procent nöjda

eller mycket nöjda. Av de transmaskulina var 18 procent mycket missnöjda eller missnöjda, 15 procent ganska missnöjda, 25 procent ganska nöjda och 42 procent nöjda eller mycket nöjda. Den ickebinära gruppen var något mer missnöjda än övriga: 31 procent var mycket missnöjda eller missnöjda, 10 procent ganska missnöjda, 32 procent ganska nöjda, och 27 procent nöjda eller mycket nöjda (Folkhälsomyndigheten 2017b).

Av de som besvarat TGEU:s enkätundersökning har totalt 69 procent sökt sig till primärvården för att få tillgång till den specialiserade könsbekräftande vården. Lägst andel finns hos personer som definierade sig som ickebinära: 38 procent, medan 91 procent av de svarande transmännen och 88 procent av de svarande transkvinnorna hade sökt sig till vården för att få hjälp. (Utredningen använder sig av den terminologi som finns i respektive undersökning, därför varierar den något i vår redovisning av resultaten.) Av dem som inte gjort det, vilket totalt 146 personer angav att de inte gjort, finns flera olika skäl. I enkäten fanns möjligheten att ange flera olika svarsalternativ.

Tabell 15.1 Varför har du inte sökt till den könsbekräftande vården?

Procentandelar av alla enkätsvaranden som tillhör en viss kategori (transkvinnor, transmän och ickebinära) per påstående och svarsalternativ.

	Transkvinnor	Transmän	Ickebinära
Jag vill inte ha/behöver inte hjälp	8	8	74
Jag har inte råd med det av ekonomiska skäl	9	5	82
Jag vågar inte	5	13	75
Jag har inget förtroende för läkarna/könsutredningsteam	5	5	88
Jag vet inte vart jag ska vända mig	4	7	87
Jag vet inte vad jag ska förvänta mig/Jag känner inte till hur det går till	4	9	82
På grund av min partner/mina partners/ På grund av mina barn	17	0	67
På grund av att jag vill ha barn	0	14	86
Det tar för lång tid (inklusive väntetider)	11	8	78
Jag är rädd för dåligt bemötande/fördomar av sjukvårdspersonalen	5	7	82
Byråkratin är för komplicerad	19	8	73
Jag har dåliga erfarenheter av bemötande från sjukvårdspersonal	0	9	85
Jag kanske kommer att vilja senare i livet, men inte just nu	9	7	79
Annat	4	8	80

Källa: TGEU 2017b. I redovisningen av resultaten från TGEU:s material har kategorierna "kvinnor" och "transkvinnor" slagits ihop, liksom "män" och "transmän".

Svaren visar en mycket tydlig skillnad mellan olika könsidentiteter, där gruppen ickebinära i anmärkningsvärt högre utsträckning än övriga angett att de olika svarsalternativen stämmer för dem. Ickebinära har alltså mycket lägre förtroende för vården, är rädda för dåligt bemötande, har erfarenhet av dåligt bemötande och har sämre kännedom om vart de ska vända sig, än övriga svarande. Ickebinära uppger också i högre utsträckning än andra att de inte behöver hjälp eller att de avstår på grund av att det tar för lång tid.

I TGEU:s enkätundersökning (2017b) frågades det inte specifikt om erfarenheter av att försöka få tillgång till den könsbekräftande vården, och några svarande har också kommenterat att de saknade denna fråga, och samtidigt lämnat fritextsvar som berör detta. Bland fritextsvaren finns exempel på flera olika typer av erfarenheter. Flera

individer konstaterar att det förekommer långa väntetider för att få komma till den könsbekräftande vården. Några berättar hur BUP eller en ungdomsmottagning skickat en remiss, men att väntan blivit mycket längre än vad de fått information om. Det har kunnat röra sig om flera år. För andra har det varit lättare och remiss har skickats snabbt: ”/de/ var allmänt stöttande och tillmötesgående även om ingen har specifik kompetens inom transvård” (TGEU 2017b).

Flera konstaterar att det förekommer bristande kunskap om den könsbekräftande vården hos de vårdgivare de varit i kontakt med. En person berättade om olika ungdomsmottagningar:

De var väldigt hjälpsamma, men märkte att informationen kring dessa frågor var väldigt, väldigt dålig. Jag behövde berätta och lära alla de jag pratade med och fick egentligen ingen hjälp. Men som sagt, väldigt snälla människor annars. Det behövs bara mer information om detta (TGEU 2017b).

En annan delgav erfarenheter från olika vårdgivare:

Många har inte gett mig tillräckligt med information eller till och med haft felaktig information om vilken vård som faktiskt finns för transpersoner. Skulle gärna velat uppleva lite mer förståelse, eller i alla fall en vilja att förstå (TGEU 2017b).

En person har lämnat en berättelse på vår webbplats om hur hindren för att söka vård också kan finnas inom personen själv och att det skulle krävas hjälp tidigare för att komma till rätta med situationen:

För det första måste jag våga ta kontakt med transvården. Ens för det behöver jag medicin. Men för att ens orka/våga gå till apoteket och ta ut medicin behöver jag medicin. Ängstdämpande. ... Är rädd att jag inte ska få göra könsidentitetsutredning, eftersom jag både är ickebinär och har tidigare diagnos (autism), samt just nu gör en utredning för adhd/add, kommer förmodligen få en till diagnos (berättelse 17).

TGEU var intresserade av att få veta hur kännedomen om vilken vård som finns såg ut bland de svarande. På en fråga om de svarande personerna visste vart de skulle vända sig för att få vård, svarade 84 procent av transkvinnorna, 87 procent av transmännen och 55 procent av de ickebinära att de visste det. Sammantaget visste 74 procent vart de skulle vända sig.

TGEU frågade också om personer som svarade kände till om det fanns riktlinjer för den könsbekräftande vården. Här är kännedomen något lägre än vad den är om vart vårdsökande kan vända

sig. Totalt svarade 67 procent att det finns riktlinjer, 3 procent att det inte gör det och 30 procent att de inte visste. Också här syns en skillnad mellan personer med olika könsidentitet, framför allt vad gäller de som valt svaret att de inte vet. Av transkvinnorna svarade 81 procent att det finns riktlinjer, 3 procent att det inte gör det och 16 procent att de inte vet. Av transmännen menade 67 procent att det finns riktlinjer, 2 procent att det inte gör det, och 30 procent att de inte vet. Bland ickebinära personer svarade 61 procent att det finns riktlinjer, 2 procent att det inte gör det och 37 procent att de inte vet (TGEU 2017b).

Att behöva men inte få könsbekräftande vård

Vår egen webb saknade avsiktligt styrande frågor. Flera av de som lämnat berättelser där har berört svårigheterna med att få komma till den könsbekräftande vården och inte få hjälp hos primärvården och allmänpsykiatri. Liknande berättelser finns i fritextsvaren i TGEU:s undersökning (2017b).

I kapitlet om allmänna hälso- och sjukvården berörde vi erfarenheter av detta något, men här vill vi ge lite fler exempel på inkomna berättelser på temat.

I Folkhälsomyndighetens undersökning fanns en fråga om de svarande hade fått remiss till den könsbekräftande vården. 50 personer (av 369 svarande) har angett att de inte har fått remiss. Det framgår inte av svaren om alla dessa i nuläget vill ha en remiss. Svaren är inte uppdelade på könsidentitet och det var möjligt att ange flera svar. 19 svarade helt enkelt att de väntade på att få remiss, 11 personer svarade att de försökte få träffa rätt personer som kan skriva remiss, och lika många uppgav att de gick i en ”företredning” i sitt eget landsting. 7 ville inte längre ha en remiss och en person angav att hens landsting ”inte ville” skicka remiss till utredningsteam. 14 personer angav ”annat” som sitt svar. 31 procent var nöjda med det bemötande de fått när de sökt remiss till könsutredning (Folkhälsomyndigheten 2017b).

Två frågor i TGEU:s enkät gällde vad som skulle kunna öka tillgången till könsbekräftande vård i respondentens land. Den ena frågan (se tabell 15.2) gällde bland annat allmän tillgång till vården, till exempel gällande väntetider. En mycket stor andel av de svaran-

de, runt 90 procent ansåg att läget med väntetiderna måste förbättras. Färre än en procent tyckte att det var bra som det är.

Tabell 15.2 Enligt dig, vad skulle förbättra tillgången till transvård i ditt land?

Procentandelar av alla enkätsvarande som tillhör en viss kategori (transkvinnor, transmän och ickebinära) per påstående och svarsalternativ.

K= Transkvinna

M= Transman

I= Ickebinär

	Förbättring är nödvändig			Situationen är bra som den är			Jag vet inte/har ingen åsikt		
	K	M	I	K	M	I	K	M	I
Erbjuda behandling när en person själv bestämmer att hen vill ha det	75	76	76	12	8	2	8	10	15
Erbjuda behandling när en person intygar att hen förstår konsekvenserna av behandlingens effekter (informerat samtycke)	69	71	70	17	10	8	8	14	16
Öka antalet vårdgivare inom transvården	85	88	84	4	1	1	6	5	9
Minska väntetiderna för transvården	93	92	86	0	1	0	2	2	8
Minska kostnaden för behandlingarna inom transvården	47	45	56	25	33	14	23	16	24
Att anta ett bindande nationellt regelverk (riktlinjer) för transvård	67	68	62	4	7	3	24	20	30
Erbjuda utbildning för vårdpersonal om transspecifik vård	84	89	83	5	1	2	6	5	10
Öka kunskapen om ickebinära personers behov inom transvården	76	89	86	6	2	2	14	4	7
Fullständigt täckande av kostnader	57	49	57	26	30	9	12	16	28

Källa: TGEU 2017b.

Den andra frågan på ett liknande tema gällde mer specifikt effekter av att till exempel ta bort olika krav, som diagnoser, för att få tillgång till behandling (se tabell 15.3).

Tabell 15.3 Enligt dig, vad skulle förbättra tillgången till transvård i ditt land?

Procentandelar av alla enkätsvarande som tillhör en viss kategori (transkvinnor, transmän och ickebinära) per påstående och svarsalternativ.

K= Transkvinna M= Transman I= Ickebinär

	Behöver förbättras			Fungerar ok i dag			Jag vet inte eller har ingen åsikt		
	K	M	I	K	M	I	K	M	I
Ta bort kravet på diagnos för att få hormonbehandling eller kirurgi	73	64	66	17	19	6	6	12	23
Ta bort diagnosen helt från internationella listor över diagnoser (ex. ICD, DSM)	41	51	51	19	11	7	36	33	37
Ta bort diagnosen från kategorin psykisk sjukdom	79	82	79	6	4	1	10	8	15
Tillåta hormonbehandling utan psykiatrisk utredning	67	58	60	18	20	12	10	17	23
Tillåta operationer utan psykiatrisk utredning	41	49	54	35	23	12	19	22	30
Tillåta att ickebinära personer får tillgång till transvård	75	82	83	6	5	2	15	7	10
Att ge pubertetshämmande preparat till ungdomar	76	70	68	6	6	1	15	18	27
Att ge hormonbehandling till ungdomar	74	67	68	9	9	2	13	19	26
Att erbjuda individanpassad behandling	82	80	78	6	5	2	8	10	16

Källa: TGEU 2017b.

Utredningen vill påpeka att i det svenska sjukvårdssystemet i dag är diagnos, eller en trolig diagnos, en utgångspunkt för att ta beslut om olika behandlingsvägar. Det gäller såväl könsdysfori som andra tillstånd och för hälsorisker, sjukdomar och skador. Däremot behöver könsdysfori inte vara en psykiatrisk diagnos, eller utredas inom just psykiatri, för att man ska kunna få tillgång till könsbekräftande vård, som hormonbehandling och kirurgi. Huruvida könsdysfori ska vara en psykiatrisk diagnos eller inte är under diskussion inför den nya utgåvan av ICD (se vidare avsnitt 15.6.1). Att helt ta bort diagnosen från ICD och DSM skulle dock sannolikt innebära att personer själva får betala för könsbekräftande vård, till skillnad från dagens

system då könsbekräftande vård täcks av staten inom ramen för den allmänna sjukvårdsförsäkringen, och att vissa typer av könsbekräftande behandling över huvud taget inte skulle vara möjliga att få i Sverige (RFSL Förbundet och RFSL Ungdom, 2017; Dhejne, 2017).

TGEU ställde inte specifikt frågan om det skulle förbättra tillgången att ta bort remisskrav, men flera personer berättar om situationer som handlar om detta. En person konstaterar att ”/j/ag har sökt hjälp men inte fått någon hittills, 12 månader senare”. En annan fick på en BUP-enhet ”sitta och berätta om mina sexuella preferenser (för hon sa att det behövdes för remissen), sen skickade hon ingen remiss vilket skapat en konstig stämning inombords för mig” (TGEU 2017b).

En person som lämnat berättelse på vår webbplats fick remiss men nekades av teamet den skickats till, och landstinget skickar inte remisser till andra team:

/O/m jag inte själv står för resor till annan mottagning och eventuell övernattnig där. Och det har jag med halv sjukersättning, bostadstillägg och halvt aktivitetsstöd på lägsta nivå inte råd med. Så remissen gick till /teamet/ som inte ville ta emot den. De tyckte att det var för tidigt och att namn, pronomen och klädsel nog räckte för mig. Det tycker inte jag (berättelse 4).

Andra har upplevt direkta nekanden från vårdgivare inom primärvården och rapporterat om detta i TGEU:s enkät. Från en särskild hbt-mottagning på ett större sjukhus finns en persons erfarenhet av att inte komma vidare, trots att personen frågat om remiss: ”/vårdgivaren/ verkar mest tveksam, bara ’vi behöver prata mer om det här’, känner inte att jag kan byta heller för min autism gör så att jag har svårt för nya människor.” (Fler exempel på erfarenheter från personer med samtidiga funktionsnedsättningar finns i avsnitt 15.2.5.)

En annan person har en ännu mer negativ erfarenhet:

Jag har träffat psykologer främst som alla har sagt att de inte anser att jag är trans, att jag skulle må bättre om jag bara skärpte mig och betedde mig som mitt riktiga kön och liknande saker (TGEU 2017b).

Något liknande rapporterar en annan person:

Jag bad att få kontakt med transvården men nekades av psykologen jag pratade med som nästan rakt ut sa att jag borde vara glad att jag bodde i det öppensinnade Sverige och inte i ”Irak” (TGEU 2017b).

Det kan ta lång tid att till sist få en remiss:

Har bara träffat en psykolog en gång som tog mig på allvar och remitterade mig vidare för utredning. Tidigare kontakt inom vården har jag inte blivit betrodd eller förstådd alls. Ökunsskapen om trans inom vården överlag är läskigt hög (TGEU 2017b).

Flera har liknande erfarenheter som tydligt visar att det kan krävas stor viljestyrka och ork att lyckas ta sig till den könsbekräftande vården:

Psykiatrin i /min stad/ har varit i bästa fall ohjälpsamma, men ofta otrevliga och oförstående. Framförallt så har de först vägrat skriva remiss, sen skrivit en felaktig remiss, sen skrivit en ofullständig remiss och till slut efter ett år av tjtande skrev de en komplett remiss som gjorde att jag kallats till utredningsteamet (TGEU 2017b).

Det är inte alltid personen som berättar upplever att dröjsmålet har berott på ovilja, det kan också finnas andra skäl:

Mkt hjälpsam och intresserad, men drog ut på remisskrivandet till utredningsteamet flera månader. Kändes som om psykiatern själv ville göra en egen liten utredning innan hen skickade min remiss till utredningsteamet (TGEU 2017b).

Dessa berättelser beskriver bland annat situationer som i Folkhälsomyndighetens undersökning kallades att göra en "förutredning" i det egna landstinget. I Socialstyrelsens informationsbroschyr till vårdgivare, *Till dig som möter personer med könsdysfori i ditt arbete* (Socialstyrelsen 2015e), betonas vikten av att remittera vidare när vårdtagare uttrycker att de har problem som rör könsidentiteten. Det nämns också att personer som söker remiss ibland "utsätts för utredningar eller behandlingar som inte har med könsidentitetsproblematiken att göra" och i kunskapsstöden betonas att den som ska utreda könsdysfori bör ha erfarenhet av könsdysfori eller handledas av person med sådan erfarenhet. En del utredningsteam önskar att förutredning görs i hemlandstingen/remitterade landsting, ofta motiverat med att viss differentialdiagnostik då redan är gjord när personen kommer till utredningsteamet och att detta underlättar utredningsförfarandet för vårdtagaren och vårdgivaren. Flera utredningsteam betonar också att det är viktigt att det finns tillgång till stödkontakt på hemorten inför och under könsutredning vid könsutredningsteam.

Att ha erfarenheter av vården

De som svarade på Folkhälsomyndighetens enkätundersökning fick frågan om de var nöjda med det bemötande och den hjälp de fått inom den könsbekräftande vården. 292 personer svarade på frågan, varav 98 identifierade sig som transfeminina, 130 som transmaskulina, 63 som ickebinära och 1 som transvestit. Av de transfeminina uppgav 16 procent att de var mycket missnöjda eller missnöjda, 6 procent att de var ganska missnöjda, 44 procent att de var ganska nöjda och 33 procent att de var nöjda eller mycket nöjda. 19 procent transmaskulina svarade att de var mycket missnöjda eller missnöjda, 12 procent att de var ganska missnöjda, 30 procent var ganska nöjda och 40 procent nöjda eller mycket nöjda. De ickebinära visade på större missnöjdhet: 26 procent var mycket missnöjda eller missnöjda, 17 procent ganska missnöjda, 32 procent ganska nöjda och 27 procent nöjda eller mycket nöjda (Folkhälsomyndigheten 2017b). Sammantaget var 24 procent nöjda med det bemötande de fått inom utredningen eller den könsbekräftande behandlingen (Folkhälsomyndigheten 2016c).

I TGEU:s enkätundersökning (2017b) fanns också en fråga om uppfattning om vårdens kvalitet och tillgången till denna.

Tabell 15.4 Hur skulle du beskriva kvaliteten och tillgång till transvård i ditt land?

Procentandelar av alla enkätsvarande som tillhör en viss kategori (transkvinnor, transmän och ickebinära) per påstående och svarsalternativ.

K= Transkvinna

M= Transman

I= Ickebinär

	Väldigt bra		Bra		Ok		Dåligt		Mycket dåligt		Jag vet inte		Erbjuds inte								
	K	M	I	K	M	I	K	M	I	K	M	I	K	M	I						
Generellt	6	4	1	18	13	6	35	45	27	19	17	21	11	10	13	8	10	28	0	1	0
Psykiatrin	5	5	1	18	13	5	31	32	20	15	28	26	17	10	15	11	11	30	0	1	0
Pubertetshämmare	2	1	1	8	4	1	12	7	5	6	6	4	5	4	5	62	75	79	2	2	2
Hormonbehandling t.ex. östrogen, testosteron, androcur etc.	8	16	3	26	26	8	27	22	20	12	8	8	6	5	5	17	19	54	0	0	3
Bröstoperation: förminskning eller borttagande av bröst (mastektomi)/bröstförstoring	11	9	3	18	22	4	18	24	18	7	13	8	1	5	9	39	26	54	0	0	1
Borttagande av livmoder/äggstockar eller testiklar(hysterektomi/ovariektomi/orkidektomi)	5	7	0	14	13	4	17	16	7	5	7	7	4	4	5	51	52	73	2	0	1
Underlivskirurgi (vaginoplastik, metoidioplastik, falloplastik)	6	1	1	19	7	2	23	10	7	9	14	7	7	11	5	32	55	74	0	1	1
Feminiserande ansiktskirurgi	1	1	0	5	0	0	5	1	4	9	3	5	10	3	5	38	88	79	29	3	4
Röstoperation	3	1	0	5	0	0	10	1	4	5	2	3	5	3	5	59	88	84	8	3	2
Hårborttagning med hjälp av laser eller elektrolys	11	2	2	32	2	3	23	5	9	8	3	5	2	2	4	21	83	72	0	2	2

Källa: TGEU 2017b. I den publicerade rapporten från TGEU, *Overdiagnosed but underserved* TGEU 2017a, redovisas siffrorna något annorlunda, då de sista två svarsalternativen har räknats bort. I hänvisningar till andra resultat från TGEU:s undersökning i detta betänkande där den publicerade rapporten anges som källa är detta också fallet.

Det fanns också en fråga i TGEU:s enkät (2017b) om bland annat vilka behandlingar som borde vara tillgängliga, dels generellt och dels för vissa grupper. En relativt stor samstämmighet syns mellan svarande av olika könsidentitet, även om ickebinära uttrycker starkare stöd för att ickebinära bör ha tillgång till könsbekräftande vård och att saker som klädsel inte borde spela någon roll när det gäller vilka som borde få tillgång till könsbekräftande vård.

Tabell 15.5 Kan du berätta till vilken grad du håller med om följande påståenden?

Procentandelar av alla enkätsvarande som tillhör en viss kategori (transkvinnor, transmän och ickebinära) per påstående och svarsalternativ.

K= Transkvinna

M= Transman

I= Ickebinär

	Håller verkligen med			Håller med			Varken håller med eller håller inte med			Håller inte med			Håller verkligen inte med			Jag vet inte		
	K	M	I	K	M	I	K	M	I	K	M	I	K	M	I	K	M	I
Pubertetshämmare ska vara tillgängliga för ungdomar i puberteten	66	72	59	25	19	29	2	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	5
Hormonbehandling (såsom östrogen eller testosteron) ska vara tillgänglig för ungdomar i puberteten	56	54	45	25	26	36	7	6	6	2	5	2	2	1	0	4	4	8
Ett real life test (att leva enligt sin könsidentitet under en tid) bör ingå i könsutredningen	11	8	6	17	14	13	14	22	20	23	23	16	31	26	23	0	1	17
Ickebinära eller genderqueer-personer bör ha tillgång till transvård	64	76	87	23	14	7	6	3	1	0	0	1	3	1	0	1	1	1
Alla bör fritt få välja vilken behandling de behöver och i vilken ordning	51	52	58	28	26	27	12	11	4	2	2	2	2	1	0	1	2	4
Hur du uttrycker ditt kön, t.ex. med kläder eller frisyr, bör inte påverka din tillgång till vård eller hur du behandlas	76	86	89	12	6	5	4	1	1	0	2	1	3	1	1	2	0	1

Folkhälsomyndigheten (Folkhälsomyndigheten 2017b) frågade om effekter av den könsbekräftande behandlingen. Många olika svarsalternativ fanns och vi redovisar dessa i tabellform, med de ord som användas i frågan och svarsalternativen i enkäten från Folkhälsomyndigheten.

Tabell 15.6 Har den sammanlagda könskorrigering behandlingen som du genomgått medfört något av följande?

(antal personer som svarade på frågan: 680, flera svar kunde anges)

Svarsalternativ	Antal	Andel
Jag har inte genomgått könskorrigering behandling	395	58
Behandlingen har pågått för kort tid för att jag ska märka någon skillnad	25	4
Ökat min livskvalitet	210	31
Minskat min livskvalitet	9	1
Förbättrat min psykiska hälsa	203	30
Försämrat min psykiska hälsa	16	2
Förbättrat min fysiska hälsa	106	16
Försämrat min fysiska hälsa	21	3
Gjort att min kropp nu stämmer bättre med min identitet	218	32
Gjort att min kropp nu stämmer sämre med min identitet	1	0,1
Ökat min förmåga att njuta sexuellt	119	17
Minskat min förmåga att njuta sexuellt	28	4
Underlättat för mig att arbeta/studera	116	17
Försvårat för mig att arbeta/studera	24	3
Minskat risk för att diskrimineras	85	12
Ökat risk för att diskrimineras	69	10
Minskat risk för att utsättas för våld	56	8
Ökat risk för att utsättas för våld	59	9
Ångrar att jag gjorde den	1	0,1
Jag är glad att jag gjorde den	206	30
Annat	13	2
Total	1980	289,2

Källa: Folkhälsomyndigheten 2017b

Nationell forskning av Dhejne (2017), Sigurjónsson (2016) och Johansson et al (2010), och även internationell forskning (bl.a. Ruppín & Pfäfflin 2015; Pimenoff & Pfäfflin 2011; Mate-Cole et al 1990; se även forskningsöversikt och referenser i Dhejne 2017 och

Sigurjónsson 2016), och beprövad erfarenhet visar att könsbekräftande behandling ökar könskongruensen (att fler aspekter av kön, som könsidentitet, könsuttryck, juridiskt kön, och även kropp, överensstämmer), minskar könsdysfori och leder till förbättrad psykisk hälsa och livskvalitet för de allra flesta som genomgår behandling. Till exempel angav 91,9 procent av patienterna i en studie (Dhejne et al 2017) att de kände könskongruens efter att ha transitionerat. 95 procent av respondenterna i en annan studie (Johansson et al 2010) angav att de var nöjda med att ha genomgått en könsbekräftande process. Många (62 procent) uppgav också att relationer med partner hade förbättrats, och 70 procent svarade att deras sexliv var bättre än innan de påbörjade sin process. Ingen av de av respondenterna som genomgått könsbekräftande underlivskirurgi ångrade det. I en tysk studie (Ruppín & Pfäfflin 2015), som följde upp personer som diagnostiserats med transsexualism och som genomgått juridiskt namnbyte i Tyskland (med liknande krav som för fastställande av juridiskt kön i Sverige) mellan 10 och 24 år dessförinnan, visade respondenterna ett betydligt förbättrat mående på ett flertal områden med bland annat betydligt minskad förekomst av depression och ångest jämfört med när personerna först uppsökte den könsbekräftande vården. De positiva effekterna övervägde för respondenterna de negativa, och ingen av dem uttryckte ånger. I en studie (Sigurjónsson 2016) rapporterade 19 av 22 patienter som genomgått en viss typ av vaginoplastik att de var mycket nöjda eller nöjda med att ha genomgått operationen.

I den svenska vården råder konsensus om att könsbekräftande behandling är den behandlingsmetod som är att föredra vid könsdysfori (Johansson et al 2010).

För en redogörelse för antalet som ångrar byte av juridiskt kön, se vidare avsnitt 15.5.4. Antalet ångerfall, mätt i antalet ansökningar om att återgå till tidigare juridiskt kön, har minskat signifikant över tid: 2,2 procent ansökte om nytt fastställande mellan 1960 och 2010, och under den senaste 10-årsperioden som mätts (2001–2010) var ångerfrekvensen 0,3 procent. Alla som ansökt om nytt fastställande har fått bifall, och har fått tillgång till ny könsbekräftande behandling.

Några faktorer som förknippas med positiva resultat av medicinsk och juridisk transition, och lågt antal ångerfall, är stöd från närstående (familj, att ha en partner), att känna sig nöjd med resultat av

könsbekräftande behandling och att bli läst av andra i enlighet med sin könsidentitet (t.ex. Ruppin & Pfäfflin 2015, Dhejne et al 2014, Johansson et al 2009, Mate-Cole et al 1990).

Även om könsbekräftande behandling, och sannolikt även tillgång till rätt juridiskt kön, alltså förknippas med förbättrad hälsa och livskvalitet på ett flertal punkter löper personer som diagnostiserats med transsexualism och genomgått könsbekräftande kirurgi högre risk för förtida död, suicidförsök samt psykisk ohälsa än befolkningen som helhet (Dhejne 2017, Dhejne et al 2017). Över tid har dock skillnader mellan gruppen diagnostiserade och behandlade transpersoner och kontrollgrupper minskat, och för perioden 1989–2003 (den sista delen av den period som hittills undersökts) finns ingen skillnad i fråga om förtida död och suicidförsök mellan grupperna. Orsaker till psykisk ohälsa efter behandling kan vara att den psykiska ohälsan är orelaterad till könsdysfori och därför inte kan behandlas med könsbekräftande behandling, utan kräver andra insatser från vården. Det kan också bero på minoritetsstress, stigma, fördomar inklusive internaliserad transfobi och diskriminering (Dhejne 2017).

Forskning på resultat av könsbekräftande vaginoplastik visar att personer som genomgått en viss typ av vaginoplastik rapporterade förbättrad livskvalitet ett år efter kirurgi jämfört med före kirurgi, men att livskvaliteten därefter försämras jämfört med år ett (ett år efter kirurgi), men inte jämfört med år 0 (före kirurgi). Rent generellt, oavsett transexfarenhet, minskar dock livskvalitet över tid, vilket kan vara en del av förklaringen till att det även observerats hos denna grupp. Forskarna pekar här ut att transpersoner är en utsatt grupp som har behov av lämplig vård både före och efter eventuell könsbekräftande underlivskirurgi. Långtidsuppföljning av livskvalitet samt psykologiskt stöd till patienterna är viktigt (Sigurjónsson, 2016).

De flesta av berättelserna om den könsbekräftande vården som inkommit till utredningens egen webbplats handlar om negativa erfarenheter, något som kan ha att göra med formuleringen av utredningen och dess uppdrag – att transpersoners ställning ska stärkas och deras levnadsvillkor förbättras. I ett sådant sammanhang kan det kännas mer relevant att beskriva sådant man är mindre nöjd med och som man hade önskat varit bättre. Men vi har också fått in berättelser om att ha fått god hjälp av den könsbekräftande vården.

Också fritextsvaren i TGEU:s undersökning (2017b) har en övervikt av negativa kommentarer och dessa är också mycket längre än de där en person bara konstaterar att vården i huvudsak var bra. Det är i sig inte överraskande att personer som inte är nöjda och vill att en förändring ska ske lägger ner mer tid på att formulera sin kritik än vad nöjda personer lägger på att berätta om sina erfarenheter.

Vi har i det här avsnittet valt att inkludera många citat ur berättelser som inkommit för att ge en bred bild av de olika upplevelser som personer har av den könsbekräftande vården. Citaten speglar de olika personernas erfarenheter och därför högst relevanta för att få kunskap om nödvändiga åtgärder. Det är dock viktigt att också läsa dem tillsammans med de kvantitativa resultaten som vi återgett ovan, där svaren ger en bild av hur stor andel av gruppen som är nöjda respektive missnöjda med den vård de fått.

De berättelser vi fått in kan löst grupperas i sex teman. Dessa teman går in i varandra och utgör sammantagna en bild av en utdragen, svåröverblickbar vårdprocess, där man upplever att man behöver presentera sig och svara på "rätt" sätt för att få diagnos och den könsbekräftande behandling man behöver. Man känner sig maktlös och utlämnad till vårdtagare som kan ge en diagnos och tillgång till behandling, men också undanhålla diagnos/behandling om man inte bedöms leva upp till vårdens krav:

- Väntetiderna till utredning och behandling är ofta långa. Det får negativa följder för patienter, till exempel psykisk ohälsa eller att man inte kan planera sitt liv.
- Patienter i den könsbekräftande vården har svårt att överblicka och få sammanhang i utredning och behandling. Man upplever att man inte får tillräcklig information och att man inte är delaktig i sin egen vård.
- Nyttan av psykologtester och real life-period är oklar. Man får frågor och behöver genomgå tester som känns irrelevanta, tidsödande eller/och kränkande.
- Man upplever att man av den könsbekräftande vården förväntas leva upp till en bild av hur transpersoner ska vara. Det kan till exempel handla om sexualitet eller om könsuttryck under utredning och i förekommande fall så kallad real life-period.

- Man känner sig maktlös och utlämnad i den könsbekräftande vården, i tillägg till den utsatthet man upplever i sin vardag. Vårdgivarna har makten att avgöra om man får den diagnos och därmed den behandling som man behöver.
- Erfarenheter av bemötande varierar mellan olika utredningsteam. Bemötandet kan också variera mellan olika vårdgivare inom ett och samma utredningsteam. Vissa kontakter under utredningen kan fungera bra, medan man upplever att man blir ifrågasatt av andra.

Många beskriver hur den könsbekräftande vården i stället för att kännas just bekräftande upplevs som ifrågasättande och dömande. En vanlig upplevelse är att må sämre i väntan på och under utredning. Följande citat kan sägas sammanfatta den generella bilden av hur många upplever sin könsutredning:

De tre åren av väntan och otroligt många samtal med psykologer, läkare, logopeder och endokrinologer gjorde mig mer olycklig än någonsin. Varje möte innebar att jag var tvungen att ljuga om min personlighet, försvara min identitet och rota i mitt trasiga förflutna. Och ingen av de människorna jag träffade var själv trans. Hela upplevelsen kändes otroligt kontrollerande och övergreppslig. Efter varje möte grät jag och ringde vänner och berättade vad de sagt (berättelse 33).

Långa väntetider

Långa väntetider inför och under könsutredning, och till vissa typer av könsbekräftande behandling, beskrivs i många av de berättelser som kommit in till utredningen. Att väntetiderna är långa och att det medför lidande och innebär psykiska påfrestningar för personer som väntar på eller befinner sig i en utredning är ett välkänt problem. Det har upprepade gånger beskrivits av bland andra RFSL Ungdom (2010), Socialstyrelsen (2010), Bremer (2011) och återigen Socialstyrelsen (2017i). Att det kan vara svårt att få en remiss till en könsutredning, vilket kan leda till att väntetiden förlängs, har också tagits upp av till exempel RFSL Ungdom (2014) och beskrivs i flera av de berättelser som kommit in till utredningen. Brist på kunskap och felaktiga föreställningar om transpersoner kan påverka möjligheten att få en remiss utan onödig fördröjning. Detta berörs också i Socialstyrelsens utredning från 2010 som vi redogjorde för i avsnitt 15.1.3.

Flera av berättelserna till utredningen, och även av flera av de intervjuade endokrinologerna, tar upp väntetiderna och de följer det kan få att tvingas vänta på utredning eller behandling.⁶

Till slut, efter 1 1/2 år av [...] möten där de frågade mig hur jag hade sex, om jag gillar att bli penetrerad och andra alldeles för intima och icke relevanta frågor, så fick jag min diagnos, det var ingen lättnad, jag kände mig bara så jävla trött, för att med diagnosen så fick jag veta att "det var ett halvår till ett år" av kö för att möta endokrinologen. Jag gav upp.

5 månader senare så hittade jag kraft inom mig, hur vet jag inte, men jag hade nått en punkt där det var antingen hormoner eller jag tar livet av mig.

Jag började att ringa runt till andra mottagningar i Sverige och fick reda på att Stockholm hade 1 mån! av väntetid till endon. Jag var bara "vad fan i helvete är det här, här har jag väntat i 5 mån" [---]

5 min senare så får jag ett samtal av en nervös dam som säger "att jag såg att du ville ha en remiss till Stockholm här, men jag har fått en massa återbud till endon, du kan komma imorgon om du vill?"

[...]det här köandet som jag hade varit med om var uppenbarligen för att ingen vill ge transpersoner vård, de bryr sig inte om jag förlorar ÅR av mitt liv i kö.

[...] Jag vill avsluta detta brev med att säga att jag skulle vilja ha mina 2 år tillbaka. (berättelse 19)

Det är inte ovanligt att personer självmedicinerar med hormoner eller betalar för provtagning eller olika typer av behandlingar själva i väntan på att få tillgång till dem genom den könsbekräftande vården. Teamen brukar avråda från självmedicinering eftersom det kan innebära hälsorisker och Socialstyrelsen avråder också starkt personer med könsdysfori att självmedicinera. Utredningsteamet är dock medvetna om att det inte är ovanligt att patienter/blivande patienter självmedicinerar och att det kan ha samband med långa väntetider. Själv-

⁶ Den nationella vårdgarantin, som säger att man har rätt till första besök inom den specialiserade vården inom 90 dagar från remiss, gäller inte för exempelvis psykiatriska utredningar, däribland könsutredningar. Några av utredningsteamet anger att vårdgarantin gäller hos dem, andra att den inte gäller men att de själva önskar och strävar efter att kunna följa vårdgarantin, och några av utredningsteamet är osäkra på om vårdgarantin gäller (se vidare avsnitt 15.4.2 väntetiderna).

medicinering bör inte heller fördröja eller utgöra ett hinder i den könsbekräftande vården. Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd bör utredningsteam i stället överväga risker med självmedicinering utan monitorering, om det är möjligt att överta medicineringen och vilka risker det kan finnas med att inte göra det.

En person beskriver en positiv upplevelse av den könsbekräftande vården i samband med sin självmedicinering:

Redan från första mötet med mitt team var jag öppen med att jag tänkte /ta hormoner på egen hand, utan tillsyn av endokrinolog eller annan läkare/. Jag blev avrådd från det, men fick samtidigt förståelse för det valet. Där tycker jag faktiskt att jag fick rätt bemötande. Jag är medveten om att ingen kan ge sitt fulla medgivande till självmedicinering, men att slippa bli skuldbelagd för det gjorde att jag ändå kände mig tillfreds med mitt val. Jag visste vilka risker som fanns och det var ett aktivt och informerat val (berättelse 23).

Erfarenheter av att självmedicinera och att skaffa sig andra typer av könsbekräftande behandling på egen hand beskrivs vidare i avsnitt 15.2.7.

Att livet ”stannar upp” till följd av obehandlad könsdysfori är en vanlig upplevelse. Det beskrivs såväl i berättelser som av de endokrinologer utredningen intervjuat.

Jag sade ja /till att få en remiss/, och började att vänta ... utan en aning om att jag hade precis påbörjat min längsta väntan i mitt liv. Utan en aning om att jag inte kunde få börja mitt liv som jag hade hoppats, utan behöva vänta i 2 år på det.

När jag redan hade gått igenom år på år av garderob/gravliv.

Jag fick komma till /könsutredningsteamets namn/.

Mitt första möte så var det en dam som inte alls var särskilt varm och välkomnande. Hon frågade en massa frågor om min privatperson och sade sedan att ”jaha och så är det 1 1/2 års utredning innan du får hormoner och diagnos då”.

En kall klump lade sig i min mage, jag kände hur tårarna började att svida bakom ögonen ...”1 1/2 år ... hur ska jag överleva det? Varför hjälper ni mig inte bara, varför måste jag gå och bli förhörd för att få en diagnos som kallar mig psykiskt sjuk”

Jag ville hoppa ut igenom fönstret. Jag ville inte gå med på det här.

Det var min kropp och det var jag som behövde hjälp.

Jag bara nickade med tårar rinnande från mina ögon, damen verkade inte alls berörd, det var som om hon hade sett det förut.

Jag gick hemåt, ett möte som jag trodde skulle ge mig hjälp var som om någon precis berättat att du kommer att hamna i fängelse för att hjälpa dig att leva.

Jag gick in i mig själv, jag kom ut som man på /Facebook/ och för vänner, men utan hormoner och vetande att jag inte skulle få dem på 1 1/2 år ... så ville jag ingenting annat än att gömma mig och min alien till kropp. Jag fortsatte att inte gå ut, gömma mig, jag ville självskada, jag gick in i ett mentalt misshandlande förhållande. Jag kunde inte börja mitt liv (berättelse 19).

Det enda stora problemet jag har är depressionen och obekvämligheten som blev värre. Jag försöker mitt bästa men min familj är orolig. Jag pratar ofta med min psykolog men jag ser ingen framtid längre och jag känner mig som ett tomt skal. Jag har fått problem i skolan och jag hatar att säga det men jag kan bara inte leva med fel kropp även om det är någorlunda tillfälligt. 3 år av väntan tär på tålamod och styrka och ibland hjälper varken mediciner eller samtal med nära och kära (berättelse 94).

Så många har kämpat så himla mycket. Det här blir som ett projekt och hela livet stannar upp – ”nej, jag ska inte gå på folkhögskola nu, jag ska bara ägna mig åt det här”. Man har lagt mycket fokus på könsbytet och sedan har resten av livet stannat upp lite och man har inte skaffat sig utbildning, en del har ofullbordade gymnasieutbildningar och så också. En del behöver hjälp framöver att komma ifatt (Jeanette Wahlberg, endokrinolog Linköping).

Att människor begränsas i sina liv till följd av obehandlad könsdysfori ställer krav på såväl utredning som eftervård och uppföljning. Patienter inom den könsbekräftande vården har behov av (så långt det är möjligt) korrekt information om sådant som väntetider. Den psykosociala delen av utredningen behöver innehålla strategier för hur man kan hantera osäkerhet och väntan och kunna leva med detta. Behovet av eftervård kan påverkas av att ohälsa uppstår eller förvärras till följd av långa väntetider, lågt socialt deltagande och att man avstår från olika aktiviteter som man kan behöva för sitt fortsatta liv, såsom utbildning.

Väntan har inte alltid så långtgående konsekvenser som de båda citaten ovan visar, men den kan ändå få betydande följder för indi-

viden och upplevas som begränsande och plågsam. En person som hört av sig till utredningen har undvikit att göra planer med närstående i väntan på att få rätt juridiskt kön, och därefter i väntan på könsbekräftande underlivsoperation. Personen är ständigt beredd att lägga andra betydelsefulla delar av sitt liv åt sidan till förmån för den efterlängtdade behandlingen.

Jag hade planer att resa utomlands med min syster denna vår, men jag var tvungen att avbryta planerna eftersom jag inte visste nånting om något. När skulle bytet av juridiskt kön gå igenom? Skulle jag hinna få mitt nya pass innan avresa? När skulle jag få träffa endokrinologen och antligen slippa självmedicinera? (Drygt 500kr i månaden som jag gärna lagt på annat.) Skulle jag få träffa kirurgen och börja planera nedre kirurgi? Tänk om jag skulle missa några möten bara för att jag inte var hemma! Jag förstår att ingen kan lova något om hur snabbt saker kommer gå, men det visade sig att 9 månader knappt gav mig någonting alls.

Det enda som är klart av ovanstående funderingar är personnummerbytet. Det tog ”bara” runt 6 månader från det att rättsliga rådet tog emot min ansökan.

[- - -]

Att inte ha den minsta aning om när jag kan få bli opererad är också något som plågar mig. Kan jag vara säker på att jag kan resa utomlands med min syster nästa vår istället? Nej, för om jag har tur får jag göra kirurgin då. Troligtvis inte, men får jag den chansen kommer jag lägga undan allt annat för att ta den. Det gör det jobbigt svårt att planera något över huvud taget, känns det som. På ett sätt hade det varit lättare att få en bestämd tid två år framåt, bara för att bli av med ovissheten, även om jag helst hade blivit opererad imorgon om så gick (berättelse 23).

En ung person, som fått könsbekräftande hormonbehandling i drygt ett år men ännu inte fått byta juridiskt kön eller genomgå överkroppskirurgi, har en liknande upplevelse:

Jag vill bara kunna leva samma liv som jag skulle gjort om jag inte var trans, jag vill resa och plugga och jobba var jag vill och det jag vill utan att hållas tillbaka av vårdens gatekeeping. Hade jag inte behövt vänta så mycket som jag gjort hade jag varit klar med den vård jag velat ha och jag hade kunnat flytta utomlands utan att oroa mig för framtiden (berättelse 77).

En annan ung person reflekterar över att väntetider kan vara särskilt jobbiga för den som är ung. Personen har befunnit sig i en utdragen process för att få en remiss till könsutredning, först från barn- och

ungdomspsykiatrin och sedan från vuxenpsykiatrin, och stod vid tiden för berättelsen i kö till könsutredning men hade ännu inte blivit kallad till ett första möte.

Jag känner mej så arg bara att skriva detta. Det har gått 3 år, det kanske inte är så mycket när man är äldre, men det är en stor bit av mitt liv, det känns som om de har ryckt bort den biten från mitt liv och har stampat och spottat på den. Jag kunde ha varit en helt annan person, en person som var lyckligare när han såg sej själv i spegeln, en person vars liv kändes som om det gick framåt. En person som kunde vara sej själv utan att ha ångest över sin egna röst varje gång han pratade.

I Sverige så säger vi att alla har rätt till vård, att alla får jämlik vård och de får hjälp när det behövs. Men de tänker inte på de läkare som sätter en fot i vägen, de som är som en bromskloss i ens liv, de som säger att de ska skriva en remiss men som "glömmer" (berättelse 40)

Väntetiderna och orsakerna till dessa behandlas ytterligare i avsnitt 15.4.2.

Bristande överblick och information

Många personer med erfarenhet av vården rapporterar till utredningen om att det är svårt att få överblick över sin utredning och olika behandlingar, vilket kan bero både på väntetider och på otillräcklig eller utebliven information.

Det är också viktigt att teamet /är tydliga/ med alla moment och steg som är kvar innan operation. Ofta fick jag många olika besked. Ibland fick jag höra att väntetiden kortats ned till operation. Men /jag/ fick inte veta att jag först måste göra "den och den" grejen innan jag stod i kö. Därav blev det mycket svårt och stressigt att lägga upp mitt liv och min framtid.

Därav tror jag det är bra om man utformar en broschyr för vilka steg, etc som förestår. För jag upplever det som att personalen själva har dålig koll annars (även med tider). Detta skulle underlätta för patienter att hålla koll på allt (berättelse 18).

Patientlagen (2014:821) ställer upp långtgående krav på att patienten ska få information om bland annat sin hälsa, möjliga vårdinsatser, när vården kommer att ske och hur den ska gå till. I lagen finns också krav på att patienten ska ges möjlighet till delaktighet. Patientens integritet och självbestämmande ska respekteras.

Av berättelserna och av fritextsvaren i TGEU:s enkät (2017b) framgår det att patienter i den könsbekräftande vården har tillgång till mycket olika information om sin egen vård. Några berättar om att de fått otillräcklig eller felaktig information, eller att vårdgivare i vissa fall inte kunnat ge någon information.

Sommaren 2016 fick jag tillåtelse av staten att genomgå könskorrigeringande vård, och kort därefter bestämde jag mig för att jag ville göra en orkidektomi [operation där testiklar tas bort, utredningens anmärkning].

Remiss skickades /.../ hösten därpå, och jag blev kallad till en urolog på /ett sjukhus/ i november. Mötet med urologen går bra, de förklarar operationen (en så kallad inguinal orchiectomy) och berättar att kön är ca en månad lång och jag kanske får tid innan jul. Det låter ju bra tänkte jag.

En månad senare ringer jag till urologen och frågar om jag kommer bli opererad innan jul, kan ju vara bra att veta och så. Då får jag reda på att jag blivit flyttad till den plastikkirurgiska avdelningen istället och att ingen vet varför. Jag får inte tag på någon hos plastikkirurgen förrän i januari, och de förklarar att jag är flyttad, att det var urologen som bett att jag skulle bli flyttad, och att deras kö var minst 5 månader.

Jag är rätt förbannad vid det här laget att ingen berättat något för mig eller att ingen kan svara på varför jag blivit flyttad. Jag åker till urologen /.../ för att fråga dem direkt vad som pågår. De säger att alla transpersoner som vill göra orkidektomi har blivit förflyttade till plastikkirurgiska avdelningen på direktiv ifrån en kirurg därifrån.

Det dröjer till i april förrän jag får ett samtal från en kirurg på plastiken som kan svara på varför jag blivit förflyttad: Kirurgen menar på att dem kan göra mer kosmetiskt fördelaktiga operationer och att det är därför jag blivit förflyttad. Han berättar också att jag kan få en konsultationstid snart och att jag "kanske kan bli upprioriterad"

Jag får komma på besök till plastiken i slutet på april, och får då reda på att de tänker göra en helt annan form av orkidektomi där de skär i pungen istället. Doktorn verkar säker på sin sak, men det var ju inte den typen av operation som skulle gjorts egentligen ju. Efter en del diskuterande så förklarar jag att jag skulle föredra om de kunde utföra operationen så som urologen beskrev att den skulle göras i höstas. Jag får svar tillbaka efter någon vecka att de har en operationstid till mig och att den kommer göras av en urolog, men med plastikkirurgen som assistent.

Krångligt, tänker jag, men bättre än inget, jag får ju i alla fall operationen som jag ville ha, om än 5 månader senare ... Operationen blir planerad till mitten av maj.

Operationsdagen kommer, jag åker dit, blir förberedd, och introducerad till urologen som ska göra operationen.

Nöjd, och informerad om hur allt kommer gå till så rullas jag in för operation. Jag vaknar upp efteråt och det känns bra att få det här avklarat. Men snart börjar problemen, jag sväller upp och det visar sig att jag har en inre blödning på vänster sida.

Jag blir planerad för en om-operation samma kväll. Väntan blev jobbig, men jag fick stå ut helt enkelt. Plastikkirurgen kommer förbi dagen efter och berättar vad som hänt; urologen hade opererat ena sidan på mig, och plastikkirurgen den andra och dem hade använt olika stygn för att sy igen sädesledaren, ett av stygnen måste ha lossnat, och därför började det blöda. Dessutom så såg de synliga stygnen olika ut på båda sidor ...

Nu mår jag förhållandevis ok, men jag är trött på att jag inte blev informerad, och jag är förbannad på att jag ska användas som nån slags försökskanin för upplärandet av hur en gör en orkidektomi utan min vetenskap.

”att säga att en plastikkirurg ska assistera och ta noter” betyder väl ändå inte att de ska utföra halva operationen, eller? (berättelse 41).

Jag fick en väldigt snabb genomgång med vad det innebar att spara ägg till framtida barn i början på min utredning och det återupptogs inte alls förrän jag var i slutet på utredningen och diagnos skulle fastställas, då fick jag veta att om jag ville spara ägg skulle jag göra det nu och det innebar att hormonbehandlingen skulle få skjutas upp 5–6 månader, vilket för mig skulle innebära döden = självmord.

[--]

Hos endokrinologen fick jag väldigt lite information om vad som skulle hända när jag började på testosteron, fick bara veta att min menstruation skulle avta och att rösten sakta men säkert skulle bli mörkare. Har inte än idag (16 månader senare) fått någon kallelse på återbesök eller uppföljning.

Fick ändra mitt avstånd efter att ha ringt endo för att ta testosteronsprutan (12 veckor till 10 veckor) väldigt snabbt in i behandlingen för att jag ringde och berättade att jag mådde väldigt dåligt, psykiskt och fysiskt 2 veckor innan sprutan skulle tas.

Vilket jag för bara för en månad sen fick veta av en läkare /.../ inte ens kan regleras eller leda till förbättring, utan att jag måste operera bort äggstockar osv för att få en ”normalare hormonnivå”.

Operationen för detta har jag inte kunnat göra innan mitt juridiska kön ändras och det betyder stora problem för många jag pratat med som har väldiga smärtor och psykisk oro pga att de har kvar äggstockar men inte får operera eftersom deras kallelse till rättsliga rådet tar sån tid^{7,8}.

Kontakt med /utredningsteam/ i samband med metoidioplastik [en form av penisplastik, utredningens anmärkning]. Alla personalkategorier (undersköterskor, sjuksköterskor och kirurger) var helt otroliga. Professionella, kunniga, diskreta och vänliga.

Tycker att jag fått dålig information från kirurgerna i /ort/ (men trevliga och hjälpsamma var de). Om jag vetat på förhand att inget alternativ för manlig könsoperation (faloplastik eller meta) egentligen blir bra, hade jag valt att endast ta bort livmoder & äggstockar (TGEU 2017b).

Överlag har bemötandet varit bra, respektfullt och professionellt. Något jag har saknat är mer information om underlivskirurgi, antingen möjlighet att träffa kirurgen innan ansökan till Socialstyrelsen eller att läkarna på utredningen hade bättre koll. Min läkare på utredningen hade absolut noll koll på kukplastik och allt jag vet har jag fått läsa mig till på internet. Det blir knappast någon kvalitetstid av all denna väntan på tillstånd till underlivskirurgi då man inte har så mycket fakta om operationerna att ta ställning till. Något annat som var tråkigt är att det inte gick att få en remiss till att spara ägg innan diagnos är satt. Jag hade nog velat göra det om det hade varit möjligt, tyvärr var det inte ett alternativ för mig att vänta längre än vad jag redan gjort med att börja på testo (TGEU 2017b).

Brustit en hel del i planläggning, jag har sällan vetat vad nästa steg är, tidsramar, vad som kommer ske nu m.m. Ej kunnat få några svar när det gäller mina frågor om att skaffa familj, vilka lagar som gäller m.m. Enbart fått infon – frys ägg. Men en läkare säger att de MÅSTE ske innan testo för att fungera sen. Nästa läkare säger ”gör det när du vill” (TGEU 2017b).

⁷ Utredningens anmärkning: patienten verkar ha fått fel information om vad som krävs för att ta bort könskörtlar på medicinsk indikation.

⁸ Mejl till utredningen, inkommet 19 februari, Komm 2017/01073

Även kunskap om strukturer som påverkar den enskilda kan spela in i hur vårdförloppet upplevs. En person har haft problem med långa väntetider, men uttrycker förståelse för att utredningsteamet inte har ”makt att skynda på en process som till största del handlar om resursbrist” (berättelse 23). Att få information som gör en sådan insyn möjlig kan göra att man förstår förutsättningarna för sin egen utredning och behandling, att man känner sig delaktig i sin egen vård och att man känner förtroende för den könsbekräftande vården. Personer som inte får kännedom om sådant som resursbrist och hur det kan påverka väntetider kan få intryck av att vårdgivarna inte bryr sig om sina patienter eller vill hjälpa. Här spelar alltså transparens från vårdgivares sida direkt in i hur den könsbekräftande vården upplevs. Vårdtagare är annars hänvisade till att försöka få informationen från annat håll.

Att personen som berättar om resursbristen ovan fått övergripande bra bemötande under sin utredning – ”och jag känner verkligen att de psykologer, läkare och allt vad de kallas faktiskt har velat hjälpa mig” – kan förstås också spela in i hur situationen upplevs och göra att det finns ett grundläggande förtroende för vårdgivarna och för att de gör sitt arbete så gott förutsättningarna medger.

Ytterligare en aspekt som har att göra med överblick och information är att det kan vara svårt att få tag i sina vårdgivare och ibland att ens veta vem ens vårdgivare är.

Jag hamnade hela tiden mellan stolarna och var själv tvungen att ringa och tjata för att få en tid, jag fick nya läkare hela tiden och visste aldrig hos vem jag var listad (TGEU 2017b).

På /utredningsteam/ skulle jag få prata med en kurator under min tid efter diagnos och gick en gång till en vikarierande kurator som sen byttes ut till en annan kurator som skulle kontaktat mig under hösten 2016, hon ställde in mötet pga sjukdom och hörde inte av sig förrän januari 2017, då fick jag komma på ett samtal med henne (16 januari) där jag berättade att jag gärna skulle vilja ha någon att prata med, [...] I nuläget bekostar jag min terapi själv privat och jag har ringt till Huddinge flera gånger för att få en remiss skickad till den kliniken jag går på nu för att ha råd att fortsätta, men har inte fått någon respons⁹.

⁹ Mejl till utredningen, Komm 2017/01073

Kränkande krav

Bristen på information gäller också syftet med könsutredningen, med att få en diagnos och med olika delar av utredningen. Psykologiska tester, som IQ-tester och Rorschachtester, och real life experience-period för dem som fått diagnosen transsexualism är några av de moment som får kritik och som ibland upplevs som kränkande eller förlegade.

I en debattartikel i *Läkartidningen* (Segelmark 2017) berättar läkarstudenten Leo Segelmark om sina erfarenheter som transpatient under utredning. Han beskriver långa väntetider, irrelevanta frågor och bedömningar och en transvård som är ineffektiv, både för vårdtagare som behöver könsbekräftande behandling och resursmässigt.

Transperson var ingenting jag ville vara, och jag lovade mig själv att inte tänka på kroppsliga förändringar förrän jag inte längre hade något val. Den dagen är sedan länge förbi. Jag är man och vill bli sedd som man. Jag är stolt över att vara transperson och över att ha insett vem jag är, trots allt som talat och talar emot det. Detta kan vara svårt för omgivningen att förstå, men man behöver inte förstå – bara tro på mig.

Tyvärr är det just det att få vården att tro på oss som är det svåra för transpersoner. Det är nu två år sedan jag sökte upp en psykiater som skickade remiss till utredning. "Patienten beskriver en transsexualism" stod det i remissen. Efter 16 månader i kö har jag genomgått en psykosocial utredning, men har fortfarande inte fått diagnos och därmed inte heller behandling.

Under sex besök har jag svarat på frågor om min mammas graviditet och förlossning, mina betyg i högstadiet och gymnasiet, mina sexuella erfarenheter, eventuella sexuella övergrepp, om jag varit kriminell, om jag tagit droger, om jag har körkort, genomfört militärutbildning, ansökt om vapenlicens osv.

Hur är dessa frågor relevanta för min könsidentitet? Jag har träffat läkare som konstaterat att det bara är jag själv som kan veta vad jag har för könsidentitet; däremot måste det utredas huruvida jag har den begåvning som krävs för att ta ett så stort beslut. Trots att jag uppfyller diagnoskriterierna, och trots att läkaren nog inte på allvar tvivlar på min begåvning och förmåga att ta ett sådant beslut, skjuts fastställande av diagnos och möjlighet till behandling upp ytterligare 5–7 månader. Är det medicinskt och etiskt försvarbart?

Även berättelser som inkommit till utredningen beskriver erfarenheter av psykologtester och hur man, beroende på förutsättningar, kan behandlas olika utifrån sina resultat.

Testen där jag var tvungen att visa att jag hade en normalbegåvning. Där tvingades jag göra IQ-tester, lösa chiffer, svara på gåtor och allmän "frågesport" om varierande saker. [...] Jag är där för att genomgå en könskorrigering, vad har min IQ och intelligens att göra med det? [...] En väldigt onödig del av mitt liv, där jag kunde ha fått mycket tidigare hjälp, gick till att visa att jag var normalbegåvad. [...] De personlighetstesten jag fyllde i och dess kränkande svar. Jag begärde ut min journal och där har de skrivit att jag är narcissistisk, grundat på konstiga frågor i ett personlighetstest.

Det sårade mig faktiskt djupt. Min familj, alla vänner, lärare och de som har träffat mig i hela mitt liv kan intyga att jag absolut inte är någon narcissist (berättelse 35).

Mina möten med psykologen var väldigt märkliga, där fick jag räkna 5+5 och svara på frågor om Italiens huvudstad och ofta kom jag dit och fick en dator placerad framför mig med massa frågor, /hen/ gick ut och var borta i 40 min och själva testet tog ca 5–10 minuter att göra, så mestadels satt jag och väntade på /hen/. Ibland väntade jag 3 månader tills nästa möte och fick komma dit och fylla i några papper som tog 5 minuter och åka hem och vänta 3 månader tills ytterligare möte¹⁰.

Jag upplevde att jag fick många fördelar under min utredning på grund av att jag presterade bra på de psykologiska testerna. Mina utredare sa det rakt ut, att på grund av att jag visade på hög intelligens kunde de skynda på min utredning. Jag tycker att det är otroligt dåligt att de inte skyndar på pga könsdysfori och behov, utan för att jag presterade bra på något himla låtsastest som tydligen visade att jag är intelligent. (testen bestod bl.a av att jag fick göra lite huvudräkning samt på tid få rita ett kryss över alla djur på papper med bilder på massor av olika saker, + Rorschach-tester.) Mina utredare sa också flera gånger att de kunde skynda på min utredning eftersom att båda mina föräldrar var medgörliga genom att de kom på utredningsmötena och sa att de också trodde att jag är trans. Jag tänker på de som presterade sämre på de psykologiska testerna och inte har lika stöttande föräldrar som mig, men kanske har ännu större vårdbehov än mig (berättelse 83).

Att patienter och patient- och intressegrupper ifrågasätter psykologutredning och nyttan av begåvningsundersökningar och personlighetstester framgår redan av Socialstyrelsens utredning från 2010.

¹⁰ Mejl till utredningen, Komm 2017/01073

Socialstyrelsen beskriver syftet med undersökningarna och testerna, men skriver också att testerna genomförs på olika sätt, att olika tester används av olika utredningsteam och att sättet att återkoppla resultatet också varierar. ”För att psykologtesterna ska uppfattas som meningsfulla och vara till hjälp för patienten är det viktigt”, skriver Socialstyrelsen, ”att förklara syftet med testerna och tillsammans med patienten återföra och tolka resultaten”, alltså att ge information och göra patienten delaktig i sin egen vård i enlighet med patientlagen.

Utredningen från 2010 föreslår att Socialstyrelsen bör ta fram kunskapsöversikter för utredning med särskilt fokus på psykologtester och hur real life experience, RLE, genomförs, och detta förslag utmynnade i Socialstyrelsens båda kunskapsstöd för vård vid könsdysfori från 2015.

I kunskapsstöden står det att syftet med psykologutredningen är att diagnostiskt utreda könsdysforin. Man ska också ”undersöka de kognitiva, emotionella och personlighetsmässiga aspekter som kan underlätta eller försvåra en könskorrigering behandling eller för patienten att finna tillfredsställelse i det framtida könsuttrycket”. Om de tester som kan användas står det bara att utredningsmetoderna ska vara valida och individuellt anpassade.

Som all hälso- och sjukvård ska de psykologiska och psykiatriska delarna av utredningen vara individanpassade. Detta innebär bland annat att endast de utredningsmetoder som är motiverade för att ringa in det aktuella tillståndet eller de aktuella tillstånden bör användas för att ställa diagnos och i förlängningen kunna erbjuda lämpliga åtgärder. Standardiserade och normerade tester kan ingå när de bedöms motiverade i det enskilda fallet (Socialstyrelsen 2015f, Socialstyrelsen 2015i).

Det finns inte heller några specifika tester som nämns i metodbeskrivningarna/kunskapsunderlagen.

*Stereotypa föreställningar om kön och känsla av maktlöshet***Tabell 15.7 Hur vanligt är följande i transvården där du bor enligt dig?**

Procentandelar av alla enkätsvaranden som tillhör en viss kategori (transkvinnor, transmän och ickebinära) per påstående och svarsalternativ.

K=transkvinnor, M=transmän, I=ickebinära

	Väldigt ovanligt			Ganska ovanligt			Ganska vanligt			Väldigt vanligt			Jag vet inte		
	K	M	I	K	M	I	K	M	I	K	M	I	K	M	I
Folk känner att de måste bevisa att de är "tillräckligt trans"	2	1	0	2	3	1	24	25	22	56	58	54	15	11	20
Folk känner sig tvingade in i det könsbinära (tanken att det bara finns två kön, maskulint och feminint)	3	2	0	2	4	19	36	29	19	42	52	62	16	12	12
Folk känner att sjukvården inte respekterar deras könsidentitet eller könsuttryck (till exempel att bli felkönad med flit)	5	2	1	23	17	5	25	34	26	20	29	40	26	2	4
Folk upplever transfobi och hat i sjukvårdsmiljön	7	2	2	35	25	9	25	33	26	10	21	35	20	2	25
Folk är rädda eller nervösa inför att kontakta sjukvården	0	1	1	10	5	3	28	25	21	45	57	56	16	10	16

Källa: TGEU 2017b

TGEU frågade om uppfattningar om den könsbekräftande vården, vad gäller bland annat krav på att leva upp till föreställningar om hur transpersoner är. De svarande har inte svarat på frågan om sina egna upplevelser, utan vilken uppfattning de har generellt om vården.

Liknande uppfattningar har framförts i berättelser som skickats till utredningen.

Att man dessutom använder sig av könsnormativa riktlinjer för att avgöra om en person lever tillräckligt "manligt"/"kvinnligt" är helt absurt. Att man utifrån hur personen väljer att uttrycka sig utåt, hur den väljer att porträttera sin identitet, att man utifrån detta kan sätta sig ner och tro att man kan avgöra personens könsidentitet. Att man ger sig rätten att avgöra vare sig personen har rätt till att må bra eller inte baserat på hur den väljer att uttrycka sig utseendemässigt, är obefogat och oerhört nedvärderande.

För att kunna se till att man lever tillräckligt ”manligt”/”kvinnligt”, så håller utredningsteamet extra koll på en. Man övervakas alltså. Som en brottsling på villkorlig dom. Gör man tillräckligt många snedsteg ifrån deras snäva könsnorm så riskerar man att inte uppfylla deras många krav (berättelse 42).

I Socialstyrelsens utredning från 2010 tas upp att patienter ifrågasätter real life-testerna och att de bör avskaffas. Många lever i enlighet med sin könsidentitet när de kommer till en könsutredning, ibland sedan flera år tillbaka. Syftet med att man ska observeras och bedömas av utredningsteamet uppfattas som oklart.

Vi har inte sett några exempel i berättelserna på att utredningsteam har motiverat momentet real life experience med rekommendationerna från Rättsliga rådet (se avsnitt 15.5.1) eller med könstillhörighetslagens skrivelser, men det är självklart möjligt att det ändå skett och att utredningsteam aktivt arbetar med transparens gentemot sina patienter. Exempel på detta finns i avsnitt 15.4.1.

Vår övergripande uppfattning, baserat på de berättelser vi fått in, är dock att syftet med olika moment i utredningen inte verkar kommuniceras konsekvent eller tydligt till patienter. Vi vill återigen betona patientens rätt till delaktighet i och information om sin egen vård, och påpeka att transparens från vårdgivare kan påverka hur patienter upplever sin vård och det bemötande man får. Att förstå varför saker sker kan stärka individen, även om hen inte alltid kan bestämma över det som sker, och göra att man känner sig mer respekterad som person. Att enkla upplysningar, som att journalsystem vanligen utgår från det juridiska namn som är kopplat till ett personnummer, skulle kunna stärka känslan av att bli sedd kan det här citatet vara ett exempel på:

I regionsvården så borde jag inte få höra och se mitt rätta namn men det får jag, borde jag inte få det i transvården också? Där jag söker hjälp för att få komma vidare i mitt liv blir jag fortfarande bekräftad som den jag inte är, inte av personalen utan av systemet. På breven står mitt juridiska namn (berättelse 45).

Några berättelser tar upp att kraven på real life experience kan innebära faktiska faror, inte minst för den som inte passerar (uppfattas) i enlighet med sin könsidentitet:

Men det största problemet är att under RLE-perioden så ”förväntas” man vid exempelvis omklädningsrum, toaletter och andra ställen där man väljer baserat på kön, välja det kön man identifierar sig med. Så om jag,

som har rätt kvinnligt utseende och kurvig kropp, skulle genomgå RLE så skulle jag ”Förväntas” marschera in på herrtoaletten eller herr-omklädningsrummen. Genom att ”förvänta” sig detta så sätter man osäkra människor som levt med ångest och självmordstankar framför ett ultimatum som lyder ”Riskera ditt liv eller förlora chansen att få leva ett liv värt att leva”. För det är just det dom gör. Att be en person som inte påbörjat könsbekräftande behandling att sätta sig i ett sånt känsligt sammanhang med alla odds emot sig är en grym handling och totalt oberättigad. Detta är enligt mig inte bara ett enormt missbruk av makt och helt sjukt beteende utan även något som bör vara straffbart då detta i värsta fall skulle kunna vara bidragande till grova hatbrott och inte helt omöjligt, vållande till någons död. P.g.a. rådande transfobi är detta inte ovanligt utan förekommer och i dom flesta fall händer det när man exponerar sig så som man gör på t.ex. offentliga toaletter eller omklädningsrum. Det finns inget argument starkt nog för att det ska vara acceptabelt att utsätta människor för fara för att ”bevisa” att dom är seriösa. Inget (berättelse 42).

Jag skulle också vilja säga något kort om real life experience [---] att exempelvis be en transman använda killtoaletten eller att be en transperson använda omklädningsrummet som stämmer överens med deras kön är ibland orimligt. Jag KAN INTE kissa på killtoaletten om det bara finns en pissoar och ingen toalett. En transperson som inte har fått hormonbehandling eller kirurgiska ingrepp kommer inte alltid accepteras i omklädningsrum och toaletter som stämmer överens med deras kön.

En transman med stora bröst eller en transkvinna med mycket skäggväxt har svårt att bli accepterade som sitt kön, och därför svårt att till fullo genomföra ett real life test utan någon tillgång till könsbekräftande behandling. Ibland måste hormoner och operationer föregå ett fullständigt real life test. Det är mycket viktigt att vården har det i åtanke när de ber transpersoner genomföra ett real life test. [---] Poängen är, att real life testet fungerar inte för alla i alla situationer, och det bör finnas större förståelse för det hos transvården och omgivningen (berättelse 50).

Sådana farofyllda situationer som citaten ovan beskriver bekräftas också av att många berättelser tar upp att det innebär utsatthet, är svårt och i vissa fall omöjligt att använda sig av rum där man blir könad, eller förväntas köna sig själv, som antingen kvinna eller man, som toaletter, omklädningsrum och träningsanläggningar. En del beskriver även utsatthet för alltifrån fysiskt våld till att få oönskade kommentarer eller bli ignorerad i andra sammanhang, som att gå på stan eller i mataffären.

Att real life experience kan innebära risker för hot, våld och trakasserier tas upp i Socialstyrelsens utredning 2010. Det är enligt den

utredningen de flesta utredningsteam medvetna om. Förutom att det är viktigt att RLE genomförs utifrån individens erfarenheter och förutsättningar – liksom kunskapsstöden senare rekommenderar – skriver Socialstyrelsens utredning att förutsättningarna för olika könsbekräftande behandlingar också ska prövas individuellt i samband med real life experience: ”För att göra det lättare för patienten att leva i det kön man önskar under real life-perioden bör utredare och behandlande personal samarbeta kring patienten. Förutsättningarna för hormonbehandling, epilering, bröstborttagning och röstterapi ska prövas” (Socialstyrelsen 2010).

Socialstyrelsens kunskapsstöd har därefter öppnat för att viss könsbekräftande behandling kan genomföras eller påbörjas innan man påbörjar en real life-period: ”För att det ska vara realistiskt att genomföra denna testperiod kan det krävas att man inleder exempelvis hormonbehandling för att åstadkomma fysiska förändringar som gör det lättare att bli uppfattad av andra i enlighet med den egna könsidentiteten. Det kan även bli aktuellt med andra åtgärder såsom mastektomi och hårborttagning. Personer förväntas inte påbörja denna period, om de själva inte önskar det, innan hälso- och sjukvården har planerat för stöd av kroppsmodifierande behandling, logopediska insatser eller hjälpmedel” (Socialstyrelsen 2015f, Socialstyrelsen 2015i).)

Att känna sig maktlös och utlämnad till andras bedömning, som kan upplevas som godtycklig eller som regelstyrd och rigid, är en vanlig upplevelse. En person som skickat in en berättelse beskriver sin upplevelse av utredningen, en upplevelse som kan sägas vara generell för merparten av de berättelser om den könsbekräftande vården vi har fått in:

Att forslas fram och tillbaka mellan kurator, psykolog och läkare utan att ha något att säga till om är frustrerande.

Att som vuxen inte få bestämma över sin egen kropp; att vara utelämnad till den långa och otydliga process som idag råder är förnedrande (berättelse 72).

Rädsla för att göra ”fel” på något sätt eller att inte leva upp till vårdens bild av hur en transperson är återkommer i många av berättelserna som inkommit till utredningens webbplats. Det finns också exempel i fritextsvaren från TGEU:s undersökning.

Gällande transvården känns den idag som att den är byggd på cis-personers rädsla av vad det skulle innebära om man ångrar sig. Den är transfobisk i grunden då den verkar vara ute efter att hitta bevis för varför man inte skulle vara trans (berättelse 39).

Jag var rädd för att avboka någonting /något möte under utredningen/allt, för jag kände så allvarlig dysfori att den hindrade mig från att leva mitt liv alls och bidrog till depression och ätstörningar. Jag ville bara få hjälp med hormoner, personnummerbyte och top surgery. För att sedan gå vidare med mitt liv. [...] Personligen kände jag mig väldigt maktlös inför sjukvården, då det kändes som om hela mitt liv och min möjlighet att må bättre låg i någon annans händer, och om jag gjorde någonting ”fel” skulle allting fullständigt raseras. En mindre börda på transpersoner att ”bevisa” att de är sitt kön i kombination med mer öppenhet och förklaring och information om processen tror jag skulle få transpersoner som gått eller går igenom något som liknar min situation att må mycket bättre och känna sig mycket tryggare (berättelse 50).

Tyckte att de var arroganta, röriga, könsstereotypa och bitvis rent kränkande. Bland annat ifrågasatte de att jag var tillsammans med en man och undrade om han verkligen ville vara bög. Och min utredning förlängdes så att den höll på i ett och ett halvt år vilket var väldigt frustrerande. Kände inget stöd under den tiden utan kände mig tvungen att ljuga, t.ex. om vilken sorts sex jag gillade, för att jag inte visste om de skulle ”godkänna” vad jag egentligen kände och tänkte (TGEU 2017b).

Jag bär fortfarande på såren efter den ”utredning” jag tvingades genomgå. Det var en sådan skam att det var en självklarhet att jag skulle tvångssteriliseras. Att jag inte kunde säga nej till testerna för att avgöra om jag var schizofren, om jag hade aspergers, bläckplumpstestet och IQ-testet, real life-testet och så vidare. Allt ovetenskapligt, inget frivilligt, allt utfört under det ständigt hängande hotet att nekas vård och rätt personnummer, om jag sa för lite eller fel saker. Rätt saker var tex att inte vilja ha barn. Fel saker var att tala om RFSLs dåvarande kamp i rätten för att stoppa tvångssteriliseringarna. Det begrep jag väl att de skulle fortsätta, sa de. Och tvång, en genuin transsexuell vill ju ta bort könskörtlarna. Det går fort och gör inte ont, sa de, sen får jag mitt personnummer.

Jag är en av de få som klarat mig, jag blev inte tvångssteriliserad, men på ett annat sätt klarade jag mig inte. Har man en gång fått sin människostatus indragen sådär, tror man inte på när man sen får den tillbaka. Jag kommer nog alltid nånstans att vänta på nya bläckplumpstester, terapiesamtal där jag inte får undanhålla något och måste svara även om jag inte vill, diagnoser som psyksjuk och en ny tvångssteriliseringsslag. Jag vet det är osannolikt, men man är liksom alltid vaksam, och man känner sig inte likvärdig med de andra människorna som går omkring och är

trygga och fria och just *människor*, för det var inte jag i statens ögon och det kan jag lätt upphöra att vara igen (berättelse 55).

Jag hade möte med endokrinologen tidigt i min utredning, när jag precis skulle börja på stopphormoner. Han frågade om jag ville spara mina ägg i väntan på att det skulle bli lagligt för transpersoner att spara könsceller, eftersom detta var 2012-ish så sågs det som en tidsfråga av läkarkåren. Innan jag hann svara på hans fråga sa han: ”Många som dig brukar ju inte vilja det, de brukar inte ens vilja tänka på de kroppsfunktionerna så det är såklart väldigt förståeligt att du inte vill det.” Eftersom han ingick i teamet som skulle göra en samlad bedömning av min könsidentitet ljög jag, eftersom jag inte ville att han skulle skriva något ofördelaktigt i min journal. Jag sa nej, jag har aldrig tänkt att jag vill bära barn, och nu flera år senare har jag istället valt att avsluta en mångårig hormonbehandling för att starta upp äggproduktionen igen för att spara ägg – en process som blivit mycket längre och mer smärtsam än om han gett mig bättre bemötande så jag hade vågat plocka ägg som ton-åring (berättelse 83).

Ett annat sätt som man kan känna att man behöver ”bevisa” sig på, förutom att inte ifrågasätta eller säga nej till olika moment i utredningen och att visa att man är transperson på ”rätt” sätt, till exempel att inte vilja ha genetiska barn, är att leva upp till förväntningar på kvinnligt och manligt i enlighet med sin könsidentitet, och ta avstånd från kläder, aktiviteter och annat som associeras med det kön man från början blivit tilldelad. En del upplever att utredarna förväntar sig att man ska vara stereotypt manlig som transman eller stereotypt kvinnlig som transkvinna, att personal i utredningsteam har ”en gammaldags syn på vad som är ’kvinnligt’ och ’manligt’, och hur en ’man’ eller ’kvinna’ är” som inte skiljer sig från ”de binära könsramarna som samhället satt upp” (berättelse 86). Dessa förväntningar kan upplevas som krav, som man visserligen kan – beroende på individuella förutsättningar – göra motstånd mot, men då med den möjliga konsekvensen att man inte anses vara ”tillräckligt trans” för att få diagnos och behandling.

Det jag nu ska berätta är helt säkert endokrinologen för det är ett av mina starkaste minnen från hela apparaten.

När jag sitter inne på endokrinologens kontor för första gången, öppnar hon med följande replik: ”Ja, du sminkar dig iallafall lagom.”

Den är exceptionellt betydelsebärande. Den säger att hon bedömer mitt utseende. Att hon godkänner det, men skulle kunna ha underkänt det.

Att smink är något problematiskt för min patientgrupp. Att hon tar sig friheten att ha åsikter om saker utanför endokrinologins område.

Vi hoppar nu till mitt första möte med psykologen. Hon öppnar med: ”Klär du dig inte lite barnsligt?”

[---]

Om patienternas egen berättelse hade räckt för att ställa diagnosen och administrera den konkreta vården, då hade uppdraget varit tydligt: recept, kirurgi, personnummer. Då hade vårdgivarna inte behövt bekymra sig om smink, kläder, manér, röst etc. För det hör hemma någon annanstans. Det är möjligt att en del patienter hade efterfrågat hjälp med dessa saker, men sminktips ska inte komma från en läkare! Det ska komma från en sminkös! Åsikter om kläder, ifall det efterfrågas, bör ges av en stylist! (berättelse 58).

Det kändes, för mig, som om jag konstant måste bevisa att jag är ”tillräckligt” manlig. Att om man inte är det, om man kanske gillar smink eller blommor, så blir det svårare att få hjälp. Det blir helt sjukt. Jag kunde inte vara mig själv på flera år, för att jag var rädd att jag inte var tillräckligt manlig. Cismän har ju massor av olika intressen och personligheter. Alla är inte skogshuggare som gillar öl och sport. Man måste liksom leva upp till ett utdaterat ideal/bild/stereotyp av könet man är, och det är en bisarr fars. Jag var hela tiden rädd att jag skulle nekas byte av personnummer, byte av namn och bortoperering av bröstet. [—] Men nu är det över. Nu kan jag vara killen som har nagellack ibland. Nu kan jag köpa unisex-kläder. Nu kan jag prata om hur intresserad jag är av blommor.

Det borde inte vara så. Jag var ung och osäker, visst, och hade jag sökt vården nu hade jag kanske vågat stå upp för att jag är en man, men jag har de här intressena, jag gillar inte sport och jag ser romantiska komedier ibland. Men även om en del av det kom från min egen osäkerhet så borde unga som söker sig till transvården inte behöva känna sig så rädda för att inte få hjälp att de måste låtsas för att få den. Nu när min transition är över-ish är jag mycket lyckligare och mår mycket bättre mentalt, och jag vet att det var rätt för mig att gå igenom det här. Att jag har en del ”feminina” intressen betydde alltså inte att jag inte var en man. Vi borde inte tvingas leva upp till en standard som cispersoner inte nödvändigtvis lever upp till, och som upprätthåller gamla och onödiga könsroller (berättelse 50).

Efter att ha gått igenom utredningen så känner jag mig väldigt skadad psykiskt, jag trodde att de som skulle kunna hjälpa mig var vården men de dömde mig och placerade in mig i ett fack, där det bara fanns ett sätt att vara man på. Vilket har gjort att jag i min vardag har väldigt svårt att

acceptera mig som jag är och måste ständigt påminna mig själv att jag inte är mindre man än någon annan. (Mejl till utredningen)

Hela den här upplevelsen [av utredningsteamet, utredningens anmärkning] har gjort att jag satt min utredning på vänt för att det är för jobbigt psykiskt att ha med transvården att göra. Samtidigt mår en ju inte bra av att inte få stöd alls heller, och att vara ickebinär i den här enormt tudelade könsnormativa världen är inte lätt. Tyvärr blev kontentan av [utredningsteamet] att jag mest kände mig granskad, ifrågasatt och kategoriserad – just det som jag ville få en fristad från! [...] Jag vet att många binära transpersoner jag varit i kontakt med förstärker sin klädstil och kroppsspråk medvetet mot ett mer binärt uttryck när de är på besök för utredning, för att de är rädda att verka för otydliga, för osäkra i sin övertygelse. Du är så utelämnad, så omyndigförklarad! Någon annan jävla läkare sitter med ditt liv i sina händer! Som en jury som bedömer om du är trans nog, sjuk nog, att få den vård DU HAR RÄTT TILL! Det är kränkande! (Berättelse 54)

När jag först insåg att jag skulle vilja få tillgång till hormoner via landstinget tänkte jag att jag inte skulle få tillgång till hormoner om läkarna inte uppfattade min könsidentitet som binär och ”tvärtemot” det jag kön jag blev tilldelad när jag föddes. Därför överdrev jag och sa att jag kände mig ”helt klart som en kille och inte en tjej” när jag skulle beskriva min identitet för läkarna och psykologerna. Egentligen känner jag mig lite som både och, både maskulin och feminin, även om jag trivs bättre att läsas som kille/man av omgivningen än tjej/kvinna. Det var också därför jag ville få tillgång till hormoner.

Ironiskt nog så är det inom transvården jag haft mina allra sämsta erfarenheter som person med icke-binärt könsuttryck. Ett problem var att mitt utseende inte matchar det som traditionellt ses som ett ”manligt” könsuttryck – jag har långt hår. På ett av mina första möten med trans-specialisten på /namngivet utredningsteam/ (en man i 65-årsåldern,) sa han att jag borde fundera på att klippa håret kort om jag ville att folk skulle ”ta mig /min könsidentitet/ på allvar”. (Jag gjorde inte som han sa) (berättelse 86).

Ständigt ifrågasättande av min klädsel. Jag är lesbisk och har alltid gillat skjortor, blusar och liknande klädesplagg och inte det här stereotypiska kvinnliga som klänning, kjol och vad mer man kan tänka.

Gång på gång har jag försökt förklara att min könsidentitet aldrig har suttit i mina kläder utan att det är kroppen det är fel på. Men det har utredarna aldrig förstått överhuvudtaget (berättelse 35).

/En av vårdgivarna/ trodde inte på mig, sade att jag bara var förvirrad osv. Detta för att jag inte klädde mig tillräckligt kvinnligt. Jag hade en tröja och ett par jeans på mig, de var mina första plagg från damavdel-

ningen. /En annan vårdgivare/ skrattade åt mig och sade att jag inte passerar (berättelse 74).

En person som påbörjat sin utredning före 18 års ålder berättar om både egna och andras erfarenheter:

När jag gick i utredningen [...] var det många av mina kompisar som också gjorde det. De varnade mig för att vara för könsneutral/"queer". Precis som de såg jag till att klä mig väldigt könsnormativt de dagarna jag skulle på utredningen, och såg det som en seger och ett svek när utredaren ibland kommenterade på att jag såg ut som en "ordentlig ung man". Jag tror inte han fattade att jag bara såg ut så för att han skulle skriva någon journalanteckning om att jag såg ut som en kille när jag var där. Jag är så glad att jag inte längre behöver bry mig om att läkare ska skriva i journaler att jag t.ex har nagellack eller för färgglada kläder på mig.

Detta är från en kompis till mig från samma utredare som jag hade [...], som är så absurd att jag behöver berätta om den.

Denna kompis gick i utredning under ganska lång tid, eftersom han inte hade jättestöttande föräldrar och säkert någon annan anledning också. Han är och var ganska femme/queer i sitt könsuttryck – typ emokläder, nagellack ibland och liknande. På det avslutande mötet med utredaren, efter minst 3 år av utredning, efter transsexualismdiagnos, mastektomi, hormonbehandling och hela köret, säger utredaren: "Men du, är du nu helt, helt säker på att du är en lite feminin pojke och inte en väldigt maskulin flicka?" ... (berättelse 83).

En person som utretts på samma team skrev i ett fritextsvar i TGEU:s undersökning att "/ansvarig läkare/ frågade mig om jag inte 'bara var homosexuell' innan han skrev ut stopphormoner."¹¹ En annan berättar: "/Ansvarig läkare/ fann jag obehaglig då han kände på mitt underliv utan förvarning"(TGEU 2017b).

Några (vuxna) personer har varit med om att beteende i barn-
domen utforskats som att det skulle säga något om personens könsidentitet i dag:

Av alla offentliga platser och myndigheter är den helt klart värsta platsen av dem alla transvården. De absolut mest transfobiska och övergreppslika myndighetsanställda jag träffat har varit genom min utredning.

¹¹ Enligt Frisén et al (2017) visar sig könsatypiskt beteende hos barn före puberteten i de flesta fall senare "handla om sexuell läggning (homosexualitet)" och inte om könsdysfori, men "för dem vars könsdysfori förvärras i samband med puberteten kommer de flesta att senare uppfylla diagnoskriterierna för könsdysfori och ha önskan om könsbekräftande åtgärder".

Det tog tre år innan jag fick tillgång till hormonbehandling och under de åren har de upprepat frågat mig vilka leksaker jag använde som barn, tvingat mig att ta dit mina föräldrar som också fick frågor om leksaker och beteende som barn, som om det skulle spela någon roll för mina livsval som vuxen (berättelse 33).

Från allra första mötet /.../ kände jag mig väldigt utsatt. Allting var extremt normativt och jag fick börja med att svara på om jag lekte med lego eller dockor som liten. Jag lekte naturligtvis med både och, men svarade bara lego och det verkade /vårdgivare i utredningsteamet/ otroligt nöjd med. Jag förstod snabbt att när jag började ”avvika” genom att säga att jag inte alls bara hade shorts och t-shirt utan ibland klänning på mig så blev han fundersam och planerade alltid in ett extra möte, för att fördröja hela processen.

Jag började klä mig på ett sätt som var stereotypiskt manligt för att inte bli ifrågasatt av utredarna, satt brett med benen fast jag inte alls gjorde det i vardagen. Förstärkte alla ”manliga” attribut jag kunde för att de skulle bli nöjda¹².

Även att ha en viss sexuell läggning kan ingå i förväntningarna på en ”riktig” kvinna eller man:

Läkare har skrattat när jag sagt att jag definierat mig som bög, det var tydligen helt omöjligt att vara trans och gay, i deras ögon kunde jag endast vara heterosexuell och min tidigare erfarenhet som lesbisk skulle därför kunna förklaras bort som ”mindre fel” eftersom jag egentligen var man. Jag tvingades ljuga om alla mina ”feminina” egenskaper för det skulle kunna riskera att jag inte fick min diagnos och därigenom också min enda chans för behandling, och därigenom också min vilja att fortsätta leva. Jag sa att jag gillade träning, motorer och muskler och ljög om att jag också älskar att odla blommor, att virka och att jag ibland tycker om att klä mig i kjol och högklackat. Queer och normbrytande fanns inte i deras tankevärld, trans kan du bara vara om du förhåller dig till de binära, cis-, och heteronormativa reglerna (berättelse 33).

Flera av berättelserna tar upp frågor om sex och sexualitet som man fått under eller i samband med sin utredning. I likhet med de psykologiska testerna, som vi skrivit om tidigare i detta avsnitt, upplevs frågor om sex och sexualitet som kränkande. Om man inte får information om vad syftet med frågorna är kan det påverka ens uppfattning av situationen, av utredningen och av vårdgivarna.

¹² Mejl till utredningen, inkommet 19 februari, Komm 2017/01073.

När jag fick besked om min ansökan om ändrad könstillhörighet blev jag glad. Dock upplevde jag mötet med läkaren innan dragningen som konstigt. Han undrade om jag hade en partner nu, och om jag måtte bättre. Det gjorde jag. När jag sa att min [partner var] en tjej, undrade läkaren om jag såg mig själv som ”en lesbisk kvinna”. Jag upplevde det som obekvämt att svara på det. Och jag förstår inte varför den frågan var nödvändig (berättelse 18).

När jag sa till min utredare att jag var bisexuell, sa han: ”Men har du varit tillsammans med pojkar eller flickor?” jag sa: ”Bara en person, en tjej.” Då sa han: ”När du är kär i en flicka, ser du dig själv som biologiskt homosexuell eller som transsexuellt heterosexuell?” Jag hade ingen aning om vad jag skulle svara ... Min bisexualitet togs inte alls på allvar av den läkaren, och jag fick inte något erbjudande om att prata med någon om min sexualitet, eller kring sex eller mina känslor för min kropp öht. (Jag hade en kurator som var lite knuten till utredningen, men det var ingenting hon lyfte heller.)

I brevet från den utredaren till Rättsliga rådet skrev han: ”X var tidigare bisexuell men ser sig själv numera som en heterosexuell ung kille.” Det är ord som aldrig kommit ur min mun och jag förstod inte varför Rättsliga rådet behövde veta det för att anse att jag är kille nog för att få rätt juridiskt kön, men jag kommenterade inte på det eftersom jag inte ville äventyra något (berättelse 83).

Gången då jag fick beskriva hur jag kände när jag onanerade, om jag onanerade och andra intima frågor. Vad har min sexuella läggning och sexualdrift med min könsidentitet att göra?

[--]

Ifrågasättandet av min sexualitet, som är asexualitet. Det vägrade de acceptera utan ville ständigt förändra (berättelse 35).

Till stor del har [utredningsteamet] varit bra, men jag upplever att jag fått väldigt invasiva frågor som till exempel om sex och sexuell läggning, vilket jag inte ser som väldigt relevant och jag känner inte att jag vill besvara samma frågor om mitt sexliv flera gånger om. Jag känner också att jag blivit ifrågasatt eller som att jag är på ett förhör, vilket inte alls känns bra. Men det har varierat väldigt mycket mellan olika vårdgivare (TGEU 2017b).

Jag har bland annat blivit bedd av en läkare att ställa mig upp och snurra runt för att bli bedömd i ”hur mycket jag har att vara dysforisk över”. Jag har också fått många, många frågor om mitt privata sexliv som inte alls är relevant (speciellt då det är närmast obefintligt) och som de inte har med att göra. Jag har upplevt att jag behövt presentera på ett ganska könsstereotypt sätt för att bli tagen på allvar och medarbetare på ut-

redningsteamet har verkat vilja sätta olika diverse identiteter på mig. [...] Grejen är att utredarna har hela mitt liv i deras händer, det är de som bestämmer vilken behandling jag ska få, och om jag ska få den. De vet detta, och vet att de kan göra i princip som de vill för att de vet att jag har inget annat val (berättelse 52).

Jag blev ombedd att beskriva mitt sexliv under mitt första möte. Efter att ha väntat i mer än ett år var jag rädd för att om jag gjorde någonting "fel" skulle jag inte få tillgång till det jag behövde (hormoner etc), så jag berättade för någon jag just träffat om någonting som var otroligt privat både för mig och min partner. Jag var tonåring och hade precis förlorat oskulden. Det var så sjukt inte okej. Transpersoner bör få möjlighet att prata om sitt sexliv, men inte känna sig tvingade, och man bör speciellt inte tvinga det på unga transpersoner (berättelse 50).

Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård av vuxna tar under rubriken "Sexuell och reproduktiv hälsa" upp de behov som kan finnas av att få diskutera frågor om sexualitet. Det är viktigt att detta sker på den vårdsökandes villkor. På samma sätt som i den övriga befolkningen finns det ett stort spektrum av sexuella identiteter, sexuella praktiker och frågor som rör sex och sexualitet bland personer med könsdysfori. Frågor som är specifika för personer med könsdysfori kan vara hur man hanterar könsdysfori i en sexuell relation, och hur man ser på sex och sexualitet i relation till en kropp i förändring. Det kan också handla om de effekter som olika typer av behandling kan ha på sexuell lust och möjligheter att ha sex – en fråga som inte är unik för den könsbekräftande vården, utan även kan vara aktuell vid behandling av olika psykiatriska och somatiska tillstånd.

Socialstyrelsens rekommendation är att hälso- och sjukvården bör erbjuda individanpassad sexologisk och sexualmedicinsk rådgivning och behandling till de personer med könsdysfori som önskar det. Vikten av att behandlaren är professionell och lyhörd betonas: "Vissa personer med könsdysfori känner sig bekväma med att diskutera sin sexualitet med andra. Andra gör inte det, vilket är viktigt att respektera. Terapeuten behöver alltså visa en öppenhet inför sexologiska och sexualmedicinska frågeställningar utan att tvinga personen att prata om dem" (2015f, motsvarande skrivning i 2015i). Socialstyrelsen tar inte specifikt upp vilket syfte frågor om sex och sexualitet kan ha inom ramen för en könsutredning. Vi tolkar rekommendationerna som att de handlar om en service till patienterna, som inte ska användas som ett diagnostiskt instrument.

Flera av berättelserna tar alltså upp att man känner sig misstrodd och granskad i den könsbekräftande vården, och att man inte har möjlighet att påverka sin egen vård. De flesta som hört av sig till utredningen med berättelser om den könsbekräftande vården beskriver också brist på tillit för vårdgivarna. Att känna att man kan bli godkänd, men lika gärna skulle kunna bli underkänd, skapar rädsla och otrygghet i utredningssituationen. Det är tydligt att vårdtagarna inte känner sig delaktiga i sin egen vård och att behovet av trygghet inte tillgodoses i enlighet med patientlagen. Det kan också påverka relationen till framtida, icke transspecifik vård, som den här berättelsen beskriver:

När jag tänker tillbaka på transutredningen får jag olustighetskänslor. Det var så mycket märkliga intima frågor, och konstiga tester. Och jag har aldrig känt mig så utlämnad och maktlös. Jag tror egentligen att utredningsteamet hade kunnat vara ett bra stöd i processen, men det gick inte att bygga tillit när de samtidigt skulle "bedöma". Utredningen har allmänt gjort att jag känner misstro gentemot läkare och psykologer (berättelse 78).

Utredare upplevs som "grindvakter" med makt att stänga den enda öppningen till ett liv som är möjligt att leva. Att detta kan påverka relationen mellan vårdtagare och vårdgivare åt båda hållen tar bland annat Socialstyrelsens utredning 2010 upp: "Utredningsteamet har därmed rollen som 'grindvakt' att avgöra om patienten ska få vidare behandling. Detta kan ofta bidra till att öppenheten mellan utredningsteamet och patienten begränsas."

En person som hört av sig till utredningen har tidigare erfarenhet av att bli "grindvaktad" för att personen är ickebinär, vilket lett till att personen även nu drar sig för att söka könsbekräftande vård.

Efter ett av mina självmordsförsök tog min mor mig till läkarvården för att hjälpa mig med min könsdysfori. Tanken var att min hälsa innebar ett stort behov av hårborttagning då det var en av de stora anledningarna till att jag inte orkade mer.

Eftersom jag som icke-binär då inte räknades som transperson kunde jag inte få behandling eftersom det räknades som plastikoperation och skönhetsvård.

Läkaren skrattade och erbjöd sig att kalla in en kollega som var mycket hårigare än mig. Sa att hårigt bröst var manligt och att jag borde vara stolt.

Mamma la ner över 100 000 kr på laserbehandling och för att jag skulle få mindre hår. Det hjälpte, men jag är fortfarande väldigt hårig och mår dåligt av det.

Men även fast det [nu] går rykten om en transvård med nya direktiv för att hjälpa icke-binära efter könsdysfori vågar jag inte söka, för jag är rädd för att bli så dåligt behandlad igen (berättelse 27).

Flera andra berättelser beskriver hur ickebinära personers tillgång till vård påverkas av förväntningar kring vad ickebinära behöver och inte behöver.

Till och med transvården har inte tillräckligt med hjälp att erbjuda icke-binära. Det är ofta allt eller inget, och jag vill inte ha allt så jag söker mig inte dit, utan får leva med dysforin som mina stora bröst är. Ibland kan jag inte gå hemifrån på grund av dysfori. Ibland kan jag inte sminka mig eller ha på mig klänningar för att då är risken större att folk antar att jag är brud (berättelse 113).

Det finns idag ett antal diagnoser för det som ni kallar för könsidentitetsstörningar. För ickebinära personer kan man få diagnos som inte ger tillgång till all könsbekräftande vård, utan läser ute sådant som cispersoner anser att ickebinära inte behöver. Vilken dysfori som transpersoner har är dock helt individuellt och jag vet många ickebinära som ser det som livsviktigt att exempelvis få byta juridiskt kön. Många vill byta till ett ickebinärt, men i avsaknad av detta åtminstone till det andra binära könet då det kan kännas passa bättre än det andra. Samma gäller även de behandlingar som läses ute för ickebinära.

På grund av att vissa behandlingar läses ute för ickebinära, men även för att transpersoner inte har rätt att själva fatta beslut om den vård de ska kunna få, är det många som känner att de inte kan vara ärliga under sin utredning. Jag vet binära transpersoner som varit nära att inte få vård på grund av att läkare inte sett dem som "trans nog", och har själv blivit rekommenderad att fejka vara binärt trans när jag väl börjar min utredning. Trots att jag vet flera som ljugit under sin utredning har de inte ångrat sig efter att de fått sin behandling. Att det finns en sådan misstro till transvården att många inte kan vara ärliga under utredningen ser jag som ett tecken på att hela konceptet att läkare ska bestämma huruvida man är trans eller inte är fel. Skulle alla istället ha rätt till sin egen kropp tror jag att man skulle vara mycket ärligare under samtalen med läkare, vilket i sin tur möjligtvis skulle kunna leda till att ännu färre ångrar sig (berättelse 39).

Olika erfarenheter av bemötandet

Vårdtagares upplevelser av de olika utredningsteamerna varierar. Det går att se tendenser där enskilda utredningsteam får genomgående negativa omdömen, medan omdömena om andra utredningsteam är mer blandade. Det finns också exempel på att upplevelsen av olika vårdgivare i ett och samma utredningsteam varierar.

Jag har erfarenhet från två utredningsteam: jag påbörjade min transition i Umeå, och fortsatte sedan i Stockholm efter att ha flyttat.

Det är blandade erfarenheter från båda teamen: en stöttande /vårdgivare/ i Umeå, en dålig /vårdgivare/ med en förlegad bild av transpersoner i Stockholm,

en läkare som fällde olämpliga kommentarer i Umeå, en förstående läkare som inte kunde ge några raka svar och inte gick att nå via telefon i Stockholm.

Det enda som varit konsekvent är okunskap och den långa väntetiden (berättelse 72).

Läkarvården via /utredningsteamet/ har person-till-person, dvs läkare, fungerat bra. Receptionister har dock felkönat och varit bistra. /Personen som samordnade min utredning/ ifrågasatte ofta hur jag klädde mig och förde mig, som okvinnligt. Bemötandet jag fick var ofta ”som en vägg”. Jag missade en talpedagogstid, pga /att/ jag mådde dåligt till följd av ett sexuellt övergrepp.

Då uttryckte min /samordnare/ att jag inte kunde få mer tider, då jag missade den tiden, vid kontakt med överläkare fick jag dock beskedet att jag kunde få nya tider.

Utöver detta sa min /samordnare/ en massa annat om PTSD, etc som hon inte hade kompetens att uttala sig om. Övrig personal har behandlat mig bra och visat stort engagemang. Speciellt talpedagog och diatermist (berättelse 18).

Vi berör olika upplevelser av olika team något mer i avsnitt 15.2.3.

Kvalitativa studier av transpersoners upplevelser av den könsbekräftande vården i Sverige har gjorts av bland andra RFSL Ungdom (2010), Bremer (2011), von Vogelsang et al (2016), Linander Alm, Hammarström, & Harryson (2017a) och Linander, Alm, Goicolea, & Harryson (2017b). Även Socialstyrelsens utredning från 2010 har vissa kvalitativa inslag i form av berättelser från transpersoner. Repka

& Repka (2013) har ett akademisk–medicinskt–aktivistiskt perspektiv som inbegriper både egna och andras upplevelser. De upplevelser som beskrivs i de ovan nämnda studierna är i stort desamma som i de berättelser som skickats in till utredningen. Nedan redogör vi kort för forskning och analyser från 2013–2017 och för de förslag rörande den könsbekräftande vården som ges i en del av dessa studier.

Även den äldre forskningen, som i många fall beskriver upplevelser av den könsbekräftande vården som ligger längre tillbaka i tiden än vad som är fallet i nyare forskning, är dock relevant på så sätt att den bekräftar att vissa förhållanden i stort är desamma i den könsbekräftande vården i dag. Till exempel beskriver RFSL Ungdom (2010) att många upplever ”att utredningen drar ut på tiden, att man inte har någon kontroll över situationen och att det finns en maktobalans mellan utredare och patient”. Det har också konstaterats i tidigare forskning att den maktlöshet och ovisshet som transpersoner upplever i mötet med den könsbekräftande vården påverkar deras psykiska välbefinnande. Det ska också sägas att vi inte, när det inte tydligt framgår av berättelsen, kan veta exakt när en viss händelse som en person återgett för oss på vår webbplats utspelade sig.

Repka & Repka (2013) menar att vårdgivare i den könsbekräftande vården har ett ansvar att känna till hur normativitet, stigma och maktasymmetrier påverkar deras uppfattningar om brukarna (artikelförfattarnas ordval), och att motverka detta för att därigenom stärka brukarna. Bland annat innebär cisnormativitet att cispersoners identiteter och kroppar värderas som bättre och mer autentiska än andra identiteter och kroppar. En vård som utgår från cisnormativitet kommer därför att sätta press på transpersoner att vara, eller åtminstone sträva efter att vara, på vissa, cisnormativa sätt eller på att vara utredaren till lags. Eftersom könsdysfori är en psykiatrisk diagnos kommer transpersoner i den könsbekräftande vården att möta åtminstone tre slags maktasymmetri: den vanliga maktobalansen mellan läkare och patient, maktobalansen mellan transperson och cisperson (om vårdgivaren, som oftast är fallet, är cisperson) eller cisnormativt system, och maktobalansen mellan en person med åtminstone en psykiatrisk diagnos och en vårdgivare/ett vårdsystem som ses som ”frisk/t” och därmed objektiv/t. Vården bör ha en kritisk blick på sina egna arbetssätt och förutsättningar för att bättre kunna tillgodose brukarnas behov.

When trans is a psychiatric diagnosis it is harder for trans people to claim one's right to one's body in contact with a cisnormative health care provider, who has support in cisnormative diagnostic criteria. A health care system that is not aware of the normativity and power imbalances that it builds upon will reinforce them. This will be at the expense of those who seek and need what the system can offer (Repka & Repka 2013).

En studie som gjorts av von Vogelsang et al (2016) visar att det är framför allt tre variabler som påverkar vårdtagares upplevelser av möten med den könsbekräftande vården: vårdgivares attityder, kunskaper och kliniska erfarenheter av transfrågor. Ett bra möte kännetecknades av att vårdgivaren agerade professionellt, visade respekt, bevarade vårdtagarens integritet, var lyhörd och inbjöd till förtroende. Exempel på beteende som studiens informanter betraktade som professionellt var att vårdgivaren förklarade varför man behövde göra psykologtester, var påläst, inte fördröjde processen och bemödade sig om att ha en bra kommunikation med vårdtagaren. Att visa respekt och bevara vårdtagarens integritet handlade bland annat om att inte ifrågasätta vårdtagarens livsval eller förminska vårdtagarens känslor och upplevelser, och att göra vårdtagaren delaktig i sin egen vård. Lyhördhet beskrevs som att lyssna och visa empati och förståelse.

Sådant som påverkade möten negativt var att vårdgivare inte hade tillräckliga kunskaper om till exempel transfrågor, om skillnaden mellan könsidentitet och sexuell läggning och om könsbekräftande behandling; utnyttjade sin maktposition, till exempel ställde frågor som vårdtagaren upplevde som irrelevanta eller privata, men kände sig tvingade att svara på; inte gav tillräcklig information eller undanhöll information, till exempel om utredningsprocessen och om psykologtester, och gav uttryck för könsstereotypa attityder, till exempel att genom att förvänta sig att vårdtagarna skulle klä sig och bete sig på vissa sätt. Nästan alla informanterna hade varit med om att vårdgivare använt fel namn och pronomen om dem. De uppgav också att de känt sig beroende av vårdgivarna för att få diagnos och könsbekräftande behandling, en beroendesituation som upplevdes som särskilt påfrestande i fall då vårdgivare hade begränsade kunskaper om transfrågor, att de blivit ifrågasatta, att de inte hade fått tillräckligt stöd under sin process och att de själva behövt vara pådrivande i processen.

They are vulnerable during the year-long evaluation period; SRS is not a choice – one cannot decide not to be transsexual. They must argue their case in all encounters with healthcare professionals, often who adopts gender stereotypical attitudes and who have insufficient knowledge of transsexual issues. They feel as though they are not being taken seriously, humiliated by neglect and ignorance by the professionals, whose decisions they depend on, and who sometimes even exploit their position of power to extract very personal information from the patient. They describe vulnerability during the gender confirmation treatment period which is several years long, while not looking as they are supposed to, being on a hormonal roller coaster ride, never feeling well and, despite doubt, anxiety and depression, still having to lead and push the process forward unassisted. The agony is prolonged over years (von Vogelsang et al 2016).

I ”Negotiating the (bio)medical gaze” beskriver Linander et al (2017a) vårdtagares upplevelser av att navigera i den könsbekräftande vården och av att ”förhandla” (hantera maktpositioner och utöka sitt eget handlingsutrymme) om sådan vård. Informanterna upplevde det som svårt att navigera i vården på grund av att det fanns en beroenderelation mellan vårdtagare och vårdgivare, väntetider, okunskap hos vårdgivare samt brist på stöd. Beroenderelationen, som kommer sig av vårdgivarens roll som ”grindvakt”, gör att vårdtagare känner sig maktlösa och att det är svårt att påverka beslut som diagnos, ansökan till Rättsliga rådet och hur behandlingen läggs upp. Det hindrade också studiens informanter från att ge feedback och framföra kritik till utredarna, av rädsla för att det skulle påverka deras process. Väntetiderna skapade bland annat ångest och sömnproblem och gjorde att man kände att man ”fastnat” i sin process. Förutom de generella väntetiderna upplevde informanter att väntan var en avsiktlig del av själva utredningen, med real life-perioden som ett exempel på en sådan ”väntetid”. Ett sätt att hantera väntetiderna var att – om det var ekonomiskt möjligt – självmedicinera, vilket man också kunde göra för att visa för vårdgivarna att man var ”seriös”.

Okunskap hos vårdgivare upplevdes både i den icke transspecifika vården och i den könsbekräftande vården. Informanter uttryckte också att deras behov av psykosocialt stöd under utredningen, antingen från utredningsteamet eller från någon som inte har inflytande över ens tillgång till könsbekräftande vård, och efter könsbekräftande behandling inte hade blivit tillgodosedda. Att ”projektledda” och ta en aktiv roll, till exempel att skaffa sig kunskaper, självmedicinera, avstå från att kritisera vården och ligga på sina vårdgivare för att

komma vidare i sin process, användes för att hantera att man är beroende av sina vårdgivare och för att minimera väntetiderna. Den möjligheten bygger dock på att man har förutsättningar (i fråga om ekonomi, information, hälsa) att ta en sådan roll.

I en senare artikel, ”It was like I had to fit into a category”, undersöker Linander et al (2017b) hur kön konstrueras i den könsbekräftande vården. I linje med tidigare forskning konstaterar artikelförfattarna att kön här uppfattas som binärt och förväntas vara stabilt över tid, till exempel att utredare frågat efter hur vårdtagare var när de var barn. Informanterna i studien hade också upplevt stereotypa förväntningar på könsuttryck: En kvinna förväntas ha på sig smink och rosa blus, ha långt hår, sitta med benen ihop och tala på vissa sätt. En man förväntas bära jeans, sitta med benen brett isär och inte färga håret. Den här typen av förväntningar skapar ett behov av strategier som att uttrycka sig på andra sätt under utredningen/i möte med utredarna än vad man egentligen skulle vilja. Att göra motstånd mot förväntningarna och uttrycka sig på sätt som inte anses motsvara ens könsidentitet kan innebära en risk att inte få diagnos och därigenom tillgång till behandling, eller att utredningstiden förlängs.

While many of the participants do understand their genders as norm-conforming, binary and stable, when such a position becomes the only one rewarded within trans-specific care, the room for action and the possibilities of self-determination regarding gender performance are limited. In addition, the incitement for care-seekers to follow the advice and demands of the evaluators are connected to the evaluators' positions as gatekeepers, regulating access to medical procedures (Linander et al 2017b).

Icke-binära informanter hade undvikit att söka könsbekräftande vård på grund av oro för att bli nekade, eller valt att inte ta upp icke-binäritet under sin utredning.

Rekommendationer om förändring av vården från forskning

De ovan refererade forskarna har alla inkluderat rekommendationer om hur den könsbekräftande vården borde förändras i sina studier. Repka & Repka (2013) föreslår följande åtgärder:

- Vården bör utgå från informerat samtycke och fokusera på att ge information och stöd och behandla eventuella samvarierande tillstånd, som depression eller andra former av psykisk ohälsa.
- Fokus på skademinimering vid till exempel självmedicinering.
- Ökat inflytande för brukaren, både över den egna processen och över den könsbekräftande vårdens arbete i stort. Till exempel bör vården utvärderas tillsammans med brukarna för att se om den uppfyller deras behov.
- Vårdgivare behöver kunskap om hur normer/normativitet och stigmatisering, också från vårdgivares sida, påverkar brukarna och arbeta för att stärka brukarna i mötet med vården. Vårdgivare behöver också förhålla sig kritiskt till idéer om förutsättningarna för den vård de bedriver: att könsdysfori skulle vara en objektiv diagnos, att vården är rättvis och att alla som är i behov av könsbekräftande vård får tillgång till den.
- Att transerfarenheter/könsdysfori avpatologiseras och att tillgången till könsbekräftande vård förbättras, samtidigt som man på en allmän nivå fortsätter att motverka stigmatisering av psykiatriska tillstånd och symptom.

von Vogelsang et al (2016) ger följande rekommendationer:

- Vårdgivare behöver utbildning/bättre utbildning om transfrågor. Utbildning om hbtq-frågor bör ingå i läroplanen på vårdutbildningar.
- Vårdgivare bör vara medvetna om hur deras attityder, beteende och kunskapsnivåer påverkar vården (såväl den transspecifika som den icke transspecifika vården).

Linander et al (2017a) rekommenderar:

- Eftersom primärvården och allmänpsykiatri ofta saknar kunskaper om trans behöver vårdtagare själva kunna ta kontakt med alla utredningsteam.
- Ett system som gör det möjligt för vårdtagare att ge feedback, utan att det riskerar att begränsa deras tillgång till vård.

- Resurser för att minska väntetiderna och förbättra tillgången till stöd och uppföljning. Resurser behövs även för att utbilda vårdgivare.
- Att skilja det juridiska fastställandet från den medicinska behandlingen skulle kunna minska vårdtagares beroende av sina vårdgivare och bidra till att skapa en bättre relation mellan parterna.
- Utredningen bör fokusera på att ge vårdtagare stöd i att ta välinformerade beslut under den könsbekräftande behandlingen, i stället för att som i dag fokusera på att styrka behovet av könsbekräftande vård och skriva intyg till Rättsliga rådet.

I Linander et al (2017b) rekommenderas, särskilt vad gäller ickebinära:

- Vårdgivare behöver motverka cisnormativitet och könsbinärt tänkande i utredningssituationer.
- Vården bör utgå från patienten och dennas individuella behov snarare än från ”paketlösningar” för personer som är trans på det förväntade sättet – vården behöver bli verkligt bekräftande.
- Socialstyrelsens riktlinjer behöver implementeras i fråga om ickebinära personers tillgång till vård, och ickebinära personer bör få vård som kvalitetsmässigt motsvarar den könsbekräftande vården för binära transpersoner, oavsett var i landet man bor/utreds.

Vi vill avsluta avsnittet om generella erfarenheter med att citera läkarstudenten och blivande läkaren Leo Segelmark, som själv har erfarenhet av att vara patient i den könsbekräftande vården och vars debattartikel ur *Läkartidningen* (Segelmark 2017, hämtad 2017-10-19) vi citerat tidigare:

Transvården är ineffektiv. De långa utredningarna kostar onödiga pengar, men framför allt onödigt lidande och till och med liv. /- - -/ Socialstyrelsen bör se över sina rekommendationer om god vård av personer med könsdysfori och ta fram utbildningsunderlag. Fler läkare bör få möjlighet att diagnostisera personer som lider av könsdysfori, så att fler kan få tillgång till vård snabbare.

Det är också viktigt att de som jobbar med könsutredningar följer Socialstyrelsens rekommendation om att individanpassa utredningarna och ställer försiktighetsprincipen mot det lidande som väntan och ovisshet orsakar (Segelmark 2017, hämtad 2017-10-19).

15.2.2 Erfarenheter av olika instanser inom den könsbekräftande vården

En fråga i TGEU:s enkät handlade om de svarandes upplevelse av olika professioner inom den könsbekräftande vården, till exempel psykiatriker och endokrinologer. I anslutning till denna fråga fanns fritextsvarsmöjligheten som bland annat handlade om erfarenheter av särskilda team.

Av tabell 15.8 som redovisar svaren på frågan om upplevelser av de olika professionerna inom vården, framgår bland annat att en ganska hög andel av transkvinnorna och transmännerna (över 40 procent) tyckte att psykiatriker hade varit informativa och hjälpsamma, medan bara 12 procent av de ickebinära tyckte samma sak. Liknande mönster syns för alla yrkeskategorierna.

Tabell 15.8 Hur var din upplevelse inom transvården när du sökte vård?

Procentandelar av alla enkätsvarande som tillhör en viss kategori (transkvinnor, transmän och ickebinära) per påstående och svarsalternativ.

K= Transkvinna

M= Transman

I= Ickebinär

	Informativ och hjälpsam		Ville hjälpa till med kunde inte erbjuda allt		Ville hjälpa till men jag tackade nej		Verkade inte vilja hjälpa mig		Vägrade hjälpa mig		Har inte träffat denna yrkesgrupp						
	K	M	I	K	M	I	K	M	I	K	M	I					
Stödgrupper/transstöddgrupper/ideella organisationer	26	30	9	6	9	5	4	2	1	4	2	0	0	0	44	49	23
Läkare	28	41	11	26	22	6	1	0	1	14	13	4	1	1	2	12	13
Psykiatriin (psykolog/psykiatriker/sexolog)	44	41	12	22	24	8	0	0	3	12	18	4	2	0	2	17	6
Endokrinolog	34	45	8	12	7	4	0	0	1	4	5	0	0	1	1	36	32
Kirurger	31	26	6	4	11	2	1	1	0	1	4	4	0	0	1	48	50
Andra medicinska specialister eller sjukvårdspersonal	26	23	5	7	18	2	0	0	2	6	7	2	1	1	1	38	39

15.2.3 Erfarenheter av de olika teamen

I enkätundersökningen från TGEU (2017b) har 190 fritextsvar lämnats, med kommentarer om bland annat specifika könsutrednings-team. Också i berättelser som kommit in via utredningens webbplats nämns ibland specifika team. Utredningen tolkar uppdraget i direktivet att anlägga ett geografiskt perspektiv på frågor som rör hälso- och sjukvård, som att det är av intresse att redogöra för några av de olika uppfattningarna om de olika teamen som framkommit.

Erfarenheterna och åsikterna som framkommer i TGEU:s undersökning och i berättelserna till utredningen varierar. Några team omnämns i huvudsakligen positiva ordalag, medan andra får övervägande negativ kritik. Det finns dock exempel på både bra och dåliga erfarenheter från samma mottagning i de fall vi fått in mer än en eller några få berättelser som rör samma utredningsteam.

Här ger vi några exempel på de synpunkter som framkommit. Vi har valt att i det här avsnittet fokusera på tre aspekter av könsutredningen: väntetider, bemötande samt könsbinära förväntningar. Några av kommentarerna tar upp flera av dessa aspekter. Fler erfarenheter av dessa och andra aspekter av könsutredning och könsbekräftande vård finns i bland annat avsnitt 15.2.1 och i avsnittet om barn och ungdomars erfarenheter, 15.2.4.

Vi vill påpeka att det i de flesta fall inte går att utläsa av kommentarerna när i tiden en viss händelse har inträffat, om inte personen själv har skrivit in detta explicit. Det som berättas kan alltså såväl ligga en bit tillbaka i tiden som vara en ny upplevelse. Utredningen är också som nämnts tidigare medveten om att det är troligt att personer som haft negativa erfarenheter är mer benägna att berätta om dessa, än de som haft positiva erfarenheter. Det är också genomgående vanligt att de kommentarer som handlar om negativa erfarenheter är längre och mer detaljerade än de som är positiva.

Väntetider

Såväl vårdtagare som vårdgivare upplever, som vi beskriver genomgående, att väntetiderna i olika delar av vårdkedjan är ett problem eller en utmaning. Särskilt i kombination med bristfällig information är väntetider en anledning till att vårdtagare känner sig maktlösa och utlämnade till vårdsystemet eller till vårdgivare som inte sällan upp-

levs som ”grindvakter” för könsbekräftande behandlingar. Då väntetider tas upp i fritextsvaren/berättelserna handlar det i de allra flesta fall om att väntetiderna är för långa. Det gäller samtliga utredningsteam. Inte minst utredningsteamet i Lund, som har de längsta väntetiderna till såväl första möte (17–18 månader räknat från remissdatum) som för att träffa olika personer inom utredningsteamet (upp till två år).

Flera berättelser som handlar om Lundströmmottagningen i Alingsås tar upp långa väntetider till olika typer av könsbekräftande behandling, bland annat hormonbehandling och hårborttagning. I den enkät utredningen skickat till utredningsteamet uppger också Lundströmmottagningen (i oktober 2017) att väntetiderna är långa: de uppskattar väntetiderna till 9 månader för att få träffa olika personer (till exempel psykolog) inom utredningsteamet (näst längst av samtliga utredningsteam), 15 månader till nybesök hos endokrinolog efter diagnos (längst av samtliga utredningsteam), 10–12 månader för logopedkonsultation (längst av samtliga utredningsteam), kötider till röstträning och för önskade operationer okända.

Personalen var mycket trevlig och hjälpsam på Lundströms men väntetiderna var hemska. Tog 2 år att få en diagnos och minst 80 procent av den tiden var bara vänta. Har nu väntat 7 månader för att få börja med hormoner och operationer men har inte fått några tider ännu (TGEU 2017b).

Vården när man får den är bra och effektiv. Den hjälper. Men när man bara väntar är den dålig. Min utredning tog 1,5 år. Då väntade jag ett halvår på att få tid hos utredningsenhetens psykolog. När man får sin diagnos tänker man naivt att nu ska jag äntligen få vad jag behöver, vad jag har rätt till. Men nej mer väntande. Återigen har jag tur, jag får rådet att välja endokrinolog i Stockholm istället för i Göteborg. Väntetiden från remiss till tid i Göteborg på Sahlgrenska är mer än 1 år. Inga nya transpersoner tas emot där än. I Stockholm är väntetiden 2 månader. Jag hade turen att ha föräldrar som kunde betala min resa. Men om det inte gått hade jag fått vänta mer än 1 år. Vilket hade antagligen lett till att jag börjat må så dåligt att jag fått självmordstankar igen. Jag var nära när jag väntade på min diagnos.

Nu har jag gått på hormoner i ett halvår. Jag har väntat på röstträning hos en logoped i 9 månader. Jag väntar också på borttagning av ansiktsbehåring. Jag väntar på att kunna ansöka om att byta juridiskt kön, att få underlivskirurgi, att få bröstförstoring än (berättelse 116).

Det negativa jag upplevt är den könsbekräftande vården på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Min hårborttagning har blivit konstant avbruten, en gång för att maskinen gått sönder och nu även för att de saknar personal. På grund av detta blir min vård framskjuten med flera månader. Köerna för röstbehandlingen har dessutom varit olidligt lång där jag mer eller mindre väntat ett år på att det ska börja från att remissen skickats. Vårdgarantin har jag nu insett inte fungerar som en garanti. Till följd känner jag mig maktlös, för jag har med enkelhet fått tillgång till vården, men ändå är det konkreta utförandet ur funktion. Så upplever jag det i alla fall. Och det är även i detta som någonting måste göras. Det spelar ingen roll hur bra bemött jag blir i vården om jag inte får vården jag behöver. Transvården måste prioriteras så att det inte tar över fyra månader för att få ett återbesök där tiden bestämd är fyra till sex veckor, som det varit i mitt fall (berättelse 57).

Hur olika liknande väntetider kan upplevas visar två berättelser som handlar om utredningsteamet i Uppsala:

När jag kommit till Uppsala har jag alltid känt mig väl bemött och de är väldigt inlästa och förstående.

Jag tycker att väntetiden i Uppsala varit helt okej, oftast har det tagit 1–3 mån mellan varje mötena och till nästa.

Men det har varit många möten och resor dit vilket tagit sin tid. Från första mötet till att jag fick hormonerna i kroppen tog det nära 1 och ett halvt år. Det är en bra tid av Uppsala då jag var där på 9 möten under den tiden. Lite många möten kanske (berättelse 25).

Jag bor för tillfället i Uppsala och det är mitt utredningsteam också. När jag berättar det för andra transpersoner får jag ofta sympatiska leenden och suckar för att Uppsala anses vara ett av de långsammaste teamen. Samtidigt hade jag inte något val, min psykolog på BUP i Uppsala skickade remissen till dem. Långa handläggningstider har varit ett stort problem för mig, som för många andra, så det var inte förrän två år efter jag bad min psykolog skicka en remiss till utredningsteamet som jag fick börja med hormoner. Under den perioden slussades jag mellan olika personer som skulle bestämma om jag var tillräckligt trans för att få tillgång till vård. Konsultteam, barnendokrinolog, läkare, kurator, psykolog, läkare, gynekolog och till sist endokrinologen som påbörjade min behandling, remisstid och väntetid mellan dessa var minst 3 månader, flera möten som var bara 30–45 minuter långa där jag mest bara förklarade att jag var trans.

Nu har jag tagit testosteron i 15 månader och en stor del av min dysfori har försvunnit och jag blir bemött som man i min vardag. Jag har fortfarande inte fått ändra mitt juridiska kön, det är 10 månader sedan jag hade kontakt med min läkare, och jag står på väntelista för över-

kroppskirurgi. Min historia blir ännu än av de som pratar om vården men saken är den att det endast är där jag har upplevt mig dåligt bemött som transperson (berättelse 77).

Utredningsteamet i Uppsala får en del negativ kritik gällande specifikt att kallelser och remisser inte skickas om vårdtagaren inte själv kontaktar vårdgivarna om det: ”Upplevde Uppsala som en hemsk tid, tog lång tid, kallelser slarvades bort” (TGEU 2017b); /V/äldigt motsträviga, glömmer ständigt bort att skicka remisser de utlovat vilket gjort att jag senast behövt tjata på dem i över ett år för väldigt enkla ärenden” (TGEU 2017b); ”Jag fick alltid ringa mina samtal och påminna om att jag skulle få en bokad tid inom de närmsta tre månaderna, någon gång trodde jag att de skulle ringa upp men när jag ringde hade de ’tappat bort’ remissen från läkaren till psykologen”¹³.

Bemötande

Vårdtagare vid samtliga utredningsteam berättar om att ha blivit dåligt bemötta på olika sätt. En vanlig upplevelse är att känna att man behöver ”bevisa” att man är transperson och att man blir ifrågasatt. I andra fall rör det sig om kränkningar som att inte få sitt namn och/eller pronomen respekterat, något som också strider mot Socialstyrelsens rekommendationer för bemötande i hälso- och sjukvården.

Kommentarerna från TGEU:s undersökning gällande teamet i Lund handlar en hel del om dåligt bemötande och långa väntetider och en bristande känsla av stöd.

Har träffat utredningsteamet i Lund redan 2004, blev dåligt bemött, avvisad och kränkt. Nu är jag år 2016 på gång och väntar på ny tid efter många år av psykisk ohälsa, väntetiden är 14 månader, alldeles för långt. Mår mycket dåligt, får lite/ingen hjälp (TGEU 2017b).

Har aldrig känt mig så marginaliserad, dumförklarad och ifrågasatt som jag gjorde hos dem, och detta till trots att jag har ett så gott som 100-procentig transmaskulin identitet (vill inte föreställa mig hur de är för de som är t.ex. icke-binära). Istället för att utredningen handlade om att bekräfta min identitet och hur jag behövde hjälp, spenderade jag 1½ år av mitt liv att försöka ”motbevisa” tesen att jag är en kvinna (vilket, f.ö., är omöjligt, eftersom att det inte finns några ”bevis” på ens könsidentitet utom den egna utsagan, och jag kände aldrig att de litade på den).

¹³ Mejl till utredningen, Komm 2017/01073.

Där var jag tvungen att sitta och lyssna på idioter som trodde de visste mer om hur det är att vara trans (trots deras egen cisidentitet) än vad jag själv gör! (TGEU 2017b)

/Jag/ kan tyvärr inte säga mycket gott om dem. /En vårdgivare/ lämnade mig i tårar och resten av teamet är inte superbemötande heller, väldigt binära och man känner sig väldigt pressad att "svara rätt" trots att de påpekar att det inte finns rätt eller fel svar under mötena. Men mest av allt är det /en vårdgivare, ej kirurg/ som är väldigt fetfobisk och hävdar att /hen/ vägrar behandla personer som ligger över ett visst BMI, vilket så klart inte har något med något att göra. Är väldigt orolig och ångestfylld över det faktum att /hen/ på riktigt kan neka vård på sådan basis (TGEU 2017b).

Också om Lundströmmottagningen i Alingsås finns fritextsvar från TGEU:s undersökning som handlar om att ha känt sig ifrågasatt, om transfobiskt bemötande/material och om integritetskränkande frågor.

/.../ intrycket de gett är att de vill genomskåda lögner eller att jag skulle vara sjuk, de har även bemött mig med transfobiska frågor och uttalanden där de uttrycker att jag inte är en riktig kvinna (TGEU 2017b).

Deras utrednings sätt var väldigt inkompetent med bristfällig information samt med "tester" och blanketter som många gånger var utformade på ett ganska ifrågasättande och/eller fobiskt vis. Jag var då väldigt ung och osäker och behövde ett betydligt större stöd och känsla av att jag fick hjälp än vad jag upplevde att jag fick där. Jag kände snarare att jag många gånger behövde ljuga, samt klä på mej en "fasad", för att få den hjälp jag behövde och att jag också många gånger behövde utbilda mina vårdgivare i frågor om transpersoner (TGEU 2017b).

Ofta mycket integritetskränkande och obehagliga frågor. IQ-test och Rorschach-test kändes mycket kränkande och onödigt. Onödigt fokus på eventuell sexuell praktik. För mycket fokus på familjens reaktioner. Ofta kändes det som om deras jobb var att gaslighta mig till att sluta "tro" att jag faktiskt är transperson. Det kändes förnedrande och otryggt, men ingen vågar säga ifrån eftersom de har nekat patienter behandling om de inte varit tillräckligt "manliga/kvinnliga" + lydiga patienter (TGEU 2017b).

Flera berättar om att fel tilltalsnamn eller pronomen använts i journaler: "/Vissa/ verkade ointresserade, dömande och ibland rakt ut otrevliga. Min journal är full av dödnamn och fel pronomen" (TGEU 2017b); "När jag hade fått diagnosen begärde jag ut min journal. [...] /En av vårdgivarna/ felkönar mig t.o.m vid diagnossttningen.

/En annan vårdgivare/ kallar mig för ”han” och mitt gamla namn genom ungefär första halvan av den delen av utredningen” (berättelse 74).

Könsbinära förväntningar

Många av fritextsvaren och berättelserna tar upp de förväntningar man upplever att vårdgivare har på hur man ”ska” vara om man har en viss könsidentitet. Från vårdtagare vid samtliga utredningsteam finns berättelser om att vårdgivare förväntar sig att man ska presentera ”manlighet” respektive ”kvinnlighet” på könsbinära, stereotypa sätt – med klädsel, smink/inget smink, hår, kroppsspråk och så vidare. Generella beskrivningar av förväntningar om binära könsuttryck finns i avsnitt 15.2.1. Men det finns också exempel på att ha fått möjlighet att utforska sin könsidentitet på ett förutsättningslöst sätt:

Bemötandet jag fått har hittills varit bra. Jag har upplevt att jag kan vara öppen med att jag är helt säker på om jag mest identifierar mig som transmaskulin eller icke-binär och jag har, framförallt i möte med psykologen, fått möjlighet att prata om mina känslor kring detta på ett givande sätt (TGEU 2017b, gäller TS-mottagning i Linköping).

Av särskilt intresse för det här avsnittet är könsutredningsteamet i Stockholm. Det har haft olika namn och de som hört av sig om sina upplevelser därifrån har angett såväl ENID (Enheten för könsidentitetsutredningar, det äldsta namnet), som CASM (Centrum för andrologi och sexualmedicin, där utredningarna av ickebinära tidigare gjordes) och det nuvarande namnet Anova. Anova är kända av många för forskningsprojektet om ickebinära som funnits sedan 2010 och det är förmodligen en av anledningarna till att många av kommentarerna om Anova berör just bemötande av ickebinära. Det har alltså varit känt sedan längre tid tillbaka än i fråga om flera andra team att Anova tar emot och utreder ickebinära, och förväntningarna från ickebinära på bra bemötande på Anova är också sannolikt högre.

Många uttrycker att upplevelsen av vården vid mottagningen varit acceptabel, men att det funnits ett binärt tänkande, det vill säga att förståelsen för ickebinära inte funnits där: ”Träffat ENID – helt okej upplevelse. Inte alltid så open minded, ofta binärt tankesätt och ibland åt det transfobiska/transstereotypa hållet” (TGEU 2017b).

Några berättar om att vården överträffat deras (låga/mycket låga) förväntningar, men inte varit helt bra:

Jag fick, efter 8 månader av väntan, komma till ANOVA på Karolinska för utredning. Utan att bli långrandig på hur vi måste genomgå psykologiska utredningar för att få den vård vi behöver för att överleva; jag har haft en bättre upplevelse av transvården än jag var beredd på. Jag hade förberett mig på det värsta och blev glatt överraskad. Om jag inte gjort det hade jag nog inte varit så nöjd. Väntetiderna är inte rimliga, men det är inte vårdens fel. Det jag inte kan släppa är att under varje möte med varje person jag mött på ANOVA så har jag fått höra att det är vanligt att ickebinära drar sig åt ett binärt håll till slut. ”Så du är beredd på att du kanske känner så”. En gång hade kanske varit okej. Kanske. Men något en tröttnar på riktigt snabbt som ickebinär är att andra, framförallt folk som inte är ickebinära, försöker peta in en i olika fack. Försöker få en att petas in i binära fack för att tillfredsställa deras världsbild (berättelse 63).

Några personer har mer negativa erfarenheter kopplat till att vara ickebinär och brist på förståelse:

Otroligt svartvita i sitt tänk. Jag har erfarenhet av både den binära och icke-binära utredningen. Först hamnade jag i den binära utredningen för min remiss tog mig dit. Där sågs jag inte som transsexuell nog så jag bytte och i den ickebinära utredningen, där jag är nu, kommer jag eventuellt inte kunna få penisprotes pga ”ickebinära personer har inte det problemet” (TGEU 2017b).

ANOVA visar ju med ganska stor tydlighet att de inte gör en utredning utan en bedömning redan från scratch där de kategoriserar och stoppar in människor i fack efter eget huvud och binära stereotypa föreställningar om kön, där de bara ger hjälp till dem som redan från början visar ett motsatt binärt könsuttryck som deras biokropp (berättelse 54).

I en utvärdering som Anova själva skickat ut till personer som utretts på mottagningen cirka 2014–2016 (svar inkomna till Anova januari–augusti 2017, 34 personer svarade på utvärderingen) får Anova höga betyg vad gäller utredning och bemötande. På en skala mellan 1 och 4, där 4 betydde ”mycket nöjd” och 1 betydde ”mycket missnöjd”, var medelvärdet 3,4 för ”nöjdhet avseende bemötande av teamet som helhet”. Medelvärdet för nöjdhet med teamets kompetens och med olika delar av utredningen (läkarutredning, psykologutredning, social utredning) var också högt (>3). 71 procent svarande att de hade fått tillräckligt stöd före diagnos och 79 procent hade fått tillräckligt

stöd efter diagnos. 76 procent ansåg att utredningen behövs. Drygt hälften, 56 procent, tyckte att utredningen varit för lång, och knappt hälften (44 procent) menade att den varit lagom lång¹⁴.

15.2.4 Ungas erfarenheter och behov

Siffror från Socialstyrelsens patientregister (Socialstyrelsen 2017i, hämtad 2017-10-27; Socialstyrelsen 2017n, hämtad 2017-10-19) och från Astrid Lindgrens barnsjukhus (Frisén et al 2017; Läkartidningen 2017; SVT Nyheter 2017, hämtad 2017-10-27; Lagerblad 2017, hämtad 2017-10-28) visar att könsdysfori hos unga, eller åtminstone antalet unga som söker vård för könsdysfori, har ökat kraftigt under senare år. Antalet remisser till utredningsteamet på Astrid Lindgrens barnsjukhus har ökat med omkring 100 procent varje år under 2010-talet, och 2016 tog teamet emot 197 remisser, jämfört med 116 år 2015 och 4 remisser år 2012. Enligt Socialstyrelsen är könsdysfori vanligast i åldersgruppen 18–29 år.

Utredningen har mottagit berättelser från ett litet antal yngre personer via vår webbplats. Här redogör vi för några av dessa, samt resultat från bland annat tidigare rapporter.

Ohälsa och utsatthet

Ungdomar och unga vuxna skattar på gruppnivå sin hälsa som sämre än vad äldre gör. Det gäller både i befolkningen som helhet, i gruppen hbtq-personer och i gruppen transpersoner. Unga transpersoner mår också sämre än unga homo- och bisexuella personer (Ungdomsstyrelsen 2010). Unga personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön, varav en del får antas vara ickebinära transpersoner – gruppen personer som inte vill definiera sig utifrån kön sammanfaller delvis med gruppen transpersoner – rapporterar en sämre hälsa och större utsatthet på ett flertal områden jämfört med unga som definierar sig som man eller kvinna – bara drygt hälften av de som inte ville kategorisera sig utifrån kön uppgav att deras hälsa var mycket bra eller bra (Folkhälsomyndigheten 2017c).

¹⁴ Mejl till utredningen 2017-10-31 Dnr: Komm2017/01499.

Unga transpersoner vittnar dessutom om en hög grad av utsatthet för våld (fysiskt och psykiskt våld är vanligast i gruppen 15–19 år, medan utsatthet för sexuellt våld är vanligare i äldre åldersgrupper), kränkningar, trakasserier och diskriminering och om otrygghet. Unga undviker i större utsträckning än äldre personer situationer där man är orolig för att bli utsatt för att man är transperson. De situationer man oftast undviker är att gå på gym/gå och träna, att gå ut i sociala evenemang och ragga eller flörta (Folkhälsomyndigheten 2015a). RFSU Ungdom har berättat för utredningen att de i sitt arbete med unga transpersoner, bland annat i form av individuellt stöd via mejl, identifierat positiva kroppsupplevelser, tillgång till tryggare sociala sammanhang och nära relationer som viktiga må bra-faktorer (friskfaktorer).

Som exempel på unga transpersoners mående kan nämnas att 58 procent av 15–19-åringarna ofta eller alltid känt sig olyckliga och nedstämda under de senaste veckorna, att 57 procent av 15–19-åringarna minst en gång under de senaste 12 månaderna allvarligt övervägt att ta sitt liv och att 40 procent av åldersgruppen svarade att någon gång försökt att ta sitt liv (Folkhälsomyndigheten 2015a).

Det finns få uppgifter om hur transpersoner under 15 år mår. De svenska siffror som finns rörande unga transpersoners hälsa rör personer mellan 15 och 19 år (Folkhälsomyndigheten 2015a; 15 år är den åldersgräns som enligt lag gäller för att personer självständigt ska kunna samtycka till att delta i forskning, utan att vårdnadshavares samtycke krävs) och personer mellan 19 och 29 år (Ungdomsstyrelsen 2010, Folkhälsomyndigheten 2015a). Det är dock rimligt att anta att dålig hälsa hos transpersoner grundläggs tidigare än vid 15 år, och att tidiga insatser krävs för att kunna förebygga den stora omfattningen av ohälsa hos personer från 15 år.

De studier som finns tyder på att stöd från närstående är mycket viktigt för hälsan hos yngre transpersoner och för en god hälsa i vuxen ålder (t.ex. Olson et al 2015; de Vries et al 2014). Det är förklarligt – socialt stöd räknas överlag som en viktig faktor för transpersoner, medan brist på socialt stöd associeras med lägre nivåer av nöjdhet med könsbekräftande behandling och förknippas med ångerrfall (t.ex. Dhejne 2017; Dhejne et al 2014; Johansson et al 2010; Mate-Cole et al 1990), och vilket stöd man har kartläggs också under en könsutredning – också med tanke på att unga är beroende av närstående, inte minst vårdnadshavare, för att få sina rättigheter

tillgodosedda vad gäller sådant som tillgång till könsbekräftande vård och information om andra transrelaterade frågor. Här kan man göra jämförelser med utsatthet hos andra grupper, som de personer med funktionsnedsättningar som är beroende av närstående och/eller till exempel personlig assistans för stöd.

Transpersoner under 18 år kan sägas befinna sig i en dubbelt utsatt situation, då de bryter mot samhällets normer för kön/könsidentitet och dessutom som omyndiga inte har sitt fulla självbestämmande eller patientinflytande, och på grund av sin ålder kanske inte tillmäts trovärdighet eller bedöms vara den primära källan till information om sitt eget mående, sin situation och sina behov. Om man har könsdysfori och är beroende av den könsbekräftande vården för att få ändra på sin kropp kan detta ytterligare öka känslan av att vara utsatt och bli omyndigförklarad också vad gäller ens transidentitet. (Se vidare bland annat avsnitt 15.2.5 om transpersoner med funktionsnedsättning/ar; och 15.2.1 om erfarenheter av den könsbekräftande vården.) Många unga identifierar sig också som icke-binära, vilket kan göra det ännu svårare att bli tagen på allvar som transperson och att få tillgång till könsbekräftande vård, vilket vi bland annat berörde i avsnitt 15.1.2, om tillämpningen av kunskapsstöden.

Samtidigt som vi vet att stöd från närstående är viktigt finns det forskning som visar att transpersoner får mindre socialt stöd från familj än sina cissykon och att transpersoner i hög grad blir avvisade av sina uppväxtfamiljer (Zeluf et al 2016). Av rapporten *Hon han* framgår det att transpersoner mellan 15 och 18 år i högre utsträckning än ungdomar överlag upplevt negativt bemötande från familj och vänner: 22 procent har upplevt mest negativa reaktioner rörande sin könsidentitet eller sexuella läggning (Ungdomsstyrelsen, 2010). Så här sammanfattar utredningen *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering* (SOU 2014:91) det: ”De som har fått negativa reaktioner från familjen har generellt en högre ohälsa och känner sig otrygga och rädda i större utsträckning. Unga hbt-personer löper också större risk att utsättas för våld i familjen.” Mer allmänna iakttagelser om situationen för unga transpersoner finns också i kapitel 6 i detta betänkande.

I kunskapsstödet för vård av vuxna med könsdysfori (Socialstyrelsen 2015f) nämns minderåriga personer överlag som en särskilt utsatt grupp vad gäller tillgången till könsbekräftande vård. I kun-

skapsstödet för vård av barn och ungdomar (Socialstyrelsen 2015i) fördjupas detta resonemang (se avsnitt 15.1.1 och 15.1.2 i detta betänkande). Unga som vistas i Sverige utan tillstånd nämns också som en särskilt utsatt grupp.¹⁵

Även kunskapsstödet för vård av barn och ungdomar tar upp vikten av stöd från närstående, i detta fall vårdnadshavare.

Unga med könsdysfori är generellt en sårbar grupp. De möts ofta av okunskap och oförståelse ute i samhället. Trakasserier i skolan är vanliga. Den fysiska, psykiska och sociala hälsan är sämre hos ungdomar med könsdysfori jämfört med andra ungdomar. Det är under sådana förutsättningar extra viktigt att unga känner sig accepterade och har stöd hemifrån. Stöd från vårdnadshavare har visat sig ha stor betydelse för den psykiska hälsan för ungdomar med könsdysfori, både under skoltiden och i vuxen ålder.

Samtidigt är det ofta omvälvande för vårdnadshavare att förstå att deras barn lider av könsdysfori. I början saknar de ofta kunskap om vad det innebär. Oro för omgivningens reaktioner och för att barnet ska bli trakasserat eller skadat är vanligt. Det är viktigt att hälso- och sjukvården kan tillhandahålla information, rådgivning och stöd till de vårdnadshavare som är i behov av det (Socialstyrelsen 2015i).

I utredningen av personer under 18 år med könsdysfori ingår att, om möjligt, hjälpa vårdnadshavare att

ha en accepterande och stöttande inställning som bidrar till att barnet eller ungdomen får utvecklas med en god självkänsla. Vårdnadshavare bör stöttas i att hantera osäkerheten kring barnets framtida könsidentitet /kunskapsstödet slår också fast att "Barnets framtida könsidentitet är osäker", mer om detta nedan/ och i att hjälpa barnet eller ungdomen att utforska den egna könsidentiteten. Utforskandet behöver få vara förutsättningslöst och utan antaganden om att barnet upplever sig ha en specifik könstillhörighet (Socialstyrelsen 2015i).

I arbetet med närstående lägger vården vikt vid respekt för "barnets önskan om att utforska sin könsidentitet" (Socialstyrelsen 2015i), att underlätta för barnet i vardagen och att uppmuntra vårdnadshavare till prepubertala barn med könsdysfori att återuppta kontakten med utredningsteamet då barnet närmar sig puberteten.

Juridisk kön och medicinsk könskorrigering (SOU 2014:91) tar, i likhet med kunskapsstödet, upp den utsatthet unga transpersoner kan

¹⁵ Asylsökande och papperslösa personer under 18 år får könsbekräftande vård på samma villkor som jämnåriga personer som är folkbokförda i Sverige, se vidare 15.2.6.

erfara i relation till sin familj och den närmaste omgivningen. Vikten av att ha stöd från föräldrar och eventuella syskon betonas återigen.

Barn och unga kan inte välja vilken familj de föds in i eller tillhör. Om föräldrar eller vårdnadshavare är de som kränker och hotar barnen skapar det en mycket utsatt situation. Barn och unga som utsätts för psykiskt och fysiskt våld av sina föräldrar räknas till de som riskerar att fara mest illa i samhället.

Föräldrars attityder, värderingar och beteenden i relation till sina barn är grundläggande för unga personers psykiska hälsa. Ett utanförskap på grund av homosexualitet, bisexualitet eller könsidentitet som man upplever i sin egen familj kan bekräftas och förstärkas av ett heteronormativt samhälle.

Många unga upplever att det är komplicerat att berätta för sina föräldrar att de inte är heterosexuella eller att de har en annan könsidentitet än den de tilldelats. Olika former av avståndstagande från hbtq-personer kan förekomma i familjemiljön. Föräldrar kan uttrycka sitt avståndstagande eller aggression då de blir medvetna om sitt barns identitet. Föräldrars negativa attityder till homosexualitet, bisexualitet och uttryck som bryter mot tvåköns- och cisnormer påverkar barn och unga. Det kan leda till att unga inte vågar berätta för föräldrarna om sin sexuella läggning eller könsidentitet, att de inte känner sig älskade, att de känner sig utanför, att de lever dubbelt – faktorer som påverkar deras psykiska hälsa och därmed deras självkänsla samt ökar risken för utanförskap och utsatthet (SOU 2014:91).

Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering SOU 2014:91 tar också upp att barns tillit kan påverkas av att befinna sig i en utsatt situation gentemot dem som borde utgöra den grundläggande tryggheten. Vi vet att transpersoner överlag har bristande tillit till vård och olika former av socialt stöd, vilket kan påverka såväl benägenheten att söka vård/stöd som hur insatser upplevs om man väl söker vård eller stöd.

Om barn och unga utsätts för psykiskt och fysiskt våld inom familjen, formar det personligheten på ett genomgripande sätt. Barn som utsätts för våld måste hitta sätt att bevara sitt förtroende för människor som inte går att lita på, trygghet i en otrygg situation, kontroll i en situation som inte går att kontrollera, makt i situationer där de oftast är maktlösa. Barn kompenserar ofta på egen hand för bristen på vuxen omsorg och deras personlighet påverkas i grunden. Den som utsätts för våld i familjen kan därför börja uppfatta våldet som normalt. Barn har inte heller alltid insyn i hur andra familjer har det och kan därför inte jämföra sin familj med någon annans. Barn som faller offer för våldet kan lägga skulden på sig själva, att våldet är deras fel och inte föräldrarnas (SOU 2014:91).

Juridiska villkor

Ett faktum som gör vård av unga – såväl vård rent generellt som vård vid könsdysfori – mer komplicerad än vård av vuxna är att omyndigas rättliga ställning inom hälso- och sjukvården inte är entydig. Två grundprinciper för vård vägs i fall med omyndiga vårdtagare mot varandra: vårdnadshavares ansvar för att barns behov blir tillgodosedda, och att vårdgivare ska söka vårdnadshavares samtycke till insatser som rör barn, visavi patientens självbestämmande och hälso- och sjukvårdens skyldighet att ge individuellt anpassad information och att genomföra vården i samråd med patienten.

Enligt både hälso- och sjukvårdsstiftning och föräldrabalken (1949:381) ska man i takt med barnets stigande ålder och mognad ta alltmer hänsyn till det barnet själv vill. Vad gäller vård ska barnets inställning till vården eller behandlingen klarläggas så långt det är möjligt, och tillmätas betydelse i förhållande till ålder och mognad. (Socialstyrelsen 2015i) Därför är individuella mognadsbedömningar, som också ställs i relation till vilken typ av insats det rör sig om (olika mognadsgrad kan krävas för olika typer av beslut) viktiga. Dessa görs av den som är ansvarig för barnets vård. Kunskapsstödet lägger också stor vikt vid att information ska ”anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar” i enlighet med patientlagen. Unga bör också ha tillgång till en fast vårdkontakt eller utsedd kontaktperson som koordinerar utrednings- och behandlingsinsatserna.

Några exempel på hur barns ålder kan spela in i andra sammanhang är att man från det att ett barn fyllt 12 år tar alltmer hänsyn till barnets vilja vad gäller sådant som boende (om vårdnadshavare separerat och har skilda boenden), att vårdnadshavare till barn under 13 år som vänder sig till kurator i allmänhet kan begära att få veta vad barnet pratat med kuratorn om, och att man från 16 års ålder får rösta i kyrkoval. 12 år var också den nedre åldersgräns som Patent- och registreringsverket tidigare beslutat om som den då barnet – med samtliga vårdnadshavares samtycke – kunde ansöka om byte av juridiskt namn, däribland till ”könskonträra” namn. Som geografiskt närliggande exempel på hur barns beslutskompetens kan bedömas kan Norge och Danmark nämnas. I Norge kan personer som fyllt 6 men inte 16 år byta juridiskt kön med vårdnadshavares medgivande. Personer som fyllt 16 år kan självständigt ansöka om byte av juri-

diskt kön och också på egen begäran byta juridiskt namn. I Danmark kan personer som fyllt 15 år ge informerat samtycke till könsbekräftande vård självständigt gentemot vårdnadshavare (Helse-direktoratet 2015; Sundheds- og Ældreministeriet 2017, hämtad 2017-09-26). Enligt Socialstyrelsen (2015i) kan unga bedömas som mogna att förstå medicinska och sociala konsekvenser av könsbekräftande hormonbehandling ("könskonträr hormonbehandling") när de är runt 16 år. Endocrine Society i USA gick dock nyligen ut med nya rekommendationer som anger att det finns skäl att överväga att sätta in behandling med könskonträra hormoner betydligt tidigare (Hembree et al 2017-09-13).

Några situationer som Socialstyrelsen (2015i) särskilt tar upp är då vårdnadshavare till ett barn är oense om en vårdinsats till barnet, och då samtliga vårdnadshavare vägrar insatsen. Det senare omnämns som en särskilt svår situation. I de ovan nämnda situationerna kan det bli aktuellt med insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453). Detta gäller endast då det rör sig om vissa vårdåtgärder, som psykiatriska och psykologiska utredningar och behandlingar som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, dit utredning och behandling av könsdysfori kan räknas, respektive lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU 1990:52).

LVU kan tillämpas också i fall då barn behöver skydd från sin/sina vårdnadshavare, som det här kan röra sig om.

Barn med könsuttryck som faller utanför cisnormen löper en förhöjd risk att utsättas för psykiska och fysiska övergrepp från vårdnadshavare. Hälso- och sjukvårdspersonal måste genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får veta något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd, i enlighet med 14 kap. 1 § första stycket punkt 2 socialtjänstlagen (2001:453) (Socialstyrelsen 2015i).

Insatser enligt såväl SoL som LVU görs av den kommunala socialtjänsten. Det kan antas att den enskilda socialtjänstens kunskap om transfrågor och/eller könsdysfori kan spela in när sådana här ärenden ska handläggas.

Konkret tillgång till könsbekräftande vård

Vården för barn och ungdomar med könsdysfori är ojämlig i än högre grad än vården för vuxna med könsdysfori. Svensk förening för transsexuell hälsa, SFTH, konstaterar i en skrivelse att ”/e/tt grundläggande problem är att det helt eller delvis saknas team för utredning och vård av barn och ungdomar med könsdysfori” (SFTH 2016).

I Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd ”God vård av barn och ungdomar med könsdysfori” fastslår myndigheten att barn och ungdomar med tecken på könsdysfori, eller som uttrycker önskemål om specialistkontakt, utan fördröjning ska remitteras till specialistteam för utredning. I många år har det bara funnits en enda mottagning i hela landet, på Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Stockholm, där man har tagit emot barn och ungdomar i alla åldrar. Några av landets vuxenmottagningar välkomnar ungdomar från 16 år men barnpsykiatrisk kompetens och kapacitet saknas. På senare tid har man på flera orter påbörjat arbetet med att bilda barn- och ungdomsteam men dessa har tilldelats otillräckliga resurser för att kunna ta emot det antal sökande som antas behöva utredning och vård. Detta medför långa väntetider och som följd stort lidande för både individen och dess familj (SFTH 2016).

Socialstyrelsen delar i sin uppföljning (2017e) av hur kunskapsstöden tillämpas denna bild.

Enligt vad utredningen har erfarit är det i dag två av utredningsteamerna, utöver Astrid Lindgrens barnsjukhus, som tar emot barn och ungdomar i alla åldrar: Linköping och Lundströmmottagningen i Alingsås.

En grupp som kan beskrivas som särskilt utsatt i förhållande till den könsbekräftande vården är unga ickebinära personer. Dessa har i dag en än mer skiftande tillgång till vården än barn och ungdomar överlag. Av en artikel i *Läkartidningen* 2017 (Frisén et al 2017) framgår att Astrid Lindgrens barnsjukhus gör en binär tolkning av könsdysfori i jämförelse med Socialstyrelsens kunskapsstöd och en mer binär tolkning än i diagnoskriterierna för könsdysfori hos barn i DSM-5. Enligt artikelförfattarna, som arbetar på Teamet för könsidentitetsutredningar av unga vid Astrid Lindgrens barnsjukhus, definieras könsdysfori som dels en uttalad könsinkongruens (att det tilldelade könet inte stämmer överens med könsidentiteten), dels ”en stark önskan att leva och bli accepterad som det motsatta könet”.

I Socialstyrelsens definition av könsdysfori finns ingen specificerad könsidentitet med, utan könsdysfori definieras som ”ett psykiskt lidande eller en försämrad förmåga att fungera i vardagen” till

följd av könsinkongruens. I diagnoskriterierna som citeras i anslutning till artikeln finns också en (delvis) bredare tolkning av vilka könsidentiteter som kan omfattas av könsdysfori: det första diagnoskriteriet, som måste vara uppfyllt för att kunna ställa diagnosen, är att man har en ”/s/tark önskan att tillhöra det motsatta könet eller insisterar på att faktiskt tillhöra det motsatta könet (eller annan köns-tillhörighet som skiljer sig från den tilldelade)” (Socialstyrelsen 2015i). Även de övriga diagnoskriterierna (varav ett antal, men inte alla, behöver vara uppfyllda) ger utrymme för en mer ickebinär tolkning.

Astrid Lindgrens barnsjukhus tar, enligt uppgift till utredningen, i dag inte emot uttalat ickebinära personer. Vid 18 års ålder kan personen överföras till ett utredningsteam för vuxna, som kan erbjuda utredning och behandling, men enligt de berättelser utredningen fått in tycks även vuxenutredningsteamens inställning till och behandling av ickebinära personer variera. Barnendokrinolog Olle Söder på Astrid Lindgrens barnsjukhus uppger för utredningen att detta motiveras med brist på vetenskap och beprövad erfarenhet och med medicinska skäl: ”Ja, vi har de patienterna, och det är ett litet problem. Det har nyligen dykt upp allt fler sådana patienter, och där finns det ingen beprövad erfarenhet i den meningen att vi vet hur vi ska hantera det. Många av dem vill ju ha stopphormoner men de vill inte ha något annat, och det är inte bra för hälsan att stå på stopphormoner för lång tid utan att få antingen manliga hormoner eller kvinnliga hormoner. Så att det är inte lätt att hantera det här ur patientsäkerhetssynpunkt.”

BUP i Lund tar emot transsexuella ungdomar, men vare sig utreder eller behandlar ickebinära. Vid Lundströmmottagningen i Alingsås tas unga ickebinära emot för såväl utredning som behandling; där kan alltså en produktion av beprövad erfarenhet väntas ske. I övrigt saknar vi uppgifter om huruvida utredningsteamet utreder och/eller behandlar ickebinära barn och ungdomar.

Utredningen vill här tillägga att det inte är ovanligt att upplevelse av kön ändras eller klarnar under en könsutredning, och att det är problematiskt att bli vägrad utredning på sin initiala uppfattning av identitet och vårdbehov. Socialstyrelsens kunskapsstöd öppnar också för att alla typer av könsbekräftande behandling som inte regleras i lag (byte av juridiskt kön, könsbekräftande underlivskirurgi, borttagande av könskörtlar) kan vara aktuell för personer med könsdysfori oavsett könsidentitet, såväl för ungdomar som för vuxna.

Behov och upplevelser

Utredningen har tagit emot ett litet antal berättelser från personer som antingen är under 18 år eller som påbörjat utredning före 18 års ålder. En av dem berättar om det glapp som uppstått när kön till könsutredning på barn-/ungdomsteam är för lång för att kunna påbörja utredning före 18-årsdagen och att det resulterat i att inte höra till något team:

Jag är en 17-årig transkille som varken har fått hormonbehandling eller operationer. Jag kom ut till mina föräldrar i november 2016, de tog det väldigt bra och är väldigt stöttande i min transformering, och ändrade mitt namn socialt (inte i folkbokföring och pass osv. men i alla sociala sammanhang där jag kan påverka det) i februari 2017. Under samma tidsperiod pratade jag med min skola och min skolsköterska om att jag var trans, de var också väldigt stöttande och mejlade alla mina lärare och bytte ut min skolmejladress. Jag fick då hjälp av min skolsköterska att ta kontakt med umo [ungdomsmottagning, utredningens anmärkning] för att få hjälp att få en utredning. På mottagningen blev jag väldigt bra mött, och en läkare hjälpte mig att ta kontakt med Astrid Lindgrens barnsjukhus (eftersom jag är under 18). Sjukhuset sa att jag inte skulle hinna börja min utredning på barnsjukhuset innan jag blev 18 eftersom att kön till en utredning är ungefär ett år lång. Min läkare tog då kontakt med Anova (vet inte om det stavas så, men det är där de över 18 går sin utredning) och där kunde de inte ta emot mig för att de inte tar emot remisser från människor som är under 17 år och 9 månader. Så jag har nu fått vänta i flera månader utan att min remiss ens står i någon form av kö. Jag tycker att det är ett dumt system som kan (utan att mena det) stänga ute människor som behöver hjälp och stöd. Jag personligen har stöd omkring mig, men tycker ändå att det är segt och dumt, så jag kan bara tänka mig hur det är för en 17-åring som inte har stöd hemifrån eller från någon annan stans (berättelse 82).

En annan person berättar om glappet mellan att vara klar med sin utredning och den juridiska möjligheten till fastställande från Rättsliga rådet, och att också på andra sätt anpassa sig till Rättsliga rådets krav. Personen vittnar också om hur utredningen kan påverkas av olika faktorer och bli ojämlig beroende på personliga förutsättningar. Personen beskriver, i tillägg till nedanstående citat, om att ha sett till att klä sig ”väldigt könsnormativt de dagarna jag skulle på utredningen” och ha ljugit om att inte önska fertilitetsbevarande åtgärder för att kunna få sin diagnos.

Jag tänkte berätta om några olika erfarenheter. Jag är idag 23 år, och påbörjade min utredning när jag var 15 år.

Jag blev klar med min utredning året jag skulle fylla 17 år. Då hade jag fått diagnosen transsexualism, och gått på hormonbehandling i över ett år, bytt alla förnamn och ingenting i teorin skulle kunna hindra mig från att vara den jag är. Utom att jag behövde vänta över ett år på att få remiss till Rättsliga rådet, och sen vänta ytterligare på att få träffa dem pga väntetid. Jag väntade i nästan 2 år i onödan bara på grund av en onödig åldersgräns, trots att mina vårdnadshavare, jag, och två läkare, en psykolog och en kurator var helt överens om min könsidentitet och mitt behov att få nytt juridiskt kön.

Jag fick också gå på flera onödiga läkartider under min utredning när jag egentligen inte hade de vårdbehoven, t.ex träffa kirurger två gånger för att kunna säga till Rättsliga rådet att jag ”funderar på” att genomgå underlivskirurgi, eftersom min utredare sa att de kommer tro mer på mig om jag kan visa att jag träffat kirurgen och säger att jag ”kanske är intresserad av underlivskirurgi när metoderna förbättrats”.

[---] Jag upplevde att jag fick många fördelar under min utredning på grund av att jag presterade bra på de psykologiska testerna. Mina utredare sa det rakt ut, att på grund av att jag visade på hög intelligens kunde de skynda på min utredning. Jag tycker att det är otroligt dåligt att de inte skyndar på pga könsdysfori och behov, utan för att jag presterade bra på något himla låtsastest som tydligen visade att jag är intelligent. (testen bestod bl.a av att jag fick göra lite huvudräkning samt på tid få rita ett kryss över alla djur på papper med bilder på massor av olika saker, + Rorschach-tester.) Mina utredare sa också flera gånger att de kunde skynda på min utredning eftersom att båda mina föräldrar var medgörliga genom att de kom på utredningsmötena och sa att de också trodde att jag är trans. Jag tänker på de som presterade sämre på de psykologiska testerna och inte har lika stöttande föräldrar som mig, men kanske har ännu större vårdbehov än mig.

[...] I brevet från den utredaren till Rättsliga rådet skrev han: ”X var tidigare bisexuell men ser sig själv numera som en heterosexuell ung kille.” Det är ord som aldrig kommit ur min mun och jag förstod inte varför Rättsliga rådet behövde veta det för att anse att jag är kille nog för att få rätt juridiskt kön, men jag kommenterade inte på det eftersom jag inte ville äventyra något (berättelse 83).

En mamma till en 10-årig transtjej berättar om oro för att dottern inte ska få den behandling hon behöver i tid:

Vi har även kontakt med BUP i /ort där det finns ett utredningsteam för vuxna/, där de har ett relativt nytt team som jobbar med transbarn. Det märks tydligt att de inte har så mycket erfarenhet. Det känns ofta som att jag vet mer, vilket känns konstigt. Jag vill ju fråga dem om behandlingar och hur det kan bli i framtiden.

Jag känner också att det finns en risk att min dotter får behandling för sent för att det "ska vara" vid en viss ålder en ska få behandling. Exempelvis att en ska vara 16 år för att få östrogen. Jag tycker ju att 16 år är sent att komma in i puberteten och särskilt som tjej.

Jag har dock väldigt bra känsla för vår endokrinläkare, /namn/. Det har känts väldigt bra när vi pratat med honom. Han lyssnade verkligen på vår oro. Han har också sett till att vi får komma en gång var sjätte månad för att undersöka hur långt puberteten har kommit (berättelse 109).

Utredningen har också fått in en berättelse per mejl från en förälder till en ung transkvinna som utretts vid samma BUP-mottagning som i citatet ovan. Den unga kvinnan och hennes förälder har inte haft positiva upplevelser av vården där.

Många frågor ställdes och attityden mot mitt barn, som INTE valt att vara en femme-tjej, var något nedvärderande. En tid efter besöket kom ett brev. I detta stod att mitt barn skulle utredas på BUP /.../ istället. De hade ett nystartat team och mitt barn kom att bli deras försökskanin. Läkare, kurator och psykolog gav mitt barn diagnosen "könsdysfori". /4 månader senare/ fick hon påbörja användandet av stopphormoner. Sedan hon kom ut och vi sökte hjälp hade det då gått 1,5 år, vilket resulterat i /bland annat en längd och skostorlek som inte så många kvinnor har/. En dröm för alla tjejer, eller hur?

Sedan startade vår jakt på kvinnliga hormoner. Ny läkare på BUP vägrade om och om igen att påbörja hormonbehandling, trots att mitt barn skrek och grät och upprepade sa att hon ville dö. Läkaren menade att mitt barn eventuellt hade AST [autismspektrumtillstånd, utredningens anmärkning], till stor del grundat på att hon ej ville vistas bland folk. Att mitt barn vid upprepade tillfällen sa att hon ej ville gå ut och ej ville umgås pga hur hon såg ut och uppfattades av andra lyssnades det inte på.

Jag kontaktade /som annat utredningsteam/ som i sin tur kontaktade BUP /.../ och då valde BUP att överlämna mitt barn till vuxenteamet, där vi började ... /.../

Igår fyllde mitt barn 18 år och 2,5 år har gått sedan hon kom ut. Under de åren har hon utretts, svarat på samma frågor om och om igen och i sin längtan efter att få se ut som hon vill utvecklat ångest och social fobi. Hon uttrycker själv att hon hatar sig själv och att hon inte har någon

tilltro alls till vården. Hon tror inte längre själv att varken hormoner eller könskorrigering behandlingar kommer att ske¹⁶.

Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd har insättning av könsbekräftande hormonbehandling samband med bedömning av individuell mognad, men det finns ingen fast åldersgräns: ”Ungdomen ska ha mognat tillräckligt för att förstå vilka förändringar som kan förväntas av en könskonträr behandling och vilka medicinska och sociala konsekvenser behandlingen kan medföra. Ofta bedöms detta ske vid 16 års ålder, men det kan ske tidigare eller senare.”

Som avslutning kan nämnas att unga personer också kan få ett mindre gott bemötande i skärningspunkten mellan den icke transspecifika vården och den könsbekräftande vården. I RFSL Ungdoms rapport *Bra bemött?* (Due & Gäredal 2015) berättar en 18-åring, som definierar sig som queer, trans och intergender, om hur det faktum att hen mår bra gjorde att hen blev misstrodd på ungdomsmottagningen.

Jag fick flera olika tider till olika människor på samma mottagning eftersom ingen verkade veta vad som skulle göras för mig. När jag kom till psykiatriern på mottagningen talade han om mig som någon som ”vill bli en pojke”, kallade mig för fel pronomen, var skeptisk över att jag inte hade någon journal från tidigare besök hos psykologer/kuratorer och sa att han visserligen kunde remittera mig, men att han inte trodde att de skulle ta mig på allvar eftersom ”transpersoner brukar må dåligt och bli mobbade”, så faktumet att jag mår bra i övrigt verkade bli till min nackdel.

Även om ohälsotalen bland unga transpersoner är höga skattar drygt 4 av 10 i åldersgruppen 15–19 år sitt allmänna hälsotillstånd som ”någorlunda” och knappt 4 av 10 tillståndet som ”bra hälsa”.

15.2.5 Erfarenheter från personer med funktionsnedsättningar

Det är vanligt att transpersoner har någon typ av funktionsnedsättning. Det finns inga samlade siffror för hur vanligt det är i en svensk kontext att transidentitet och någon form av funktionsnedsättning samvarierar, men utredningen har kännedom om att en studie från Socialstyrelsen i ämnet är under framtagande. Några vägledande siffror

¹⁶ Mejl till utredningen, Komm 2017/01072

från svensk forskning redovisas senare i detta avsnitt. Vi inleder med några definitioner av funktionsnedsättningar och några siffror som visar förekomsten i befolkningen i stort. Källorna är valda för att visa på bredden i hur funktionsnedsättningar kan definieras.

Definitioner och statistik befolkningen i stort

Olika aktörer har olika definitioner av vad som utgör en funktionsnedsättning, och delar in funktionsnedsättningar på olika sätt. Exempelvis gör dåvarande Statens Folkhälsoinstitut i rapporten *Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning* (Statens folkhälsoinstitut 2012) en indelning i huvudsakligen fysiska funktionsnedsättningar, huvudsakligen neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och enbart allergisjukdomar.

Till de neuropsykiatriska funktionsnedsättningarna räknades; förutom adhd, autismspektrumtillstånd och vissa språkstörningar, som ofta ingår i definitioner av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF:er), både psykiska och intellektuella funktionsnedsättningar. Såväl långvariga sjukdomar (hit hör bland annat allergisk snuva, eksem, astma och mag- och tarmbesvär) som funktionsnedsättningar räknas här alltså som funktionsnedsättningar.

Rapporten baserade sig på en enkät som riktade sig brett till föräldrar till barn under 18 år och som endast i en tredjedel av fallen fylldes i av barn och föräldrar tillsammans. Resultaten är alltså endast delvis självskattning av personen med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Andelen barn och unga med funktionsnedsättningar uppgick enligt rapporten till mellan 30,8 och 35,7 procent. Om barn och unga med lindriga sjukdomar och lindriga funktionsnedsättningar uteslöts blev andelen 15 procent. En nationell totalundersökning i årskurserna 6 och 9 kom 2009 fram till en liknande siffra, men i den undersökningen var en del av de sjukdomar och tillstånd som räknades som funktionsnedsättningar i Folkhälsoinstitutets rapport inte med (Statens Folkhälsoinstitut 2012; den undersökning som refereras är *Hälsan hos barn och unga med funktionsnedsättning*, Statens Folkhälsoinstitut 2011).

Folkhälsoinstitutet konstaterar också att barn med funktionsnedsättningar har sämre hälsa än barn i allmänhet: oavsett svårighetsgrad på funktionsnedsättningen har de till exempel oftare ont i magen,

ont i huvudet och svårt att sova. Liknande resultat framkommer i rapporter om unga hbtq-personers hälsa (till exempel Folkhälsomyndigheten 2015a).

RFSL och RFSL Stockholms projekt Funkisprojektet räknar till begreppet funktionsnedsättningar psykiska (inklusive neuropsykiatriska), kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar. Att i stället tala om funktionsvariationer är ett sätt att synliggöra att alla människor förhåller sig till funktionsnormen (förväntningen att människor inte har någon funktionsnedsättning) och hur de som bryter mot denna norm påverkas negativt, men begreppet är inte synonymt med funktionsnedsättningar.

Funka, ett konsultbolag som arbetar med tillgänglighetsfrågor, skriver i sin sammanställning av statistik (Funka 2017, hämtad 2017-09-31) att mellan 10 och 20 procent av befolkningen i västvärlden har någon form av funktionsnedsättning. Till funktionsnedsättningar räknar Funka rörelsenedsättningar, svårigheter att läsa och skriva, kognitiva funktionsnedsättningar, syn- och hörselnedsättningar, tal-svårigheter, svårigheter med koncentration och minne (till exempel demens, adhd), psykisk ohälsa, astma och allergi samt olika slags överkänslighet. Som ett exempel kan nämnas att mellan 20 och 40 procent av befolkningen i Sverige uppger att de lider av psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa bland transpersoner och andra

Det är vanligt med psykisk och psykosocial ohälsa i gruppen transpersoner (se till exempel Dhejne 2017; Dhejne et al 2017, Folkhälsomyndigheten 2015a, 2016c). Som vi skrivit om i bland annat kapitel 7 om psykisk hälsa i detta betänkande, finns flera olika förklaringar till detta, som bland annat handlar om utsatthet. I TGEU:s enkätundersökning uppgav 36 procent att de ansåg att de hade en funktionsnedsättning (TGEU 2017a).

De flesta som genomgår könsbekräftande behandling rapporterar att hälsan förbättras och livskvaliteten blir högre efter genomgången behandling. Denna grupp transpersoner har dock fortfarande en sämre psykisk hälsa, förhöjd risk att dö i förtid och förhöjd risk för suicid jämfört med befolkningen som helhet (Dhejne 2017).

Detta kan hänga samman med sådant som ohälsa som samvarierar med könsdysforin – till exempel psykisk ohälsa som inte är relaterad

till könsdysforin och därför inte behandlas med könsbekräftande vård – och med allmän utsatthet. Många hälsoproblem hänger direkt och indirekt ihop med utsatthet för fördomar, diskriminering och våld. Vi har berört detta också i kapitel 5 om transpersoners levnadsvillkor i detta betänkande.

Folkhälsomyndighetens undersökning *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner* (Folkhälsomyndigheten 2015a) ställde frågor om hälsa till transpersoner oavsett om dessa genomgått könsbekräftande behandling eller inte. En hög andel av respondenterna, 53 procent, angav att de hade en fysisk eller psykisk sjukdom som medförde nedsatt arbetsförmåga eller hinder i vardagen. I den uppföljande artikeln ”Health, disability and quality of life among trans people in Sweden – a web-based survey” (Zeluf et al 2016) räknades dessa sjukdomar som funktionsnedsättningar.

Sjukdom var vanligast i de yngsta åldersgrupperna i undersökningen, 15–19 (50 procent) och 20–29 år (drygt 40 procent). Som jämförelse kan anges att 20 procent av respondenterna i den nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor* (Folkhälsomyndigheten 2014), rapporterade att de hade en funktionsnedsättning. I samma undersökning angav 13–17 procent (beroende på vilket mätinstrument som användes) nedsatt psykisk hälsa.

Det framgår inte huruvida, och i vilken grad, respondenterna i *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner* räknar in könsdysfori när de skattar fysisk och psykisk sjukdom. Könsdysfori innebär, enligt Socialstyrelsen, ”ett psykiskt lidande eller en försämrad förmåga att fungera i vardagen”, vilket också kan ses som en allmän definition av begreppet funktionsnedsättning.

Folkhälsomyndigheten delar i rapporten in hälsotillståndet i psykisk hälsa, fysisk hälsa och sexuell hälsa. För det här avsnittet är de två förstnämnda kategorierna av intresse (sexuell hälsa tas upp i avsnittet 15.4.3). I kategorin psykisk hälsa finns uppgifter om sömnbesvär, nedstämdhet, att känna sig spänd och att känna sig stressad. Respondenterna ombads att skatta hur de hade haft det under de senaste veckorna. 30 procent av respondenterna i hela åldersspannet, 15–94 år, rapporterade sömnbesvär och att de ofta eller alltid haft svårt att sova på grund av oro under perioden (*Hälsa på lika villkor*: 6 procent).

Över en tredjedel av respondenterna hade ofta eller alltid känt sig olyckliga eller nedstämda; detta var vanligast i åldersgrupperna

15–19 år (58 procent) och 20–29 år (45 procent). Över en tredjedel hade ofta eller alltid känt sig spända, och 15 procent hade känt sig mycket stressade (Hälsa på lika villkor: 3 procent). Bland fysiska besvär fanns värk (17 procent rapporterade svåra besvär) och huvudvärk eller migrän (en tredjedel av respondenterna hade sådana besvär, 5 procent hade svåra besvär; i *Hälsa på lika villkor* var det 25 respektive 4 procent).

Det är viktigt att komma ihåg att dessa siffror rör självs kattad hälsa och att det inte framgår huruvida det finns några diagnostiserade sjukdomar eller tillstånd. Diagnostiserade sjukdomar/tillstånd kan uppmärksammas vid utredning och behandling för könsdysfori, se exempel nedan. En del av könsutredningarna är också att känna igen och diagnostisera samexisterande psykiska problem och differentialdiagnoser (psykosjukdom, demens; differentialdiagnostik innebär att skilja mellan sjukdomar/tillstånd som kan ha liknande symptom).

Folkhälsomyndigheten fann ett signifikant samband mellan att vara ickebinär och att skatta sin hälsa som dålig (24 procent), jämfört med personer med andra typer av transidentiteter (transfeminina 20 procent, transmaskulina 13 procent, transvestiter 4 procent). Ickebinära rapporterade också i högre grad, 64 procent, att de hade någon form av funktionsnedsättning (transfeminina 50 procent, transmaskulina 50 procent, transvestiter 29 procent). Det finns skäl att anta att ickebinära i högre utsträckning än binära transpersoner upplever diskriminering och annan utsatthet och att tvåkönsnormen i samhället bidrar till ytterligare förhöjd minoritetsstress för ickebinära jämfört med binära transpersoner. Som vi tidigare nämnt påverkar sådant som diskriminering hälsotillståndet negativt, och många transpersoner upplever svår stress.

I gruppen ickebinära är många unga. Det är välkänt att unga på gruppnivå, såväl i befolkningen som helhet som i gruppen transpersoner, skattar sin hälsa som sämre än vad äldre personer gör. I *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner* (Folkhälsomyndigheten 2015a) rapporterade de yngsta åldersgrupperna i högre utsträckning än de äldre att de utsatts för kränkande behandling eller bemötande, fysiskt våld, psykiskt våld och sexuellt våld. Många skattade sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt, och bland dem som uppgav att de hade en funktionsnedsättning som medförde nedsatt arbetsförmåga eller hinder i vardagen var de flesta mellan 15 och 29 år gamla.

Att vara ung ickebinär person kan sägas innebära en dubbel utsatthet. En annan utsatthet som beskrivs som dubbel, eller som ett dubbelt utanförskap eller dubbelt normbrott, är att vara hbtq-person och ha en funktionsnedsättning. Enligt förstudien till RFSL Förbundets och RFSL Stockholms projekt Funkisprojektet (se projektets definition av funktionsnedsättningar ovan), *”Och aldrig mötas de två”*. En förstudie om hbtq-personer med erfarenheter av funktionsnedsättningar (RFSL 2013b), och projektets slutrapport (RFSL & RFSL Stockholm 2017) upplever många hbtq-personer med funktionsnedsättningar att de ofta tvingas välja mellan sina båda gruppstillhörigheter – hbtq-person och funkis (person med funktionsnedsättning/ar) – och att det är svårt att bli sedd och bemött som sitt ”hela jag”. Det gäller i såväl funktionsnedsättnings-sammanhang som hbtq-sammanhang.

Personer med funktionsnedsättningar antas ha en normativ könsidentitet eller sexualitet, i den mån de över huvud taget ses som personer som har en könsidentitet eller sexualitet. En del av informanterna i förstudien beskriver att det kan vara svårt att bli tagen på allvar och sedd som hbtq-person om man har en funktionsnedsättning. Det händer också att normbrottet i fråga om könsidentitet eller sexualitet bortförklaras med funktionsnedsättningen, vilket vi ger exempel på nedan. ”Vid tillfällen när normsamhällets idéer om hur man förväntas leva sina liv och se ut motsätts, blir det oftast det mest framträdande normbrottet eller motsättningen som lyfts upp och synliggörs och därmed bemöts” (RFSL 2013b).

På en könsidentitetsmottagning befinner man sig visserligen för att man bryter mot samhällets normer för kön/könsidentitet. Man förväntas, åtminstone i början av en utredning, synligt bryta mot sådana normer. Men eftersom normbrottet att vara transperson ändå får sägas vara ”normalt” i den omgivningen kan man anta att fokus lätt hamnar på synliga eller märkbara funktionsnedsättningar.

Funkisprojektet konstaterar också att man, oavsett om man bryter mot samhällets normer för kön/könsidentitet eller funktionsförmåga, riskerar att drabbas av psykisk och fysisk ohälsa.

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (som dock inte är det samma som psykisk ohälsa) är också vanliga bland personer med könsdysfori. I artikeln ”Kraftig ökning av könsdysfori bland barn och unga” (Frisén et al 2017) skriver personal på Teamet för könsidentitetsutredningar av unga vid Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm

att det finns en kraftig ökning av andra psykiatriska diagnoser än könsdysfori. Hit hör exempelvis autismspektrumtillstånd, som beskrivs som "kraftigt överrepresenterat bland dem som söker könsbekräftande behandling" – upp till 26 procent (som jämförelse nämns att 2,5 procent av tonåringar i Stockholms län 2011 hade diagnosen autismspektrumtillstånd).

Det är inte klarlagt huruvida det finns ett samband mellan könsdysfori och autismspektrumtillstånd. Vidare beskrivs i artikeln att mer än hälften av unga med könsdysfori också uppfyller diagnoskriterier för minst en psykiatrisk diagnos och att de flesta ungdomar med könsdysfori utvecklar alltmer psykiatrisk problematik med tiden. Den höga förekomsten av psykiatrisk samsjuklighet, där ångest, depression och självskadebeteende är vanligast, "antas bero på den utsatthet i samhället och de påfrestningar denna patientgrupp upplever".

Flera av de endokrinologer som utredningen talat med tar upp att det är vanligt att könsdysfori samvarierar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. I en del fall beskrivs det enbart som ett faktum, i andra fall som en försvårande faktor:

Endokrinolog: Jag tycker att de yngre är ett annat klientel än de äldre. Av de yngre är det många som har en annan diagnos, som asperger eller adhd, och det stökar till det, för då har de ju den delen som också gör att det blir jättesvårt i /sociala/ kontakter. /.../ Det är också någonting som har tagit oss lite på sängen, att de är så många, att det ökar så mycket. Båda delarna (patienter med könsdysfori och patienter med både könsdysfori och npf).

Intervjuare: Är det speciella behov för den patientgruppen också inom din yrkeskategori?

E: Kanske inte med hormoner och så. Där är det mycket mer att det kanske finns en rigiditet. Man har ibland svårt att hantera också sin medicinerings, det är svårt att komma ihåg om man ska ha gel, att man klarar av att smörja sig regelbundet och sådant, så det stökar ju till. Men jag tror att det är de som har svårast framöver att klara sig i samhället, för det är som att man har svårt nog egentligen av sin neuropsykiatriska diagnos många gånger. Och sedan blir det dessutom det här att man ska kämpa med att överkomma att man har gjort ett könsbyte. Så de ömmar jag lite för, de har det svårare.

I: Ett extra vårdbehov?

E: Ja.

En annan av endokrinologerna beskriver att det finns två huvudsakliga grupper av patienter. En del som är ”helsäkra, tvekar inte ett ögonblick”, och en grupp som funderar mer:

Så finns det patienter som har mycket funderingar, ska jag, ska jag inte, vad har det här för effekt på mig, vad kommer att hända med detta, hur kommer jag att må. Och som också har en annan psykiatrisk sjuklighet vid sidan om. Och vi har också alla de som är autister, som också känner i högre omfattning än andra en könsdysfori, där det inte är okomplicerat på något vis, där man har en ganska svart-eller-vitt-syn på livet. Där behövs psykiatri. För deras skull liksom.

En endokrinolog som länge har arbetat med behandling av ungdomar beskriver att den psykiska hälsan överlag bland patienterna hen ser har ökat:

Anledningen till att jag började med det här, och har fortsatt med det, är att de här patienterna behöver ju hjälp. Det var helt uppenbart i början av 2000-talet när det här ökade. Många mår väldigt dåligt och hade alla möjliga psykosociala problem: hoppade av skolan, missbruk, suicidförsök, självskadebeteende, allt möjligt – det värsta elände som jag har sett någon gång ibland, hos vissa av de här individerna. [---]

Det som har ändrats tydligt är att de som söker mår psykiskt bättre i dag än vad de gjorde förut, det är min uppfattning. För jag har inte många sådana här fall som jag tyckte var bedrövtligt jobbiga, när de har så mycket psykosociala /problem/. Nu är jag otroligt imponerad av ungdomar som säger att, det vet ju alla att jag är så här, jag ställde mig upp i skolklassen och sa att jag heter så och så, bara så ni vet. Då säger jag, jaha, blir du inte trakasserad eller mobbad? Nej, det blir jag inte, alla tyckte att det var okej. Det är ingen som har kommit med några sådana tankar /jämför tidigare citat/ det senaste året. Förr var det ju så att de var alltid mobbade och ibland fysiskt nerslagna och alla möjliga saker. Det kan ju finnas sådana inslag också, det finns ju självklart komorbiditet, särskilt när man har en neuropsykiatrisk diagnos – adhd, autismspektrum och sådant.

På Västerbottens läns sida med information om psykiatri instrueras de som ska remittera personer till könsidentitetsmottagningen att bedöma dels att diagnoskriterierna för könsdysfori/transsexualism bedöms vara uppfyllda, dels att de inte är ”ett autistiskt specialintresse” (Västerbottens läns landsting, 2017, hämtad 2017-10-26). Den här typen av differentialdiagnostik nämns också i de nyligen utgivna danska rekommendationerna för könsbekräftande vård (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017, hämtad 2017-09-26).

Erfarenheter av den könsbekräftande vården

Många av de berättelser om den könsbekräftande vården som kommit in till utredningen tar upp olika slags ohälsa. Psykisk ohälsa beskrivs ibland som direkt knuten till könsdysfori, ibland finns det en indirekt koppling, som en depression till följd av att ha blivit lämnad av sin partner för att man är transperson. Det finns också exempel på ohälsa, såväl psykisk som fysisk, som inte kopplas till transidentiteten eller tillkönsdysfori. En del beskriver att psykisk ohälsa förvärras av sådant som väntetider i den könsbekräftande vården och att brist på information gör det svårt att överblicka utredning och behandling och kunna planera sitt liv. Dåligt bemötande, både inom den könsbekräftande vården och inom den icke transspecifika vården, är också en faktor som kopplas till (förvärrad) psykisk ohälsa.

Läkarna ville också att jag skulle spara mina ägg, men trots att jag flertalet gånger sa nej eftersom jag inte ville ha barn och tyckte att ingreppet och tanken var alldeles för ångestriggande och dysforisk envisades de och sa att jag skulle ångra mig en dag (berättelse 33).

Jag har blivit utsatt för mycket småsaker. Det har satt spår, och med mina andra diagnoser har det lett till psykiska trauman och att jag idag inte tål någon form av stress. Jag är idag ett vrak som inte kan fungera i samhället och mycket av det kan skyllas på sjukvården och behandlingen från andra (berättelse 73, har genomgått könsbekräftande behandling).

Tillgång till könsbekräftande behandling hänger för flera personer som skickat in berättelser ihop med åtminstone delvis förbättrad psykisk hälsa.

Förväntan att man ska hålla sig stabil, utan överhuvudtaget några hormoner. Och om man skulle vara instabil skulle leda till fördröjning av medicinering.

Människor som är transsexuella behöver hjälp akut. Hormonbehandling räddade mitt liv och gjorde mig stabil på en vecka.

Nekar man cancerpatienter samma sak, om de inte är stabila, när det gäller livsviktiga mediciner?

Bara för att man är transsexuell ska man inte behöva behandlas som något som ett liv som kan offras.

Inser de inte själva hur många transpersoner som är självmordsbenägna och behöver hjälp nu? Inte om ett halvår, inte om 3 år.

Lyckligtvis hade jag stöttning och var enbart långtidsmässigt deprimerad, men tänk på alla andra som inte hade sin familj eller sina vänner i bakgrunden (berättelse 35).

Jag vågade aldrig tala öppet om att jag mårde väldigt dåligt under den här tiden /könsutredningen, utredningens anmärkning/, att efter varje möte gick jag hem och överlevde dag för dag för att vänta 3 månader tills nästa möte. Jag hade försökt nämna det i början och det resulterade också i förlängd utredning. Så jag låtsades att jag jobbade under hela min utredningsperiod, för att så länge jag hade ett "normalt" liv och såg ut som de ville att jag skulle se ut så kunde jag få diagnos och börja på hormoner snabbare¹⁷.

Hormoner har gjort väntan uthärdlig men det är fortfarande vissa dagar då min dysfori gör mig sängliggande i stark ångest. Det räknas inte som en anledning att vara sjuk dock enligt försäkringskassan. Samhället verkar vara tämligen oförstående inför detta (berättelse 116).

Ohälsa kan vara ett hinder för att kunna söka könsbekräftande vård. Både för att det kan vara svårt att våga ta kontakt med vården utan ångestdämpande medicin och för att man är rädd att samtidiga tillstånd ska göra att man nekas könsutredning:

Kämpar med att våga ta initiativ till saker och ting, komma igång med saker samt komma igång, och inte bara prata om det i en evighet. Ah. Känns väldigt nervigt, det här med utredning.

För det första måste jag våga ta kontakt med transvården. Ens för det behöver jag medicin. Men för att ens orka/våga gå till apoteket och ta ut medicin behöver jag medicin. Ångestdämpande.

Jag har kört fast. Det blir till onda cirklar och bara "dåliga vanor".

Är rädd att jag inte ska få göra könsidentitetsutredning, eftersom jag både är ickebinär och har tidigare diagnos (autism), samt just nu gör en utredning för adhd/add, kommer förmodligen få en till diagnos (berättelse 17).

En person med funktionsnedsättning har fått sin utredning fördröjd då utredningsteamet inte velat ta emot remissen.

¹⁷ Mejl till utredningen, Komm 2017/01073

Jag bad för en tid sedan min psykiater, som jag går regelbundet till, att remittera mig till könsutredning då jag ett längre tag funderat över min könsidentitet och önskar vård. Då Uppsala är den mottagning som mitt landsting har avtal med så är det dit remissen går, om jag inte själv står för resor till annan mottagning och eventuell övernattningslösning där. Och det har jag med halv sjukersättning, bostadstillägg och halvt aktivitetsstöd på lägsta nivå inte råd med. Så remissen gick till Uppsala som inte ville ta emot den. De tyckte att det var för tidigt och att namn, pronomen och klädsel nog räckte för mig. Det tycker inte jag. Men de tar inte emot ny remiss för mig förrän sex månader efter den första. Vilket är nu. Så jag har återigen bett min psykiater att skicka remiss till Uppsala och vi håller båda tummarna för att den här skall godtas så jag kommer in i kön. Som är flera månader lång.

Så min resa är inte på långa vägar över än. Vilket lär ta årtal då jag inte passar in i det binära könssystemet med enbart kvinna eller man. Jag behöver ett annat juridiskt kön för att må bra. (berättelse 4)

En annan person, som har autism och står i kö för att påbörja en könsutredning, ger ett exempel på hur primärvården kan fördröja utredning för personer med funktionsnedsättningar. Här kan tilläggas att oro för dåligt bemötande, till exempel genom kännedom om andra som blivit illa bemötta, kan påverka benägenheten att söka vård och möjligen påverka förtroendet för vården negativt.

Min kompis har asperger och hennes läkare och psykolog tycker inte att hon förstår tillräckligt vad trans innebär, alltså att hon inte kan vara en kvinna, de vägrade att skicka en remiss, hon visste inte vart hon skulle vända sej. Hennes egna läkare vägrade henne vård bara för att han tyckte att hon inte fattade vad trans var. Och nej, hon hade inte grov asperger, hon förstod, hon passerade som vilken annan människa som helst. Hon hade inget hinder, mentalt eller fysiskt (berättelse 40).

En person berättar hur personal inom psykiatrin, när personen låg inlagd, fördröjde remiss till utredningsteam:

När jag väl kommit ut fick jag snabbt tid hos en specialistpsykiatriker som jobbade på min psykologmottagning – men på grund av regelverket kunde han, trots sin stora kompetens, inte behandla mig direkt utan jag fick remiss till könsidentitetskliniken i Lund. Sex månader skulle väntetiden vara men efter sju gick jag in i en djup depression och försökte att ta mitt liv. Jag låg på psyk i en månad. Där var bemötandet av personalen minst sagt blandat. Vissa var väldigt förstående och använde rätt pronomen och namn, medan andra, trots att det stod rätt namn i mina ID-handlingar, fortsatte att använda den feminina versionen av det och kvinnliga pronomen. När jag en dag efter mycket möda vågade mig ut i TV-rummet frågar en skötare högt, inför alla: ”så, du vill

skaffa en penis då?”. Jag gick inte ut igen på länge. Jag började svälta mig själv i ren desperation eftersom de på psyk inte heller kunde hjälpa mig. Från mitt fönster kunde jag se in på könsidentitetsmottagningen, men inte kunde jag gå dit och få hjälp, trots att jag var redo att dö för det. Jag fick själv ringa runt och kolla upp kötider på olika kliniker och bad om en remiss till ANOVA i Stockholm istället. Läkaren sa ja och jag började äta igen. Nästa dag säger läkaren att de inte skickat remissen för att de inte var säkra på att jag ville ha den. Jag har aldrig i mitt liv känt mig så liten (berättelse 70).

I förstudien till Funkisprojektet intervjuas transpersonen Alex (fingerat namn). Hen har en medfödd CP-skada och nedsatt syn, använder permobil och har dubbel personlig assistans. Rapporten beskriver hur Alex haft svårt att få remiss till könsutredning och att hen när hen väl kommit dit blivit ifrågasatt på grund av sin funktionsnedsättning.

Det beskrivs som att det sker en kortslutning hos allmänheten när den tvingas hantera detta dubbla normbrott, en kortslutning som bland annat leder till att personer med synliga funktionsnedsättningar många gånger ses och bemöts som könlösa och asexuella.

Detta blir väldigt påtagligt i Alex berättelse om att vara inne i transvården och ständigt bli ifrågasatt på grund av hens funktionsnedsättning. Alex berättar att hens transtankar alltid funnits där från en tidig ålder. Alex mamma skickade hen till en psykolog, för att hon märkte att Alex inte mädde bra. Men i samtalet med psykologen fick Alex transfunderingar aldrig ta plats, för psykologen fokuserade bara på Alex funktionsnedsättningar och utgick från att det var de som var problemet – vilket de inte var. Problemet var Alex olustkänsla i det kön som hen tolkades som. Den första professionella person som Alex vågade berätta om sina transtankar för var en terapeut på vuxenhabiliteringen. Alex trodde att terapeuten kunde hjälpa hen med en remiss till ett utredningsteam. Men terapeuten avlog på en gång Alex funderingar och sa: ”Du är inte transsexuell”. Detta bidrog till att det tog ännu längre tid för Alex att våga vända sig till sin lokala vårdcentral för att få en remiss. Väl där gick det väldigt bra och smidigt.

Alex återkommer dock flera gånger under vår intervju till att hen upplever att hen har haft det svårare än andra transpersoner utan synliga funktionsnedsättningar i transvården. Hens berättelser om det bemötande hen fått från vården ger en tydlig bild av hur svårt det verkar vara för samhället att se en person med funktionsnedsättning som något mer än just funktionsnedsatt (särskilt om det är en synlig sådan som kräver flera olika hjälpmedel). Alex berättar: ”Ja, jag har ju fått kämpa väldigt mycket med transutredningen. Det är ju mycket tuffare för mig, de är mycket mer noggranna. De är alltid noggranna. Men det gäller ju att

hålla dem, så att de inte pratar för mycket funktionshinder. Och sen måste man väl prata om det, för att vissa saker påverkas av det. Men man är ju där för att man känner att man är född i fel kön och inte för att man har stol” (RFSL 2013b).

I en artikel i tidskriften *Ottar* 2017 (Svedhem, 2017, hämtad 2017-09-31) beskrivs hur transpersoner med intellektuella funktionsnedsättningar ofta drabbas av bristande kunskap i hälso- och sjukvården. Maria (fingerat namn), en 48-årig kvinna med diagnosen lindrigt intellektuellt funktionshinder, har inte haft tillgång till information om transidentiteter och att det är möjligt att få könsbekräftande vård. ”Jag har gått till så många psykologer genom åren och pratat om det här. ’Jaha, hmm’, sa de bara, och hjälpte mig inte med någonting.”

För tio år sedan fick Maria slutligen en remiss till ett könsutredningsteam. Inte heller där fick hon den hjälp hon behövde: ”Jag fick gå dit fem gånger och sedan hade de redan bestämt sig: Jag blev nekad och fick ingen vård. Det kändes som att de inte lyssnade på mig. Jag tror de tänkte att ’hon är funktionshindrad, så detta är bara något hon fått för sig’.”

Åtta år senare fick hon en ny remiss till ett annat utredningsteam: ”Jag har gått där i lite mer än ett år nu. Och det är något helt annat. De lyssnar på mig! Jag har träffat psykolog, kurator och läkare och nu ska jag äntligen få börja med hormoner.

[---] Efter hormonerna hoppas jag att jag får gå vidare till operation. Jag längtar till operationsbordet. Att ha den där saken mellan benen är fruktansvärt, den hör inte hemma i min kropp” (Svedhem, 2017, hämtad 2017-09-31).

Funkisprojektet har i sin träffverksamhet och genom utbildningar sett exempel på att LSS-personal på gruppboenden hindrar transpersoner från att vara sig själva eller uttrycka sin identitet och hindrar transpersoner från att få kontakt med könsbekräftande vården. Här fungerar alltså LSS-personal, utöver primärvården och allmänpsykiatri och den könsbekräftande vården, som ytterligare en ”grindvakt”. Inför förstudien skickades en enkät ut till funkisorganisationer och dagligverksamheter (LSS) om hur de arbetar med bland annat hbtq-frågor. Intresset för att svara på enkäten var lågt, vilket kan tolkas som att man inte anser det vara viktigt att arbeta med frågor som rör hbtq och normer.

Få arbetade strukturerat med dessa frågor i sin verksamhet, ibland på grund av kunskaps-/kompetensbrist och osäkerhet, ibland för att

man inte ansett det ligga i verksamhetens uppdrag eller att det inte efterfrågats av medlemmarna eller målgruppen. Av svaren kan man också se att flera tolkade "hbtq" som en fråga om enbart sexualitet (RFSL 2013b)

Att ges tillgång till information om trans och om könsbekräftande vård kan vara avgörande för att ens kunna efterfråga denna information, som visats i exemplet "Maria" ovan. Fokus på individuell efterfrågan lägger ett stort ansvar på individerna: "Problematiken som kan uppstå i den individanpassade verksamheten är att man som individ inte orkar eller vågar ta upp frågan" (RFSL 2013b). Många verksamheter uttryckte dock intresse för att få ökade kunskaper om hbtq-frågor, och intresset för Funkisprojektet och dess utbildningar har varit stort 2013–2017 (RFSL 2013b, RFSL & RFSL Stockholm 2017).

Utredningen har också fått in en berättelse om hur såväl psykisk som fysisk ohälsa förklaras med transidentiteten:

Läkare har gått från att hävda att min vikt är orsaken till exakt alla mina problem till att tro att det är min transerfarenhet. T.o.m mitt skadade knä ska tydligen vara pga det /---/ Jag orkar inte söka för depression heller, tidigare har det spekulerats kring diagnoser som borderline och kronisk depression, men sedan jag kom ut vill alla psykologer se min transerfarenhet som orsaken till allt (berättelse 74).

Ytterligare några berättelser tar upp fysiska tillstånd i relation till könsbekräftande behandling. Det finns bland annat exempel på oro för att övervikt/att vara fet kan ses som ett hinder för könsbekräftande behandling:

Medicinsk könskorrektin kan bli stoppad av lätt övervikt, Karolinska kräver att man har BMI under 28 för att bli beviljad operation. Detta medför ett psykiskt illamående när man hela tiden funderar över när eller kan jag gå ner så många kilon. Känns väldigt jobbigt när jag har kommit så långt i min process att få bli den jag vill vara (berättelse 24).

Om jag fick diagnos finns det stor risk att jag inte får top surgery pga jag är fet. Det finns möjlighet att jag aldrig kommer att kunna få transvård på grund av att jag är fet och har en funktionsnedsättning. Feta personer ska inte få vård, de ska bli smala, tycker transvården. Så jag fortsätter ta på mig min binder och hoppas på att jag nån dag kommer att vara okej med mitt bröst som det är nu (berättelse 53).

Behov av utveckling inom hälso- och sjukvården

För den första person med intellektuell funktionsnedsättning som utreddes på Anova i Stockholm ska det ha tagit sju år innan diagnos slutligen kunde ställas. Det huvudsakliga skälet till detta beskrivs som ovana vid patientgruppen, men också att utredningen tidigare inte varit anpassad till patientgruppens behov. De anpassningar man gjort på Anova handlar bland annat om hur man ger patienten information och pratar om realistiska förväntningar på könsbekräftande behandling. Man lägger också extra stor vikt vid att processen är successiv och att personen har stöd från sin omgivning, eftersom det särskilt vad gäller denna patientgrupp är en avgörande förutsättning för hur utredningen och eventuell behandling faller ut. Man kan exempelvis behöva hjälp från närstående och boendepersonal vid olika typer av behandling och eftervård (Svedhem, 2017 hämtad 2017-09-31). Informanten Alex i *"Och aldrig mötas de två"* beskriver också att man som person med funktionsnedsättning/ar kan vara mycket beroende av sina närstående. Som transperson är man också beroende av omgivningens stöd, oavsett funktionsvariation (RFSL 2013b).

Funkisprojektet urskiljer två huvudsakliga behov hos transpersoner med funktionsnedsättning, vilka framfördes vid ett möte med utredningen:

- Övergripande behov av tillgänglighet. Information om könsbekräftande vård behövs på lättläst, teckenspråk och läsbart med skärmläsarverktyg.
- Utredningsteam inom könsbekräftande vård kan behöva kunskap och kompetenshöjning inom funktionsområdet och särskild kunskap om behov kopplat till kognitiva/intellektuella funktionsnedsättningar, så att personer med kognitiva/intellektuella funktionsnedsättningar inte hindras från att ta del av könsbekräftande vård.

I Socialstyrelsens båda kunskapsstöd för vård vid könsdysfori nämns bland annat personer med intellektuell funktionsnedsättning och personer som bor eller är intagna på institutioner som exempel på särskilt utsatta grupper. "Dessa omständigheter som innebär särskild utsatthet är dock inget hinder för att tillgodose människors vårdbehov. I stället bör hälso- och sjukvården hitta individuella lösningar

för att ändå kunna ge god vård vid könsdysfori”, skriver Socialstyrelsen (2015f, motsvarande skrivning i 2015i).

Vad gäller psykiatrisk samsjuklighet är det ”viktigt att den diagnostiska utredningen inte fördröjs i onödan av en eventuell psykiatrisk samsjuklighet och att en behandling i görligaste mån sker parallellt med den diagnostiska utredningen”. Om det finns kompetens och resurser inom utredningsteamet att behandla sjukdomen kan det, menar Socialstyrelsen, också vara en fördel att behandling sker där (2015f, 2015i). De endokrinologer som utredningen pratat med är dock eniga om att det finns små möjligheter att erbjuda något utöver själva utredningen och den somatiska behandling som motsvarar patientens vårdbehov. Men det finns undantag, vilket en av berättelserna till utredningen vittnar om:

Vården har varit varierande bra. Mitt utredningsteam är mycket bra och min psykolog har hjälpt mig både med utredningen men även de problem jag har haft med dissociation. De tog mig på allvar och försökte se till mina behov före allt annat (berättelse 57).

15.2.6 Könsbekräftande vård för personer utan uppehållstillstånd

I Socialstyrelsens båda kunskapsstöd nämns personer med könsdysfori som vistas i Sverige utan uppehållstillstånd (asylsökande och papperslösa personer) som en särskilt utsatt grupp i fråga om könsbekräftande vård.

Landstingen är enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande och lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd skyldiga att erbjuda asylsökande och papperslösa personer hälso- och sjukvård. Vilket slags vård en person kan få tillgång till avgörs i första hand av om hen är under eller över 18 år. Asylsökande och papperslösa personer under 18 år har samma rättigheter till vård som personer under 18 år som är folkbokförda i Sverige.

För personer som fyllt 18 år gäller att den hälso- och sjukvård som kan erbjudas räknas som ”vård som inte kan anstå”. Hit räknas bland annat akut vård och behandling, vård och behandling av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning kan innebära allvarliga följder för patienten, vård som kan motverka ett mer allvarligt sjukdomstillstånd och vård för att undvika mer omfattande vård

och behandling. Socialstyrelsen har i en rapport från 2014, *Vård för papperslösa – vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd* (Socialstyrelsen 2017h, hämtad 2017-10-12), framhållit att vad som kan räknas som ”vård som inte kan anstå” varierar och vikten av att behandlande läkare, eller annan ansvarig vårdpersonal som har kunskap om vårdtagarens individuella förutsättningar, bedömer vårdbehovet i varje enskilt fall.

Asylsökande och papperslösa personer under 18 år får, enligt ovan, tillgång till könsutredning och könsbekräftande behandling på samma villkor som personer som är folkbokförda i Sverige. Vad gäller personer över 18 år är det oklart i vilken utsträckning könsbekräftande vård bör räknas, eller rent faktiskt av vårdgivare räknas, som ”vård som inte kan anstå”. Socialstyrelsen skriver i kunskapsstöden att det är ”viktigt att läkare som först möter dessa grupper har tillräckliga kunskaper att bedöma vad som är vård som inte kan anstå när det gäller utredning och behandling av könsdysfori”. Ett exempel på vård som inte kan anstå är hormonbehandling som påbörjats före ankomsten till Sverige. Här rekommenderar Socialstyrelsen att man snarast remitterar personen till ett könsutredningsteam för möjlighet till fortsatt behandling.

Utredningsteamet uppger för utredningen att de i varierande grad erbjuder vård till asylsökande och papperslösa personer:

Alingsås/Lundströmmottagningen: Vi bokar ett besök för att ge information och få en bild av personens behov och situation. Att starta utredning på en asylsökande är mycket ovanligt pga den ovissa situationen och brist på kontinuitet när det gäller boende, mm. Att ordna för att en person ska få tillgång till fortsatt hormonbehandling under definitionen ”vård som ej kan anstå” händer. Det hela är ganska ovanligt.

TS-mottagning, Linköping: Vi har hittills bara haft fall med asylsökande som fått uppehållstillstånd i Sverige och då görs ingen skillnad. Finns dokumentation om tidigare vård kan det spela roll. Alla ärenden bedöms och hanteras individuellt. Skulle frågan komma upp får vi söka vägledning hos klinikledning och regionens juridiska stöd.

Det finns ett dilemma i att eventuellt inleda vård och få till irreversibla förändringar hos en person som sedan enligt gällande lag inte kan komma i fråga för att få sin könstillhörighet ändrad eller operationstillstånd. Om personen i fråga i förlängningen utvisas till annat land kan även risk finnas att de förändringar som behandlingen givit innebär ökad risk för utsatthet, negativa konsekvenser.

På kort sikt uppfattar jag detta vara vård som kan anstå men inte i längre perspektiv och inte för alla patienter

Lund: Det är ett ovillkorligt krav i lagen att man måste vara folkbokförd i Sverige för att kunna ansöka om fastställelse i önskad köns-tillhörighet. Hormonbehandling kan erbjudas i så fall patienten har haft denna behandling tidigare.

Anova, Stockholm: Asylsökande patienter som ej inlett medicinsk transition i annat land kan ställas på vår väntelista för utredning, men de kallas inte förrän de har erhållit uppehållstillstånd i Sverige.

Asylsökande som inlett medicinsk transition i annat land t.ex. inlett feminiserande eller maskuliniserande hormonell behandling kan efter endokrinologbedömning erbjudas fortsatt behandling.

Att göra en medicinsk-endokrinologisk bedömning om indikationen för fortsatt hormonell behandling är väsentligt hos personer som redan har en pågående sådan behandling. I dessa fall bedöms ofta vård vara prioriterad och kan inte anstå.

Umeå: Vi har ingen nedskreven policy, men har diskuterat igenom detta. Vi har ännu inte haft någon patient i den situationen. Att fortsätta uppstartad hormonbehandling bedömer vi viktigt. Detta har fungerat bra när patienter kommit till Sverige. De har snabbt remitterats till endokrinolog, som tagit över behandlingen. Ofta är det HC [hälsocentral, utredningens anmärkning] som remitterar direkt till med.klin. De har i sin tur aktualiserat patienten till oss.

Uppsala: Vår policy är att vi inte inleder en utredning för asylsökande transpersoner. Däremot kan våra somatiska kollegor erbjuda fortsatt endokrinologisk behandling till patienter som redan har stått på en sådan behandling från hemlandet och vi bistår med en psykiatrisk konsultation.

Att erbjuda kontinuitet i sedan tidigare påbörjad hormonbehandling tycks rent generellt räknas som "vård som inte kan anstå" av utredningsteamet. Flera resonerar, i den enkät som utredningen skickat till teamen och i samtal med utredningen, kring det etiska dilemmat i att erbjuda utredning och behandling till en person som sedan kanske inte får stanna i Sverige. Om personen efter att ha lämnat Sverige inte kan få tillgång till fortsatt behandling, eller om man till exempel har fått effekter av behandling som är svåra att dölja, kan vården i stället för att hjälpa i förlängningen ha försatt personen i en ännu farligare situation än vad den obehandlade könsdysforin innebar. Någon ut-

trycker också att det inte får verka som att teamet försöker påverka asylprocessen.

I kapitel 6 i detta betänkande om fler perspektiv på transpersoners levnadsvillkor, finns ett avsnitt om asylsökande transpersoners erfarenheter, bland annat av att försöka få tillgång till könsbekräftande vård.

15.2.7 Erfarenheter av självbehandling

I Folkhälsomyndighetens undersökning som genomfördes 2014 fanns en fråga om de svarande använde hormoner, vilket 675 personer svarade på. 143 personer identifierade sig som transfeminina och 62 procent av dessa uppgav att de använde hormoner eller stopphormoner¹⁸. Av de 180 transmaskulina personerna uppgav 54 procent att de gjorde det. De ickebinära svarande var 283 och 18 procent använde hormoner. 69 personer identifierade sig som transvestiter och 7 procent av dessa uppgav att de använde någon form av hormoner (Folkhälsomyndigheten, 2017b).

På frågan om hur personerna fick tag i hormonerna syntes en viss representation av personer som självmedicerade. Dessa siffror är inte uppdelade efter könsidentitet. Av 240 personer som svarat ja på frågan om de tar hormoner, hade 82 procent fått dem utskrivna av läkare i Sverige, 3 procent av läkare utomlands, 13 procent hade köpt dem på nätet, 8 procent hade fått dem av vänner, 2 procent ville inte svara och 1 procent uppgav ”på annat sätt”. Det var möjligt att uppe flera svarsalternativ, och flera av de svarande hade alltså erfarenhet av att få tag på hormoner på flera olika sätt (Folkhälsomyndigheten 2017b).

Självmedicinering med hormoner och hormonblockerare/”stopp-hormoner”

Självmedicinering tas upp under en egen rubrik i Socialstyrelsens båda kunskapsstöd. Där nämns att självmedicinering förekommer innan och under könsutredning, såväl bland vuxna som hos ungdomar.

¹⁸ Läkemedel som stoppar kroppens egen produktion av testosteron eller östrogen kan användas av såväl personer i puberteten som av personer som passerat puberteten.

I informationsbroschyren till vårddagare, *Till dig med könsdysfori* (Socialstyrelsen 2015d), avråder Socialstyrelsen starkt från att självmedicinera. Det motiveras med att det finns medicinska risker med självmedicinering och att hormonbehandling som ges av endokrinolog ger de bästa förutsättningarna ”att få de effekter man vill och slippa oönskade biverkningar, och man får hjälp att må så bra som möjligt på både kort och lång sikt”. Därför, skriver Socialstyrelsen, är det viktigt att man ”i stället för att självmedicinera tar kontakt med vården”.

Att få kontakt med den könsbekräftande vården kan dock, som vi har sett i tidigare kapitel, vara lättare sagt än gjort. Även om man tar kontakt med primärvården eller allmänpsykiatri är det inte säkert att man får en remiss till ett utredningsteam, eller att remissen skickas utan onödig fördröjning. En del team tar bara emot remisser från psykiatri, medan andra också godkänner remisser från exempelvis kuratorer, psykologer, allmänläkare och personal inom elevhälsan. Alla utredningsteam tar inte heller emot egenremiss. Som vi också har sett av tidigare avsnitt kan det finnas flera ”grindvakter” än primärvård och allmänpsykiatri och könsutredningsteam som kan påverka tillgången till vård för vissa särskilt utsatta grupper (som unga personer och personer med funktionsnedsättning/ar). Hindren på vägen till remiss till den könsbekräftande vården kan vara många, och det kan också vara långa väntetider till könsutredning och/eller könsbekräftande behandling (mer om väntetider i avsnitt 15.2.1 och 15.4.2).

Rekommendationerna i kunskapsstödet för vård av barn och ungdomar (Socialstyrelsen 2015i) och kunskapsstödet för vård av vuxna (Socialstyrelsen 2015f) skiljer sig åt vad gäller personer med erfarenhet av självmedicinering. Enligt vuxenstödet bör den könsbekräftande vården undersöka om det är möjligt att överta medicineringen, för den vårddagare som önskar det, och ”/m/an bör överväga faran med självmedicinering utan monitorering och vad det kan ge för eventuella risker om man som hälso- och sjukvårdspersonal väljer att inte överta hormonbehandlingen. All hormonell behandling bör i dessa fall ske i nära samverkan med psykiater” (Socialstyrelsen 2015f). Läkare som behandlar personer som inte har genomgått en könsutredning och självmedicinerar med hormoner bör se till att dessa får kontakt med ett utredningsteam. Den sista rekommendationen gäller också i fråga om ungdomar, men där nämns inte vem som bör hjälpa

ungdomen till en sådan kontakt, utan det formuleras som en allmän rekommendation. Det är därför rimligt att anta att uppgiften att skapa kontakt mellan den unga personen och utredningsteamet åligger den som får kännedom om att ungdomen självmedicinerar.

I barn- och ungdomsstödet betonas på ett annat sätt skademinimeringsperspektivet, men vårdgivares ansvar att ge god vård och ett bra bemötande framhålls också på ett sätt som inte har motsvarighet i kunskapsstödet för vård av vuxna.

Risken för självmedicinering ökar om könskonträr hormonbehandling inte kan eller får påbörjas trots intensiv önskan och stort lidande hos individen. Eftersom självmedicinering medför risker bör hälso- och sjukvården förorda och agera utifrån ett skademinimeringsperspektiv. Det handlar om strategier för att minska risken för negativa konsekvenser av ett riskfyllt beteende som ungdomen redan har:

För ungdomar som redan har kontakt med ett utredningsteam kan en förtroendefull och öppen atmosfär för dialog och information mellan läkare, ungdom och vårdnadshavare förebygga självmedicinering. Kontinuitet och tillgänglighet i vårdgivarkontakterna har stor betydelse för detta. [---] Om en ungdom självmedicinerar bör barnendokrinologen sakligt ställa all sin kunskap och erfarenhet till ungdomens förfogande med målet att förhandla sig till ett gemensamt genomförande av en så säker behandling som möjligt (Socialstyrelsen 2015i).

Vid ett samtal med RFSU Ungdom som utredningen haft framkom att det inte är ovanligt att människor självmedicinerar i väntan på den könsbekräftande vård de behöver. I en del fall beskrivs det som ett val, som man kan göra informerat genom att ta reda på risker och möjligheter med självmedicinering, i andra fall som mer eller mindre avgörande för ens hälsa och ibland som det enda alternativet till självmord eller allvarlig självskada.

Flera av de berättelser som kommit in till utredningen handlar också om erfarenheter av självmedicinering. En transtjej, som tror sig ha haft relativt bra förutsättningar för sin transition, med bland annat en stöttande släkt, beskriver självmedicinering just som det enda alternativet:

När jag först fick träffa mitt utredningsteam var det allra första jag frågade dem om jag kunde få en remiss till att frysa in könsceller. Jo visst, sa de, och jag hamnade snabbt i den kön. ”Hur lång tid tror ni det kommer ta?” frågade jag, men fick inget definitivt svar. ”Mer än tre månader får du nog räkna med”, sa de. Okej, tänkte jag. Vårdgarantin

säger ju att jag max ska få vänta tre månader. Om det tar lite mer än det kan jag nog överleva, tänkte jag. Egentligen hade jag bestämt mig för att inte frysa in könsceller om jag fick höra att väntetiden var över en månad (detta efter att jag hade väntat över tre månader bara för att höra vad utredningsteamet sa). Grejen var den att jag redan i förväg hade bestämt mig för att självmedicinera.

Jag hade tagit blodprover på en privat klinik för att se att alla värden såg okej ut. Inte bara standard-blodtest och hormonnivåer, utan specifikt lever- och njurfunktion också. Det kostade mig nästan 3000 kr, om jag inte minns fel. Ur egen ficka. Plus nästan 2000 kr för medicinerna jag köpt via nätet. Det tog mig väldigt många timmar av intensiv research för att verkligen veta att jag hade minimerat alla risker med självmedicinering. Trots det var det inget jag ville göra, men kände mig tvingad till det av sjukvårdssystemet som jag visste skulle ta minst två år innan jag kunde få ut hormoner officiellt. Så länge visste jag att jag inte kunde leva utan att ta saken i egna händer. Trots alla risker.

För att gå tillbaka till väntan att få frysa in könsceller, så hade jag väntat fyra hela månader innan jag började bli väldigt otålig. Det var också vid den tidpunkten jag fick träffa en som jobbar på Sahlgrenska med just transpersoner, som faktiskt var snäll nog och erbjöd att ställa frågor till sina kollegor på andra avdelningar. Genom denna person fick jag reda på att väntetiden till reproduktionsmedicinska avdelningen för infrysning av könsceller var hela 7 månader. Jag bröt nästan ihop när jag fick höra det, för jag insåg att jag inte skulle klara att vänta ytterligare 3 månader. Det kanske låter löjligt, men då hade jag alltså haft hormonpillrena hemma i ungefär ett halvår och lovat mig själv att börja ta dem inom tre månader om jag inte fick möjlighet att frysa in innan det. Jag hade alltså stått ut dubbelt så länge som jag först beslutat var min övre gräns för lidandet, och skulle behöva vänta ytterligare tre månader innan jag fick chans att frysa in.

Beslutet jag tog då var att jag inte kunde vänta längre. Jag gav upp min enda chans att kunna få biologiska barn i framtiden, för att jag mådde så dåligt av att inte kunna påbörja hormonbehandling att jag knappt kunde leva. Visst, jag var delvis förberedd på att det skulle bli så, men det finns fortfarande en sorg inom mig att jag förlorat den chansen. Det var snudd på ett val mellan att ta mitt eget liv eller att förlora chansen att få biologiska barn. Kanske hade jag med nöd och näppe överlevt att vänta tre månader till, men jag mådde redan så dåligt vid den tidpunkten att det kändes omöjligt.

Jag började alltså därför ta hormoner på egen hand, utan tillsyn av endokrinolog eller läkare. Redan från första mötet med mitt team var jag öppen med att jag tänkte göra det. Jag blev avrådd från det, men fick samtidigt förståelse för det valet. Där tycker jag faktiskt att jag fick rätt bemötande. Jag är medveten om att ingen kan ge sitt fulla medgivande

till självmedicinering, men att slippa bli skuldbelagd för det gjorde att jag ändå kände mig tillfreds med mitt val. Jag visste vilka risker som fanns och det var ett aktivt och informerat val. /.../

I övrigt har det inte hänt något alls efter snart ett år sedan jag fick min diagnos. Jag vet fortfarande inte när jag kommer få träffa endokrinologen, men vad jag hört har det stått helt stilla sedan förra sommaren. Med andra ord kan jag inte räkna med att komma dit förrän nästa år (berättelse 23).

Av den här berättelsen framstår det som att utredningsteamet är medvetna om att självmedicinering förekommer och att faktorer som väntetider kan spela in i beslutet att börja ta hormoner på egen hand. Det förstående och icke skuldbeläggande bemötandet gjorde att personen kände sig tillfreds med sitt val, och personen är enligt den fortsatta berättelsen fortfarande nöjd med det valet. ”Lite ledsen att jag inte började tidigare eftersom jag i slutändan ändå inte fick möjlighet att frysa in könsceller, men inte så att jag mår dåligt över det i dag.”

I en berättelse tycks svårigheten att överblicka utredningen ha inverkat på att personen började självmedicinera. Det beskrivs inte som ett val eller ett beslut, utan som ett tvång:

De allra flesta transpersoner söker sig inte till transvården första gången de börjar ana att någonting skaver, såsom utredningens utformning verkar utgå ifrån. Jag själv uppsökte transvården som ett sista steg i min mentala transition och de allra flesta andra transpersoner jag känner likaså.

Väntetiderna känns brutala, och då är ändå Stockholm klart bäst i landet med detta. Av andra runtom i landet tar det flera år innan första besöket. Det är inte acceptabelt.

Efter första läkarmötet kommer ofta en lång period av tystnad, då man får vänta på att bli inbokat till en psykolog. För mig var denna väntan och tystnad så påfrestande att jag tvingades in i självmedicinering av utomrättsligt inskaffade hormoner. Även detta är en vanlig företeelse, fick jag höra av de andra transpersonerna jag känner, såväl som min psykolog själv.

Samhällets resignation inför vår situation känns hopplös (berättelse 119).

En annan person beskriver inte egna erfarenheter av självmedicinering, men reflekterar över varför det förekommer och över riskerna:

Transvården idag är inte bra. Köerna att få träffa utredningsteamet är alldeles för långa, köerna till endokrinolog är alldeles för långa och köerna till kirurgerna är alldeles för långa. Att få vänta flera år för att få kunna leva är hemskt. Det är ohållbart. Över 40% av alla transpersoner har tankar på att ta sitt liv på grund av detta. Våldigt många självmedicinerar med antingen testosteron eller östrogen innan de kommit till endokrinologen pga de inte klarar av att vänta så länge som köerna kräver att en ska göra vilket inte bara är olagligt utan farligt då man inte vet om det är det man beställt som kommer hem i brevlådan och om det funkar. Mitt största krav är att vården ska bli bättre. Minska väntetiderna. Väntetiderna är ett enormt problem (berättelse 45).

Testosteronpreparat är, enligt lag (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel, olagligt att utan recept föra i landet, inneha, använda, ge bort eller sälja. Det, och det följande faktumet att det kan vara svårt att få tag på testosteron, skulle kunna vara en anledning till att vi endast fått in en berättelse som uttalat handlar om självmedicinering med testosteron. Återigen rör det sig om en person som inte sett något annat val än att skaffa hormoner på egen hand, på grund av långa väntetider och stark könsdysfori:

Jag var 15 år när jag visste att jag var transperson. Jag kom ut som ickebinär när jag var 16, och nyss hade börjat gymnasiet. Jag blev sällan bemött på rätt sätt av främlingar. Jag blev aldrig tillfrågad om mitt pronomen, jag blev alltid sedd på fel sätt av människor runt om mig. Både av familj, släkt, lärare osv. Många offentliga toaletter var könade, men bara för två kön. Inte för mig. Folk på internet skrev så hemska saker om att folk som mig var sjuka i huvudet, att vi bara ville ha uppmärksamhet, att vi borde dö.

Denna extremt stora pressen var nästintill outhärdlig, och samtidigt som jag stod ut med den så var jag djupt deprimerad (delvis på grund av att aldrig få finnas eller vara mig själv, men också andra orsaker) och funderade fortfarande på om jag verkligen var ickebinär. Jag hade självmordstankar varje dag, och vid två tillfällen så blev de handling. Jag undvek all form av vård (eftersom de har tillgång till mitt juridiska kön och utgår ifrån det) under denna period för att jag inte klarade att konstant bli felkönad och kallad fel saker.

Ungefär ett halvår efter att jag kom ut som ickebinär kom jag fram till att jag var kille. [---] För varje dag som gick så insåg jag hur fel min kropp kändes, jag insåg att jag behövde hjälp att förändra den för att överleva. [---] För ett år sen tog jag kontakt med psykiatrin om att inleda en utredning. Det tog 7 månader för mig att få en tid bokad hos ett utredningsteam för transpersoner. Jag fick förklarat att det skulle ta minst ett år för dem att komma fram till om jag verkligen var trans.

Vilket självklart var frustrerande för mig då jag hade vetat vem jag var i mer än ett år. Min dysfori växte fram väldigt fort och jag var i behov av akut hjälp i form av någon slags hormonterapi. Antingen något som fick min kropp att sluta producera fel hormoner, eller i form av rätt hormoner.

Ett halvår efter att jag fick komma till utredningsteamet har jag gått på två möten. Jag har hört av mig till andra mottagningar för att få hjälp men köerna är flera månader långa. Jag har förklarat för personalen vilken sorts hjälp jag behöver och att jag behöver den snabbt för att jag ska kunna leva, men det påverkar inte processen och jag får varken hormoner eller operationer inom en snar framtid.

Jag är i nuläget osäker på om jag ens orkar leva så länge när allt med min kropp är fel, och folk bemöter mig fel och ogiltigförklarar min identitet, eller i värsta fall säger folk att transpersoner är sjuka i huvudet och borde dö. Det går knappt att vistas på internet utan att stöta på något sånt.

Angående hormoner så tröttnade jag på att vänta, så jag började självmedicinera. Först hormonblockerare och sen testosteron. Det är inte ovanligt att transpersoner gör det, utredningsteamet vet om det men gör inte mycket åt det.

Jag undviker fortfarande vård, som inte är kopplat till min utredning, och jag undviker myndigheter för att de endast ser mitt juridiska kön, vilket inte representerar mig (berättelse 90).

Flera som utredningen varit i kontakt med efterfrågar att det ska vara lättare att få stopphormoner (som gör att den kroppsegna östrogen-/testosteronproduktionen minskar) under pågående utredning.

En person som hört av sig till utredningen är öppen ickebinär och beskriver övervägande positiva upplevelser av bemötande i det sociala livet. Personen blir läst, accepterad och respekterad som ickebinär av dem som känner personen. Även främlingar visar respekt. Det är den könsbekräftande vården som är det enda problemet, och inte endast vården i sig själv utan vården som representant för den svenska staten. Bemötandet i den könsbekräftande vården blir för personen en återspeglning av hur staten ser på personer med könsdysfori och deras behov. Självmedicineringen blir en konsekvens av detta.

I ungefär ett år har jag väntat på att få komma in i en könsutredning. Jag behöver själv inget stöd för att komma fram till vad jag behöver göra för att må bättre i min kropp. Det är saker jag redan har funderat mycket

på själv. Dels det senaste året men även i hela mitt liv. Under det här året har jag varit helt öppen med min transidentitet. [---]

Det stora problemet jag har med att leva som transperson är därför inte alls hur jag bemöts av andra människor. Det enda problemet som om och om igen får mig att må väldigt dåligt är hur jag blir bemött av den svenska transvården, och därigenom även av den svenska staten.

När jag insåg att det skulle kunna ta ett år för mig att komma till en utredning, följt av ännu ett år av själva utredningen, ytterligare ett år av "real life experience" samt i många fall ett till två års väntetid efter det för att få tillgång till viss vård, började jag självmedicinera. Att självmedicinera med testosteronblockerare innebär en risk för njurfall. Dessutom finns det en risk över huvud taget att ta hormoner utan att det ses över av läkare som ser till att man har rätt nivåer. Det finns dock inget annat alternativ. Det kan vara svårt att förstå för cispersoner hur viktigt det är att få behandling (och i tid). Många cispersoner har ifrågasatt min självmedicinering, men jag kan inget annat än lova att det inte finns något annat alternativ. När jag pratat om min självmedicinering med transpersoner har alla förstått vad jag menar.

Jag har ingen siffra på hur många som självmedicinerar idag, men jag vet att det är vanligt förekommande. Jag har även hört från personer som jobbar på utredningsteam att det är väldigt många som kommer in som självmedicinerar. Det är något som inte bara förekommer idag, utan något som alltid kommer att förekomma så länge som vården inte väljer att behandla i tid. Eftersom så många av de tidiga effekterna av att gå på könshormoner inte är permanenta skulle det kunna ges så mycket tidigare i behandlingen. För personer som inte är gamla nog för er för att få gå på hormonbehandling är det också livsviktigt att de åtminstone tillåts skjuta upp sin pubertet tills de kommit till en ålder där de får fatta ett sådant beslut (berättelse 39).

Binding

År 2014 genomfördes en enkätundersökning inom ramen för The Binding Health Project – ett projekt som startades av studenter vid Boston University i syfte att samla in kunskap om vilka konsekvenser det får för hälsan att använda binder (plagg som är avsedda specifikt för att platta till bröstvävnad) eller på annat sätt platta till bröststen, till exempel genom att linda dem. Totalt svarade 1 800 personer på enkäten. De flesta var bosatta i USA eller Kanada. Merparten identifierade sig som transgender (motsvarande det svenska paraplybegreppet transpersoner). I studien deltog även personer som iden-

tifierade sig som ickebinära eller intersex. 87 procent hade inte genomfört mastektomi¹⁹, men ungefär två tredjedelar var intresserade av att göra det i framtiden. En majoritet använde binder eller plattade till bröstet på något annat sätt varje dag. 78 procent hade regelbundet plattat till bröstet på något sätt under minst ett års tid och den genomsnittliga tiden som man gjorde detta vid varje tillfälle var tio timmar. Det vanligaste sättet att platta ut bröstet var genom att använda kommersiellt tillverkade binders. Det gjorde 87 procent (Peitzmeier, Gardner, Weinand, Carbet & Acevedo 2017).

Att använda binder eller på annat sätt platta till bröstet hade en positiv effekt på den mentala hälsan. De positiva effekterna övervägde de negativa, bland annat minskade dysforirelaterade depressioner, och det känslomässiga välmåendet ökade. Respondenterna fick ange sin sinnestämning före och efter att de satt på sig binder eller plattat till bröstet på något annat sätt på en skala från ett till fem och den förbättrades från 2,1 i snitt till 3,8.

Totalt 97 procent rapporterade åtminstone en negativ bieffekt av att använda binder eller platta till bröstet på något annat sätt. Det vanligaste var ryggont (54 procent), överhettning (54 procent), ont i bröstet (49 procent). Ytterligare andra vanliga sidoeffekter var andfåddhet, klåda, dålig hållning och ont i skuldrorna. Mer än 10 procent hade upplevt att de fått förändringar på bröstkorg eller ryggrad. 3 procent hade brutit revben till följd av att använda binder eller linda bröstet.

74 procent av de som svarade på webbenkäten hade fått problem med någon form av smärta och 76 procent hade fått problem med huden eller/och vävnader.

Vilka aspekter av binding som hängde ihop med negativa hälsoeffekter undersöktes också. Frekvens (antal dagar/vecka) och hur länge man sammantaget hade plattat till bröstet spelade in, där hög frekvens och lång tid associerades med störst antal negativa hälsoeffekter. Många ser binding som en nödvändig, daglig aktivitet snarare än något som det går att välja eller välja bort att göra.

Här är det relevant att återigen peka på de långa väntetider som de allra flesta av de berättelser om den könsbekräftande vården som kommit in till utredningen vittnar om, och den ökning av könsdysfori och psykisk ohälsa som väntetiderna återkommande associeras med.

¹⁹ Kirurgiskt borttagande av bröst.

Det är vanligt att personer som har behov av mastektomi binder i väntan på operation, och hudförändringar, som minskad elasticitet, kan göra det svårare att åstadkomma önskade resultat med kirurgi.

Artikelförfattarna konstaterar att binding är avgörande för många psykiska hälsa och livskvalitet. Snarare än att avråda från binding bör vårdgivare, enligt artikelförfattarna, vara medvetna om de positiva effekterna, tillsammans med patienten väga fördelar och nackdelar mot varandra och ge stöd i att binda på så säkra sätt som möjligt. Socialstyrelsen rekommenderar i kunskapsstöden att binder bör kunna erbjudas som ett hjälpmedel. Även om kommersiellt tillverkade binders visade sig vara det sätt att binda som gav upphov till flest antal negativa hälsoeffekter skulle tillgång till återkommande råd och stöd från vården kunna bidra till att minimera risker.

En av dem som hört av sig till utredningen berättar om hur binding har negativa hälsoeffekter, men gör det mer möjligt att klara av sociala sammanhang och att leva med sig själv.

För varje dag som gick så insåg jag hur fel min kropp kändes, jag insåg att jag behövde hjälp att förändra den för att överleva.

Jag började använda en binder, en "bröstkorgsprotés", för att ge intrycket av en platt bröstkorg och minska min dysfori. Denna orsakade och fortsätter att orsaka fysisk smärta och andningssvårigheter (speciellt i samband med fysisk aktivitet). Företagen som säljer binders varnar för att anstränga sig för mycket när en bär binder. Och jag klarar inte av sociala sammanhang utan att min bröstkorg ser platt ut (jag klarar knappt av att se mig själv i spegeln för att det är så fel).

Detta förklarade jag för min idrottslärare flera gånger. Jag förklarade varför jag måste ta det lugnt på idrottslektionerna. Men läraren struntade i att bedöma mig utifrån mina förutsättningar och gav mig ett F (berättelse 90).

En person beskriver sig ha haft "en förhållandevis lätt transition", men reflekterar samtidigt över att den uppfattningen kan ha att göra med att "vi transpersoner tenderar att osynliggöra vårt eget lidande utifrån rädslor om att framstå som gnällspikar". En privilegierad position, med möjlighet att själv betala för operation och hjälpmedel eftersom det inte varit möjligt att vänta på att få dem genom den könsbekräftande vården, har också spelat in:

Jag fick tid för bröstförminskning på en privatklinik och det var det enda som höll mig levande. Förminskningen gjorde saker lite bättre, men inte mycket. Jag kunde i alla fall binda bröstet när det läkt ordentligt. Strax efter den operationen fick jag tid i Stockholm. Utredningen där drog ut på tiden flera månader trots att de redan efter första besöket sa att de inte tvivlade på min identitet. Återigen kände jag mig förminskad och oviktig, som att mitt lidande och det sätt som hela mitt liv sluppit ifrån mig inte var viktigare än en intervju med dumma frågor en gång i månaden. Frågor om min sexualitet, om huruvida jag visste att jag var mindre attraktiv som trans ... fy fan. Finkänslighet eller förstående fanns inte på agendan.

Nu väntar jag på min tid hos läkaren på ANOVA för remiss till andra behandlingsinstanser. Mitt liv är, och har sedan jag kommit ut, varit tomt. Jag kan inte jobba eller studera, eftersom det gör för ont att inte bli sedd som mig själv. Jag träffar inte nya människor och dejtår inte. Min relation till min familj är ansträngd. Hade jag inte kommit från överklassen hade jag dött för länge sedan – endast pengar till operation, proteser, binders etc. från egen ficka har räddat mig. Jag vill inget hellre än att börja jobba och träffa människor igen, men min dysfori håller tillbaka mig. Mitt lidande som trans sträcker sig ut i varje liten vrå av mitt liv – från spegelbilden på gymmet, till kommentarer på dejtingappar och fester, till känslan av total obetydlighet som kommer av att samhället och vården inte på något sätt verkar tycka att min frånvaro från samhällslivet gör någon skillnad. Att inte behandla könsdysfori som ett akut tillstånd gör att människors akuta lidande inte syns och vår existens inte bara som trans utan som människor, målas upp som totalt oviktig. Jag är 100% säker på att samhället inte hade sört mig om mitt självmordsförsök lyckats. Endast jag, min bästa vän och min katt hade påverkat direkt negativt, men för resten av världen är jag övertygad om att det varit en lättnad (berättelse 70).

Andra typer av könsbekräftande behandling

Socialstyrelsens båda kunskapsstöd (2015f, 2015i) rekommenderar att hälso- och sjukvården i undantagsfall kan erbjuda feminiserade ansiktskirurgi, FFS. Undantagsfallen är sådana där personen ”bedöms ha alltför maskulina ansiktsdrag för att uppfattas som feminina” och har ”ett påtagligt lidande till följd av könsdysforin”. Enligt rekommendationen spelar alltså såväl vårdens uppfattning om vad som är feminina ansiktsdrag som det självupplevda och diagnostiserade lidandet hos patienten in. Patientnyttan bedöms överväga de medicinska riskerna som FFS kan innebära. Socialstyrelsen reflekterar över ansiktets betydelse för möjligheterna att uppfattas av andra i enlig-

het med sin könsidentitet: ”Ansiktet är den kroppsdel som tydligast syns när vi rör oss i det offentliga rummet. För en del personer med manligt födelsekön kan ansiktsdragen göra det svårt att bli uppfattad av andra som feminin, trots anpassningar av bröst och underliv, behåringensgraden, klädseln, sättet att röra sig på, rösten och kommunikationen. Detta förstärker personernas psykiska lidande och den begränsning som könsdysforin kan innebära socialt, i arbetslivet eller inom andra viktiga funktionsområden.”

Att ansiktskirurgi skulle vara skönhetsbehandling eller enbart kosmetiska ingrepp adresseras indirekt. I stället kan de, i likhet med andra könsbekräftande operationer, ses som rekonstruktiva: ”Även om det kan vara mycket lättare att förstå en falloplastik eller vaginoplastik som en intervention som motverkar livslångt lidande, är det viktigt att komma ihåg att också ingrepp som att exempelvis sänka ett högt hårfäste kan ha stora och permanenta effekter på en del personers livskvalitet. Därför kan även sådana ingrepp betraktas som medicinskt nödvändiga under särskilda omständigheter” (Socialstyrelsen 2015f, 2015i).

I informationsbroschyren *Till dig med könsdysfori* (Socialstyrelsen 2015d) nämns också feminiserande ansiktskirurgiska ingrepp som en möjlig behandlingsåtgärd. Hittills har ett pilotprojekt i Sverige genomförts i anslutning till utredningsteamet Anova, där ett antal personer fått genomgå FFS. Hittills finns inga publicerade resultat från projektet.

En person som hört av sig till utredningen berättar om just sådant påtagligt lidande som Socialstyrelsen beskriver:

Nyligen var en undersökning på gång inom transvården, huruvida ansiktskirurgi skulle inkluderas som behandlingsalternativ. Detta är en behandling som i överlag gagnar transkvinnor, då testosteron från den ”biologiska” puberteten och vidare permanent formar benstrukturen främst i ansiktet. I många fall är ett ansiktskirurgiskt ingrepp en nödvändighet om en transkvinna önskar ”passera”.

I denna undersökning deltog 10 transpersoner. På grund av detta blev resultatet opålitligt och projektet att inkludera ansiktskirurgi ligger numera på is.

Ett sådant här ingrepp är för mig tyvärr en nödvändighet för att omgivningen skall se mig som den jag är, vilket är en kvinna. Jag passerar inte utan den. Mitt enda alternativ i dagsläget är att röra mig utomlands för detta ingrepp, till privata kliniker där ingreppet kostar mellan 100 000–

150 000 kr. Jag kommer inte kunna spara ihop till detta belopp inom den överskådliga framtiden. Detta gör mig hopplös och sänker mig djupare ner i den dysforidrivna depressionen jag befunnit mig i under hela mitt liv.

De gånger jag rör mig i offentligheten (händelser som blir allt färre på grund av social fobi) blir jag utstirrad. Ens en liten visit till mataffären blir en strid mellan mig och de förvirrade, ibland äcklade blickarna.

Jag har blivit stoppad på stan, för att bli synad och undersökt upp och ner av någon som bestämt ville veta vilket kön jag tillhörde. Jag har hört allt från vrålade glåpor till ilska viskningar runt omkring mig. Hur är det tänkt att jag ska känna mig bekväm med och ”leva i enlighet med mitt upplevda kön” när absolut ingen i min omgivning verkar vilja hjälpa mig med detta? Jag har bytt namn. Bytt kläder. Försökt bli bättre på smink. Gör röstövningar. Jag gör verkligen allt jag kan.

Men problemet är: Huruvida man passerar eller ej är inget spektrum, eller en skala. Det är ett binärt system. Antingen gör du det, eller så gör du det inte. Att människor tolkar dig som en feminin man är ett resultat av att inte passera, men att människor stirrar på dig i förvirring av vilket kön du tillhör är inte att passera heller. När folk verbalt eller handgripligen vill kontrollera vilket kön du tillhör, då passerar du inte.

Jag vet att jag inte gör det. Och det gör ont.

Snälla, försök se till så att möjligheten till ansiktskirurgi omprövas. Låt inte projektet fastna på is i det limbo det befinner sig i nu. Det kan mycket väl handla om många transpersoners liv, och så även mitt.

Allting tar så enormt mycket tid. Tid i det enda livet jag kommer ha på denna jord. Min högsta önskan vid det här laget är att bara få leva ett vanligt kvinnoliv. Jag är så oerhört trött på att sticka ut (berättelse 119).

Enligt en intervju som publicerats på transsexualism.se (2013-03-16, hämtad 2017-10-28) kostade en ”full FFS” utomlands (inklusive reduktion av struphuvudet, som i dagsläget också erbjuds i den könsbekräftande vården i Sverige) åtminstone 170 000 kronor år 2013. På ett kirurgiteam som har gott rykte bland transpersoner är det möjligt att ta lån för operation, men givetvis är det ändå inte en möjlighet för alla som skulle behöva feminiserande ansiktskirurgi att ta lån eller betala själva för operationerna. Utredningen har endast fått in en berättelse från en person som genomgått viss feminiserande ansiktskirurgi, och även kroppsformande kirurgi, detta skedde på privat

klirik i Sverige. Vi har också fått in berättelser om privat bekostad hårborttagning.

Utredningen har inte fått in någon berättelse från någon som genomgått könsbekräftande underlivskirurgi utomlands. Av de sammanlagt 767 personer som ansökte om fastställande av juridiskt kön i Sverige mellan 1960 och 2010 hade 41 personer genomgått könsbekräftande underlivskirurgi utomlands. Ingen av dessa hade vid den undersökta periodens slut ansökt om ny fastställande, alltså att få tillbaka det juridiska kön de tilldelats vid födseln (Dhejne et al 2014).

Forskning om självbehandling och kortare väntetider

Pimenoff & Pfäfflin (2011) har undersökt hur könsbekräftande behandling påverkat faktorer som arbete, social situation och psykiskt mående hos personer som följt respektive inte följt (*non-compliant patients*) sina utredares rekommendationer. Som *non-compliant patients* räknas personer som tog sig vidare i sin utredning genom att till exempel anpassa sin historia efter vad de trott att utredarna vill höra, eller/och genom att skaffa hormonbehandling, kirurgi eller fastställande av juridiskt kön på egen hand. Studien visar att de som på minst tre punkter inte följt utredarnas rekommendationer hade fått tillgång till det de behövde (en eller flera av följande: hormonbehandling, kirurgi, juridiskt fastställande) snabbare än de som följt utredarnas rekommendationer. De båda grupperna uppvisade efter de könsbekräftande åtgärderna lika goda resultat på områdena arbete, social situation och psykiskt mående. Något som dock kan ha inverkat på resultaten för *non-compliant patients* är att dessa kan ha varit ”resursstarka” i fråga om sociala färdigheter. Som vi har sett av berättelserna ovan kan det också krävas betydande ekonomiska resurser för att kunna skaffa könsbekräftande behandling på egen hand.

Forskarna menar att samarbete mellan vårdgivare och vårdtagare är att föredra framför en mer auktoritativ utredningsstil: ”The assessment and treatment process will not be very successful if the psychiatrist tries to show that his theory is better than the plans of the patient, but it might be a very helpful experience if doctor and patient

look together for an individually suitable solution that will work in the real world and real life of the patient” (Pimenoff & Pfäfflin 2011).

15.3 Organisationernas ståndpunkter

15.3.1 RFSL och RFSL Ungdom

RFSL är förbundet för hbtq-personers rättigheter och RFSL Ungdom, som är fristående från RFSL, är ungdomsförbundet för hbtq-personers rättigheter. Båda förbunden arbetar lokalt, nationellt och internationellt och med politisk påverkan, utbildning och information, social verksamhet och stödverksamheter. Där inget annat framgår av vår beskrivning är ståndpunkterna gemensamma för de båda förbunden.

RFSL och RFSL Ungdom kritiserar och motverkar hetero-, cis- och tvåkönsnormen eftersom dessa normer begränsar människors möjligheter att leva och vara som de är. Rätten att definiera eller identifiera sig själv i fråga om könsidentitet och sexuell identitet är central. Förbunden vill att man ska kunna byta juridiskt kön på egen begäran oavsett ålder. RFSL verkar för könsneutrala personnummer och införandet av ett tredje juridiskt kön. RFSL Ungdom är positiva till införandet av ett tredje juridiskt kön, men vill i ett längre perspektiv att juridiska kön ska avskaffas. RFSL vill utreda detta.

Alla människor har rätt till sin egen kropp och ingen ska bli påtvingad omotiverade ingrepp eller behandlingar. Det gäller såväl personer med intersexvariationer som transpersoner. Alla som behöver könsbekräftande behandling ska kunna få det. Asylsökande och papperslösa ska, oavsett ålder, ha tillgång till könsbekräftande behandling. Könsbekräftande vård ska vara likvärdig och tillgänglig oavsett var i landet man bor.

Båda förbunden betonar vikten av självbestämmande också inom den könsbekräftande vården: ”Könsutredningar bör omformas så att fokus flyttas från psykiatri och patologisering till patientmakt och självbestämmande” (RFSL), ”Vården ska vara respektfull och präglas av delaktighet för patienten, oavsett om personen är myndig eller ej” (RFSL Ungdom). RFSL skriver i sitt principprogram att man ska kunna göra egen vårdbegäran till den könsbekräftande vården och att könsbekräftande vård ska ges utan onödiga dröjsmål. RFSL

Ungdom vill att alla som ska genomgå behandling som kan påverka fertilitet ska ha möjlighet till spara könsceller.

Båda förbunden verkar för en avpatologisering av könsdysfori-diagnoser, det vill säga att dessa inte längre ska vara psykiatriska diagnoser.

Hbtq-kompetensen inom vård och omsorg behöver förbättras, genom exempelvis hbtq-certifiering och genom att hbtq-frågor ska ingå i all utbildning och fortbildning.

Transpersoner ska ha likvärdiga möjligheter till sexuell och reproduktiv hälsa som cispersoner. Det ska finnas hivpreventiva insatser som riktar sig specifikt till transpersoner (RFSL 2017h, hämtad 2017-10-30; RFSL Ungdom 2014, hämtad 2017-10-30).

15.3.2 FPES

FPES vänder sig till alla transpersoner och arbetar med socialt stöd och politisk påverkan. Föreningens aktuella fokusfrågor är könsneutrala personnummer, likvärdig vård för transpersoner och rätten till ett respektfullt bemötande i alla delar av livet och samhället. FPES menar att det behövs en generell kunskapshöjning inom hälso- och sjukvården, i synnerhet i primärvården, om transpersoner och personer med könsdysfori. Arbetet med att förebygga psykisk ohälsa hos personer med könsdysfori behöver effektiviseras. Socialstyrelsens kunskapsstöd måste implementeras fullt ut i hela landet, tillgängligheten och effektiviteten i vården behöver förbättras och skillnader mellan landstingen jämnas ut (FPES 2017a, hämtad 2017-10-22).

15.3.3 Benjamin/Transsexuella i Sverige

Patientföreningen Benjamin, senare Transsexuella i Sverige, lades ner 2017. Föreningen gav stöd till personer som var på väg att få, hade eller hade haft diagnosen transsexualism och till anhöriga. Föreningen betraktade transsexualism som en neurologisk könsutvecklingsstörning, avvikelser i hjärnans utveckling, och ville att denna skulle räknas till DSD-tillstånden (Disorders of Sex Development). Föreningens ståndpunkt var att denna störning kan botas med hormonbehandling och kirurgi. Benjamin arbetade med politisk påverkan i syfte att få bort psykiatiseringen av diagnosen, personligt stöd och juridiskt

stöd gentemot vårdgivare (Patientföreningen Benjamin, 2017 hämtad 2017-10-30).

15.3.4 Föreningen KIM – Kön Identitet Mångfald

Föreningen KIM är en förening för alla typer av transpersoner, anhöriga och intresserade. Den verkar för allas lika rättigheter, oavsett kön, könsidentitet eller könsuttryck genom politisk påverkan och sociala träffar. Det är utifrån aktiviteten på hemsidan och i sociala medier oklart om och i så fall på vilket sätt föreningen fortfarande är verksam (Föreningen KIM 2017a, hämtad 2017-10-30).

15.3.5 Transförsvaret

Transförsvaret är en aktivistgrupp för främjandet av transrättigheter i Sverige. I november 2016 ockuperade Transförsvaret Socialstyrelsen i protest mot att transsexualism fortfarande är en psykiatrisk diagnos, och ställde samtidigt ett ultimatum med fokus på transpersoners hälsa och välmående till regeringen.

Gruppens kravlista handlar huvudsakligen om vården: bland annat kräver de standardiserad transvård över hela landet, kortare väntetider och bättre tillgång till könsbekräftande vård för ickebinära, asylsökande och unga transpersoner. Vidare vill Transförsvaret att Rättsliga rådet ska fråntas sin tillståndsgivande roll i fråga om transpersoner, att icke medicinskt nödvändiga ingrepp på personer med intersexvariationer utan dessa personers tillstånd, ska förbjudas i lag och att juridiska kön ska avskaffas (Transförsvaret 2017b, hämtad 2017-10-30).

15.3.6 Transammans

Transammans är ett nationellt förbund för transpersoner och närstående. Till närstående räknas även de som möter transpersoner inom vården, skolan och arbetslivet. Transammans arbetar med politisk påverkan och med utbildning för organisationer, företag och andra aktörer, med social verksamhet och individuellt stöd. Rätten att definiera och uttrycka sig själv är central för förbundet, liksom att

motverka förtryck som grundar sig i heteronormen, cisnormen och tvåkönsnormen. Förbundet arbetar för insatser som transpersoner själva har behov av och för att närståendes behov av stöd och utbildning ska tillgodoses (Transammans 2017b, hämtad 2017-10-30).

15.3.7 TGEU

Transgender Europe (TGEU) är en paraplyorganisation för europeiska organisationer som arbetar med trans- och intersexfrågor. TGEU verkar för transpersoners mänskliga rättigheter genom bland annat aktioner och informationskampanjer, forskning och politisk påverkan.

Till TGEU:s fokusfrågor hör förbättrad tillgång till könsbekräftande vård, avpatologisering av könsdysforidiagnoser, enkla och transparenta rutiner för byte av juridiskt kön på egen begäran, utan krav på diagnos eller ingrepp, och att de tvångssteriliseringar av transpersoner som fortfarande pågår i Europa ska upphöra. Till exempel gör TGEU varje år sedan 2013 en kartläggning, ”Trans Rights Europe Map & Index”, av de juridiska villkoren för ändring av juridiskt kön i Europas länder (TGEU 2017d, hämtad 2017-10-30).

15.4 Erfarenheter från utredningsteam

15.4.1 Teamens och Svensk förening för transsexuell hälsa, SFTH:s, beskrivningar av utmaningar

Socialstyrelsen gjorde 2017 en uppföljning av hur könsutredningsteamerna arbetar med kunskapsstöden. I ett PM (Socialstyrelsen 2017e) konstaterar Socialstyrelsen att tillgången till vård och behandling vid könsdysfori fortfarande är ojämlik i landet. Ojämlighet som identifieras gäller tillgång till och prioriteringen av barn- och ungdomsteam, psykosocialt stöd, hjälpmedel, hårborttagning samt fertilitetsbevarande åtgärder. Svensk förening för transsexuell hälsa (SFTH) drar samma slutsatser i ett öppet brev till bland andra Socialstyrelsen (SFTH, 2016). Vi redogjorde mer i detalj för uppföljningen i avsnitt 15.1.2 ovan.

De faktorer som beskrivs som avgörande för att utredningsteamerna ska kunna följa kunskapsstödens rekommendationer fullt ut, och

för att kunna uppnå likvärdig vård i landet, är resurser och kunskapsspridning. Kunskapsspridning är också delvis en fråga om den könsbekräftande vårdens resurser, i och med att utredningsteamens själva står för en stor del av spridningen av kunskapsstöden till andra delar av hälso- och sjukvården.

Utredningen skickade i maj 2017 en skriftlig enkät till samtliga utredningsteam som arbetar med utredning och behandling av personer med könsdysfori: Könsidentitetsmottagningen i Lund, Lundströmmottagningen i Alingsås, TS-mottagning i Linköping, Anova i Stockholm, KID-teamet på Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm, Affektiva specialmottagningen i Uppsala och Könsidentitetsmottagning (KIM) i Umeå. Olika team har olika nedre åldersgräns. BUP Team för könsidentitetsutredningar av unga (KID-teamet) vid Astrid Lindgren barnsjukhus är det enda som uteslutande tar emot personer under 18 år för utredning och viss behandling.

I enkäten ställde vi frågor om bland annat utmaningar för teamen och vilka behov de har för sin verksamhet. Vi efterfrågade också förslag på hur den könsbekräftande vården skulle kunna utvecklas på regional och nationell nivå. Svaren vi fått bekräftar det som Socialstyrelsen och SFTH tidigare kommit fram till. Av enkätsvaren framgår det att utredningsteamens ser utmaningar på flera olika områden: utmaningar i fråga om resurser, kunskapsspridning, styrning och att få gehör för verksamheten, samarbete och samverkan, egen kunskap och kompetens samt relationen till patienter. Dessa området överlappar delvis varandra. Till exempel är kunskapsspridning av betydelse för att få gehör för sin verksamhet, och mer resurser innebär mer personal vilket kan påverka möjligheter till samarbete och samverkan och att arbeta med vårdgivare–vårdtagare-relationen på olika sätt. Nedan redogör vi för teamens svar uppdelat på de olika områdena.

Utmaningar i fråga om resurser

Såväl utredningsteamens som Socialstyrelsen konstaterar att antalet personer som söker vård för könsdysfori ökar. Enligt en ny sammanställning av statistik från Socialstyrelsens patientregister har antalet personer som diagnostiserats med könsdysfori ökat från cirka 1 av 100 000 personer år 2005 (diagnostiserade för första gången) till cirka

8 av 100 000 år 2015. Ökningen är tydligast bland unga (Socialstyrelsen 2017i, hämtad 2017-10-27; Socialstyrelsen 2017n, hämtad 2017-10-19). Antalet personer som remitteras till Astrid Lindgrens barnsjukhus har ökat med runt 100 procent per år under 2010-talet (Läkartidningen 2017, Lagerblad 2017). Enligt Sigurjónsson (2016) var antalet personer som diagnostiserades med transsexualism 1127 år 2013, vilket är en fördubbling jämfört med 2010 och tre gånger så många som de som fick diagnosen 2007.

Flera av utredningsteamerna uppger att brist på resurser är den största utmaningen för deras verksamhet, att de är ”klart underbemannade vilket har lett till ökande väntetider” (Uppsala) och att ”/d/et är svårt att rekrytera medarbetare med tanke på brist på resurser. Väntetiderna har också en negativ effekt när det gäller att rekrytera kompetenta medarbetare” (Lund). I Socialstyrelsens uppföljning av teamens arbete med kunskapsstöden (Socialstyrelsen 2017e) nämns också att personalfrågan inte bara handlar om ekonomiska resurser, utan att ”det även är en utmaning att hitta rätt personal”. Frågan lyfts även av Anova i svaren på vår enkät:

Vi har en kraftig ökning av efterfrågan på utredning och behandling. Detta betyder att vi behöver expandera verksamheten med fler kompetenta medarbetare. Rekrytering är svår särskilt när det gäller psykiater. Det skall också noteras att det är en verksamhet som kräver särskild kompetens både vad avser kunskap men också attityder och öppenhet för personer med problematik som gäller fundamentala frågor kring konstllhörighet och frågor som inte alltid är väl formulerade och tydliga. Det kan behövas relativt lång period av ”inskolning” innan en nyanställd person kan sättas i full produktion. Expansion betyder ökade kostnader och beroende på finansieringsmodell kan detta vara svårt om verksamheten styrs av fastställd kostnadsbudget med långa justeringsintervall (Anova).

I svar på vår enkät nämns också personalomsättning och sjukskrivning bland personalen som en utmaning, vilket ytterligare förstärker bilden av underbemannning och att en del verksamheter är sårbara på grund av sin litenhet.

Resurser beskrivs också som en begränsning för att kunna erbjuda exempelvis samtalsbehandling eller göra uppföljning av patienter efter avslutad utredning. Anova nämner att internetbaserad kommunikation med säkra uppkopplingar skulle kunna förenkla bland annat uppföljning av behandling och effektivisera vården.

Det är endast TS-mottagning i Linköping som uttrycker att ekonomiska resurser inte är någon större utmaning för dem. Däremot räcker tiden inte till att utveckla verksamheten: ”Vi har olika idéer om vidareutveckling och förbättring men saknar tid, och sätt att realisera, implementera.”

Även väntetider, som hänger samman med brist på resurser, beskrivs som en utmaning. Detta skriver vi mer om i avsnitt 15.4.2 liksom om hur dagens förfarande med intyg till Rättsliga rådet påverkar väntetiderna.

Utmaningar i fråga om kunskapsspridning

Vi ställde frågan ”Är det er erfarenhet att kunskapsstöden är kända bland grupper som: politiska beslutsfattare, vårdgivare inom primärvården, hos teamen och i patientgruppen?” Alla svarade att personalen i respektive team var medvetna om kunskapsstödet. I övrigt uppfattar man att kännedomen varierar.

Kunskapsstöden är väl känt och refereras till av teamet i kommunikation med våra chefer och andra vårdgivare m fl. Min upplevelse är dock att utanför utredningsteamet är kunskapsstöden knappt kända och än mindre dess innehåll (Linköping).

Vi har försökt nå ut med information till beslutsfattare angående kunskapsstödet vid upprepade tillfällen. Det förefaller dock att politiska beslutsfattare inte lägger särskilt stor vikt vid att ta till sig denna information. Det är svårt att uttala sig om hur känt kunskapsstödet är inom primärvården (Lund).

Ja men det finns utrymme och behov av kontinuerlig kompetenshöjning (Anova).

Inom teamen och inom patientgruppen ja. För övrigt nej. [---] Svårt att nå ut med kunskap till regionen (ständigt pågående arbete) (Umeå).

Definitivt bland teamen och patientgruppen, mer osäker när det gäller beslutsfattare och primärvården (Uppsala).

Av vår enkät framgår att team använder kunskapsstöden för att äska mer resurser till verksamheten, vilket bör förutsätta viss spridning av kunskapsstöden från teamens sida. Astrid Lindgrens barnsjukhus uppger att kunskapsstöden är ”/b/ra att hänvisa till t.ex. i kontakt

med beställare för att säkerställa medel till verksamheten”. I vår enkät uppgav Linköpingsteamet att de ”med viss framgång” begär tillgång till bland annat hjälpmedel utifrån kunskapsstöden. Men de skriver också: ”Avseende hjälpmedel saknas helt uppbyggda sätt att tillgodose behoven. Vi har ingen, eller mycket begränsade möjligheter att erbjuda t.ex. hjälp med binder, penisproteser, bröstproteser mm. Utvecklingen i dessa delar går framåt men i nästan ej märkbar takt.”

Utmaningar i fråga om styrning och att få gehör för verksamheten

I Socialstyrelsens uppföljning lyfter utredningsteam att stödet från politiskt håll behöver öka för att teamen ska kunna implementera kunskapsstöden fullt ut. Av svaren på vår enkät framgår också att kännedomen hos politiska beslutsfattare om kunskapsstöden uppfattas som låg, men att det ändå har varit en fördel att ha ett officiellt styrdokument att hänvisa till vad gäller verksamheten. I Västra Götalandsregionen har man tagit fram ett regionalt dokument, som också underlättar kunskapsspridningen: ”Vi har i VGR har skrivit en regional medicinsk riktlinje. Den bygger på Kunskapsstödet och på så vis blir den känd hos både politiker och tjänstemän i organisationen.” (Se vidare avsnitt 15.7.3 i detta betänkande.)

Teamet i Lund beskriver hur de själva behöver arbeta för att få bättre förutsättningar för sin verksamhet. Det gör också KIM i Umeå, som nämner vårdbyråkrati och bristande stöd som anledningar till att de inte kan följa kunskapsstödens rekommendationer fullt ut.

På politisk nivå har vi fått försäkringar om mer resurser sedan många år tillbaka. Nu har vi fått ett extra tillskott fast det handlar bara om en engångssumma som inte räcker till särskilt mycket. Vi arbetar hårt att beslutsfattare inom vår organisation skall kunna förstå patienternas behov (Lund).

Vårdbyråkrati och bristande stöd i organisationen. Utredningsteamet (2,75% personal) får driva alla frågor själva och vi hinner inte med allt. [---] Vi kan inte påverka alla delar av behandlingen hos alla landsting i regionen, men försöker motivera alla landsting att erbjuda likvärdig vård för patientgruppen (Umeå).

TS-mottagning i Linköping uppger att de har ”stöd och får i alla fall i teorin gehör för våra önskemål”, men efterfrågar ett uppdrag att arbeta mer fokuserat med utveckling av verksamheten. Umeå svarar att deras ”uppdrag behöver definieras tydligt och förankras i organisationen”.

En fråga om styrning är hur verksamheten finansieras. Det skiljer sig i dag åt mellan olika team, men mycket av finansieringen kommer från psykiatrin. Inget team säger sig ha en egen budget för sin verksamhet.

För utredningsarbetet Ja /finansieringen kommer från psykiatrin/. I övrigt nej. Finns ingen öronmärkt finansiering för den somatiska sjukvården (Alingsås).

En kombination av psykiatriska kliniken och central finansiering, hälso- och sjukvårdsnämnden. Kliniken får ersättning via nämnden för de patienter som kommer från andra klinikers upptagningsområden och andra regioner/landsting som faktureras (Linköping).

Alla de enheter som deltar i utredning och behandling av personer med könsdysfori inom Region Skåne finansieras av de enskilda klinikerna (Lund).

Verksamheten finansieras idag av dels hälso- och sjukvårdsförvaltningens avdelning psykiatri och primärvård genom ett direktanslag för den psykiatriska delen av transvård, dels genom hälso- och sjukvårdsnämndens avdelning somatisk specialistvård till Karolinska Universitetssjukhuset. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen avd somatisk specialistvård finansierar kostnaderna för hårborttagning. Den somatiska könsbekräftande vården i övrigt har inte en väl definierad finansiering utan har vuxit till som en del av sjukhusets totala verksamhet och inom sjukhusets budgetering (Anova).

Psykiatribeställarna (BUP) inom SLSO /Stockholms läns sjukvårdsområde, utredningens anmärkning/ (Astrid Lindgrens barnsjukhus).

Mycket inom psykiatri, men vissa delar kompenseras kliniken för som ex. hårborttagning (Umeå).

Finansiering sker inom ramen av verksamheten, psykiatrin finansierar den psykiatriska delen, endokrinologi den endokrinologiska osv. Psykiatrin finansierar också de plastikkirurgiska ingreppen (Uppsala).

Några av teamen menar att statlig styrning skulle underlätta, eller ha möjlighet att förbättra, situationen:

Det skulle underlätta väldigt mycket om pengarna skulle komma direkt från staten (Lund).

Kanske skulle ökad statlig styrning/övertag av vården kunna förbättra situationen. Samtidigt måste det finnas utrymme för lokala anpassningar utifrån förutsättningarna (Linköping).

Vi ställde också frågan om en statlig pengapott som team skulle kunna söka finansiering ur skulle kunna vara ett alternativ för de olika teamen. Teamen ställde sig över lag positiva till en sådan möjlighet till finansiering, men några uttryckte också oro över att det skulle bli för krångligt rent administrativt för teamen.

Låter administrativt väldigt krångligt. Bättre då att få ”statligt” stöd i att gruppen blir synliggjord och att vi förhoppningsvis får Nationella riktlinjer som blir mera styrande även i hur vården skall bedrivas. Det lär dock dröja ett tag innan kunskapsläget har förändrats... (Alingsås).

Det vore ett intressant alternativ för att öka möjlighet till lika vård över landet, samt säkerställa tillgång till psykiatrisk vård och könsbekräftande behandling (Anova).

Nej, ingen tid att själv äska medel (Astrid Lindgrens barnsjukhus).

Om pengapotten följde antalet patienter och inte var allt för administrativt krångligt att söka, för annars riskerar små team som vårt att inte hinna med administrationen (Umeå).

Absolut! (Uppsala)

Utmaningar i fråga om samarbete och samverkan

Socialstyrelsen bedömer att samarbete i multidisciplinära team är grundläggande för god vård och behandling vid könsdysfori i alla åldersgrupper.

Samarbete i multidisciplinära team utgör en central del i samverkan mellan olika vårdgivare och är en nödvändig grund för en god vård vid könsdysfori. Socialstyrelsen bedömer att utredning och behandling av könsdysfori bedrivs optimalt inom ett specialistteam bestående av psykiater, psykolog, socionom och endokrinolog. Teamet bör utvidgas utifrån individens behov till att inkludera även logoped, foniater, hudterapeut, gynekolog eller androlog, sexolog och plastikkirurg. Samarbete mellan de olika professionerna behövs i varierande

grad under såväl utredning och behandling som i eftervården vid könskorrigering behandlingsåtgärder (Socialstyrelsen 2015f, Socialstyrelsen 2015i).

Av teamens svar på enkäten ser vi att det multidisciplinära samarbetet inte fungerar i alla led, specifikt vad gäller vissa metoder för hårborttagning (Umeå, ”har just nu problem med diatermibehandling, men hoppas kunna erbjuda det inom kort”), möjlighet till hårtransplantation som könsbekräftande behandling (Lund), olika tillgång till medicinska hjälpmedel som binder, bröstprotes, penisprotes och peruk (Alingsås, Linköping, Lund, Umeå) och varierande möjligheter till fertilitetsbevarande åtgärder (Anova; avdelningen för reproduktionsmedicin på Karolinska Universitetssjukhuset tar endast emot patienter med transsexualismdiagnos för att spara könsceller). Ibland skiljer sig inställningen till olika åtgärder åt mellan olika landsting inom ett och samma utredningsteams upptagningsområde:

Vi anser att det fortfarande är problematiskt med att olika landsting har olika uppfattningar och godkänner i olika grad fertilitetsbevarande åtgärder och hjälpmedel som peruk, penisproteser. Problematiskt med binders som borde anses som hjälpmedel (Uppsala).

I Lund fungerar inte heller samarbetet med barn- och ungdomspsykiatri:

Vi har planerat för en åldersintegrerad verksamhet med BUP under flera års tid vilket har dock gått i stöpet på grund av oförståelse från BUP:s sida. Man anser inte ens att det är en frågeställning som skall behandlas inom psykiatri.

TS-mottagning i Linköping beskriver hur de samarbetar både inom och utanför sitt team:

Vi behöver få till ett effektivare och bättre inarbetat flöde i teamet och har nu med bättre bemanning förutsättningar för det. Risken är att det blir för mycket resurser på enklare fall och för lite på de mer komplicerade. Vi behöver förbättra vår kompetens och kunskap runt olika undergrupper i populationen. Det är mycket svårt att få till bra samarbeten med andra vårdgivare på andra orter. Uppbyggda kontakter som behövs som bas för patientens vidare process kan falla bort utan information. Efterfrågade åtgärder blir ibland inte av.[---]

Vi försöker fördjupa samarbetet med övriga kliniker inom vården för könsdysfori. Det stöter på hinder i form av byråkrati, oklart på vem, vilken enhet det ska ligga mm.

En nyligen genomförd omstrukturering på Anova har också underlättat samarbete mellan olika discipliner och gett bättre förutsättningar för eftervård.

Från april 2016 har en verksamhetsövergång för den utredande delen från Psykiatri Sydväst till Endokrinologiska kliniken Karolinska Universitetssjukhuset vilket medfört en integrering med den endokrinologiska och invärtesmedicinska verksamheten. Detta i syfte att skapa en sammanhållen vårdkedja och fortsatt direkt tillgång till psykiatrisk expertis även efter genomförd utredning. Vi har sedan länge arbetat i multidisciplinära team i samverkan med övriga specialiteter som är involverade i den könsbekräftande vården inom SLL.

En form av samarbete/samverkan som vi specifikt ställde frågor om är utlokalisering av delar av den könsbekräftande vården. I något fall görs utlokalisering av vården baserat på individuella vårdtagares behov, men det sägs också att det kan vara svårt att ”få till ett över tid hållbart samarbete runt en patient med lokala vårdgivare” (Linköping).

Teamet i Lund kräver remiss från psykiatriker som gör en ”basutredning” där man diagnostiserar och kan sätta in behandling för eventuell psykiatrisk sjukdom. Det motiveras med att processen blir snabbare när vårdtagaren väl kommer till utredningsteamet, vilket man ser är av stor vikt med tanke på långa väntetider (i Lund upp till 18 månaders väntetid för första besök, väntetid för besök hos läkare ungefär 19 månader och till psykolog cirka 2 år): ”Till vår enhet remitteras patienter från flera olika landsting. Det innebär många och långa resor. Det spar tid för patienten om basutredningen är gjord på hemorten.”

Av Västerbottens läns landstings information till remittenter (hämtad 2017-10-26) framgår också att teamet vill att psykiatrisk klinik på vårdtagarens hemort gör en preliminär bedömning och därefter skriver en remiss till KIM: ”I remissen ska diagnoskriterierna för könsdysfori/transsexualism bedömas vara uppfyllda och ej bedömas vara del av vanföreställningssyndrom eller ett autistiskt specialintresse. Eventuell samsjuklighet ska anges och den psykosociala situationen finnas sammanfattad. Det bör också kunna erbjudas samtalsstöd i hemlandstinget.” En motsvarande bedömning görs också av den som via egen vårdbegäran kommer till psykiatriska mottagningens remissmottagning för vidareremittering till KIM.

Vi vill att patienter i hela regionen ska vara garanterade vård, men samtidigt vill vi att det ska finnas en första bedömning ifall pat. också behöver annan behandlingsinsats via psykiatrin för övrigt.[---]

Vi rekommenderar kontakt med hemortsklinikens psykiatri, då det underlättar att ha någon att samverka med på hemorten, Ofta långa avstånd och ej möjligt att ha stödkontakt via KIM. Spec.remiss ger pat ersättning för resor och behövs längre fram när pat ska remitteras till kirurg. Underlättar om kontakten redan är etablerad. Också en ökad trygghet om en pat blir ex. deprimerad att hen snabbt kan få hjälp på hemorten, vi vet vem vi kan samarbeta med.

Teamet i Uppsala, som inte tar emot egenremisser, resonerar på liknande sätt:

Vi anser att könsdysforiutredning är högspecialiserad vård. Vi kräver remiss från specialist i psykiatri.

Vi har även mycket utomlänspatienter och behöver ha en hemmamottagning att kommunicera med om patienten skulle behöva stöd på hemmaplan. Hemmamottagningen behöver också skicka remisser och utfärda betalningsförbindelser när det är dags för vissa behandlingsåtgärder.

På Lundströmmottagningen har man valt att ta emot egenremiss, men ser att något som kan vara ett problem med detta är att det inte finns någon "vårdgivare som står bakom remissen i de fall det finns behov av ytterligare vårdkontakter". På Anova bedömer man i stället att förfarandet med egenremiss gör det möjligt att bedöma "eventuellt behov av konsultation hos annan vårdgivare innan personen kan komma till utredning" utifrån det personen själv skriver i sin vårdbegäran.

KIM berättar att de också samarbetar med ett annat team i upp-tagningsområdet:

I Östersund ett team som ska kunna påbörja utredning och har som målsättning att genom handledning på sikt kunna sköta sina egna patienter. Norrbotten hade en organisation tidigare som gjorde första delen av utredningen, men som i dagsläget inte funkar. Västernorrland hade intentionen att ha ett team, men det tycks för närvarande inte alls fungera.

Det råder delade meningar mellan utredningsteamerna huruvida det skulle kunna vara bra att utlokalisera delar av vården.

Högst tveksamt. Delat ansvar riskerar bli ingens ansvar. Kommunikationen kliniker emellan är svår att få till och än värre blir det över länsgränser och olika journalsystem, sekretessgränser mm (Linköping).

Med tanke på normaliseringsprincipen kan detta vara bra (Lund).

Det är en bra idé om man kan få till det praktiska (Uppsala).

Ja många delar måste kunna skötas nära patienten. När gruppen patienter ökar, så ökar behovet av utredande team och dessa kan med fördel utlokaliseras (Umeå).

Ja, samtalsstöd (Astrid Lindgrens barnsjukhus; uppger att de själva inte ha möjlighet att ge samtalsstöd till patienter eller föräldrar utan enbart utreder).

KIM i Umeå är det team som ser störst möjligheter och fördelar med att utlokalisera vård:

Psykosociala delar, psykologbedömningar/utredningar, hårborttagning, logopedbehandling, första läkarbedömning. Med ökad kompetens i ett mindre team kan i slutändan allt utom hormonbehandling och kirurgi skötas i mindre team tror jag.

Linköpingsteamet menar att andra vårdgivare skulle åta sig vissa delar av utredning och behandling, men att det bör begränsas och att utredningsteamet ska ha huvudansvaret:

Stödkontakter, samtal med anhöriga, vissa samtalsbehandlingsinslag /kan utlokaliseras/. När det krävs mer intensiv kontakt och avstånden är långa. Sådant som rör komorbida problem, sekundära problem. Det finns en risk att ta för mycket av kontakter ifrån bedömande personal. Det viktiga är att det är tydligt var ansvaret för utredning, bedömning och ordinationer ligger. Personal hos andra vårdgivare behöver i så fall veta på vems ordination de arbetar och ha en kontinuerlig återkoppling till utredningsteamet (Linköping).

Även bland de endokrinologer som utredningen intervjuat är meningarna delade. Flera anser att det skulle avlasta dem om åtminstone hormonbehandling där det inte finns några komplicerande faktorer – där hormonbehandlingen fungerar bra och i stort sett bara behöver monitoreras med provtagning och hormonpreparat skrivs ut – skulle kunna utlokaliseras, inte minst om patienten annars skulle behöva resa långt för att träffa utredningsteamets endokrinolog. Samtidigt krävs det att vårdgivare på hemorten i så fall har vissa kun-

skaper om könsdysfori och hur det kan behandlas, och att behandlingen sker i samråd med endokrinologen vid utredningsteamet.

När utredningsteamerna i svaren på vår enkät resonerar kring vilka delar av vården som skulle kunna utlokaliseras visar det sig också delvis vara en fråga om kunskaper hos de vårdgivare som man i så fall skulle utlokalisera vård till, och om samverkan med utredningsteamerna. Anova utvecklar sitt resonemang om hur utlokalisering behövs, inte minst för eftervård, om den kunskapshöjning som detta förutsätter och hur den skulle kunna åstadkommas:

Fler aktörer kommer att behöva bli involverade i vården som en konsekvens av den ökning som skett sedan flera år och som fortfarande pågår. Efter utredning behövs en långsiktig vårdplanering som inkluderar monitorering av hormonell behandling, sjukdomsrisker och vid behov transkompetent psykiatrisk vård och psykologiska stödinsatser. Att vården utvecklas och utlokaliseras till fler vårdgivare är positivt om kompetensutveckling sker parallellt. Personer som på grund av könsdysfori genomgått en könsbekräftande behandling och fullföljt den processen bör integreras i den ”vanliga” vården inte minst i syfte att undvika känslan av utanförskap. Det kräver dock en ”transmognad” hos aktuella vårdgivare. [---]

Gruppen som söker könsbekräftande medicinsk vård växer vilket ställer krav på ökad ”transkompetens” i hela vården. Inom den transspecifika vården står vi även inom ett par år för pensionsavgångar och ett behov av att kunskapen överförs till yngre kollegor. Detta ställer krav på utbildning dels genom att transmedicin inkluderas i vårdrkenas utbildningsplaner, och att tjänstgöring inom den transspecifika vården kan erbjudas under specialistutbildning av läkare (Anova).

Utmaningar i fråga om egen kunskap och kompetens

Lundströmmottagningen lyfter att det överlag kan vara utmanande att ställa en diagnos:

Finns inte så mycket andra riktlinjer. Problemet är att det saknas diagnostiska kriterier för när det är olämpligt att t ex ställa diagnos. Många frågeställningar under utredningen är av mera etisk art som i brist på vägledning skapar en etisk stress att fatta beslut som det saknas evidens för hur utfallet blir i vart enskilt fall (Alingsås).

Några av utredningsteamerna nämner som en utmaning att det finns begränsad kompetens och kunskap om ickebinära, om personer med funktionsnedsättningar och om behov av eftervård. I fråga om icke-

binära och eftervård har andra utredningsteam på olika sätt skaffat sig sådan kunskap och kompetens, genom beprövad erfarenhet eller genom de behov som patienterna själva har uttryckt.

Teamet i Linköping tar upp bedömning av könsdysfori hos ickebinära patienter som en utmaning:

Samtidigt är detta svårvärderat och kräver försiktighet, kanske extra observationstid och kontakter för att förstå. Vi saknar kunskap om eventuella risker, prognos mm för denna grupp.

På Anova har man sedan 2010 erbjudit ickebinära personer utredning och behandling. Tillsammans med rekommendationerna i kunskapsstödet för vård av vuxna har erfarenheterna gett kunskaper.

Denna grupp har genomgått ett semistrukturerat utrednings- och behandlingsprotokoll. Erfarenheterna från projektet och kunskapsstödet i sig har medfört öppenhet för att på ett närmare sätt delta i personers undersökande av sin identitet.

På Astrid Lindgrens barnsjukhus erbjuds inga vårdinsatser för ickebinära eftersom det, skriver teamet, inte finns någon evidens för behandling av unga ickebinära.

Att många av patienterna har särskilda behov till följd av exempelvis funktionsnedsättningar tar teamet i Umeå upp.

En känsla finns att fler och fler som söker har särskilda behov.

Vi ser att cirka 25 procent har autismspektrumdiagnoser och alla har inte diagnos när de kommer till oss och omfattande svårigheter i vardagen. Det är mycket resurskrävande. Cirka 25 procent har ADHD, vilket ibland kan vara problematiskt när de inte sen tidigare har diagnos. Allt fler har annan problematik som vi inte kan ta hand om själva i utredningsteamet och det kan vara svårt att hitta villiga samarbetspartners. Även vid t.ex. lågbegåvning, aktivt missbruk, svårare psykosjukdom etc.

Även Astrid Lindgrens barnsjukhus reflekterar över förekomsten av autismspektrumtillstånd i patientgruppen: upp till 26 procent av de som söker könsbekräftande behandling har autismspektrumtillstånd (Frisén et al 2017).

Utredningsteamet i Linköping erbjuder eftervård, men upplever att intresset för detta hos patienterna är mycket lågt. Teamet erbjuder också återbesök när patienter fått juridiskt fastställande, men

nästan ingen efterfrågar det. Därför efterfrågar teamet mer kunskap på området.

Här finns mycket begränsad kunskap. De fall som vi känner till är de som av andra skäl har kontakt med kliniken. Inget specifikt behov av kontakt med vår mottagning finns bland dem. Vi har haft ett par fall som återkommit efter flera år utifrån ånger eller att det inte blivit bra.

Vi uppfattar att det kan finnas ett dolt behov och att det kan finnas en svåråtkomlig fråga runt patienters egentliga förväntan om vad förändringen ska innebära och hjälpa. En del kan tänkas drivas av att få sin fastställelse och ev operation och att det inte är förrän efter det som de slappnar av och på en ytterligare fördjupad nivå kommer in i sin tillvaro i det nya uttrycket. Trots real-life-observation och många samtal blir det kanske först då det blir tydligt vad det innebär och vad som kan vara svårt. Vi skulle behöva få mer erfarenheter runt om detta är ett problem. Tyvärr nappar patienterna inte på erbjudande om eftervård och en faktor bland de som har svårigheter skulle kunna vara skam?

Behov av eftervård som andra utredningsteam har identifierat är stöd vid komplikationer och i samband med kriser under könsbekräftande behandling (Alingsås), samtalsbehandling (Lund), stödjande eller psykoterapeutisk kontakt efter juridiskt fastställande och/eller underlivskirurgi (Anova), samtalsstöd vid komplikation efter operation, samtal när man ska ta ställning till underlivskirurgi, stöd vid relationsproblematik och skilsmässa, fysioterapeutisk behandling i syfte att tycka om och våga/kunna lyssna på sin kropp samt förnyelse av remisser (Umeå). Anova påpekar att behovet av stöd- eller samtalskontakt kan uppstå direkt eller efter några år.

Utmaningar i fråga om relation till patienter

Som vi visade ibland annat avsnitt 15.2.1 finns hos många personer som söker den könsbekräftande vården ett bristande förtroende för vårdgivarna, men upplevelsen av den könsbekräftande vården varierar stort. Vi frågade hur teamen upplever att patientgruppens förtroende för teamet och för den svenska vården vid könsdysfori över lag ser ut i dag. Samtliga team som utreder vuxna anser att förtroendet från patienterna till stor del eller i huvudsak är gott och att många är nöjda med vården. Exempel på faktorer som gör att patienter är mindre nöjda är väntetider och långa utredningstider.

Stor variation. Många är nöjda och tacksamma för möjlighet att reflektera över sina val och sin livssituation. Andra ser oss enbart som gatekeepers och som ett hinder på vägen att till att få sin behandling (Alingsås).

Mycket varierande. Vi får positiv återkoppling i våra kontakter från många och påstående om att det finns en gott rykte om oss på nätet. Detta är det huvudsakliga intrycket.

Flera personer uttrycker kritik och frustration och ifrågasätter att de ska behöva gå igenom utredning lägga mycket tid på något de anser sig ha rätt till. Ett fåtal är mer uttalat kritiska även direkt mot oss eller enskilda personer i teamet (Linköping).

Det varierar en hel del. Stora antalet patienter är nöjda med den vård som de har fått likaså känner de stort förtroende för oss. Vissa individer är dock kritiska vilket dock inte avviker från mönster inom psykiatri. Missnöjet i nuläget grundar sig mycket på långa väntetider för utredning och behandling på vår mottagning (Lund).

Vi upplever att patientgruppen har ett i huvudsakligen gott förtroende för Anova. Det finns förbättringspotential och behov av mer kommunikation. Vår uppfattning grundar sig på muntlig feedback direkt från patienter eller olika transorganisationer, våra referensgruppsmöten med transorganisationer samt den utvärdering patienterna fyller i efter det att ansökan till Rättsliga rådet skickas in (Anova).²⁰

I det stora upplever jag en gigantisk förbättring efter 2013, men vi får aktivt jobba med att trygga patienterna. Jag tror att vi inte kommer undan frustration och missnöje från patienter pga att könsdysforin påverkat dem under så lång tid att deras frustrationsnivå är så hög när de till slut vågar söka vård och kommer till oss. Då är de rädda att bli avvisade och allt hopp står till behandling. Många uttrycker sin rädsla och frustration med ilska och paranoida tendenser. Det kommer vi nog att få leva med. Patienterna tror ofta att vi behandlare har betydligt större makt än vi har (Umeå).

Vi upplever det som att patientgruppen har stort förtroende (Uppsala).

Teamet på Astrid Lindgrens barnsjukhus uppger att förtroendet är ”/g/anska dåligt framför allt hos de äldre ungdomarna, betydligt bättre = mycket bra hos de yngre barnen”.

Vi ställde också frågan ”Hur arbetar ni för att få, bibehålla och i förekommande fall, öka patienternas förtroende för er?” Information,

²⁰ Utvärderingen tas också upp i avsnittet om erfarenheter av olika team, 15.2.3.

transparens och fokus på individen återkommer i beskrivningarna av hur teamen arbetar med relationen till sina patienter.

Erbjuder möjlighet till samtal utan krav. Att försöka få till en utredning i en god allians där alla inblandade arbetar åt samma håll för att slutresultatet ska bli så bra som möjligt på lång sikt (Alingsås).

Informera upprepat om processen, regelverken, syftet och även till närstående (Linköping).

Vid varje kontakt efterhör vi vad patienternas behov är, vad de förväntar sig av vården (Lund).

Utredningens omfattning och innehåll har individualiserats och betoning av begreppet könsdysfori har öppnat upp dialogen kring den enskilde personens behov och föreställningar. Gradvis har den tidigare så tydliga gate keeper-rollen förändrats vilket möjliggör en mer transparent och öppen patient-läkarrelation. Möjligheten till individualiserad behandling har medgivit kortare utredningstider i vissa fall och uppföljning har underlättats vilket ökar den medicinska säkerheten. [---]

De frågor vi ställer och de formulär vi använder ska vara tydligt motiverade och fylla en funktion för diagnostik och ligga till grund för bedömning av vilka extra stöd och vårdinsatser som behövs och vilken behandling som kan vara optimal. Vi försöker vara så transparanta som möjligt med våra bedömningar. [---]

Vården drivs i samråd med patient och med respekt för patientens könsidentitet och könsuttryck. [---]

Patienten informeras om Rättsliga Rådets PM angående hur de tolkar lagen och att det kan finnas risk för avslag om man inte följer deras tidsgränser (Anova).

Skriftligt informationsmaterial +säkra allians genom gott bemötande (Astrid Lindgrens barnsjukhus).

Vi försöker att utveckla en tydligare struktur i vårt arbete, med skriftlig info som ska vara lättåtkomlig för alla och är tänkt att hjälpa patienterna att känna att de har bättre förståelse för processen. [---]

Vi informerar pat. om olika alternativ ifall det finns i syfte att pat. ska kunna få den för hen bästa behandlingen.[---]

Vi försöker möta patienterna och trygga dem. Förklara att vi ser oss som guider och inte beslutsfattare och att vi uppskattar patienternas delaktighet i utredning och behandling. Vi försöker förklara ev. krav vi

har på delar i utredningen som ex. psykologbedömning och vara transparenta i alla delar. Vi är öppna med journalhandlingar för den som vill ha ut. I vissa fall går det ändå inte och det är väldigt frustrerande och svårt. Det är liksom en accepterad bild i samhället att vi som jobbar med detta är ute efter att ifrågasätta och underkänna patienterna, men så är det ju inte idag, i alla fall inte hos oss. Vi ställer ju frågor för att förstå och kunna guida rätt! (Det är i alla fall så vi vill tänka om oss.) (Umeå).

Vi försöker ha patienten i fokus, följa nationella och internationella utvecklingar i fältet samt att bedriva forskning kring könsdysfori. Hög tillgänglighet och noggrann information, muntligen och skriftligen, så att patienten vet vad som kommer hända och därmed kan ha realistiska förväntningar (Uppsala).

Anova utvecklar vikten av att patientgruppen har ett gott förtroende för vården, och hur man i syfte att uppnå detta samverkar med intresseorganisationer/patientorganisationer. På Karolinska universitetssjukhuset arbetar man just nu även med en ny organisation där patientens behov och väg genom vården är centrala, och där helhetsansvaret för patienter och patientflöden ska vara tydligt. I det arbetet deltar även Anova.

Att patientgruppen har ett gott förtroende för vården är nödvändigt för att bedriva säker medicinsk vård. Det innebär även en möjlighet att förbättra vården. Vi för därför en kontinuerlig dialog med patienterna direkt eller via någon av organisationerna RFSL, RFSL Ungdom, FPES eller Transammans. Dessutom har vi referensgruppsmöte med ovan nämnda organisationer en gång per termin för att mer strukturerat utbyta erfarenheter, information och diskutera förbättringar. Ett utvärderingsformulär hemsändes till varje patient efter att ansökan har skickats in till Rättsliga Rådet.

Dessutom så finns ett ömsesidigt utbyte av att delta i olika utbildningsaktiviteter, informationsföreläsningar, under PRIDE, granska informationsmaterial och texter mellan ANOVA och de olika transorganisationerna vilket bidrar till en god kommunikation, ett gott ömsesidigt förtroende och transparens.

Karolinska universitetssjukhuset har som del i den värdebaserade vården infört patientflöden och patientflödesansvariga. Transmedicin är ett identifierat patientflöde. Den patientflödesansvariga ansvarar för en patientgrupp och kommer att samla ett interdisciplinärt team tillsammans med patientrepresentant/er för att driva förbättringsarbete i syfte att öka värdet för patienten. Detta kommer att innebära en möjlighet att ytterligare utveckla det samarbete vi har idag.

För patienter som befinner sig i den könsbekräftande vården på Anova finns möjlighet att, utöver att prata direkt med teamet, vända sig till någon av de nämnda organisationerna om man inte känner sig väl bemött, har synpunkter på vården och eller vill framföra förbättringsförslag. Organisationerna kan sedan föra kritiken eller synpunkterna vidare till Anova.

Vi har i detta avsnitt beskrivit hur utmaningarna för utredningsteamerna ser ut. De flesta beskriver att det egna teamet är välfungerande, men att otillräckliga resurser, bristande kunskaper hos beslutsfattare och andra delar av hälso- och sjukvården om utredningsteamens verksamhet och förutsättningar, kunskapsutveckling och vårdgivarvårdtagar-relationen innebär betydande utmaningar. Utredningsteamerna är också sårbara med avseende på att det är resurskrävande att hitta, utbilda och behålla personal med den rätta kompetensen och att förändringar i den befintliga personalstyrkan, till exempel sjukskrivningar, kan få stora konsekvenser för sådant som arbetsbelastning och kötider. Lotta Sandström på KIM i Umeå sammanfattar väl vårdens utmaningar och de påfrestningar det kan innebära för en vårdgivare i dennas yrkesroll, och visar samtidigt i hur hög grad vården också beror av det egna engagemanget:

Ibland är det jobbigt att förklara könsdysforins lidande och hävda patienternas rätt gentemot kliniken och andra vårdgivare, samtidigt som man ska hävda sjukvårdens goda vilja gentemot patienterna. Vissa dagar vill jag inte alls fortsätta med detta. Det som gör det värt är alla de fantastiskt positiva patienter jag också möter och även samarbetet med övriga utredningsteam och engagerade personer inom vården som också ser vikten av att hjälpa dessa människor att känna en kongruens och se hur de kan blomma ut. Dessa patienter genomgår verkligen en metamorfos och det är en fantastisk sak att få se när det händer. Det vi gör är viktigt och på riktigt.

15.4.2 Beskrivning av väntetiderna och orsakerna till dessa

Att väntetiderna i och i samband med könsbekräftande vård, och de negativa konsekvenser dessa kan få för den psykiska hälsan hos personer med könsdysfori som redan, på gruppnivå, har nedsatt psykiskt välbefinnande och skattar sin hälsa som sämre jämfört med befolkningen som helhet, är väldokumenterat i såväl forskning som personliga berättelser (se till exempel RFSL Ungdom 2010; Social-

styrelsen 2010; Bremer 2011; Repka & Repka 2013, von Vogelsang et al 2016; Linander et al 2017a, 2017b).

Väntan sker i flera olika stadier av vårdprocessen: väntan på att få remiss (om det aktuella utredningsteamet tar emot egen vårdbegäran/"egenremiss", eller om den som remitterar har kännedom om könsdysfori och vikten av att remittera vidare till specialistvården när en person söker vård i frågor som rör könsidentitet, kan väntetiden i det här skedet bli kort eller ingen alls); väntan i form av eventuell "förutredning" i primärvård/allmänpsykiatri; väntan på första möte med utredningsteamet; väntan på olika möten inom utredningen; väntan under real life (om en sådan period är aktuell); väntan på att kunna skicka in ansökan till Rättsliga rådet och på rådets beslut, om man ska byta juridiskt kön; väntan på olika slags könsbekräftande medicinska behandlingar. I tillägg till detta har många väntat eller avvaktat länge innan de tar beslutet att söka könsbekräftande vård, och söker sig till vården först när de inte orkar längre utan könsbekräftande behandling eller när de själva känner sig klara över sin identitet och sitt vårdbehov.

De allra flesta transpersoner söker sig inte till transvården första gången de börjar ana att någonting skaver, såsom utredningens utformning verkar utgå ifrån. Jag själv uppsökte transvården som ett sista steg i min mentala transition och de allra flesta andra transpersoner jag känner likaså (berättelse 119)

Flera av de berättelser som utredningen fått in vittnar om processer som sammanlagt sträckt sig över 3–4 år. Många av de vars processer tagit kortare tid än så uttrycker också frustration över väntetiderna och ohälsa och lidande relaterat till väntan, och efterfrågar kortare köer och väntetider. I TGEU:s enkätundersökning (TGEU 2017b) svarade, som vi redogjorde för i avsnitt 15.2.1, runt 95 procent att minskade väntetider skulle förbättra tillgången till könsbekräftande vård i Sverige, medan mindre än en procent ansåg att väntetiderna är okej som de är i dag. (Övriga svarade att de inte visste/inte hade någon åsikt.)

Vårdtagare hanterar väntetider på olika sätt, till exempel genom att självmedicinera, anpassa sina berättelser efter vad utredaren kan tänkas vilja höra, inte ifrågasätta eller kritisera vården eller genom att ligga på vårdgivare för att snabba på processen (se vidare till exempel avsnitt 15.2.7 och Linander et al, 2017a). Förutsättningarna för att kunna använda sig av sådana strategier är dock olika för

olika personer, beroende på exempelvis ekonomisk situation, tillgång till information och att orka vara drivande.

Väntan kan, som Linander et al (2017a) beskriver, användas som ett diagnostiskt verktyg under utredning. Real life, i de fall en sådan period är aktuell för en vårdtagare, är ett tydligt exempel på detta slags avsiktlig väntetid. Bertilsdotter Rosqvist et al (2013) beskriver i artikeln ”Developing an authentic sex” också hur utredande psykologers idéer om ålder, individuell mognad, erfarenhet och utveckling, liksom hur säker vårdtagaren bedöms vara och hur integrerad vårdtagarens uppfattning om sin identitet är, kan påverka utredningsprocessen och i vissa fall förhindra eller fördröja tillgång till vård. Personer som inte följer den utvecklingskurva som förväntas av transpatienter, och patienter som är unga eller som söker vård sent i livet, beskrivs som svåra eller problematiska fall.

Forskning av Pimenoff & Pfäfflin (2011) och Mate-Cole et al (1990) har visat att personer som får tillgång till könsbekräftande behandling relativt snabbt, och att personer som får tillgång till behandling tidigt i sin process får lika goda resultat inom områdena yrkesliv, socialt liv och psykisk hälsa som dem det tagit längre tid för (Pimenoff & Pfäfflin 2011) och har bättre psykisk hälsa än de som fortfarande väntar på att få behandling (Mate-Cole et al 1990).

Samtidigt som den sammanlagda tiden från första kontakt med utredningsteam till juridiskt fastställande minskat mellan år 1972 och 2010 (från i genomsnitt 7,25 år under perioden 1972–1980 till i genomsnitt 3,8 år mellan 2001 och 2010) har andelen ångerfall (räknat som ansökningar om att återfå sitt tidigare juridiska kön) minskat från 5,8 procent till 0,3 procent (Dhejne 2017). Det tycks alltså som att kortare utredningstid och snabbare tillgång till könsbekräftande behandling och byte av juridiskt kön inte påverkar personers mående negativt eller kan förknippas med ökning av antalet ångerfall. Här kan också nämnas att man i Norge vanligen ställer diagnos efter 6 månaders könsutredning (Helsedirektoratet 2015).

Så här skriver Socialstyrelsen (2015f) angående individualiserad utredningstid:

Den tid som utredningen tar är individuell. Hos vissa individer står det tidigt klart att personen lider av könsdysfori, inte verkar ha några andra problem som riskerar att hindra en könskorrigering och har de övriga förutsättningar som krävs för att genomgå den. Sådana personer kan ofta inleda kroppsmodifierande behandlingar relativt snart. I andra fall kan det vara motiverat med en mer omfattande utredning

för att utesluta att personens problem huvudsakligen ska förstås på ett annat sätt. Det är generellt sett svårare att bedöma en könsdysfori som är relativt nyupptäckt, och detta gör ofta att utredningstiden blir längre. Det är också viktigt att eventuella andra svårigheter som psykisk ohälsa eller bristande socialt stöd hanteras tillräckligt väl för att personen ska kunna remitteras till somatisk behandling. Utredningen behöver pågå så länge som krävs för att minimera risken för felbehandling. En relativt lång utredningsperiod måste dock alltid vägas mot de psykiska påfrestningar som väntan och ovissheten ofta innebär.

Väntetider för att komma till ett utredningsteam och mellan möten med olika vårdgivare, och väntetider för olika slags könsbekräftande behandling, handlar däremot om att de tillgängliga resurserna inte motsvarar det ökande antalet patienter.

Väntetider för att få rätt juridiskt kön handlar dels om handläggningstider av själva ärendet (ansökan om fastställande och i förekommande fall om könsbekräftande underlivskirurgi, borttagande av könskörtlar och sterilisering) hos Rättsliga rådet, dels om rådets egna rekommendationer, om de dokument rådet utgår från i sina beslut och om tolkningen av könstillhörighetslagen. Rådet hänvisar i flera avslag (se vidare avsnitt 15.5.6) till förarbetena till könstillhörighetslagen – prop. 1972:6, som i sin tur stöder sig på SOU 1968:28 – då de menar att utredningstiden och/eller real life-perioden varat under för kort tid.

Enligt förarbetena ska observationstiden (utredningen) respektive real life-perioden vara i åtminstone ett år, vilket, om man gör tolkningen att det rör sig om två från varandra skilda perioder, ger en sammanlagd utredningstid om som minst två år. I sina egna rekommendationer skriver rådet att det inte finns någon exakt eller konkret tidsangivelse för hur lång en utredning respektive en real life-period ska vara, utan hänvisar till kunskapsstödets skrivelse ”vikten av en grundlig utredning och behovet av tillräcklig tid för att kunna göra en sådan utredning” (Socialstyrelsens rättsliga råd 2017b). I praktiken tycks Rättsliga rådet dock utgå från konkreta tidsangivelser som finns i SFTH:s tidigare vårdprogram: ”Rekommendationerna/rådets egna rekommendationer/ ska ses som riktlinjer. Utgångspunkten är två år för utredning och ett år för real life. Bedömningen görs dock individuellt vilket innebär att tillräcklig tid kan vara längre eller kortare i det enskilda fallet” (Brev från Socialstyrelsens rättsliga råd till Cecilia Dhejne, 2017c).

Att Rättsliga rådets rekommendationer krockar med kunskapsstödens rekommendationer om individanpassad vård tas upp såväl av enskilda utredningsteam i korrespondens med utredningen som av Socialstyrelsen i uppföljningen av kunskapsstöden:

Kunskapsstödet rekommenderar att utredningstiden bör vara individanpassad till personens sociala och medicinska omständigheter. En synpunkt som framförs är att den rekommendationen ibland krockar med hur rättsliga rådet tolkar lagstiftningen om juridiskt fastställelse i annat kön samt tillstånd för operation av könsorganen. I syfte att ha ett gott beslutsunderlag har rättsliga Rådet tagit fram rekommendationer till utredningsteamerna rörande vad de önskar ha utrett för personer som ansöker juridisk fastställelse. Utifrån att de flesta patienterna vill ansöka om juridiskt fastställelse så innebär detta att utredningsteamerna behöver följa dessa rekommendationer om ansökningarna ska beviljas, och därmed inte alltid kan följa kunskapsstödet (Socialstyrelsen 2017e).

Flera av utredningsteamerna nämner långa väntetider till följd av att resurserna inte räcker till för att ta emot det ökande antalet patienter, som den största utmaningen för dem i deras arbete. ”Långa väntetider inom hela vårdkedjan” (Alingsås/Lundströmmottagningen), ”Det är svårt att rekrytera medarbetare med tanke på brist på resurser. Väntetiderna har också en negativ effekt när det gäller att rekrytera kompetenta medarbetare” (Lund), ”Att det varit stora förändringar på kort tid och att alla aktörer har svårt att hantera ökningen, vilket leder till mycket väntetider” (Umeå), ”Våra största utmaningar är brist på resurser, vi är klart underbemannade vilket har lett till ökande väntetider” (Uppsala).

Bristen på resurser beskrivs också som betydande i Socialstyrelsens uppföljning av kunskapsstöden (2017e) se vidare avsnitt 15.1.2).

Egenremiss

Enligt Socialstyrelsens båda kunskapsstöd från 2015 är det ”önskvärt att personer med könsdysfori får möjligheten att själva kontakta den specialiserade vården” eftersom krav på remiss kan göra att man avstår från att ta kontakt. Huruvida det är möjligt att skicka in egenremiss kan, som nämnts tidigare, också påverka den sammanlagda väntetiden. Det är i dag inte möjligt att göra egenremiss till alla utredningsteam. Lundströmmottagningen i Alingsås, TS-mottagning i Linköping och Anova i Stockholm tar emot egenremiss direkt till

mottagningen (till Anova än så länge enbart som ickebinär, men teamet planerar att under andra halvan av 2017 göra det möjligt för alla personer med könsdysfori att göra egenremiss).

Lundströmmottagningen motiverar valet att ta emot egenremiss med väntetider: ”Pga att pat inte skall behöva vänta på ytterligare ett ställe för att få tillgång till vård.” Utredningsteamet i Lund, som inte tar emot egenremiss, motiverar också sitt val med väntetider: ”Remiss krävs från psykiater för att man skall göra en ’basutredning’, diagnostisera och behandla eventuell annan psykiatrisk sjukdom. Om basutredningen är gjord blir processen på vår enhet snabbare, vilket är av stor vikt med tanke på långa väntetider.”, ”Det spar tid för patienten om basutredningen är gjord på hemorten.”

Utredningsteamet i Umeå erbjuder möjligheten att göra egen vårdbegäran till remissmottagningen på psykiatriska mottagningen i Umeå. Där görs först en allmänpsykiatrisk bedömning innan vårdtagaren remitteras vidare till könsutredningsteamet. Motiveringen liknar också den som utredningsteamet i Lund ger, att ge möjlighet till behandling av eventuell annan problematik: ”Vi vill att patienter i hela regionen ska vara garanterade vård, men samtidigt vill vi att det ska finnas en första bedömning ifall pat. också behöver annan behandlingsinsats via psykiatrin för övrigt.”

För att kunna få reseersättning, om man söker sig till ett annat utredningsteam än det landstinget man är bosatt inom har avtal med, krävs i regel en så kallad utomlänremiss. Det innebär att möjligheten till egenremiss också kan begränsas av individuella ekonomiska förutsättningar.

Som vi nämnde tidigare finns det också ett landsting som inte accepterar egenremisser alls för könsbekräftande vård. De ersätter alltså inte det vårdgivande landstingets kostnader, om patienten inte fått remiss.

Vårdgaranti

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) ska landsting erbjuda vårdgaranti till den som omfattas av landstingets ansvar. Vårdgarantin ska omfatta såväl primärvård som specialiserad vård och behandling. För första besök i den specialiserade vården är den nationella vårdgarantins tidsgräns 90 dagar

och för påbörjad behandling som beslutats av vårdgivare är den 90 dagar.

Om en specifik vårdmottagning, som omfattas av vårdgarantin, inte kan erbjuda ett besök eller en behandling inom tidsgränserna för vårdgarantin ska man bli erbjuden besök/behandling på en annan mottagning. Vårdgarantin gäller också bara i det landsting eller den region där man är bosatt, och inte om man väljer att söka vård i ett annat landsting.

Vårdgarantin gäller dock inte för ”utredningar och undersökningar såsom röntgen, provtagningar och tester”. Olika landsting tycks göra olika tolkningar av huruvida vårdgarantin ska gälla för könsidentitetsutredningar (psykiatriska utredningar). Lundströmmottagningen i Alingsås och TS-mottagning i Linköping uppger att vårdgarantin gäller hos dem, men Lundströmmottagningen säger att de inte uppfyller den. Anova och Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm uppger att vårdgarantin inte gäller, och Könsidentitetsmottagning i Umeå säger att den ”/I/nte direkt” gäller, men att de med full personalstyrka håller sig inom vårdgarantins tidsgränser. Övriga utredningsteam är osäkra: ”Det är en fråga som diskuteras inom Region Skåne sedan flera månader tillbaka. Vi har inte fått något konkret svar” (Lund), ”Lite oklart, troligen inte” (Uppsala).

Kötider vid olika utredningsteam

I den enkätundersökning vi skickade till utredningsteamerna frågade vi bland annat om kötiderna till olika moment i utredningen. Svaren har inkommit mellan 2017-05-24 och 2017-10-09, och väntetiderna kan ha förändrats sedan dess på grund av faktorer som patientinflöde och tillgänglig personal. Till exempel skriver utredningsteamet i Umeå om hur förändringar kan ske hastigt: ”Då vi är ett litet team kan sjukdom i teamet innebära att vi inte klarar vårdgarantin i perioder.”

Nedan följer tabeller, med teamens svar med uppskattningar av kötiderna för olika moment i utredningen och behandlingen. Utredningen har inte haft möjlighet att själva efterforska om de angivna kötiderna stämmer, men vi har inte anledning att tro att felaktiga svar skulle ha uppgivits.

Som framgår skiljer sig kötiderna åt väsentligt. I vissa fall beror de stora skillnaderna på olika arbetssätt, ibland rör det sig framför allt om att resurserna är olika.

Tabell 15.9 Kötid för att få komma till ett första möte, räknat från remissdatum

Team	Tid
Alingsås	Ca 9 månader
Linköping	Max 60 dagar
Lund	Ca 17–18 månader
Stockholm, Anova	7–8 månader
Astrid Lindgrens barnsjukhus	10 månader
Umeå	Mindre än 3 månader
Uppsala	8 månader

Tabell 15.10 Kötid för att få träffa de olika personerna inom teamet under utredningen (t.ex. psykolog)

Team	Tid
Alingsås	Ca 9 månader
Linköping	Varierande. Kuratorskontakter inom 2 månader, ofta tidigare. Psykolog inom 3 månader. Blir bättre framöver med full bemanning.
Lund	Till läkare ca 19 månader, till psykolog ca 2 år.
Stockholm, Anova	Ca 1 månad
Astrid Lindgrens barnsjukhus	10 månader
Umeå	Varierar beroende på att vi är så få att om psykologen är sjukskriven, får man vänta tills han är tillbaka. Oftast inte mer än 2 månader.
Uppsala	Det varierar lite beroende på bemanningen.

Tabell 15.11 Kötid för att få träffa endokrinolog efter diagnos

Team	Tid
Alingsås	Ca 15 månader (Patienter i Västra Götalandsregionen kan dock remitteras till Anova, utredningens anmärkning.)
Linköping	Det ska ske inom 30 eller 60 dagar från remiss. Så vitt känt stämmer det med verkligheten.
Lund	Inom en månad. Bedömningen hos endokrinolog sker redan under utredning för att korta väntetid.
Stockholm, Anova	Mindre än 1 månad
Astrid Lindgrens barnsjukhus	2 månader
Umeå	3–4 månader
Uppsala	1–3 månader

Tabell 15.12 Kötid för logopedkonsultation

Team	Tid
Alingsås	10–12 månader
Linköping	Det ska ske inom 30 eller 60 dagar från remiss. Så vitt känt stämmer det med verkligheten.
Lund	Inom 3 månader
Stockholm, Anova	3–5 månader, det kan sedan vara väntetider för att påbörja behandling.
Astrid Lindgrens barnsjukhus	Inom 90 dagar.
Umeå	2–4 månader
Uppsala	1–3 månader

Tabell 15.13 Kötid för att påbörja hårborttagning

Team	Tid
Alingsås	Vet ej
Linköping	Det sker genom egen kontakt med privat hudsalong och fakturering till regionen, m.a.o. direkt när teamet beslutar erbjuda det och sedan utifrån marknadens förmåga.
Lund	Mellan 3 och 6 månader.
Stockholm, Anova	Ca 1–2 veckor för att få remiss, sedan är det inte någon väntetid för att påbörja behandling.
Astrid Lindgrens barnsjukhus	Ingen uppgift.
Umeå	Ytterst varierande beroende på landsting. I Umeå inom 3 månader. För övrigt kan det ta över 6 månader p.g.a. osäkerhet och bristande rutiner.
Uppsala	1–3 månader för Uppsalapatienter.

Tabell 15.14 Kötid för att få en plastikkirurgisk bedömning

Team	Tid
Alingsås	Ca 6 månader
Linköping	Det ska ske inom 30 eller 60 dagar från remiss. Så vitt känt stämmer det med verkligheten.
Lund	Det varierar mellan 3 till 6 månader beroende på vilken klinik patienten önskar åka till. Våra patienter kan välja mellan Göteborg, Linköping och Stockholm.
Stockholm, Anova	Ca 6–9 månader
Astrid Lindgrens barnsjukhus	Inom 90 dagar.
Umeå	3 månader till plastikkirurg i Umeå för bedömning inför bröstkirurgi. 3–6 månader till info om genitalplastik.
Uppsala	1–3 månader för bedömning inför mastektomi på Akademiska. Teamet känner inte till de aktuella väntetiderna för konsultationsbesök på de kliniker som utför underlivskirurgi (Göteborg, Linköping och Stockholm)

Tabell 15.15 Kötid för önskade operationer

Team	Tid
Alingsås	Vet ej
Linköping	Utredningsteamet saknar uppgifter om detta.
Lund	Ca 1 år
Stockholm, Anova	Mastektomi 9–12 månader, vaginoplastik 9 månader, penisplastik drygt 1,5–2 år, reduktion av struphuvud 1–2 månader.
Astrid Lindgrens barnsjukhus	6 månader mastektomi, 1 år underlivskirurgi.
Umeå	Mindre än 3 månader för bröstkirurgi i Umeå. 3–12 månaders väntetid till genitalkirurgi. Ca 3 månader vid önskemål om att ta bort livmoder och äggstockar eller testiklar vid något av de lokala sjukhusen.
Uppsala	1–7 månader för mastektomi på Akademiska. Gissningsvis minst 1 år för underlivskirurgi.

Tabell 15.16 Kötid för fertilitetsbevarande insatser

Team	Tid
Alingsås	Ca 1 år
Linköping	Det ska ske inom 30 eller 60 dagar från remiss. Så vitt känt stämmer det med verkligheten.
Lund	Patienterna får denna service under utredningstiden. De behöver således inte vänta på detta utan kan få ta del av dem direkt efter konsultation hos endokrinolog.
Stockholm, Anova	Frysa ägg ca 6–9 månader, frysa spermier mindre än 1 månad (reproduktionsmedicin accepterar dock endast patienter med diagnos F64.0 transsexualism).
Astrid Lindgrens barnsjukhus	9 månader
Umeå	Mindre än 3 månader
Uppsala	1–2 månader

Tabell 15.17 Kötid för att få intyg för att skicka till Rättsliga rådet

Team	Tid
Alingsås	Vet ej
Linköping	Varierar med övrig arbetsbelastning för intygsskrivande läkare. Oftast inom 1 månad men ibland 2 månader.
Lund	Senast inom två veckor efter avlagt besök hos läkare.
Stockholm, Anova	Intyg skrivs 1–3 veckor efter det att patienten genomgått sammanfattande läkarbedömning inför intyg till Rättsliga rådet. Väntetid till ett sammanfattande läkarbesök efter genomgången utredning och behandling är ca 1 månad.
Astrid Lindgrens barnsjukhus	Ingen väntetid, sker i anslutning till 18-årsdagen.
Umeå	Väntetid från det att beslut tas att det är dags att ansöka är 2–6 veckor beroende på arbetssituationen.
Uppsala	1–3 månader

Andra vårdinsatser som nämndes var lång kötid för konsultation för penisprotes (endast en remissinstans finns i landet).

Vi bad också utredningsteamerna att uppskatta den genomsnittliga tiden en utredning i sin helhet tar hos dem. Här är det oklart huruvida teamerna har tolkat frågan som om det handlar om den diagnostiska utredningen (utredningen fram till diagnossättning), om utredning och real life, eller på något annat sätt.

Alingsås uppgav att det förekommer en ”stor variation. Allt fler går på ett år. Medelvärde mellan 1–2 år.” Linköping uppgav 2–2,5 år, Lund cirka 2,5–3 år. Anova i Stockholm meddelade att ”den diagnostiska utredningen tar mellan 6–8 månader i huvuddelen av alla fall. Därefter påbörjas den könsbekräftande behandlingen. Intyg till Rättsliga Rådet utfärdas när patienten så önskar. Intygets innehåll baseras på det vi har hunnit observera. Denna policy har sin bakgrund i sjukvårdens generella skyldighet att utfärda intyg. Patienten informeras om Rättsliga rådets PM angående hur de tolkar lagen och att det kan finnas risk för avslag om man inte följer deras tidsgränser. Dessa tidsgränser uppfattar vi för närvarande som att patienten behöver ha varit i vård hos oss eller annan vårdgivare under minst 1,5 år samt varit i social transition under minst 1 år. Längre tidskrav förekommer om det förutom könsdysfori förekommer en psykisk ohälsa”. Umeå uppgav att de saknade aktuell statistik, och Uppsala uppgav att tiden var ”2 år, men inom ett år hinner vi göra klart ut-

redningen och ställa diagnosen, dvs pat hinner träffa läkare, psykolog, kurator och gynekolog för fertilitetsbevarande åtgärder.”

Det finns alltså stora variationer i kötiderna till olika momenten i könsutredningen och till könsbekräftande behandling. Den sammanlagda utredningstiden varierar också stort mellan olika team. Till exempel varierar väntetiderna för första möte efter remiss mellan ungefär 2 och 18 månader. Väntetider för att träffa olika personer inom utredningsteamet kan skilja sig med så mycket som knappt två år, beroende på utredningsteam. Kötiden för nybesök hos endokrinolog varierar mellan mindre än en månad och 15 månader.

Anova betonar att den individualisering som kunskapsstöden öppnat för gör att man kan ha så korta utredningstider (fram till diagnos) som 6–8 månader i vissa fall. Andra utredningar kan ta längre tid. Utredningstiden beror också till viss del på väntetider mellan olika vårdgivare under utredningen.

Utredningsteamet i Lund arbetar i fråga om endokrinologbesök och fertilitetsbevarande åtgärder för att korta väntetiderna genom att patienterna får konsultation hos endokrinolog under utredningstiden och därefter får möjlighet att spara könsceller, och efter att diagnosen ställts kunna sätta i gång med könsbekräftande hormonbehandling. Flera av de som hört av sig till utredningen med berättelser efterfrågar just den här typen av parallella bedömningar och behandlingar. Många efterfrågar också att real life, om man ska genomgå en sådan period, ska kunna sammanfalla med den diagnostiska utredningen. En del lever redan i enlighet med sin könsidentitet i sociala sammanhang när utredningen påbörjas, som också Socialstyrelsen konstaterar i kunskapsstöden.

15.4.3 Insatser för sexuell hälsa och fertilitet

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (Sexual and Reproductive Health and Rights, SRHR) handlar om rätten att själv bestämma över sin kropp och sin fertilitet, rätt till vård och rådgivning i frågor om sexuell och reproduktiv hälsa och möjligheten att kunna ta informerade val som rör den egna sexuella och reproduktiva hälsan. Sexuell hälsa, som ibland räknas in i begreppet reproduktiv hälsa, definieras av Världshälsoorganisationen (WHO) som ”ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, mentalt och socialt välbefinnande i för-

hållande till sexualiteten; det är inte bara avsaknad av sjukdom och skada. Sexuell hälsa kräver en positiv och respektfylld inställning till sexualiteten och sexuella förhållanden, såväl som möjligheten att ha njutbara och säkra sexuella upplevelser, som är fria från tvång, diskriminering och våld (RFSU 2017, hämtad 2017-10-13).

Reproduktiv hälsa innefattar möjlighet till ett tillfredsställande och säkert sexualliv, möjlighet att få barn och frihet att själv bestämma om man vill ha barn och i så fall när. Det bygger på att personer oavsett kön har tillgång till säkra och effektiva preventivmedel och att personer som bär och föder barn har tillgång till god graviditets- och förlossningsvård (WHO 2017a, hämtad 2017-10-13).

Sexuella och reproduktiva rättigheter är mänskliga rättigheter, som alltså ska tillkomma alla människor utan åtskillnad på grund av exempelvis kön, könsidentitet eller sexuell läggning²¹.

Transpersoners reproduktiva rättigheter har historiskt sett begränsats av könstillhörighetslagens krav på att man skulle vara steriliserad eller av annan orsak sakna fortplantningsförmåga. Vi har tidigare – se till exempel avsnitt 15.1.3 – beskrivit hur steriliseringskravet i praktiken tolkades som ett krav på kastrering, det vill säga borttagande av könskörtlar, och att man inte heller fick ha sparade (nedfrysta) könsceller. I förarbetena till lagen diskuterades också huruvida man, i tillägg till steriliseringskravet, skulle uppställa ett krav på att den sökande inte fick ha biologiska barn eller adoptivbarn sedan tidigare. Lagstiftarna valde att inte ställa något sådant krav, men menade samtidigt att ”omständigheten att sökanden har barn eller adoptivbarn i den ursprungliga könsrollen kan dock självfallet ge särskild anledning till försiktighet just vid prövningen av om etableringen i den nya könsrollen verkligen är manifest” (prop 1972:6 s 24).

Att inte ha fått bestämma över sin egen kropp och sin fertilitet har gjort att personer som omfattats av steriliseringskravet känt sig fråntagna sitt människovärde. En person som hört av sig till utredningen berättar om hur det tidigare steriliseringskravet påverkat personen från början av utredningen fram till i dag:

Jag sökte hjälp, blev fast på [allmänpsykiatri] i nästan två år innan de behagade skicka en remiss till utredningsteamet [...]. En oktoberdag 2008 tror jag det var som jag för första gången åkte ner till utrednings-

²¹ Se till exempel FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, Yogyakartaprinciperna, och Sexual rights. An IPPF declaration, IPPF, 2008.

teamet [---]. Som tjej inte som kille. De fick aldrig träffa mig som kille. Det första som utredaren sa var att jag inte fick skaffa barn, spara spermier, inte ens utomlands eller i Danmark. Sen blev jag utfrågad så jag höll på bli snurrig i huvudet. Allt var klart för den gången och jag kom ut chockad i princip och hade fått en återbesökstid. Våren kom och utredningen startade. Det blev sommar och en gång till och en gång till. 2010 hos psykologen [---], sa han du är genuint transsexuell. Jag har aldrig blivit så glad i hela mitt liv. Jag fick diagnosen. December 2010 påbörjade jag min hormonbehandling osv. Jag gjorde min könsbekräftande operation 2014 i oktober. Men jag led varje dag tills denna dag. [---] Jag har inte ens rätten att få barn efter som jag blev steril av hormonbehandlingarna och fick inte spara frysa ner spermier när jag påbörjade detta (berättelse 71).

I *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner* (Folkhälsomyndigheten 2015a) finns uppgifter om sexuell hälsa, sexuell praktik och utsatthet för sexuell våld. 39 procent av respondenterna svarade att de helt eller delvis kan leva sexuellt så som de själva önskar; 27 procent uppgav att de kan göra det delvis och 32 procent svarade att de inte alls kan det. 46 procent hade aldrig hivtestat sig, och 37 procent av respondenterna sa att de inte känner till någon mottagning dit man kan gå och testa sig för hiv eller andra sexuellt överförbara infektioner och få ett bra bemötande. En tiondel av respondenterna hade någon gång fått ersättning för sex; av dem angav en femtedel att det är ett sätt att få bekräftelse i sin könsidentitet.

Det är också vanligt att transpersoner utsätts för sexuell våld: 30 procent har någon gång blivit tvingade till sex mot sin vilja. De allra flesta av dem hade blivit tvingade till sex av någon de känner: en fast partner eller en tillfällig partner, en bekant eller en vän (Folkhälsomyndigheten 2015a). Diskriminering och utsatthet har visat sig ha betydelse för ungas sexuella hälsa (Folkhälsomyndigheten 2017c).

En kvalitativ studie, som redovisas i en rapport som kompletterar Folkhälsomyndighetens rapport från 2015 (Folkhälsomyndigheten 2016c), fokuserar på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för transpersoner i Sverige²². Den slår fast att transpersoners erfarenheter av möten med hälso- och sjukvårdspersonal ”präglas av brister i bemötande, normativa förväntningar på en binär könsidentitet liksom på heterosexualitet samt avsaknad av vård med fokus på

²² En annan undersökning, Lindroth 2016, har motsvarande resultat. Lindroth genomförde också studien som låg till grund för Folkhälsomyndighetens rapport, och informanterna i de båda studierna är såvitt vi kan bedöma åtminstone delvis desamma.

sexuell hälsa”. Ett respektfullt bemötande i hälso- och sjukvården och tillgång till önskad vård beskrevs av många av intervjupersonerna som avgörande för förbättrad hälsa och sexuell hälsa, medan oförståelse, okunskap och kränkningar kunde påverka den sexuella hälsan negativt. Sexuell hälsa är alltså inte bara en fråga om individen och hens relationer, utan möjligheterna till sexuell hälsa påverkas också av faktorer som individen inte har möjlighet, eller har begränsade möjligheter, till kontroll eller inflytande över.

Även om många av intervjupersonerna i stort var nöjda med den könsbekräftande vården hade många också erfarenheter av att inte bli bemött som den man är, utan som någon vården förväntar sig att man ska vara, en person med vissa erfarenheter och egenskaper och med vårdbehov som antas vara generella för alla personer med en viss könsidentitet. Trots att respondenterna uttryckte stora behov av att tala om sexualitet och sexuell hälsa inom den könsbekräftande vården hade flera undvikit att nämna saker som sexuell läggning, normbrytande sexuell praktik och ickebinär könsidentitet under utredningen. Det fanns också exempel på att personer som varit öppna med att de inte är heterosexuella fått sitt vårdbehov ifrågasatt på grund av sin sexuella läggning:

Kommentaren från min kurator säger väl allt, kuratorn sa så här till mig: ”Ja, men om du inte tänker på killar, vad ska du med en fitta till då?” (Folkhälsomyndigheten 2015b).

Att inte ha tillgång till könsbekräftande behandling beskrivs i studien som ännu ett hinder, om än ofta tillfälligt, för sexuell hälsa. Även efter utredning och könsbekräftande behandling kunde det finnas behov av stöd i frågor som rör sex och sexualitet.

I berättelserna som kommit in till utredningen har vi också sett exempel på förväntningar från den könsbekräftande vården rörande sexualitet och reproduktion. Flera av dem som hört av sig till utredningen beskriver att de anpassat sig för att de känt oro eller osäkerhet – om man inte motsvarar förväntningarna på hur en transperson är kanske man går miste om diagnos och könsbekräftande behandling.

Av en del berättelser framgår det att utredare initierat samtal om sex, till synes i syfte att erbjuda information, men vårdtagarna har sällan uppfattat det som ett erbjudande eller en möjlighet att prata om sådana frågor. I stället har det uppfattats som oönskad eller irrele-

vant information, eller man har känt sig pressad att tala om sex, ett ämne som många uppfattar som något privat och intimt.

/J/ag pratade om underlivskirurgi med min psykolog och han passade på att nämna att man kan ha analsex.

Varför tar man överhuvudtaget upp sådant med patienter? Vad jag eventuellt gör i sängen är mellan mig och min eventuella partner (berättelse 35).

En del uttrycker att de velat få information om sex under sin utredning, men att vårdgivare inte tagit upp det.

Min bisexualitet togs inte alls på allvar av den läkaren, och jag fick inte något erbjudande om att prata med någon om min sexualitet, eller kring sex eller mina känslor för min kropp öht (berättelse 83).

En av intervjupersonerna i *Rätten till hälsa* (Folkhälsoomyndigheten 2016c) har en liknande upplevelse:

Det är ingen som överhuvudtaget har diskuterat någonting, från könsidentitetsteamet. Så många psykologer, psykiatriker jag har pratat med. Jag har pratat med mååånga terapeuter. Men det är aldrig någon som har frågat någonting om sexualitet. Eller berört ämnet överhuvudtaget. Det är aldrig någon som har frågat. Och då har jag ändå suttit där med min partner. Men det är ändå aldrig någon som har frågat om hur det ser ut, hur vårt samliv fungerar. Aldrig någonsin. De bara säger, men ni verkar ju så söta ihop, ni verkar så, det verkar fungera så bra.

Många har också erfarenheter av att få kränkande frågor om sex under sin utredning: om man har sex med sig själv eller med andra, hur man har sex, vad man tycker om och inte tycker om i fråga om sex, hur man ser på sin sexuella läggning. Det tycks som att dessa frågor ställs utan att syfte eller sammanhang framgår för vårdtagarna.

/J/ag fick beskriva hur jag kände när jag onanerade, om jag onanerade och andra intima frågor. Vad har min sexuella läggning och sexualdrift med min könsidentitet att göra? (berättelse 35).

Jag blev ombedd att beskriva mitt sexliv under mitt första möte. Efter att ha väntat i mer än ett år var jag rädd för att om jag gjorde någonting "fel" skulle jag inte få tillgång till det jag behövde (hormoner etc), så jag berättade för någon jag just träffat om någonting som var otroligt privat både för mig och min partner. Jag var tonåring och hade precis förlorat oskulden. Det var så sjukt inte okej. Transpersoner bör få möjlighet att prata om sitt sexliv, men inte känna sig tvingade, och man bör speciellt inte tvinga det på unga transpersoner (berättelse 50).

En studie av von Vogelsang et al (2016) om den svenska könsbekräftande vården visar att alla vårdgivare inte känner till att könsidentitet och sexuell läggning är två olika saker. Bland annat berättar en av studiens informanter om bristande kunskaper hos vårdgivare:

I explained I am transsexual. After she had understood, she said, "So you identify yourself as a guy, but sleep with guys. Isn't that kind of double?" The next time we met she said, "Ah, last time you were a bit uncertain about your sexual orientation."

No, I wasn't, YOU were!

En person, som blivit utredd inom barn- och ungdomspsykiatri i stället för att remitteras till ett utredningsteam, berättar också om en sådan erfarenhet.

Den näst sista gången vi träffades (vintern innan min 18-årsdag) sa läkaren och psykologen på BUP till mig att det hade blivit fel. Enligt dem skulle de egentligen inte fått göra den här utredningen, men hade på något sätt inte fått veta om det eller fått felaktig information. Jag skulle nu, efter att jag fyllt 18, remissas till könsutredningsteamet i Umeå för att där påbörja den faktiska utredningen. Jag hade alltså spenderat ett år med dem, i princip helt i onödan. [---]

Om inte den långa, onödiga väntan var nog fick jag även veta att läkaren som "utrett" mig vid barn och ungdomspsykiatri inte hade någon som helst koll på vad trans faktiskt är. Under det sista mötet blev jag tvungen att förklara för honom vad som är skillnaden mellan att vara homosexuell och transperson. Han hade inga som helst förkunskaper, och hade inte ens googlat begreppet tidigare men ändå "utrett" min könsidentitet i 1 år. Om det är den nivå kompetensen ska ligga på i sjukvården så kan vi transpersoner lika gärna utreda oss själva, det sparar såväl på statens resurser som vårt lidande (berättelse 49).

En annan person berättar om att möta okunskap i primärvården när man kommer dit med frågor som rör könsidentitet.

Läkaren som jag först kontaktade angående min vilja att påbörja en könsutredning, undersökte och klämde mina punkkulor. Hon trodde det kanske "var något hormonellt" (berättelse 18).

En del har varit med om att deras sexualitet ifrågasatts av utredare.

Ifrågasättandet av min sexualitet, som är asexualitet. Det vägrade de acceptera utan ville ständigt förändra (berättelse 35).

Fler exempel på hur sex, sexualitet och sexuell läggning tagits upp i utredningssituationer och på hur normer påverkar mötet mellan vårdtagare och vårdgivare finns i avsnitt 15.2.1.

Också i fråga om fertilitet och reproduktion vittnar berättelserna om vitt skilda upplevelser av bemötande och information. En person har upplevt att utredare varit alltför påstridiga om att spara köns-celler:

Läkarna ville också att jag skulle spara mina ägg, men trots att jag flertalet gånger sa nej eftersom jag inte ville ha barn och tyckte att ingreppet och tanken var alldeles för ångestriggande och dysforisk envisades de och sa att jag skulle ångra mig en dag (berättelse 33).

Andra har varit med om att det förväntats av dem att de inte ska vilja få genetiska barn, spara köns-celler eller behålla inre reproduktiva organ, just för att de är transpersoner. Av oro för att inte få diagnosen har man då begränsat vad man pratat om under utredningen eller inte efterfrågat fertilitetsbevarande åtgärder.

Det var en sådan skam att det var en självklarhet att jag skulle tvångssteriliseras. Att jag inte kunde säga nej till testerna för att avgöra om jag var schizofren, om jag hade aspergers, bläckplumpstestet och IQ-testet, real life-testet och så vidare. Allt ovetenskapligt, inget frivilligt, allt utfört under det ständigt hängande hotet att nekas vård och rätt personnummer, om jag sa för lite eller fel saker. Rätt saker var tex att inte vilja ha barn. Fel saker var att tala om RFSLs dåvarande kamp i rätten för att stoppa tvångssteriliseringarna. Det begrep jag väl att de skulle fortsätta, sa de. Och tvång, en genuin transsexuell vill ju ta bort könskört-larna. Det går fort och gör inte ont, sa de, sen får jag mitt personnummer.

Jag är en av de få som klarat mig, jag blev inte tvångssteriliserad, men på ett annat sätt klarade jag mig inte. Har man en gång fått sin människostatus indragen sådär, tror man inte på när man sen får den tillbaka (berättelse 55).

Jag hade möte med endokrinologen tidigt i min utredning, när jag precis skulle börja på stopphormoner. Han frågade om jag ville spara mina ägg i väntan på att det skulle bli lagligt för transpersoner att spara köns-celler, eftersom detta var 2012-ish så sågs det som en tidsfråga av läkarkåren. Innan jag hann svara på hans fråga sa han: ”Många som dig brukar ju inte vilja det, de brukar inte ens vilja tänka på de kroppsfunktionerna så det är såklart väldigt förståeligt att du inte vill det.” Eftersom han ingick i teamet som skulle göra en samlad bedömning av min könsidentitet ljög jag, eftersom jag inte ville att han skulle skriva något ofördelaktigt i min journal. Jag sa nej, jag har aldrig tänkt att jag vill bära barn, och nu flera år senare har jag istället valt att avsluta en mångårig hor-

monbehandling för att starta upp äggproduktionen igen för att spara ägg – en process som blivit mycket längre och mer smärtsam än om han gett mig bättre bemötande så jag hade vågat plocka ägg som tonåring (berättelse 83).

Transgender Europe frågade i sin enkät om de svarande hade fått information om sina förutsättningar att få barn. Av svarsalternativen framgår inte om informationen var välkommen eller inte, eller om den gavs på ett respektfullt sätt, det är bara huruvida informationen har getts eller ej som frågan gäller.

Tabell 15.18 Fick du någonsin någon information om dina förutsättningar att få barn som transperson?

Svar i procent, andel av de svarande i varje kategori som svarat på frågan

	Transkvinna	Transmaskulin/ transman/FTM	Icekbinär/gender queer/Intergender
Ja, från sjukvårdspersonalen	44	50	12
Ja, från en trans- eller hbtq-organisation	15	20	9
Ja, jag kollade upp det själv/fick information från vänner	39	35	13
Nej, och jag behöver den inte	14	13	12
Nej, men jag skulle vilja	9	14	7

Källa: TGEU 2017b

Enligt resultat från TGEU:s enkätundersökning (2017b) anser majoriteten att förlorad fertilitet inte bekymrat dem (se tabell 15.19). Det framgår dock inte av svaren om detta beror på att personen som svarar till exempel inte planerar att själv genomgå sådana ingrepp, eller om det finns andra skäl till att det inte är ett bekymmer, som till exempel att personen redan har de barn som önskas eller inte alls önskar barn, oavsett.

Tabell 15.19 Har förlusten av fertilitet som följer av vissa medicinska ingrepp bekymrat dig?

Svar i procent, andel av de svarande i varje kategori som svarat på frågan

	Ja	Nej	Vet inte
Transkvinnor	28	60	12
Transmän	24	59	17
Ickebinära	19	58	23

Källa: TGEU 2017b

Eftersom könsdysfori är en psykiatrisk diagnos tycks det råda viss oklarhet kring möjligheter för personer med könsdysfori att bli föräldrar genom assisterad befruktning eller adoption. Utredningen har tagit del av berättelser som vittnar om godtyckligt och möjligen diskriminerande bemötande, som att inte godkännas som könscellsdonator för att man befinner sig i könsutredning eller genomgår könsbekräftande behandling. En person berättar om att ha fått otillräcklig information i samband med assisterad befruktning, vilket ledde till ångest och osäkerhet:

Samtidigt som jag gjorde transutredningen stod jag och min sambo i kö för att göra insemination. När vi träffade kuratorn på reproduktionsmedicinska (som utreder blivande föräldrar) gjorde hon en stor grej av att jag var under utredning. Hon hade läst i min journal och visste inte om jag och min sambo kunde få hjälp med insemination, på grund av min transutredning. Vi fick gå ifrån det mötet utan att veta – och det var ren ångest kan jag säga. Jag ville såklart framstå i god dager inför kuratorn så jag höll ihop under mötet men började storböla i trapphuset på vägen ut. Jag klarade inte av att gå och jobba efteråt. Allt kändes helt svart. Skulle det inte bli något barn? För att jag är trans? Kuratorn ringde upp senare samma dag och berättade att hon hade stämt av med några kollegor och nej, transutredningen var inget hinder. DET tycker jag att hon borde vetat före vårt möte. Mitt när vi satt där på mötet (och jag försökte hålla tillbaka gråten) fick vi också lite boktips som ”skulle kunna vara till nytta om det blev ett barn”. Hon delade ut ett par böcker som vi fick bläddra i och – nej. De skulle inte vara till nytta för de var transfoba och heteronormativa. Inget jag vill läsa för mitt barn (berättelse 78).

En transman som varit på en reproduktionsmedicinsk mottagning vittnar också om normativt material, men däremot om ett gott bemötande från en läkare som inte gjort någon sak av att vilja få barn som transman:

Jag var hos en läkare på reproduktionsmedicin som gav massa tips på om jag ville skaffa barn som transman, det var mycket öppet och fördomsfritt, som att det inte var konstigt alls att jag som man funderade på att bli gravid. Sedan lämnade själva blanketterna hon gav mig en del att önska då de var väldigt cisnormativa (det står något i stil med ”intresseanmälan för insemination av ensamstående kvinnor”), och jag vet efter ett skolarbete jag gjorde att datasystemen inom förlossningsvården lämnar en del att önska vad gäller att ha män som den som föder, men att känna sig välbemött av de som jobbar där väger upp väldigt väldigt mycket (berättelse 117).

En av endokrinologerna som utredningen intervjuat berättar också om att gott bemötande av transmän i förlossningsvården inte är en självklarhet:

Endokrinolog: Nu har jag en /patient som är/ transman som ska föda barn, och då måste jag höra av mig till förlossningsvården och prata med dem, förbereda dem, liksom bädda för den här patienten, så att man uppför sig som folk liksom. Jag skulle önska att det bara flöt på. Att det var en självklarhet.

Utredningen: Det är ju både ganska basala saker du pratar om, ett respektfullt bemötande, och sedan uppfattar jag att det du gör är lite av brandsläckning – det blir de här punktinsatserna.

E: Jag tycker att det är ohyggligt basala saker, att man uppträder respektfullt mot alla individer. Oavsett vad man har för diagnos.

U: Det du pratar om är egentligen att förhålla sig professionellt till sina patienter.

E: Ja precis. Men det bottenar ju ofta i en brist på kunskap faktiskt, för att folk som har kunskap betar sig ofta bättre.

Att graviditets- och förlossningsvård fortfarande ofta bedrivs under beteckningar som mödravård och kvinnosjukvård på ”kvinnokliniker” och ”mödravårdscentraler” (MVC), och att man i fråga om graviditet och föräldraskap fortfarande ofta talar om den som är gravid eller har fött barn som ”kvinna” eller ”moder” och om den som bidragit med spermier som ”man” eller ”far” (se till exempel definitionen av reproduktiv hälsa ovan och föräldrabalken (1949:381)) riskerar att påverka transpersoners förtroende för och benägenhet att söka sig till graviditets- och förlossningsvården. Ett ytterligare, neutralt sätt att benämna vårdmottagningar som vi sett förekommer är att

benämna mottagningen efter professionen, som ”barnmorskemottagning”.

Även gynekologiska undersökningar, screening för cellförändringar i livmoderhalsen (cellprov) och provtagningar, prostatacancer (PSA-prov) ingår i den sexuella och reproduktiva hälsan. I en studie som gjorts av Gäredal och Orre (2011) angav endast 9 procent att de i dagsläget hade tillgång till en transkompetent gynekolog eller urolog. 82 procent ville ha tillgång till en sådan vårdgivare. Några av berättelserna till utredningen tar upp behov av transkompetent gynekologisk vård:

Transmän som väljer att ha kvar sin vagina måste kanske gå till gynekologen ibland, vilket jag drar mig för eftersom att jag inte orkar eller vill handskas med någon som inte förstår eller accepterar transpersoner. Detsamma gäller naturligtvis transpersoner av andra kön – ibland behöver vi icke-transspecifik sjukvård och det kan vara otroligt svårt att hitta någon vettig läkare (berättelse 50).

Jag var hos en barnmorska och gjorde cellprov, det var i en liten by och jag var lite orolig att de skulle vara fördomsfulla. Men hon var helt ok, uttryckte sig klumpigt typ ”så du är kvinna där nere” t ex. Hon sa att mottagningen skulle HBTQ-certifieras och att några av hennes kollegor gått på utbildning men att hon själv inte haft sin utbildning än. Jag ville inte vara den som utbildade henne men jag sa lite vagt att många nog kan ta illa upp av sättet hon uttryckte sig på ... men tänkte att hon nog lär sig mer ingående på utbildningen hon skulle på. Själva undersökningen kändes bra (berättelse 117).

Eftersom kallelser till screening går efter juridiskt kön blir personer med livmodertapp och manligt juridiskt kön inte automatiskt kallade till cellprovtagning. Transgender Europe ställde i sin enkätundersökning frågan om de svarande hade fått information om cancerförebyggande kontroller. Majoriteten angav att de inte hade fått denna information, men att de hade önskat den.

Tabell 15.20 Fick du någonsin information om cancerförebyggande kontroller? (livmoderhalsen, bröstet, prostatan)

Svar i procent, andel av de svarande i varje kategori som svarat på frågan

	Transkvinnor	Transmän	Ickebinära
Ja, från sjukvården	9	20	6
Ja, från trans- eller hbtqorganisation	4	5	1
Ja, jag kollade upp det själv fick information från vänner	18	11	6
Nej, och jag behöver den inte	12	8	5
Nej, men jag skulle vilja	55	55	20

Källa: TGEU 2017b

Även om man själv håller koll på att man behöver ta cellprov är det inte säkert att allt löper på som det ska, även om man går till en hbtq-specifik gynekologisk mottagning:

Alla läkare som jag mött har mött mig med respekt samt behandlat mig med rätt namn och pronomen. Ett undantag var en gång när vi frågade en gynekolog om transmän får kallelse till cellprov automatiskt. Gynekologen frågade om jag önskade bli kvinna, och kunde inte svara på frågan. Vi fick en generell informationsbroschyr om cellprov. [---]

Jag och min fru besökte /gynekologisk mottagning som riktar sig till hbtq-personer, vid ett sjukhus/ i anledning fertilitetsutredning, och de informerade om att transmän kan göra cellprov där. Några månader efter gjorde jag cellprov där. En barnmorska fick göra cellprovet, och det fungerade fint. Barnmorskan skrev på dokumentet till screening-enheten att jag var en transman. Dock uppstod problem med provet, eftersom svaret aldrig kom i posten. Min fru ringde till screening-tjänsten och de informerade om att jag inte fanns i systemet, och att manliga personnummer inte kan läsas av systemet. De tog inget ansvar hos screening-enheten, och de bad min fru om att ringa till de som gjort provet /namn på sjukhuset/. De hade hellre inte provet där, och visste inte vad som hänt med det. Efter några veckor fick vi information om att de hade hittat provet. Men det var barnmorskan som själv hittade det efter en längre process. Jag tyckte det var dåligt att man "reklamerar" för att transmän kan göra sitt cellprov hos /namn på sjukhuset/ om det är så att det inte fungerar i systemet. Det hade varit en negativ upplevelse för mig om jag måste göra provet igen, då jag inte tycker så mycket om att uppsöka gynekolog (berättelse 59).

Några positiva exempel som vi vill lyfta här är regionala medicinska riktlinjer som tagits fram av Landstinget i Värmland (2017, hämtad 2017-10-23) och Västra Götalandsregionen (2017a, hämtad 2017-10-31) som båda tar upp att det är viktigt att det finns rutiner för att personer som genomgått könsbekräftande behandling ska ha tillgång till screening för exempelvis livmoderhalscancer och bröstcancer. Västra Götalandsregionen (2017b, hämtad 2017-10-31) har också tagit fram patientinformation för personer som byter juridiskt kön. Där står det hur kallelsystemet fungerar och hur man ska gå till väga för att fortsatt få kallelser efter byte av juridiskt kön. Där står det också att man kan kontakta Sexualmedicinskt centrum vid Närhälsan om man inte känner sig bekväm med att ta sitt cellprov på en barnmorskemottagning.

Socialstyrelsens båda kunskapsstöd för vård vid könsdysfori (2015f, 2015i) tar under rubriken ”Sexuell och reproduktiv hälsa” upp att personer med könsdysfori kan ha behov av rådgivning om sexualitet och om möjligheter att bli förälder i framtiden. I vård av vuxna med könsdysfori beskrivs sådan rådgivning som viktiga delar av utredningen och behandlingen, medan ungdomars behov av sexologisk och sexualmedicinsk rådgivning beskrivs som mer varierande. Däremot behöver enligt Socialstyrelsen alla ungdomar få information om fertilitet.

Rådgivning om sexualitet för personer med könsdysfori kan till exempel handla om hur man kan hantera könsdysfori i sexuella relationer och hur olika slags behandling kan påverka sexuell funktion och lust. Socialstyrelsen framhåller att det är viktigt att vårdgivaren visar öppenhet inför frågor som rör sexualitet och inte tvingar personen att prata om dem, att använda ett respektfullt och inkluderande språk som utgår från de termer vårdtagaren själv känner sig bekväm med, och att vårdgivaren har kompetens i fråga om sexuell utsatthet och sex mot ersättning. Det bör också finnas möjlighet att remittera vårdtagaren till någon annan vårdgivare som har den nödvändiga kompetensen, om det inte är möjligt att ge sexologisk och sexualmedicinsk rådgivning inom utredningsteamet.

Vården bör ge ungdomar med könsdysfori och deras vårdnadshavare information och erbjuda rådgivning om hur olika slags könsbekräftande behandlingar kan påverka den framtida fertiliteten, och om möjligheter och aktuella begränsningar (medicinska och juridiska) för vården att hjälpa personer att bli genetiska föräldrar. Vuxna med

könsdysfori bör erbjudas motsvarande information och även information om andra vägar till föräldraskap, till exempel adoption. Personer under 18 år bör erbjudas fertilitetsbevarande åtgärder ”som en del i att erbjuda jämlik vård till alla patienter som ska genomgå en behandling som kan påverka fertiliteten negativt”. För vuxna med könsdysfori finns ingen motsvarande rekommendation.

I kunskapsstödet för vård av vuxna tas också behov av gynekologisk och i förekommande fall urologisk vård i ett livscykelperspektiv upp. Socialstyrelsen nämner att det kan vara av värde att gynekologisk vård knyts till gynekolog i utredningsteamet, och att vårdgivare försöker etablera kontakt med lokala mottagningar. I samband med fysiska undersökningar ska vårdtagaren mötas med respekt och lyhördhet för att undersökningen kan vara både fysiskt smärtsam och psykiskt påfrestande. Screening för bröstcancer och cellprover bör erbjudas till dem som behöver det oavsett juridiskt kön, liksom andra gynekologiska/urologiska undersökningar som det finns individuellt behov av.

Utredningen har vid många tillfällen under sitt arbete stött på föreställningar om transpersoners sexualitet och förhållande till sina kroppar, till exempel i förarbeten till konststillhörighetslagen. Det finns en del exempel på föreställningarna i forskning och studier (till exempel Folkhälsomyndigheten 2016c; Lindroth, 2016; Gäredal och Orre 2011) och i personliga berättelser. Exempel på sådana föreställningar är att förväntas vara heterosexuell, att inte förväntas vilja bli gravid eller göra någon annan gravid och att förväntas tycka illa om och vilja ändra på yttre och/eller inre könsorgan.

Exempelvis betonar definitionen av transsexualism i ICD-10, och definitionen av könsidentitetsstörning i den tidigare utgåvan av DSM (DSM-IV), obehag, otillräcklighet eller avsky för kroppen eller specifikt för könsorganen som en del av tillståndet. I definitionerna av könsdysfori hos ungdomar och vuxna respektive hos barn i DSM-V är en stark önskan om att bli av med primära och/eller sekundära könskaraktäristika respektive att man starkt ogillar sin könsanatomiskt ett diagnoskriterium (som dock inte behöver vara uppfyllt, om tillräckligt många andra diagnoskriterier är uppfyllda). Såväl i förarbetena till konststillhörighetslagen som i äldre forskning beskrivs heterosexualitet som i det närmaste ett måste för att kunna komma in fråga för en transsexualismdiagnos eller för fastställande av rätt juridiskt kön.

Som exempel på hur sådana föreställningar inte stämmer överens med verkligheten kan nämnas studie av Johansson et al (2010) där 31 procent av respondenterna var icke-heterosexuella (studien nämner endast "homosexual sexual orientation", det är oklart hur detta definierats och huruvida det bland respondenterna fanns personer som uttryckte att de dras till personer av olika kön, eller oavsett kön). I Folkhälsomyndighetens rapport (Folkhälsomyndigheten 2016c) svarade 86 procent av de som fyllde i webbenkäten att de någon gång haft sex med någon annan än sig själva. 10 procent hade aldrig haft sex. 38 procent hade en pågående sexuell relation, 34 procent hade ingen pågående sexuell relation och 14 procent hade pågående sexuella relationer med mer än en partner.

I RFSL och RFSL Ungdoms studie (Gärdal och Orre 2011) hade 93 procent av respondenterna någon gång haft sex med någon annan än sig själva, och 96 procent uppgav att de var intresserade av att ha sex med någon annan än sig själva. Majoriteten uppgav att de alltid/nästan alltid eller oftast (42 respektive 37 procent) upplevde sex som något positivt.

Norska Helsedirektoratet (2015) refererar en belgisk undersökning bland transmän, där 54 procent svarade att de ville ha barn, och 37 procent hade velat ha möjligheten att spara könsceller innan de påbörjade hormonbehandling. Transkvinnor hade liknande önskemål. Helsedirektoratet menar att "d/enne forskningen styrker oppfatningen om at ivaretagelse av fremtidige reproduktive muligheter kan medføre en økning i livskvalitet hos en gruppe som ellers er i høyrisiko for å slite med psykiske helseproblemer" (Helsedirektoratet 2015).

Socialstyrelsen betonar också i kunskapsstöden att det bland personer med könsdysfori, liksom i den övriga befolkningen, finns "ett stort spektrum av sexuella identiteter, sexuella praktiker och sexuella problem" och att det är vanligt att personer med könsdysfori vill bilda familj eller kan komma att vilja bilda familj i framtiden.

RFSL och RFSL Ungdom frågade i sin studie (Gärdal och Orre 2011) också om vilka kunskapsbehov respondenterna hade. 49 respektive 46 procent av samtliga respondenter efterfrågade information om hur olika slags könsbekräftande behandling (hormoner respektive kirurgi) kan påverka ens sexliv. 17 procent ville ha mer kunskap om hur den egna kroppen fungerar sexuellt. Det fanns också ett stort intresse av information om frågor som handlar om att inleda

och upprätthålla relationer och att kommunicera om sex med sexpartner. 18 procent ville ha mer kunskap om hur man undviker att hiv och andra könssjukdomar överförs. På samtliga områden var det den yngsta ålderskategorin (födda 1986 eller senare) som angav det största kunskapsbehovet.

I Folkhälsomyndighetens undersökning (2015b) uppgav 83 respektive 75 procent att de fått tillräcklig information om hur man kan skydda sig själv och sin/sina sexpartner mot hiv respektive andra sexuellt överförbara infektioner.

Utredningen konstaterar att cis- och heteronormativitet i samhället och i hälso- och sjukvården, såväl den könsbekräftande vården som den icke transspecifika vården, begränsar transpersoners möjlighet till sexuell och reproduktiv hälsa och gör att transpersoners rättigheter på området inte tillgodoses. Ett exempel på detta är att åtminstone en reproduktionsmedicinsk mottagning inte tar emot personer med annan könsdysforidiagnos än transsexualism, det vill säga i praktiken utestänger en stor andel ickebinära personer med könsdysfori.

Vi ser också att det finns ett betydande behov av transkompetent sex- och samlevnadsinformation och att detta behov inte uppfylls i den könsbekräftande vården i dag. Snarare riskerar brister i bemötande och kunskaper att påverka den sexuella och reproduktiva hälsan hos personer med könsdysfori negativt.

15.4.4 Utmaningar för eftervården enligt endokrinologer

Utredningen har valt att utöver den enkät som skickades till alla utredningsteam i landet också genomföra intervjuer med endokrinologer. Dessa gjordes under slutet av maj 2017 och pågick i mellan en och två timmar. Fem endokrinologer har intervjuats, från fyra olika team: Anova i Stockholm, teamet i Lund, teamet på Astrid Lindgrens barnsjukhus och teamet i Linköping. Fler endokrinologer erbjöds att medverka, men hade inte möjlighet.

Utredningens syfte med intervjuerna var framför allt att få endokrinologernas syn på utmaningar för eftervården, eftersom de ofta är den enda yrkesgrupp som personer som genomgått könsbekräftande behandling har en kontinuerlig och långvarig kontakt med. Eftervård och livscykelperspektiv var huvudsakligt fokus för intervjuerna, men andra frågor kom också upp, som till exempel kun-

skaper och kompetens i vården. Vi har redogjort för detta på andra platser i detta betänkande.

Flera endokrinologer tar upp situationen med att utlokalisera den könsbekräftande livslånga hormonbehandlingen. Det finns både för- och nackdelar med detta, framhåller flera av de intervjuade. Fördelen är att det blir enklare för patienter som annars kanske måste resa väldigt långt. Då kan det fungera bra att ”skicka ut” till någon distriktsläkare, som sedan har kontakt med endokrinologen på teamet. Det är dock väldigt viktigt att det fortfarande finns en kontakt med teamet, både för patientens skull och för distriktsläkarens skull. På teamen finns specialistkompetensen och det blir en nackdel för patienten om den inte får del av denna.

En endokrinolog nämner också att det förekommer diskriminerande bemötande av patienterna inom primärvården:

Så det händer rätt ofta att vi får skriva recept härifrån fast man bor långt bort på annan ort, för att inte den lokala sjukvården så att säga vill befatta sig. Och det uppfattar jag ju är diskriminering, att den här gruppen av patienter vill man inte befatta sig med för man är osäker på hur man hanterar den. [---] Hade det varit en annan patient med behov av Nebido /ett testosteronpreparat i injektionsform/ hade de säkert gett det.

Brist på kunskap om och dåligt bemötande av patientgruppen i andra delar av vårdkedjan påverkar också endokrinologernas arbete, framhåller flera av de intervjuade. Det kan handla om dåligt bemötande och okunskap, exempelvis ifrågasättande av varför en viss patient ska hämta ut en medicin på apoteket, för att farmaceuten uppfattar att den som hämtar ut medicinen har ”fel kön”. Det dåliga bemötandet leder till ett behov av kuratorskontakt hos patientgruppen för att prata om problem som aktualiserats eller uppstått efter utredningen, som inte kan uppfyllas i nuläget. Den sociala och psykologiska eftervården saknas. Detta skapar också merjobb för endokrinologer.

/Utredningsteamet/ har inte möjlighet att ta dem, det är ju ett utredande team. [---] Och då blir det att man hamnar i allmänpsykiatri eller vårdcentralen. [---] Det tror jag inte är helt lyckats, för man är inte riktigt insatt i den här problematiken som kommer med det här. Jag har hört en del som inte har varit helt bra där.

Alla intervjuade har erfarenheter av att patienter helt enkelt slutar att komma och arbetar med att följa upp dessa patienter. Här skulle det behövas en annan yrkesgrupp eller mer resurser för att inte ytterligare belasta endokrinologernas tid, framhåller några.

Varje sådan situation bedöms av doktorn, ska vi kalla den här igen eller hur ska vi göra? Det är värre när det är nybesök, för då vet man ju inte. Då tar det lång tid och det är ganska mycket resurser, och om man inte kommer på det då står man /som läkare/ ju där tom och kunde ha tagit en annan patient.

Extra allvarligt blir det om en person som har opererat bort könskörtlarna slutar att komma till endokrinologerna. Det har förekommit att en person fått allvarlig benskörhet av utebliven hormonbehandling.

Det finns folk som inte haft mediciner på 15–20 år ibland. [---] Det var ju ingen som tog tag i dem. Sedan har de väl själva inte velat ha så mycket kontakt med sjukvården. Det är väldigt känsliga personer. De som inte velat gå ut med de här grejerna och inte velat ha kontakt med sjukvården och så. Och då levt utan hormoner.

De intervjuade endokrinologerna urskiljer tre huvudsakliga kategorier av behov av eftervård som patienterna är i behov av: psykiska, sociala och srhr-frågor. Det sista kan handla om sexuella problem som kommer efter ett tag, eller att personer behöver hjälp att hantera besvikelse över att det inte blev så bra som de hade hoppats. Det finns också specifika behov som kan vara till exempel tillgång till gynekologer med transkompetens. Här ser det väldigt olika ut över landet, vilket av flera intervjuade framhålls som ett problem.

Flera framhåller önskemål om att ha tillgång till ett team också för eftervården. Nu kan det vara tungt att vara den enda läkaren som patienter fortsätter att ha kontakt med när det dyker upp problem som inte ligger inom endokrinologernas huvudsakliga kompetensområde.

En vanlig uppfattning är att uppföljning måste ske strukturerat och systematiskt och att ansvaret för uppföljning av patientgruppen borde delas mellan olika professioner i stället för att ligga huvudsakligen på endokrinologernas bord.

Flera nämner också det kommande nationella kvalitetsregistret som en möjlig uppföljning och en källa till kunskap om hur det går för patientgruppen.

Ett mycket stort problem som nämns också av intervjuade endokrinologer är resursbristen och vad detta skapar:

Det som är ett lidande idag, det är ju väntetiderna. Jag skulle önska att man kunde på något vis belysa att antalet patienter har ökat och inga resurser har lagts extra på det här, och vi som sysslar med det springer benen av oss för att få allting att funka. [...] Mer pengar och mer resurser till transvården överhuvudtaget, tycker jag. Över hela landet.

15.4.5 Nationella kvalitetsregistret

Utredningen har haft kontakt med representanter för det nationella kvalitetsregistret för den könsbekräftande vården som är under uppbyggnad. Registret påbörjade sitt arbete under våren 2017 och har nu inlett de första insamlingarna av data (Könsdysforiregistret 2017, hämtad 2017-08-28). Syftet är att långsiktigt kunna följa upp vården som ges för att förbättra den och säkerställa ett gott medicinskt och säkert omhändertagande av patienterna. Registret konstaterar också att de juridiska förändringarna som skett med till exempel borttagandet av tvångssteriliseringarna har lett till att vårdens uppföljning måste förändras.

Representanter för registret har till utredningen uppgett att den första yrkesgrupp som påbörjade insamlingen av data till registret är logopederna som inledde arbetet under våren 2017. Under hösten 2017 är det planerat att endokrinologin ska komma igång, följt av psykiatrin. Efter dessa yrkesgrupper planeras att plastikkirurger ska följa, och sedan reproduktionsmedicin. Efter professionen följer patientrapporterat utfall och upplevelse. Patienternas egenrapporterade hälsa och livskvalitet ska klarläggas, något som inte alls finns nu.

Information som representanterna för teamen menade kunde komma fram genom registret kan vara om det spelar någon roll för resultat av behandlingen hur många besök hos psykiater en person får, till exempel. Resultaten kommer att ta tid att få fram och kan väntas komma om cirka fem år, med en första möjlighet att läsa ut något om cirka tre år.

Representanterna menade att motivationen hos representanter för vården att vara med och skapa registret är stor. Många är frustrerade över de långa kötiderna och över att vissa delar av vården fungerar så dåligt. Med registret kommer det att vara möjligt att kunna peka på skillnader över landet och bedöma om dessa är rimliga, hur

det går för patienterna, hur väntetiderna ser ut, hur många patienter som hoppar av, om några ångrar sig, och så vidare.

Det finns stora förhoppningar på registrets möjligheter att bidra med kunskap och till bättre vård. Representanterna menade att behovet av nationell uppföljning med hjälp av registret är stort för att säkra kvaliteten.

15.5 Socialstyrelsens rättsliga råd

Utredningen väljer här att ge en kortare introduktion till Socialstyrelsens rättsliga råd och dess uppgifter, eftersom nu rådande praxis leder till att behandlingarna hos teamen och ansökan om juridiskt fastställande och eventuella önskade ingrepp i könsorganen blir tätt sammankopplade. Detta är också något som märks i ett stort antal av de berättelser vi tagit del av, från såväl personer som sökt vården och läkare som är verksamma i teamen.

15.5.1 Rättsliga rådet och dess uppgifter

Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga sociala och medicinska frågor (Rättsliga rådet) bildades 1990. Dessförinnan var det först Rättspsykiatriska sektionen inom Rättsläkarrådet som hanterade ”kastnings- och könsbytesärenden” (1972–1981). År 1981 slogs Rättsläkarrådet och Nämnden för abort- och steriliseringsfrågor samman till Socialstyrelsens rättsliga råd (1981–1989) (Ds 2017:6, *Förslag till lag om ersättning till personer som har fått ändrad könstillhörighet fastställd i vissa fall*).

Till Rättsliga rådets uppgifter hör att besluta i bland annat rättsmedicinska ärenden, ärenden om fastställande av könstillhörighet och tillstånd till ingrepp i könsorganen, tillstånd till sterilisering, tillstånd till kastrering och tillstånd till abort efter artonde graviditetsveckan. Rättsliga rådet har en ordförande och två ställföreträdande ordförande, vilka alla ska ha erfarenhet som lagfarna domare. Rättsliga rådet har vidare tre sammansättningar eller ”nämnder” med olika medverkande, som vårdgivare, beteendevetare och allmänföreträdare (ofta politiker eller före detta politiker) (Socialstyrelsen 2017j, hämtad 2017-10-28).

Till Socialstyrelsens rättsliga råd kan man i dag ansöka om fastställande av könstillhörighet, ingrepp i könsorganen ”i syfte att göra dem mer lika det andra könets”, enligt lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall (hädanefter könstillhörighetslagen), och borttagande av könskörtlar.

15.5.2 Det tidigare steriliseringskravet i könstillhörighetslagen

Före 1 juli 2013 ingick det i könstillhörighetslagens krav att sökanden hade steriliserats, eller av annan anledning saknade fortplantningsförmåga, för att kunna få fastställande av könstillhörigheten. Beslutet om fastställande förklarades då i regel vilande till dess att operationen utförts och trädde i kraft då den opererande läkarens beskrivning av operationen (operationsberättelse) inkommit till Rättsliga rådet (Ds 2017:6).

Steriliseringskravet tolkades av sjukvården som ett krav på irreversibelt ingrepp, det vill säga en kastrering, där könskörtlarna (äggstockar respektive testiklar) avlägsnades. Enligt rättspraxis har lagens krav även ansetts innebära ett förbud mot att spara könsceller. I ett fall avlog Rättsliga rådet en ansökan om fastställande på grundval av att den sökande hade sparats könsceller. Sökanden överklagade beslutet, men överklagandet avlogs i två instanser i förvaltningsdomstolarna (Ds 2017:6).

Steriliseringskravet innebar att den som ville eller hade behov av att byta juridiskt kön påtvingades kroppsliga ingrepp för detta, i strid med bland annat de grundläggande fri- och rättigheterna enligt regeringsformen 2 kap. 6 §. I praktiken bör tolkningen av lagen också ha inneburit att personer som av medicinska skäl inte kunnat genomgå en så omfattande operation inte haft möjlighet att få rätt könstillhörighet fastställd.

Socialstyrelsens utredare gjorde i *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar* (Socialstyrelsen 2010) en annan tolkning av lagens krav. Enligt utredningen innebar kravet på avsaknad av fortplantningsförmåga sterilisering på så sätt att äggledare respektive sädesledare täpptes till, och att inget av dessa ingrepp var ett hinder för assisterad befruktning. Detta är ju den mer konventionella tolkningen av ordet ”sterilisering” och är också i linje med lagens förarbeten.

Socialstyrelsens utredning föreslog att kravet på att den som ansöker om fastställande ska vara steriliserad eller på annat sätt sakna fortplantningsförmåga skulle tas bort. Vidare menade utredningen att det skulle vara tillåtet för denna patientgrupp att frysa ner köns-celler på samma villkor som andra. Anledningen till utredningens förslag angavs vara behov av att se över den närmare 40 år gamla könstillhörighetslagens krav ”med anledning av samhällets utveckling men framför /allt/ bör kraven ses över ur ett rättighetsperspektiv för individen”. Utredningen föreslog även att beslut om fastställande inte borde fattas av Rättsliga rådet, utan i stället av den avdelning på Socialstyrelsen som hanterade regler och tillstånd. Rättsliga rådet skulle enligt förslaget fortsatt fatta beslut om tillstånd till ingrepp i könsorganen (Socialstyrelsen 2010). Vi skrev mer om detta i avsnitt 15.1.3 i detta betänkande.

15.5.3 Tillstånd till sterilisering krävs fortfarande i vissa fall

För alla personer under 25 år, men över 18, som önskar att bli steriliserade krävs ansökan om tillstånd till sterilisering enligt steriliseringslagen (1975:580, hädanefter steriliseringslagen). Också denna typ av ansökan görs till Socialstyrelsens rättsliga råd. Att personer under 25 år, utöver tillstånd till ingrepp i könsorganen och borttagande av könskörtlar, behöver ansöka om sterilisering, trots att steriliseringskravet i lagen om fastställande är upphävt sedan 1 juli 2013, beror på att 2 § steriliseringslagen slår fast att endast personer som fyllt 25 år får steriliseras på egen begäran. Underlivskirurgi kräver alltså två olika ansökningar till Rättsliga rådet för personer under 25.

I steriliseringslagen 3 § anges undantag från 25-årskravet. 3 § punkt 3 slår fast att personer som fyllt 18 men inte 25 år ska få tillstånd till sterilisering efter egen ansökan hos Socialstyrelsen ”i samband med ansökan om fastställande enligt 1 § könstillhörighetslagen, om förutsättningar i övrigt föreligger för sådan fastställande”. Patienter mellan 18 och 25 år kan i praktiken, utöver tillstånd till ingrepp i könsorganen och borttagande av könskörtlar enligt könstillhörighetslagen, behöva ett tillstånd för sterilisering för att vissa typer av könsbekräftande underlivskirurgi ska kunna göras (vaginoplastik, där könskörtlarna tas bort), se vidare 8 § könstillhörighetslagen och 8 § steriliseringslagen som förbjuder ingrepp utan tillstånd från Social-

styrelsen. Det finns således skäl att anta att de ansökningar efter år 2013 som även rör sterilisering gjorts av personer mellan 18 och 25 års ålder.

Utredningen har fått in en berättelse från en person som behövt ansöka om sterilisering i samband med ansökan om fastställande, tillstånd till ingrepp i könsorganen och borttagande av könskörtlar. Personen beskriver att informationen i samband med att rådet krävde steriliseringsansökan var bristfällig och delvis felaktig. Hela upplevelsen var jobbig, och personen beskriver rädslan för att få avslag om den kompletterande ansökan inte skickades in.

Jag är så himla besviken på Sveriges transvård just nu. Alla har väl i detta läge hört talas om att tvångssteriliseringslagen har avskaffats? Jo, jag har för ett tag sen sökt om att få mitt personnummer och juridiska kön korrigerat och idag ringde de från Rättsliga Rådet. Kvinnan som jag pratade med sa att det inte hade bifogats med något papper om steriliseringen (det var min läkare som skickade pappren till RR, inte jag) som måste genomgå för att få ”byta” kön juridiskt. Jag frågade om inte tvångssteriliseringen tagits bort och hon sa att det hade den, men om man var under 25 år (jag är 23) så måste man vara steril.

Ursäkta men ... VAD I HELVETE ÄR DETTA FÖR SKIT?

Har aldrig hört talas om att det skulle vara en åldersgräns på ens mänskliga rättigheter; ingen ska behöva steriliseras om lagen faktiskt är i bruk och dessutom är dom flesta transpersonerna i dagsläget unga, så det känns ju som en rejäl käftsmäll av staten. Falskt hopp. Och ändå hör jag runtomkring mig hur ännu yngre transmän fått spara könsceller etc (jag valde att inte göra det) och sen så släpper RR denna bomb, det går ju inte ihop??

Är så himla besviken, känns precis som om den där vidriga lagen aldrig ens blivit borttagen då, om denna åldersgräns stämmer, så kan de fortsätta tvinga en stor hop transpersoner att tvångssteriliseras, inklusive mig. Nu kanske jag inte planerar att skaffa biologiska barn men tycker ändå att man ska ha ett val.

Personen berättade vidare om sin upplevelse av telefonsamtalet med företrädaren för Rättsliga rådet:

Jag påpekade som sagt att tvångssteriliseringslagen är avskaffad men då sa hon just det där med att om man är under 25 så måste man vara steril innan man får nytt personnummer etc. Hon pressade även mig genom att säga att ”vill du att jag ska skicka (steril)blanketterna så får du fylla i dom själv och skicka in? För du vill väl få klart det här?”. Minns inte ordagrant men någonting åt det hållet. Jag var så jävla rädd för att säga

emot då jag inte ville att hon skulle bli arg på mig (det är ju hon som ”bestämmer” över min identitet, trots allt, hur äckligt och fel det nu än är) och avslå hela min ansökan, så jag teg och hon skulle skicka blanketten till hon; hon t.o.m. frågade min adress. Kräks i munnen av tanken dock att man inte får ha ett val; ville säga emot men vågade helt enkelt inte. Jag påpekade ju såklart att det kränker mänskliga rättigheter men det var inte som om hon brydde/lyssnade utan hon körde bara på med ”vill du ha blanketterna?” snacket ... Hon var dock lugn och saklig i rösten, vilket inte jag var för jag blev så himla chockad och upprörd över hennes besked. Hon sa även att hon gått igenom mina papper många gånger och inte hittat just sterilblanketten och hon gjorde det tydligt att den ska finnas med för att man ska få godkänt om man är under 25²³.

15.5.4 Antalet ansökningar 1972–2016

Det finns flera olika uppgifter om hur många ansökningar om fastställande som Rättsliga rådet har behandlat och hur många av dessa som avslagits.

Enligt departementspromemorian *Förslag till lag om ersättning till personer som har fått ändrad könstillhörighet fastställd i vissa fall* (Ds 2017:6) finns det ingen samlad statistik hos Socialstyrelsen över antalet ansökningar om fastställande mellan 1 juli 1972 och 30 juni 2013, det vill säga under den tid som kravet på avsaknad av fortplantningsförmåga gällde. Promemorian anger siffrorna 426 ansökningar under perioden 1972–1991, 185 ansökningar 1992–2002 (varav 169 godkändes), 499 ansökningar 2003–2012 (474 godkända) och 77 ansökningar mellan 1 januari och 30 juni 2013 (ingen uppgift om antalet bifall respektive avslag). Andra siffror finns hos bland annat Landén, 1999 och Socialstyrelsen, 2010.²⁴

Enligt Dhejne (2017) ansökte 767 personer om fastställande och tillstånd till ingrepp i könsorganen mellan 1960 och 2010. Denna siffra omfattar alltså även personer som ansökt innan psykiatrisk, medicinsk och kirurgisk behandling började bedrivas i strukturerad form i Sverige då könstillhörighetslagen trädde i kraft 1972. 89 procent, 681 stycken, av ansökningarna godkändes. De vanligaste skälen för att ansökningar avsågs var att ansökan var ofullständig, att sökan-

²³ Mejl till utredningen, Komm2017/01453.

²⁴ Mikael Landén, *Transsexualism*, 1999, refererad i Ds 2017:6, s. 48. Ansökan om ny fastställelse är den gängse definitionen av ångerfall, även om ånger givetvis kan omfatta flera eller andra delar av en könsbekräftande process.

den inte uppfyllde diagnoskriterierna eller att det fanns en komorbiditet (andra diagnoser vid sidan av transsexualism). En begäran avslogs då den sökande inte saknade fortplantningsförmåga.

Av de 681 som godkändes 1960–2010 ansökte 15 personer, 2,2 procent, om nytt fastställande. Antalet ångerfall har minskat signifikant över tid. För perioden 2001–2010 var ångerfrekvensen 0,3 procent (1 av 360 personer ansökte om nytt fastställande).²⁵

Antalet ansökningar har ökat över tid, från i genomsnitt 17 ansökningar per år 1992–1997, 23 ansökningar per år 1998–2003 och 37 per år 2004–2009. Denna ändå förhållandevis modesta ökning ges i Socialstyrelsens utredning 2010 den möjliga förklaringen att ”öppenheten i samhället har ökat och att det numera finns tillgång till vård” (Socialstyrelsen 2010). Under 2010 inkom 75 ansökningar i könstillhörighetsärenden, år 2011 inkom 51 ansökningar, 2012 var antalet 60 och år 2013, då tvångssteriliseringarna alltså avskaffades, fick rådet in 170 ärenden. För år 2014 var antalet avslutade ärenden 189, för 2015 var det 198 och år 2016 avslutades 182 ärenden. Mellan 1 januari och 31 augusti 2017 hade rådet fått in 260 ansökningar enligt könstillhörighetslagen (Socialstyrelsen 2017e, hämtad 2017-10-28).

Antalet ansökningar har alltså ökat mycket kraftigt efter det att steriliseringskravet avskaffades 2013, med genomsnittligen 190 avgjorda ärenden per år mellan 2014 och 2016. En möjlig förklaring till detta är dels den fortsatt ökande öppenheten i samhället och att tillgången till vård blir allt bättre. Det går inte att utesluta att också steriliseringskravets avskaffande haft en reell påverkan på benägenheten att ansöka om fastställande, vilket också berördes i Ds 2017:6.

15.5.5 Avslag på ansökningar 2013–2017

Vi har begärt ut samtliga beslut om avslag på ansökningar enligt könstillhörighetslagen som Socialstyrelsens rättsliga råd fattat sedan 10 januari 2013 då domen om tvångssteriliseringarnas upphävande trädde i kraft. Det rör sig om 36 beslut om avslag: 4 avslag år 2013, 9 avslag 2014, 18 avslag 2015 och 5 avslag 2016. För 2017 har vi begärt

²⁵ Cecilia Dhejne, *On Gender Dysphoria*, 2017, Cecilia Dhejnes disputation 2017-03-31, Socialstyrelsen 2015f.

ut alla avslag fram till och med 8 september 2017. Den 11 september fick vi ut 13 beslut om avslag från 2017, dock utan beslutsdatum (årtal finns, månad och datum är maskade). Sammanlagt rör det sig alltså mellan 2 april 2013 och 11 september 2017 om 49 beslut om avslag.

I besluten anges omväxlande Socialstyrelsen och Rättsliga rådet/Socialstyrelsens rättsliga råd som beslutsfattare i ärendet. Socialstyrelsens rättsliga råd är ett särskilt, fristående beslutsorgan vars verksamhet endast delvis bestäms av Socialstyrelsen. Fastställande, ingrepp i könsorganen och borttagande av könskörtlar hör inte till de ärenden där Socialstyrelsens rättsliga råd fått instruktion från Socialstyrelsen att yttra sig eller avge utlåtanden å Socialstyrelsens vägnar. Det är oklart vad det betyder då Rättsliga rådet i en del beslut skriver att det är Socialstyrelsen som anser något eller avslår.

Nedan redogör vi för de beslut om avslag mellan 2 april 2013 och 11 september 2017 som utredningen tagit del av och för de tendenser vi ser i avslagen.

Alla utom två av de 49 ansökningarna rör fastställande eller fastställelse – begreppen används parallellt – av könstillhörighet enligt könstillhörighetslagen. 22 stycken är ansökningar om enbart fastställande. 4 ansökningar rör fastställande och ingrepp i könsorganen. 20 ansökningar rör fastställande, ingrepp i könsorganen och borttagande av könskörtlar. Av de sistnämnda innehåller 6 stycken dessutom – utöver fastställande, ingrepp i könsorganen och borttagande av könskörtlar – ansökan om sterilisering. Ingen av ansökningarna om sterilisering gjordes under perioden 2 april 2013–1 juli 2013, då lagens (1972:119) krav på avsaknad av fortplantningsförmåga ännu gällde, men i praktiken sedan januari 2013 var upphävt genom en kammarrättsdom.

2 ansökningar rör enbart ”operation /kön/ till /kön/” (2015-09-11) respektive ingrepp i könsorganen och borttagande av könskörtlar (2015-05-26). I det första fallet är skälet till avslag att ansökan om tillstånd, som gjorts genom en överläkare, ”trots föreläggande därom, inte kompletterats med en egenhändigt undertecknad ansökan av den som ärendet avser”. I det senare fallet, där sökanden fått fastställande år 2014, avslås ansökan då det av utredningen framgår att den sökande inte haft kontakt med plastikkirurg inför den aktuella ansökan. Socialstyrelsens Rättsliga råd skriver att de ”anser detta vara ett oavvisligt krav för att kunna bedöma frågan om tillstånd till

ifrågavarande irreversibla medicinska ingrepp” och rådet avslår därför ansökan.

En skrivning om kirurgkonsultation fanns med i Rättsliga rådets egna rekommendationer till könsutredningsteamet daterade 2016-09-20/2016-09-14, men är där endast formulerat som en rekommendation (”Däremot bör den sökande ha träffat plastikkirurg”). Rättsliga rådet gör i det här avslagsärendet alltså en mer strikt tolkning av sina egna rekommendationer än vad dessa ger utrymme för. I nästa version av rekommendationerna, daterad 2017-06-22, är formuleringen borttagen och det står att Rättsliga rådet endast gör en juridisk prövning av tillstånd till ingrepp, medan den medicinska bedömningen görs av behandlande läkare. Vi går närmare in på Rättsliga rådets egna rekommendationer i avsnittet efter detta.

En person som ansökt om ingrepp i könsorganen, borttagande och könskörtlar och sterilisering berättar om vad som låg bakom beslutet att inte träffa plastikkirurg innan sin ansökan.

Det var min läkare som fixade och sände in blanketterna. Jag har gjort det tydligt för [min ansvariga utredare] att jag inte har bråttom med 'bottom surgery' då dagens teknik inte är tillräckligt bra för FTM. Jag har fått det underförstått att det bara finns en ansökningsblankett (d.v.s. min läkare nämnde inte om andra alternativ) och i den ingick framtida ingrepp i könsorganen samt byte av juridiskt kön och personnummer ...? Eventuellt borttagande av könskörtlar/sterilisering, men jag kan minnas fel. I vilket fall så har jag ett vagt minne av att jag ifrågasatte en eventuell kryss-i-rutan som tydde på sterilisering men läkaren sa att ”den måste fyllas i”. [---] Men i vilket fall som helst så prioriterar jag inte underlivskirurgi just nu för ovannämnd anledning, samt att jag är asexuell. Har sagt detta till [min läkare].

[---] Jag har även fått en kallelse för informationsmöte i Linköping gällande 'bottom surgery' men tackade nej då datumet passade inte. Minns att min läkare sa att dom kommer skicka en kallelse och att ”det är bara att tacka och ta emot”. Tycker personligen att det känns lite onödigt att åka hela vägen från [ort i Norrbotten] till Linköping för att prata och bli undersökt om något som inte är aktuellt för mig just nu, p.g.a. personligt val att vänta och se om det kan göras bättre i framtiden²⁶.

²⁶ Mejl till utredningen, Komm2017/01453.

Utöver att, som i den här personens fall, det kan vara så att det inte finns någon plastikkirurg med den nödvändiga kompetensen i hemlandstinget eller ens i det landsting där det utredande teamet finns, vill vi tillägga att köer för nybesök hos plastikkirurg kan variera (mellan 1 och 9 månader, se avsnitt 15.4.2). Det är inte säkert att man har möjlighet att träffa plastikkirurg, och inte säkert att man vill göra det om man inte har det nödvändiga tillståndet för operation.

I de flesta fall anges skäl för avslaget med citat ur, eller hänvisning till, 1 § könstillhörighetslagen. I några fall är citeringen ur lagen så pass felaktig att det är svårt att läsa sig till vilka lagens krav egentligen är (beslut 2014-12-09, 2014-11-11, tre beslut daterade 2014-09-30). I citaten ur avslagen har vi markerat avvikelserna från lagtexten med kursiv. ”Enligt 1 § lagen (1972:119) om *fastställelse* av könstillhörighet i vissa fall ska en person efter egen ansökan få fastställt att han eller hon har en annan könstillhörighet än den som framgår av folkbokföringen *om han eller hon tillhör det andra könet*” (det sista är ett tillägg till lagtexten), ”2. sedan en tid uppträder i enlighet med *det andra könet*” (i lagtexten står det ”denna könsidentitet”, syftande till punkten 1 som Rättsliga rådet också i samtliga fall citerar) och ”3. måste antas att komma att leva i denna *könstillhörighet* även i framtiden” (lagtexten säger könsidentitet). Det kan argumenteras för att det här rör sig om smärre fel som saknar betydelse för besluten, men samtidigt är avslagen myndighetsbeslut där det tydligt bör framgå för den sökande vad avslagen grundar sig på. Tillsammans med andra formaliafel (felaktig datering i ett flertal fall, felaktiga sidhänvisningar till förarbetet rådet åberopar som grund för beslut) kan detta tänkas minska sökandes förtroende för Rättsliga rådet och för att beslutsprocessen skett korrekt.

I några fall hänvisas även till förarbetena till nämnda lag, angivna som prop. 1972:6 eller endast som prop. 1972, inklusive sidhänvisning (s. 48). Hänvisningarna till prop. 1972:6 görs då Socialstyrelsens rättsliga råd anger skälet för avslag som att utredningstiden och/eller real life är för kort i det aktuella fallet. I förarbetena (prop 1972:6 och SOU 1968:28), som vi går igenom i följande avsnitt, kallas utredning också för observation, och ”observationstid” är det ord rådet använder om utredning i dessa avslag. Det är möjligt att ordet observation kan tolkas som real life av den som ansöker om fastställande, eftersom det är främst då man upplever det som att man blir observerad i att leva i enlighet med sin könstillhörighet.

Den formulering som Rättsliga rådet återger vad gäller real life, ”Kortare tid än ett år torde inte kunna godtas”, finns dock inte på den sida som Rättsliga rådet hänvisar till i sina avslag (s. 48; där nämns bara att man ska ha uppträtt i enlighet med sin könsidentitet ”sedan avsevärd tid”), utan på sidan 57 i propositionen.

I två fall hänvisas till ett ”nationellt vårdprogram för utredning inför eventuell fastställelse av ändrad könstillhörighet” som ett skäl till att rådet anser att utredningstiden i de båda fallen varit för kort. Båda hänvisningarna till vårdprogrammet görs efter det att Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård vid könsdysfori utgivits i april 2015. I kunskapsstöden finns ingen sådan fast tidsgräns som Rättsliga rådet här hänvisar till (minst två år). Kunskapsstöden öppnar i stället för en mer individuellt anpassad utredningstid. Vilket vårdprogram rådet hänvisar till framgår inte för den som enbart tar del av avslagsbeslutet, men utredningen har fått bekräftat att det är ett tidigare program från Svensk förening för transsexuell hälsa (SFTH). Föreningen betraktar i dag detta vårdprogram som förlegat och säger att de numera följer Socialstyrelsens kunskapsstöd. Det har inte varit möjligt för privatpersoner att ta del av SFTH:s vårdprogram, då detta legat på delar av SFTH:s hemsida som enbart varit åtkomliga för föreningens medlemmar. Se vidare följande avsnitt.

I Rättsliga rådets egna rekommendationer till utredningsteam (se följande avsnitt) nämns att det inte finns någon exakt tidsangivelse för utredning eller real life-period. Rådet hänvisar till att kunskapsstöden framhåller ”vikten av en grundlig utredning och behovet av tillräcklig tid för att kunna göra en sådan utredning” och att resonemanget kring tidsaspekter för real life är detsamma som för utredning. I metodunderlaget och kunskapsbeskrivningen till kunskapsstödet för vård av vuxna nämns att WPATH rekommenderar en real life-period om 12 månader, men även om Socialstyrelsen i framtagandet av sina kunskapsstöd följt andan i WPATH:s Standards of Care har man valt att inte ge någon motsvarande tidsangivelse i sina rekommendationer.

Trots att det inte finns några tidsangivelser i kunskapsstöden, och Rättsliga rådet i senare versioner av sina rekommendationer inte längre hänvisar till Standards of Care, finns det alltså flera exempel på att sökande som har en kortare sammanlagd utredningstid än två år (varav ett år i real life) fått avslag med hänvisning till utredningstiden. I maj 2017 ställde överläkare Cecilia Dhejne vid utrednings-

teamet Anova en skriftlig fråga till Rättsliga rådet om hur rådets rekommendationer om utredningstid och real life-tid ska tolkas.

I sitt svar (Socialstyrelsens rättsliga råd 2017c) skriver Rättsliga rådet: ”Rekommendationerna ska ses som riktlinjer. Utgångspunkten är två år för utredning och ett år för real life. Bedömningen görs dock individuellt vilket innebär att tillräcklig tid kan vara längre eller kortare i det enskilda fallet.” Av detta följer att utredningen får anta att Rättsliga rådet 2017 fortfarande följer SFTH:s vårdprogram, som är av äldre datum än Socialstyrelsens kunskapsstöd och som SFTH själva betraktar som förlegat, trots att man inte längre i sina avslagsbeslut hänvisar till detta eller nämner det i sina rekommendationer. I vårdprogrammet står det att ”/u/tredningstiden bör vara minst två år, inom ramen för detta ska så kallad real life ha pågått under minst ett år”.

I ett fall hänvisas i skälet för avslag till ”gängse praxis” (för utredning), även här utan att det framgår för mottagaren vilken denna praxis är.

Skälen för avslag kan löst grupperas i tre kategorier, Formalia, Utredningen uppfyller inte vissa kriterier och Den sökande uppfyller inte vissa kriterier. Den andra och tredje kategorin överlappar varandra delvis, inte minst med tanke på bevisbördan (se nedan), men vi har valt att se hänvisningar till brister i utredningen som en fråga om utredaren snarare än om den person som blivit utredd.

Formalia

I 14 fall anges skäl till avslaget vara att den sökande inte åberopat något till stöd för sin ansökan, eller inte åberopat någon medicinsk och psykiatrisk utredning. Detta har stöd i förarbetena från 1968 och 1972 (SOU 1968:28 och prop. 1972:6), som dock öppnar för att utredningsförfarandet kan komma att ändras. En möjlig tolkning är att man ansökt om fastställande utan att ha genomgått någon utredning, alternativt inte avslutat en utredning. Ytterligare ett avslag anger specifikt att det krävs att den sökande genomgått en könsutredning för att få fastställande, och att ansökan avslås eftersom sökanden inte genomgått sådan utredning.

Vi har tagit emot en berättelse från en person som genomgått könsutredning utanför ett utredningsteam och därför fått avslag på sin ansökan.

Sökte hjälp efter att ha valt att inte ta mitt liv, genom att försöka få allmänläkare att skicka in remiss till Könsidentitetsmottagningen i /svensk stad/ vintern 2010, och fick det till slut efter att ha bytt läkare när jag väntat månader när det visade sig att den första läkaren "missat" att skriva min remiss

Efter fyra månader ringde sedan Könsidentitetsmottagningen äntligen upp mig och berättade att kön till ett första möte var mer än ett år, ett år jag visste att jag inte skulle orka vänta.

Så jag fick kontakt med en läkare som varit huvudläkare på kliniken och som nu arbetade med egen klinik.

Efter kort tid och bara tre möten räddade hen mitt liv genom att vidare remittera mig till endokrinolog, för hormoner, skäggborttagning och logoped.

Jag utreddes och behandlades under knappt ett år tills jag och min (extremt väl kvalificerade för könsutredning) läkare skickade ansökan till rättsliga rådet för juridiskt byte av kön i personnummer och "borttagande av könskörtlar".

Nu vägrade tyvärr RR att godkänna min ansökan med anmärkningen att jag inte genomgått utredning.

Det står ingenstans i lagen att "utredning" måste ske vid utvalda center som RR godkänt, det står heller ingenstans lagstadgat exakt HUR en "utredning" måste gå till, så RR borde inte fördröjt min transition på grund av detta.

Följden blev att min utredning tog mer än fyra år, att jag drabbades av djup depression och sjukskrevs, då Könsidentitetsmottagningen havere-rade totalt i sin hantering av deras "utredning" av mig.

De tre extra åren som trans"vården" tog från mig får jag aldrig tillbaka.

Så, sjukskriven, inkomstberövad, skuldsatt och extremt utsatt tog jag mig till slut igenom min transition (berättelse 26).

I flera avslag anges att den som ansöker om fastställande själv måste "styrka att han eller hon når upp till de i lagen angivna kriterierna", alltså att sökanden har bevisbördan.

Vidare avslås ansökan i ett antal fall då utredningen inte uppfyller vissa kriterier, se särskild rubrik nedan. I ett fall saknas patientunderskrift, se ovan.

I ett annat fall har den sökande inte infunnit sig på kallelse till Rättsliga rådet sammanträde, varför rådet anser sig tillräckligt underlag för bedömning av ”frågan om könsbyte”. Det framgår inte av avslaget vilka möjligheter den sökande haft att delta på detta sammanträde, eller om den sökande erbjudits olika möjliga datum.

I ett fall är den sökande registrerad partner, vilket är ett hinder för bifall enligt 3 § könstillhörighetslagen. Tre sökande som fått avslag är inte folkbokförda i Sverige, vilket även det är ett hinder för bifall enligt 3 § könstillhörighetslagen. Det framgår inte av besluten huruvida de sökande informerats om detta och getts möjlighet att komplettera sin ansökan, eller fått information om förutsättningar för en ny ansökan. Överlag framgår det inte av besluten i vilken mån Rättsliga rådet lever upp till den serviceskyldighet som åligger myndigheter enligt 4 § förvaltningslagen (1986:223).

Utredningen uppfyller inte vissa kriterier

De angivna skälen för avslag är följande: Det saknas tillräcklig utredning. Utredningen ger inte underlag för bedömning av huruvida den sökande uppfyller könstillhörighetslagens 1 §, någon eller några av punkterna 1–3. Psykologutredning saknas. Utredningstiden är för kort. Real life är för kort. ”/F/ormell psykisk utvärdering enligt DSM- och ICD-systemen” är inte fullständig, bland annat saknas bedömning av psykisk ohälsa hos den sökande. Differentialdiagnostiska metoder har inte använts för att utesluta att den sökande huvudsakligen lider av något annat än könsdysfori, eller åtminstone har sådan bedömning inte redovisats av vården. Utredningstiden är för kort, särskilt givet den sökandes psykiatriska anamnes. Patientjournal eller läkarintyg har åberopats i stället för utredning. Ingen utredning ”enligt gängse praxis” har gjorts (denna sökande överklagade till förvaltningsrätten, som upphävde Rättsliga rådets beslut och skickade tillbaka fallet till Rättsliga rådet för prövning enligt de villkor som framkommer av lagtexten, lag (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall.) Sammanfattande utlåtande och bedömning av den sökande saknas.

Det framgår inte av besluten huruvida Rättsliga rådet efterfrågat detta underlag av den sökandes behandlande läkare eller annan person i utredningsteam. Detsamma gäller det fall där den sökande åberopat läkarintyg men inte utredning som stöd för sin ansökan. Enligt förarbetena kan man

emellertid inte räkna med att ansökningshandlingarna alltid blir fullständiga och inte heller med att sökanden kan efterkomma ett föreläggande från nämnden [rådet] om införskaffande av ytterligare bevisning. En långtgående skyldighet för sökanden att även i komplicerade fall själv framlägga och bekosta bevisningen innebär enligt utredningens mening inte någon lämplig lösning. Med hänsyn till att det här i allmänhet rör sig om ömmande fall och till att det allmänna får anses ha ett intresse av att könstillhörighetsfrågorna blir tillfredsställande lösta har utredningen funnit det rimligt, att samhället i viss omfattning tar på sig dessa kostnader. Förslaget bygger därför på tanken, att nämnden [rådet] skall kunna självmant införskaffa kompletterande utredning och att denna i princip bör bekostas av det allmänna (SOU 1968:28, jfr prop. 1972:6).

Den sökande uppfyller inte vissa kriterier

I ett avslag från 2016 skriver rådet att det av den dokumentation som åberopats till stöd för ansökan framgår att sökanden uppträder i enlighet med sin könsidentitet i begränsad omfattning. Sökanden uppfyller således inte kriteriet i könstillhörighetslagen 1 § punkt 2, även om rådet slår fast att den sökande uppfyller kriteriet i 1 § punkt 1. Lagen föreskriver dock inte att uppträdandet i enlighet med könsidentiteten måste vara konsekvent. Enligt förarbetena finns det också exempel på att man är medveten om att det inte alltid är möjligt att leva i enlighet med sin könsidentitet i alla sammanhang:

Långt ifrån alla transsexuella uppträder konsekvent i motsatta könets klädedräkt. Det är viktigt att slå fast, att detta klädbyte ej kan tillmätas något avgörande diagnostiskt värde. Många transsexuella kan på grund av den sociala situationen tvingas avstå från att uppträda i motsatta könets kläder, trots att de i övrigt uppvisar samtliga kardinalsymptom (SOU 1968:28, liknande i prop. 1972:6).

Förarbetena slår fast att det inte är tillräckligt att leva i enlighet med sin könsidentitet enbart vid vissa tillfällen, men innehåller inte heller något krav på att uppträdandet i enlighet med könsidentiteten ska vara konsekvent. Se vidare följande avsnitt.

Från 2017 finns fyra ärenden där ansökan avslås med hänvisning till att real life-perioden är för kort, att det inte framgår när eller om real life börjat eller att den sökande inte lever i enlighet med sin könsidentitet i alla sammanhang: ”I utredningen finns motstridiga uppgifter gällande hur länge sökanden har uppträtt som Det framgår att sökanden så sent som ... inte uppträdde som ... fullt ut i alla sammanhang. Det är därför inte visat att ... sedan tillräckligt lång tid uppträder som ...”; ”Av utredningen i ärendet framgår att det finns en osäkerhet kring hur och hur länge sökanden uppträtt som ...”, ”Av utredningen framgår inte att sökanden har uppträtt i den nya könstillhörigheten”; ”Av utredningen i ärendet framgår inte att ... sedan tillräckligt lång tid uppträder som ... i det dagliga livet”.

I avslaget som det sista citatet är hämtat från görs en koppling mellan ”tillräckligt lång” real life-period och könstillhörighetslagens tredje krav för fastställande: ”Därmed går det inte heller att göra antaganden kring om ... kommer att leva i denna könsidentitet även i framtiden. Med hänsyn till detta är det inte visat att förutsättningarna är uppfyllda.” Tre andra avslag från 2017 hänvisar till denna punkt med liknande formuleringar. Det är alltså möjligt att fler avslag kan ha att göra med real life än där det uttryckligen anges som skäl för avslaget. Som tidigare nämnts finns det ingen exakt tidsangivelse för real life-period i det dokument (Socialstyrelsen 2015f) som Rättsliga rådet enligt sina egna rekommendationer utgår från.

Ett fall som sticker ut är det där den sökande sägs ha ”uttryckt ambivalens i frågan om könsbyte. Även om NN numera *förnekar detta* (vår kursivering) ger den samlade bilden av utredningen i ärendet inte tillräckligt underlag för att för närvarande konstatera att NN har en sådan fast, grundad och varaktig upplevelse av att tillhöra det andra könet som krävs för att könstillhörigheten ska kunna ändras.” Det förefaller här som att rådet inte tagit med i beräkningen att tankar om och upplevelse av det egna könet, liksom tankar om och uppfattning om vårdbehov eller tillgängliga behandlingsmetoder, kan ändras över tid, till exempel under könsutredning då man kan få stöd i att utforska sin könsidentitet och information om könsbekräftande vård. Den sökande överklagade beslutet till Förvaltningsrätten, som godkände personens ansökan. Även under 2016 har en person överklagat Rättsliga rådets beslut till Förvaltningsrätten och fått ansökan om juridiskt kön beviljad (RFSL 2017e, 2017f).

Den sökande har, ”mot vad som vanligtvis är fallet vid transsexualism, inte någon längre bakgrundshistoria av att ha upplevt könsdysfori”. Här tycks det som om Rättsliga rådet ifrågasätter den diagnos som ställts av sökandens ansvariga utredare.

Den sökande har inte haft någon kontakt med plastikkirurg inför ansökan om tillstånd till ingrepp i könsorganen och borttagande av könskörtlarna, se ovan.

I två beslut från 2017 anges den sökandes ”instabila psykiska tillstånd” respektive sökandens ”psykiska ohälsa” som avslagsskäl. I det första fallet är detta det enda som nämns som skäl för avslag: ”Med hänsyn till vad som kommit fram om sökandens instabila psykiska tillstånd anser Socialstyrelsen inte att det är visat att det föreligger sådana förutsättningar enligt lagen som krävs för att bifalla ansökan.” I det andra är det ohälsan i kombination med osäkerhet kring hur och hur länge den sökande uppträtt i enlighet med sin könsidentitet som anges som skäl: Med hänsyn till detta och vad som framkommit om sökandens psykiska ohälsa anser Socialstyrelsen inte att det är visat att förutsättningarna enligt p. 2 och 3 är uppfyllda.”

Enligt Zeluf et al (2016) skattar transpersoner som har/haft behov av att byta juridiskt kön sin hälsa som sämre och sin livskvalitet som lägre jämfört med transpersoner som inte bytt och inte har behov av att byta juridiskt kön. Det gäller både personer som bytt juridiskt kön (14 procent av respondenterna), personer som behöver byta juridiskt kön (över en tredjedel) och personer som inte kan byta juridiskt kön eftersom det juridiska kön som passar dem bäst inte finns i Sverige i dag (en fjärdedel).

Även personer som bytt juridiskt kön rapporterar alltså om dålig hälsa, men i mindre utsträckning än de båda andra grupperna. ”This finding suggests that quality of life among trans people is likely to approve with legal gender recognition”, konstaterar författarna (Zeluf et al 2016).

I förarbetena till könstillhörighetslagen finns också exempel på förståelse för att personer som behöver byta juridiskt kön har dålig hälsa. Man ser det som angeläget att underlätta för individen att delta i samhället genom att personens ”egen uppfattning om sin könsidentitet så långt det är möjligt får en klar bekräftelse utåt” och att det finns ett humanitärt värde med en lagstiftning på området. ”Resultatet”, skriver utredarna, av att inte ha det juridiska kön som stämmer överens med könsidentiteten/könsuttrycket

...blir ej sällan långdragna depressiva reaktioner, ibland avslutade med allvarliga självmordsförsök som en sista desperat lösning på en ohållbar situation. Drag av misstänksamhet mot läkare och samhället kommer emellanåt in i bilden, vilket ytterligare förstärker känslan av ensamhet och isolering. Det är viktigt att se de senare symtomens utveckling som en i de flesta fall adekvat reaktion på grundproblemet och ej tvärtom. Dessa personer kan annars lätt klassificeras som psykiskt sjuka i ett eller annat avseende (SOU 1968:28, liknande i prop. 1972:6).

Utredningen vill avslutningsvis tillägga att det inte är otänkbart att avslag på ansökan om fastställande kan påverka den psykiska hälsan hos sökande negativt, i enlighet med vad den forskning vi redogjort för ovan visar och i enlighet med de berättelser vi har fått in.

15.5.6 Riktlinjer och liknande som har inverkan på besluten från Rättsliga rådet

Förarbetena till könstillhörighetslagen

Förarbetena till lag (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall är *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, m.m.; given Stockholms slott den 3 december 1971* (prop. 1972:6) som i sin tur hänvisar till SOU 1968:28, *Intersexuellas könstillhörighet. Förslag till lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall*. Detta betänkande avgavs av en grupp särskilda sakkunniga, däribland läkaren och professorn Rolf Luft, som från 1953 i Sverige behandlat flera transsexuella personer (Everhag 2012), och biträdande överläkaren och docenten Jan Wälinder som var en av dem i Sverige som tidigt studerade transsexualism²⁷. Lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall trädde i kraft 1 juli 1972. Den reglerar byte av juridiskt kön för dem vi med dagens språkbruk kallar personer med intersexvariationer respektive binära transpersoner. Sedan 1975 har lagen ändrats i flera omgångar. Rättsliga rådet hänvisar dock i sina beslut till 1972 års lag.

I såväl förslagen till lagtext i förarbetena som i själva utredningen och propositionen används flera begrepp som syftar på dels identifikation med eller upplevelse av könstillhörighet, dels uppträdande i enlighet med denna identifikation eller upplevelse. Till exempel är

²⁷ Se t.ex. Wälinder, Jan, *Transsexualism. Definition, prevalence and sex distribution*, 1968.

ett av den i SOU:n föreslagna lagtextens krav för fastställande för transpersoner att individen ”sedan ungdomen upplever sig såsom tillhörande det motsatta könet och sedan avsevärd tid uppträder i enlighet därmed samt måste antagas även framdeles leva i sådan könsroll”. För fastställande för personer med intersexvariationer står det i samma lagförslag att fastställande kan erhållas om det är ”förenligt med utvecklingen av könsrollen”. Begreppet könsroll tycks alltså kunna beteckna både den individuella upplevelsen av könstillhörighet, det vi i dag kallar könsidentitet, och socialt kön, i dag även kallat könsuttryck. I propositionen finns också exempel på att ”könsroll” betecknar det juridiska könet. Begreppet könstillhörighet tycks omväxlande syfta på upplevelsen av att tillhöra ett visst kön och på det juridiska könet.

Vidare används i förarbetena begrepp som det psykosociala könet (som enligt propositionen är detsamma som könsrollen), det psykiska könet, det sociala könet, det psykosexuella könet, den psykosexuella inriktningen eller inställningen, könsmedvetande, könsidentifiering och könsidentitet (det sistnämnda såväl i dagens betydelse som i betydelsen juridisk könstillhörighet).

För enkelhets skull väljer vi att i det följande, där det inte är frågan om direkta citat, använda begreppen könsidentitet (i dagens betydelse), könsuttryck och juridiskt kön.

I SOU:n görs en indelning av intersexuella i två huvudgrupper: somatiskt (kroppsligt) och icke-somatiskt intersexuella. En kort definition av intersexualitet i utredningen är individer som ”företer både manliga och kvinnliga drag”, antingen rent kroppsligt eller genom att det somatiska könet inte stämmer överens med könsidentiteten.

Till den första huvudgruppen hör de vilkas intersexualitet yttrar sig i de inre eller/och de yttre könsorganen. Tillstånd som till exempel Klinefelters och Turners syndrom är inte inräknade. Ändring av juridiskt kön är inte aktuellt vid dessa senare typer av intersexualitet, menar SOU:n.

Gruppen icke-somatiskt intersexuella är de transsexuella. Dessa delas i sin tur in i två grupper. Dels den ”typiska” eller ”verkliga” transsexualismen, de ”rena och klassiskt” eller ”genuint” transsexuella, som har en ”fast övertygelse om att tillhöra motsatt kön” eller en ”helt bestämd”, ”mycket fast grundad” eller ”utpräglad” psykosexuell inriktning. Dels en ”randgrupp”, de ”potentiellt transsexuella”, vilkas könsidentitet är eller kan vara ”vacklande”. Fastställande av könstill-

hörighet kan, menar de sakkunniga, endast kunna komma i fråga för de typiska transsexuella.

Den föreslagna lagens grundprincip kan för båda huvudgrupperna sägas vara att könsidentiteten bör vara ledande då man fastställer juridiskt kön, i de fall könsidentiteten har tillräckligt fast form. I dessa fall är det somatiska tillståndet av underordnad betydelse. Det somatiska tillståndet är vägledande när man ska fastställa det juridiska könet för en person med intersexvariation, men fastställandet får inte ske på tvärs mot en utvecklad könsidentitet.

Registreringen av en persons könstillhörighet, det vill säga det juridiska könet, bestod vid tiden för förarbetena av anteckning om kön i kyrkobokföringen, födelsenummer (den siffra i personnumret som visar juridiskt kön) och förnamn. Bakgrunden till SOU:n var att åtskilliga personer anhållit om att få byta förnamn ”mot sådant namn som brukar användas av det motsatta könet” och om att få ändrad könsanteckning. Många hade också fått beviljat byte av förnamn. För en del hade det gjorts motsvarande ändring av könsanteckning och födelsenummer.

I direktiven för SOU:n anförde Justitiedepartementet att det är angeläget att de officiella uttrycken för könstillhörigheten korresponderar och att utredningen bör försöka ”åstadkomma sådana regler att en övergång till en ny könsroll så långt det är möjligt underlättas genom att förnamn, födelsenummer och anteckning om kön blir överensstämmande”. De sakkunniga kommer fram till samma slutsats. Man behöver också ”för praktiskt bruk” kunna anta att den könstillhörighet som framgår av kyrkobokföring, födelsenummer och förnamn i regel är den verkliga. Lagen skulle reglera vissa fall då det kunde vara befogat att ompröva och ändra de officiella uppgifterna och då det inte varit frågan om ett lätt konstaterbart fel eller förbi-seende (exempelvis skrivfel i kyrkobokföringen eller misstag vid tilldelning av födelsenummer).

Det fanns klara humanitära skäl för en tydlig reglering på området. Syftet med den föreslagna lagen är att underlätta ”en anpassning till en mera tillfredsställande livsföring”. Transsexuella skulle inte längre, som utredningen konstaterar ofta är fallet, känna sig tvingade att ”mer eller mindre leva utanför samhället”. Utredningen och propositionen konstaterar att det medför synnerliga påfrestningar att ha legitimationshandlingar som inte överensstämmer med könsidentitet och könsuttryck, och att det skapar problem när man till

exempel ska söka jobb, legitimera sig eller rösta. Depressioner och självmordsförsök är vanliga. Man såg även ett värde i att det allmänna sanktionerade individens könsidentitet genom att lagstifta om möjlighet att byta juridiskt kön.

Flera avsikter låg bakom lagförslagets hårda krav på varaktighet i könsidentitet och könsuttryck. Man ville dels att det juridiska könet, också i de fall då detta ändrats, skulle gälla i alla rättsliga sammanhang där detta kön hade betydelse. Mycket av dåtidens lagstiftning, bland annat inom familjerätt, (till exempel äktenskapslagstiftning), straffrätt och förvaltningsrätt, hade bestämmelser knutna till kön. Dels ville man förhindra att personer som inte hade en bestämd könsidentitet fick fastställande. Hårda krav ansågs medföra liten risk för ångerfall. Slutligen ville man hindra att personer bytte juridiskt kön i "illojalt" eller kriminellt syfte, som för att undgå ansvar för brott.

Prop. 1972:6 följer i huvudsak förslaget från SOU 1968:28. En av skillnaderna är att skrivelsen om ingrepp i könsorgan har förtydligats med "i syfte att göra dem mer lika det motsatta könets" i propositionens förslag. Förarbetena resonerar att särskilt tillstånd till sådana ingrepp inte behövs för den som fått fastställande. Däremot vill man att den typen av könsbekräftande operationer inte utan särskilt tillstånd ska kunna göras i syfte att få juridiskt fastställande. Förarbetenas avsikt är att man ska kunna ansöka om särskilt tillstånd för könsbekräftande underlivskirurgi om man vill bli opererad innan man får fastställande, och att tillstånd bara ska medges om villkoren för fastställande är uppfyllda. Man vill skydda personer från att genomgå en "stympning" som är "meningslös" om man därefter inte kan få fastställande.

Propositionens förslag innehåller också möjligheten att överklaga avslag till kammarrätten.

Att en person inte lever i enlighet med sin könsidentitet, alltså att könsidentitet och könsuttryck inte stämmer överens, kan enligt förarbetena vara skäl att tvivla på att könsidentiteten är tillräckligt utpräglad för fastställande. Individen ska för att kunna få fastställande leva i enlighet med sin könsidentitet "under så lång tid att /könsrollen/ kan betraktas som fast etablerad" och visa förmåga att "hävda den upplevda könsidentiteten i förhållande till omgivningen och att anpassa sig till de krav som på arbetsplatsen, i umgängeslivet och i andra sociala sammanhang ställs på personer med den önskade könstillhörigheten". Utseende, kläder, rörelsemönster med mera ska

stämma överens med könsidentiteten. Någon hormonell eller kirurgisk behandling – utöver sterilisering – krävs inte för fastställande, men att en person inte kräver eller uttrycker önskemål om sådana åtgärder kan också vara skäl att tvivla på att könsidentiteten är tillräckligt utpräglad. Vidare är det inte tillräckligt att leva i enlighet med sin könsidentitet ”t.ex. enbart i hemmiljön efter det dagliga arbetets slut”.

Förarbetena tar dock upp att det inte alltid är möjligt att fullt ut leva i enlighet med sin könsidentitet. Visserligen, konstaterar utredningen, manifesterar många transsexuella sin könsidentitet genom motsvarande könsuttryck även om detta innebär sociala påfrestningar, men:

Långt ifrån alla transsexuella uppträder konsekvent i motsatta könets klädedräkt. Det är viktigt att slå fast, att detta klädbyte ej kan tillmätas något avgörande diagnostiskt värde. Många transsexuella kan på grund av den sociala situationen tvingas avstå från att uppträda i motsatta könets kläder, trots att de i övrigt uppvisar samtliga kardinalsymtom /på transsexualism/ (liknande skrivelse finns i propositionen).

I propositionen kompletteras detta resonemang:

De sakkunniga /dvs SOU:n/ medger att kravet på avsevärd tids uppträdande i den motsatta könsrollen kan synas onödigt långtgående i många fall. Som exempel anförs personer i sådan samhällsställning att en fullständig övergång till motsatt könsroll kan medföra särskilda problem, i synnerhet om den inte sker samtidigt med att den nya köns-tillhörigheten fastställs.

De riktlinjer utredningen uppställer för fastställande säger också att personen ”bör *helst* sedan minst något år ha levt och uppträtt i den motsatta rollen och därvid visat sina möjligheter att bemästra ett liv i motsatt könsroll” (vår kursiv).

Rättsliga rådet hänvisar i flera av sina avslag till förarbetena i fall då rådet anser att utredningstiden och real life-perioden är för kort för att fastställande ska kunna medges. En formulering som flera av Rättsliga rådets avslag innehåller finns på sidan 48 i propositionen: ”Man torde få räkna med en observationstid på åtminstone ett år.”²⁸

”Observation” syftar i förarbetena på det som i dag benämns könsutredning. I SOU:n konstateras även att den utredning eller det be-

²⁸ Motsvarande i SOU:n: ”Observationstiden lär knappast kunna understiga ett år.” (sidan 49)

handlingsprogram som skisseras är det bästa som kan erbjudas för närvarande. Det finns således utrymme i förarbetena för att utredningsförfarandet kan komma att ändras efter år 1968.

Formuleringen ”Kortare tid än ett år torde inte kunna godtas”, som Rättsliga rådet använder i flera avslag då de anser att real life-perioden varit för kort, finns inte på den sida i propositionen som rådet hänvisar till (sidan 48). Citatet är hämtat från propositionens specialmotivering till lagförslaget (sidan 57). Det förekommer däremot inte i den allmänna motiveringen, där bakgrunden till lagförslaget ges, utan endast i ett remissyttrande (som redovisas i propositionen) till utredningens förslag, och hur man mot slutet av propositionen kommer fram till detta tidskrav framgår därför inte. Det förekommer inte heller någon sådan tidsangivelse i SOU:n.

Sammantaget är vår bedömning att det i förarbetena finns bristfälligt stöd för att kräva att en person ska leva i real life under någon bestämd tid, i någon bestämd omfattning eller separerat från själva den psykologiska, somatiska och sociala utredningen. Det finns bara krav på en ospecificerad tids ”uppträdande i den motsatta könsrollen” och på att individen ska vara fast etablerad i denna roll. Det finns också möjlighet att frångå förarbetenas rekommendationer om en observationstid (utredningstid) på åtminstone ett år, då dessa utgår från det vid förarbetenas tillkomst gällande behandlingsprogrammet.

Rättsliga rådets rekommendationer

Rättsliga rådet ger ut rekommendationer angående utlåtanden i ärenden gällande lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall. Dessa riktar sig till personer som arbetar i utredningsteam och specificerar vad Rättsliga rådet menar att ett beslutsunderlag av god kvalitet bör innehålla. Rekommendationerna uppdateras löpande; utredningen har tillgång till tre versioner utgivna mellan 2016-09-20/2016-09-14 (sidan 1 och 2 i rekommendationerna är daterade olika) och 2017-07-18. Utredningen har av könsutredningsteam fått information om att sådana uppdateringar ibland sker utan att teamen får kännedom om att det kommit en ny version av rekommendationerna. Den aktuella versionen av rekommendationerna – den senaste daterad 2017-07-18 – finns dock att tillgå på socialstyrelsen.se

Utredningen har också av utredningsteamerna, till exempel i enkäten till teamerna, fått information om att journalföring till viss del påverkas av dessa rekommendationer. Rättsliga rådet begär nämligen in journaler, som, till skillnad från läkarintyg, inte skrivs för att fungera som beslutsunderlag i juridiska processer. På grund av detta lägger läkare tid på att skriva in dokumentation i journaler som inte alltid är den dokumentation som läkaren själv anser är den mest relevanta, utan denna skrivs in endast för att uppfylla krav i den kommande processen med ansökan om byte av juridiskt kön.

Att skriva intygen till Rättsliga rådet, sammanfatta remisser och annan dokumentation i patientärenden är en del av ansvariga utredares arbete som tar mycket tid i anspråk. Att lyfta denna uppgift från ansvariga utredare skulle därför frigöra arbetstid som i stället skulle kunna ägnas åt könsidentitetsutredningar och därmed öka teamens kostnadseffektivitet. Detta innebär dock inte att det inte finns ett generellt behov av ökade medel till utredningsteamens arbete.

Rättsliga rådets rekommendationer innehåller skrivelser som dels inte överensstämmer med en del av de skäl för avslag som rådet anger, dels kan anses säga emot varandra.

Rättsliga rådet skriver i sina rekommendationer (2017b) från 2017-07-18: ”Det bör gå att säkerställa observation under en tid där den sökande vidhåller sin uppfattning. Det finns ingen exakt tidsangivelse men i Socialstyrelsens kunskapsstöd framhålls vikten av en grundlig utredning och behovet av tillräcklig tid för att kunna göra en sådan utredning.” Detta överensstämmer inte med att Rättsliga rådet i vissa avslag hänvisar till propositionens exakta tidsangivelse ”/m/an torde få räkna med en observationstid på åtminstone ett år”.

Utredningen menar att de mycket varierande bedömningarna, grundade på dels förarbetena, dels tidigare vårdprogram och internationella riktlinjer (se nedan) och dels Socialstyrelsens kunskapsstöd av betydligt nyare datum än lagens förarbeten, gör att prövningarna av ansökningar som ibland ligger tämligen nära varandra i tid blir godtyckliga och mer oförutsägbara än som skulle vara fallet om besluten grundade sig uteslutande på kunskapsstöden.

I en tidigare version av rekommendationerna (2016-09-20/2016-09-14) hänvisar rådet förutom till Socialstyrelsens kunskapsstöd till WPATH:s *Standards of Care* (2011). WPATH:s rekommendationer användes i arbetet med kunskapsstöden, men skiljer sig från dessa. Att rådet hänvisar till olika dokument gör det otydligt vad man grun-

dar sina rekommendationer på, vad som ligger till grund för beslut i ett ärende, hur de olika rekommendationerna värderas i de fall de skiljer sig åt och så vidare.

Vidare skriver Rättsliga rådet i sina rekommendationer: ”Fullständig passerbarhet krävs inte men det är viktigt att den sökande konsekvent presenterar sig som det kön den sökande önskar tillhöra”, och att det är viktigt att underlaget innehåller redogörelse för ”hur den sökande passerat”. Uppgift om passerande ska alltså finnas med i underlaget som ligger till grund för Rättsliga rådets beslut om fastställande, samtidigt som det sägs att passerbarhet inte är ett krav. Eftersom alla inte har möjlighet att passera och en del inte heller har det som målsättning är det oklart vilket värde passerbarhet kan ha för bedömningen av en ansökan.

Som vi tidigare konstaterat finns det i förarbetena bristfälligt stöd för att kräva en exakt tidsangivelse (ett år eller mer) av real life, åtskild från själva den diagnostiserande utredningen. I Rättsliga rådets egna rekommendationer finns inte heller några sådana specifika krav. Så här skriver Rättsliga rådet:

När det gäller den andra punkten ska det framgå att den sökande lever och uppträder i den önskade könsidentiteten i vardagen, s.k. Real Life. [---] Det finns ingen exakt tidsangivelse för hur länge Real Life perioden ska ha pågått och resonemanget kring tidsaspekter är detsamma som i stycket ovan. Av utlåtandet är det viktigt att det framgår när Real Life perioden började (Socialstyrelsens rättsliga råd 2017b).

Syftet är att pröva på hur det är att leva i den rollen, som ett underlag att kunna fatta ett så välgrundat beslut som möjligt. Resonemanget kring tidsaspekter är detsamma som under kriterium 1 (Socialstyrelsens rättsliga råd 2016).

”Stycket ovan”/”kriterium 1” syftar på rekommendationen om utredningstid, om vilken det bara sägs att den ska vara ”grundlig” och ha varat under ”tillräcklig tid”. Att rådet i en del av sina avslag hänvisar till propositionens skrivelse ”Kortare tid än ett år torde inte kunna godtas” stämmer alltså inte överens med de egna rekommendationerna.

I rekommendationerna från 2016-09-20/2016-09-14 anges att ”den sökande /bör/ ha träffat plastikkirurg för information kring ingreppens natur, begränsningar, etc. för att säkerställa realistiska förväntningar”. En person fick 2015 också avslag på sin ansökan om ingrepp i könsorganen på grund av att personen inte träffat plastik-

kirurg, något rådet i sitt avslag kallade för ”ett oavvisligt krav”. Vi noterar att ett ”oavvisligt krav” är starkare än ”bör”, som snarast är en rekommendation eller ett tecken på att något är att föredra. Formulering om kirurgkonsultation finns inte med i de båda senare versionerna av rådets rekommendationer.

SFTH:s nationella vårdprogram

I två avslag från 2015 hänvisar Rättsliga rådet till ”ett nationellt vårdprogram för utredning inför eventuell fastställelse av ändrad könstillhörighet” för uppgiften att utredningstiden bör vara minst två år. Vi har fått bekräftat av Attila Fazekas, som är en av rådets föredragande i ärenden om ändrad könstillhörighet och ordförande i Svensk förening för transsexuell hälsa (SFTH), att det är ett tidigare vårdprogram från SFTH som avses. Föreningen anser detta vårdprogram vara förlegat och följer nu Socialstyrelsens kunskapsstöd för både barn och vuxna (Socialstyrelsen 2015i, 2015f).

Vårdprogrammet gavs ut i sin första version 2007-10-25 och reviderades sista gången 2012-11-26. Socialstyrelsens båda kunskapsstöd gavs ut 15 april 2015.

Syftet med vårdprogrammet formuleras som ”stöd och vägledning för dem som arbetar med könstillhörighetsutredningar i Sverige”, men texten innehåller utöver rekommendationer (”bör”) ett antal tvingande formuleringar (bland annat ”ska”/”skall”, ”Psykologutredningen innebär”, ”Den sociala utredningen sammanfattas i separat utlåtande och bifogas ansökan”).

Beskrivningen av hur utredningen går till stämmer huvudsakligen överens med den som skisseras i förarbetena och den som beskrivs i kunskapsstöden. Under rubriken ”Utredningstid” står det att ”/u/tredningstiden bör vara minst två år, inom ramen för detta ska så kallad real life ha pågått under minst ett år”. Det stämmer överens med förarbetenas skrivelse om att ”/t/ranssexualismen bör vara klart och entydigt belagd genom minst ett, gärna två års personlig observation av läkare, som är förtrogen med detta tillstånd”.

Däremot finns det, som vi tidigare konstaterat, inte entydigt stöd i förarbetena för att kunna kräva minst ett år i real life. I beskrivningen av real life skriver SFTH också att ”patienten konsekvent [ska] ha uppträtt i enhetlighet med den upplevda könsidentiteten

ute i samhället, på arbetsplatsen, i familjen, etc”, något som inte har helt stöd i lagens förarbeten.

Krav på att patienten ska bedömas och få information av plastikkirurg under real life-perioden finns också i SFTH:s vårdprogram.

15.6 Kommande förändringar av vården

Under utredningens arbete har mycket annat förändringsarbete samtidigt pågått. Vi redogör här för några av dessa kommande förändringar, utifrån den kunskap vi nu har om vad de kommer att innebära. Vid några tillfällen vill vi peka på områden där det finns anledning att vara extra vaksam vad gäller några aspekter av de kommande förändringarna.

15.6.1 Revidering av ICD

Världshälsoorganisationen, WHO, ger ut en internationell klassifikation, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (vanligen förkortad ICD). Klassifikationen grupperar, förutom sjukdomar, olika former av relaterade hälsoproblem som kan föranleda kontakt med hälso- och sjukvården.

ICD är indelad i olika kapitel. Bland annat finns kapitel med diagnoskoder för psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (kapitel 5/F), hudsjukdomar (kapitel L) och graviditet, förlösning och barnsängstid (kapitel O). Diagnoserna i de olika kapitlen har individuella bokstavs- och sifferkoder som används för bland annat statistik och analys. De olika diagnoskoderna för könsdysfori, som vi går igenom nedan, är i dag placerade i psykiatrikapitlet (F).

Nya utgåvor av ICD utkommer med jämna mellanrum, och mindre uppdateringar görs årligen. Den aktuella versionen av ICD utkom 1992 och är den tionde i ordningen. Vanligen refereras den därför till som ICD-10.

För närvarande pågår arbetet med den elfte versionen, ICD-11. Den beräknas bli godkänd av WHO:s högsta beslutande organ WHA (World Health Assembly) i maj 2018, och de nya diagnoskoderna kommer då att gälla från januari 2019. Socialstyrelsen har påbörjat översättning av delar av ICD-11. I och med att ICD-11 är en helt ny utgåva av klassifikationen tar översättningsarbetet längre tid än

när det är frågan om att översätta revideringar av en redan utgiven version.

Det är Socialstyrelsen som ger ut den svenska versionen av ICD. Den första svenska upplagan av ICD-10 publicerades 1997 efter fem års översättningsarbete. Den tredje och senaste versionen publicerades i maj 2016 och har titeln *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning, svensk version 2016*. För att skilja den internationella versionen och den svenska versionen åt benämns den senare ICD-10-SE. I det följande använder vi därför förkortningen ICD-10 för den internationella versionen och ICD-10-SE för den svenska upplagan.

Samtliga WHO-medlemsländer, däribland länderna i Europa, använder sig av ICD för att dokumentera och föra statistik över orsaker till kontakter med hälso- och sjukvården, sjukdomar och dödsorsaker. De länder som har en nationell version av ICD, som Sverige, har viss frihet att ändra i denna, och den internationella versionen av ICD och de olika nationella versionerna kan därmed skilja sig åt en del. Länderna kan välja att stryka diagnoskoder helt och att flytta diagnoskoder mellan befintliga kapitel. Däremot är det – med få undantag – inte möjligt för länder att självständigt skapa nya diagnoskoder eller kapitel i sina ICD-versioner. Länder kan skapa fördjupningskoder, det vill säga uppdelningar som är mer detaljerade än i den internationella versionen.

År 2008 beslöt exempelvis Socialstyrelsen att stryka diagnoserna transvestism, fetischism, fetischistisk transvestism, sadomasochism, könsidentitetsstörning i barndomen och multipla störningar av sexuella preferenser från den svenska versionen av ICD-10, där de funnits i F-kapitlet. I samband med detta lovade Socialstyrelsen att också arbeta för att dessa diagnoser inte ska finnas med i den internationella versionen av ICD-11. Danska Sundhetsstyrelsen flyttade, efter beslut i Folketinget, könsdysforidiagnoserna från psykiatrikapitlet till Z-kapitlet (mer om detta kapitel nedan) den 1 januari 2017.

I kapitlet F64 i ICD-10-SE, Könsidentitetsstörningar, finns tre diagnoskoder: transsexualism (F64.0), andra specificerade könsidentitetsstörningar (F64.8) och könsidentitetsstörning ospecificerad (F64.9).

I utkastet till ICD-11 föreslås ett nytt kapitel, Conditions related to sexual health (kapitel 17). Enligt förslaget kommer detta kapitel

att innehålla diagnoskoder för tillstånd som rör sexuell hälsa och som inte klassificeras som sjukdomar. Två diagnoskoder för könsdysfori är på förslag: Gender incongruence of adolescence and adulthood och Gender incongruence of childhood. Förslagen är framtagna av WHO tillsammans med professionella i den könsbekräftande vården och internationella organisationer som arbetar för transpersoners rättigheter. Man har i arbetet med förslaget vägt för- och nackdelar med att över huvud taget ha en diagnoskod för könsdysfori eller könsinkongruens (att könsidentiteten inte stämmer överens med det kön personen tilldelats vid födelsen). Diskussionen har landat i att en klassificering behövs för att säkra tillgången till könsbekräftande vård, men att koden inte bör ligga i psykiatrikapitlet.

Under hösten och vintern 2016–2017 uppstod så en del förvecklingar i arbetet med förändring av diagnoskoderna. På en konferens om revideringar av ICD-10 som hölls i oktober 2016 föreslog WHO att diagnoskoderna som rör könsdysfori skulle flyttas till Z-kapitlet, vilket i svenska versionen är ”Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården”. Diagnoskoderna i detta kapitel är ”i första hand avsedda för tillfällen när andra omständigheter än sjukdom, skada eller yttre orsak /.../ kan klassificeras under kategorierna A00-Y89 registreras som ’diagnoser’ eller ’problem’”. Några exempel på sådana omständigheter som ges är organ- eller vävnadsdonation och ”förhållande/n/ eller problem /som/ har betydelse för en persons hälsotillstånd men inte kan anses vara en aktuell sjukdom eller skada”.

Socialstyrelsen ställde sig till en början positiva till WHO:s förslag och gick ut med ett pressmeddelande om att de skulle följa WHO i detta (Socialstyrelsen 2017l). Socialstyrelsen skrev att de ser över klassificeringen av transsexualism (ingenting nämns om andra könsdysforidiagnoser) ”med målet att det inte längre ska ses som en sjukdom vid kontakt med vården”.

RFSL och RFSL Ungdom har för utredningen uppgett att de i samband med detta tog emot ett antal frågor från personer som uttryckte oro för hur det skulle bli med tillgången till könsbekräftande vård om könsdysfori inte längre skulle klassas som en sjukdom.

Också representanter för bland annat Svensk förening för transsexuell hälsa, SFTH, uppgav för utredningen att de hade liknande farhågor.

WHO:s förslag fick skarp kritik från internationella hbtq- och människorättsorganisationer som ILGA (International lesbian, gay, bisexual, trans and intersex association), TGEU (Transgender Europe) och GATE (Global Advocates for Trans Equality)²⁹. En anledning till kritiken är att det i en del länder är svårt att få tillgång till vård med en diagnoskod från Z-kapitlet. Organisationerna har länge arbetat för att det nya kapitlet som nämndes ovan ska införas, och menar att detta är den bästa kompromissen i frågan. En avpatologisering är önskvärd, det vill säga att könsdysforidiagnoserna inte längre ska klassificeras som psykiska sjukdomar, men det är viktigt att tillgången till vård inte riskeras.

Efter kritiken drog WHO tillbaka sitt förslag, och behåller tills vidare diagnoskoderna i kapitel F, men har aviserat att de vid nästa revisionskonferens, kan komma att lägga fram ett nytt förslag. Andra möjliga placeringar av könsdysforitillstånden, som WHO föreslagit, är i kapitel E (Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar) och kapitel N (Sjukdomar i urin- och könsorganen). Det är utredningens uppfattning att inget av dessa alternativ har stöd av de internationella transrättighetsorganisationerna.

I mars 2017 bjöd Socialstyrelsen in representanter från RFSL, RFSL Ungdom, Transföreningen FPES och Transförsvaret (de senare hade i november 2016 genomfört en aktion mot Socialstyrelsen bland annat i protest mot den psykiatriska diagnosen) till ett möte om föreslagna och kommande förändringar i den nationella och internationella versionen av ICD³⁰. I fokus för mötet stod att hitta en temporär lösning till dess ICD-11 träder i kraft, för att både säkra vården för personer med könsdysfori och minska den stigmatisering av transpersoner som delvis hänger samman med diagnoskodernas placering i kapitel 5/F.

Socialstyrelsen redogjorde för de allmänna principerna för uppdatering av de svenska versionerna av ICD: att man om möjligt vill följa de internationella klassifikationerna och att internationell konsensus är önskvärd. Ett nationellt beslut att flytta diagnoskoderna till Z-kapitlet skulle innebära att den könsbekräftande vården inte längre har finansiering inom psykiatrin. Under diskussionen framfördes att det troligen inte skulle påverka tillgången till vård vid köns-

²⁹ Brev som kommit till utredningens kännedom, Komm 2017/01584

³⁰ Mötesanteckningar, inkomna till utredningen, Komm2017/01448.

dysfori i Sverige, oavsett i vilket kapitel man skulle placera diagnoskoderna. (Utredningen har dock alltså också delvis fått andra signaler, se tidigare gällande kontakt med SFTH om detta.) Intresseorganisationerna uttryckte under mötet oro för att omprioriteringar av resurser till vården, till exempel vid framtida regeringsskiftet, ändå på sikt skulle kunna minska tillgången till vård vid könsdysfori. RFSL Ungdom påpekade att en flytt av diagnoskoderna skulle kunna få negativa konsekvenser för tillgången till könsbekräftande vård i andra länder, både för att den svenska vården ibland ses som ett föredöme och för att det skulle urholka den konsensus som finns kring förslaget till ICD-11.

De internationella organisationerna har också rekommenderat att diagnoskoderna inte flyttas i nationella versioner av ICD-10 eftersom förslaget till ICD-11 då riskerar att urvattnas. RFSL, RFSL Ungdom, FPES och Transförsvaret förklarade sig vara eniga med de internationella organisationerna om att inta en försiktig hållning. Långsiktighet, med fokus på att värna om tillgången till och kontinuiteten i den könsbekräftande vården, är att föredra framför en snabb utveckling där konsekvenser kan vara svåra att förutse.

Parterna enades om att inte flytta eller i övrigt ändra något med könsdysforikoderna i ICD-10-SE. I stället avvaktas WHO:s beslut och att fortsatt ha dialog i frågan. Om WHO i slutet av 2017 lägger ett förslag som Socialstyrelsen bedömer inte är acceptabelt kommer man inte att införa detta i ICD-10-SE. Om WHO lägger ett förslag som Socialstyrelsen inte accepterar, eller om WHO inte lägger något nytt förslag, finns det också möjlighet att införa nationella koder i kapitel 22/U, Koder för särskilda ändamål. Där kan nya, internationella eller nationella, diagnoskoder föras in med kort varsel.

Förutom ICD-10-SE används i Sverige klassifikationen DSM-5, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Den ges ut av American Psychological Association (APA), och den senaste upplagan av manualen, den femte i ordningen, gavs ut 2013. I likhet med ICD används den över hela världen. Till skillnad från ICD klassificerar DSM enbart psykiska sjukdomar och utvecklingsrelaterade tillstånd, och den innehåller längre beskrivningar av de olika sjukdomarna och tillstånden än vad ICD gör.

ICD och DSM brukar vara samstämmiga, men i och med den senaste versionen finns det numera stora skillnader mellan de båda klassifikationerna. I DSM-5 finns endast en diagnoskod för köns-

dysfori, Gender dysphoria, med olika diagnoskriterier för barn och vuxna. Så här kommenterar Socialstyrelsen (2015f, 2015i) könsdysforidiagnoserna i DSM-V: ”En förändring i den femte versionen av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) är att man i diagnosen för könsdysfori har frångått binära formuleringar baserade på tvåkönsnormen och ger utrymme för alternativa köns-tillhörigheter.”

När ICD nu förnyas är ambitionen att systemen återigen ska bli i stora drag samstämmiga. Det underlättar för internationellt jämförbar statistik och vetenskaplig kunskapsutveckling.

I TGEU:s enkätundersökning tillfrågades de svarande om sin uppfattning om terminologin i bland annat ICD.

Tabell 15.21 Kan du berätta till vilken grad du håller med om följande påståenden?

Procentandelar av alla enkätsvarande som tillhör en viss kategori (K,M,I) per påstående och svarsalternativ.
 K= Transkvinna M= Transman I= Ickebinär

	Håller verkligen med			Varken håller med eller håller inte med			Håller inte med			Håller verkligen inte med			Jag vet inte					
	K	M	I	K	M	I	K	M	I	K	M	I	K	M	I			
Könsinkongruens hos ungdomar och vuxna är en psykisk sjukdom	2	0	1	4	1	1	6	1	1	15	4	12	63	15	79	11	2	7
Könsinkongruens hos barn (innan puberteten) är en psykisk sjukdom	3	1	1	4	1	1	8	6	2	14	3	10	63	14	81	9	2	6
Att ha en psykiatrisk diagnos har generellt en stigmatiserande effekt på en person	25	31	27	43	34	48	16	12	11	6	1	2	7	2	1	4	1	11
Att diagnostieras med könsidentitetsförning, transsexualism eller könsdysfori har en stigmatiserande effekt på en person	24	23	22	30	31	41	26	15	17	9	8	2	5	6	1	8	17	17
Att ha en psykiatrisk diagnos är mer stigmatiserande för barn än för vuxna	7	7	4	20	12	21	25	25	31	9	12	8	9	5	3	32	40	34
Att ha en medicinsk snarare än en psykiatrisk diagnos skulle vara bättre för transpersoner	36	47	17	42	26	30	8	6	17	0	4	7	2	1	3	13	15	27
Transpersoner har mer psykiska problem än personer som inte är trans	12	24	30	43	35	35	22	26	19	6	6	2	6	3	1	11	7	12

	Håller verkligen med		Håller med		Varken håller med eller håller inte med		Håller inte med		Håller verkligen inte med		Jag vet inte						
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M					
Någon inom psykiatri bör bestämma om en person är redo för hormonbehandling	2	3	1	9	3	15	19	17	32	32	30	35	32	34	7	6	15
Någon inom psykiatri bör bestämma om en person är redo för operation	2	3	1	22	9	5	19	17	18	27	31	31	25	34	32	6	14

15.6.2 Uppdatering av kunskapsstöden

I kunskapsstöden för vård vid könsdysfori från 2015 nämns att de ”berör ett område vars rättsliga och medicinska förutsättningar är i förändring”. Det vetenskapliga stödet för rekommendationerna är rent generellt svagt, men stödet från de internationella riktlinjerna och rekommendationerna och beprövad erfarenhet/klinisk praxis är betydande.

I sin uppföljning av kunskapsstöden 2017 konstaterar Socialstyrelsen att tillgång till vård vid könsdysfori är ojämlig i landet i flera avseenden. Det som Socialstyrelsen konstaterade i sin rapport 2010 och i kunskapsstöden 2015 kvarstår alltså 2017.

Kännedomen om kunskapsstöden är hög bland utredningsteam-en. De faktorer som beskrivs som avgörande för att de ska kunna följa kunskapsstödens rekommendationer fullt ut, och för att kunna uppnå likvärdig vård i landet, är resurser och kunskaps-spridning. De resurser som teamen tilldelas räcker inte till följd av det ökade patientinflödet. Utökade resurser är också en förutsättning för att kunna erbjuda de behandlingar patienter efterfrågar, till exempel feminiserande ansiktskirurgi, eller stöd utanför själva utredningen. Utredningsteam-en står i dag själva för en stor del av spridningen av kunskapsstöden till andra delar av hälso- och sjukvården, vilket tar mycket tid, och stöd från Socialstyrelsen efterfrågas i den arbets-uppgiften.

Både professionen, via bland annat SFTH:s skrivelse (SFTH 2016), och Socialstyrelsen har konstaterat att det är viktigt att följa och analysera kunskapsutveckling och forskning på området vård vid könsdysfori, och att kunskapsstöden uppdateras. Socialstyrelsen har aviserat att man kommer att utreda hur innehållet i ICD-11, som förväntas publiceras internationellt i maj 2018, förhåller sig till kunskapsstöden (Socialstyrelsen 2017).

Det kvalitetsregister, könsdysforiregistret, som håller på att in-rättas kommer att ge mätbara indikatorer på vilka utrednings- och behandlingsmetoder som ger bäst resultat och nytta för patienterna och vilka metoder som inte bör användas längre. Sådana indikatorer är avgörande för framtida uppdatering av kunskapsstöden och för uppföljning av hur deras rekommendationer efterlevs. Socialstyrelsen planerar att börja arbeta med uppdatering och uppföljning, i den mån sådana visar sig behövas, under 2018. Man kommer också att

diskutera frågan om kunskapsspridning till övriga hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2017e).

15.6.3 Nytt initiativ för könsbekräftande vård

Alldeles mot slutet av utredningens arbete kom det till vår kännedom att föreningen Transhälsan startats. Målet med föreningens verksamhet är, enligt deras egen uppgift, att skapa en fast vårdklinik för transpersoner, med fast anställd personal främst bestående av transpersoner.

Transhälsan beskriver planen för verksamheten på följande sätt: ”Kliniken ska främst erbjuda könsbekräftande vård i form av hormonbehandling, stödsamtal för patienter och anhöriga och eftervård samt även annan vård som till exempel för könssjukdomar (STI) och gynekologisk cellprovtagning. Det ska även erbjudas remisser till andra instanser såsom kirurgi, psykiatri, logopedi och gynekologi.

I sitt arbete ska klinikens personal följa och hålla sig uppdaterade på nationella och internationella rekommendationer och aktuell forskning på området. Vårdgivare ska vara legitimerade för sitt yrke och alla besök journalföras.

Vårdgivare ska i sin yrkesutövning utgå ifrån patientens behov som patienten själv är expert på. Vårdgivarens roll är vägledande, informerande och i sista hand beslutande i samråd³¹.”

Liknande mottagningar finns också i andra länder. Ett exempel är GenderCare i London, en privat klinik som existerar parallellt med och vid behov samarbetar med den statligt finansierade könsbekräftande vården.

15.6.4 Förändring av könstillhörighetslagen

I Transgender Europes enkät fanns en fråga om bland annat vilka krav de svarande tyckte borde finnas vid byte av juridiskt kön. Fler av de aspekter som berördes i betänkandet *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering* (SOU 2014:91) finns med, bland annat frågan om åldergräns och krav på medicinska diagnoser för att få ändra juridiskt kön.

³¹ Mejl till utredningen, Komm 2017/01585

Bland de svarande syns ett starkt stöd för att såväl åldersgräns som krav på diagnos borde tas bort. Det finns även ett stöd för att införa ett tredje juridiskt kön, men det stödet varierar stort mellan de olika könsidentiteterna. De som identifierat sig som ickebinära stödjer förslaget om ett tredje alternativ i högre utsträckning än transmän och transkvinnor.

Tabell 15.22 Kan du berätta till vilken grad du håller med om följande påståenden?

Procentandelar av alla enkätsvarande som tillhör en viss kategori (K, M, I) per påstående och svarsalternativ.

	Håller verkligen med			Håller med			Varken håller med eller håller inte med			Håller inte med			Håller verkligen inte med			Jag vet inte		
	K	M	I	K	M	I	K	M	I	K	M	I	K	M	I	K	M	I
Sterilisering bör inte vara ett krav för att få ändra juridiskt kön	89	88	100	5	5	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Det skulle vara bra att ha ett tredje juridiskt kön i vårt land	48	66	81	18	12	8	15	8	4	5	1	2	7	2	1	3	3	1
Personer under 18 år bör kunna ändra juridiskt kön	71	67	74	17	15	13	1	5	2	2	4	1	1	2	0	3	2	3
Det bör vara möjligt att ändra juridiskt kön utan några medicinska (diagnos/hormoner/operationer) krav	61	59	80	18	15	12	9	11	1	4	6	0	2	2	1	2	1	3
Bara de med transdiagnos bör kunna ändra sitt juridiska kön	10	5	2	7	7	5	16	19	11	21	26	22	36	34	48	6	4	8
Alla personer bör ha rätt att välja sitt juridiska kön, oavsett ålder	45	48	60	31	20	20	9	11	10	3	11	2	5	2	0	4	3	4

Källa: TGEU 2017b

I SOU 2014:91 föreslogs bland annat att könstillhörighetslagen (1972:119) skulle upphävas och ersättas av två nya lagar, en lag om ändring av juridiskt kön och en lag om tillståndsprövning av ingrepp i könsorganen och avlägsnandet av könskörtlarna. Utredningen baserade förslagen på en iakttagelse om att den juridiska delen och den medicinska delen i processen att ändra juridiskt kön hade fortsatt att vara tätt sammankopplade, trots att tvångssteriliseringarna hade avskaffats.

Lagen om ändring av juridiskt kön skulle reglera förutsättningarna för en ändring av en persons juridiska kön i folkbokföringen, som innebär att en person tilldelas ett nytt personnummer, förslag utredningen, och betonade att utgångspunkten var att den som önskar ska ha möjlighet att ändra sitt juridiska kön. Det skulle alltså inte krävas någon diagnos eller liknande. Utredningens bedömning var också att unga som har fyllt 15 år själva skulle kunna ansöka om ändring av juridiskt kön.

Utredningen föreslog också att ett krav för att en ung person ska ges tillstånd till ingrepp i könsorganen eller avlägsnande av könskörtlarna är att personen har fyllt 15 år, att ingreppet bedöms vara förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet, att vårdnadshavaren samtycker och att den unga personen själv har tillräcklig mognad för att samtycka till ingreppet. Tillstånd skulle krävas från Socialstyrelsen.

Utredningen föreslog också, med anledning av förslaget om en sänkt åldersgräns för byte av juridiskt kön, och att detta från 15 års ålder skulle kunna göras utan vårdnadshavares samtycke, tillägg till socialtjänstlagen:

5 kap. Unga transpersoner

12 §

Socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållanden i kommunen för unga transpersoner och planera sina insatser för dem. I planeringen ska kommunen samverka med andra samhällsorgan och organisationer.

13 §

Socialnämnden ska sörja för att den unge kan erbjudas stöd i sin identitetsutveckling, särskilt i frågor som rör könsidentitet, könsuttryck eller juridiskt kön.

Socialnämnden ska sörja för att den unge och vårdnadshavaren kan erbjudas stöd i syfte att bearbeta konflikter som är relaterade till frågor om den unges könsidentitet, könsuttryck eller juridiskt kön.

11 kap.

1 b §

När socialnämnden får information från Skatteverket om att en person som har fyllt 15 år men inte 18 år har ansökt om ändring av juridiskt kön enligt 2 § lag om ändring av juridiskt kön och vårdnadshavarens inställning skiljer sig från den unges, eller inte framgår av den unges ansökan, ska socialnämnden genast kontakta den unge i syfte att göra en bedömning av om den unge är i behov av omedelbart skydd. En sådan bedömning ska dokumenteras.

Beslut att inleda eller inte inleda utredning ska, om det inte finns synnerliga skäl, fattas inom fjorton dagar från det att den unge kontaktades. Ett sådant beslut behöver dock inte fattas om det redan pågår en utredning om den unge.

Lagförslaget betonar alltså såväl vikten av erforderlig kunskap hos den enskilda socialtjänsten som socialtjänstens ansvar för unga transpersoner, och upplyser om att unga transpersoner kan behöva skydd från vårdnadshavare.

Till denna utredning har framförts från bland andra RFSL Ungdom att de starkt förordar att detta förslag blir verklighet.

Flera andra organisationer, bland andra RFSL och FPES, har också framfört till utredningen att de förordar att förslaget från SOU 2014:91 om att helt separera den medicinska behandlingen och den juridiska processen ska bli verklighet. Också sänkningen av åldersgränsen har stöd bland organisationerna, även om flera helst skulle se att åldersgränsen helt togs bort. En sänkning är dock att föredra framför att ingenting alls händer, menar de.

Bland remissinstanserna till utredningen var synpunkterna varierade.

Under denna utrednings arbete har arbete pågått på Regeringskansliet med att ytterligare komplettera förslagen från SOU 2014:91. Det är inte i nuläget, i slutet av oktober 2017, känt för utredningen vad dessa kompletteringar kommer att innehålla.

Situationen för svenska medborgare folkbokförda i andra länder

Utredningen har under vårt arbete uppmärksammat på en del problem vad gäller ändring av juridiskt kön. Förutom dem som rör Socialstyrelsens rättsliga råd i allmänhet, har vi också fått information om särskilda svårigheter för svenska medborgare som är folkbokförda i andra länder. Vi redogör här kortfattat för dessa iakttagelser.

Utredningen har via ett mejl uppmärksammat på att svenska medborgare som är bosatta i andra länder har stött på svårigheter med att ändra juridiskt kön sedan den senaste förändringen av köns-tillhörighetslagen (1972:119) 2013, då den tidigare skrivningen om att endast svenska medborgare kan ändra juridiskt kön ändrades till att endast personer folkbokförda i Sverige kan ändra juridiskt kön. En person som arbetar på RFSL har för utredningen uppgett följande:

Just nu har jag kontakt med flera personer som är svenska medborgare men som är bosatta i andra länder än Sverige. Personerna har genomgått könsbekräftande vård och behandling i dessa länder samt i vissa fall även ändrat sitt juridiska kön i detta land. Då uppstår problem med svenska myndigheter. Skatteverket vägrar ändra juridiskt kön i den svenska folkbokföringen utan menar att det måste gå via rättsliga rådet, alternativt godkänner inte ID-handlingar från landet personen bor i just nu. MEN: eftersom det finns ett krav på att vara folkbokförd i Sverige för att få nytt juridiskt kön måste personerna ha kvar sitt gamla kön i sina svenska pass. Detta leder till stora besvär för personer och medför ohälsa och stress. [---] Nuvarande praxis leder till att transpersoner hindras från att göra karriär eller leva sitt liv fullt ut. Det har en enorm påverkan på de enskilda personernas hälsa och livssituation. Personer ska inte behöva säga upp sig från ett jobb och bosätta sig i Sverige 6 månader för att kunna få rätt juridiskt kön även i sitt svenska pass. Det rör sig såklart om ett fåtal personer men icke desto mindre viktigt³².

Skatteverket har framfört till utredningen att de har en handbok för personalen, gällande folkbokföringsärenden. Där finns följande text:

En lagakraftvunnen utländsk dom eller beslut om att en person har ändrat kön gäller här i Sverige och kan registreras i folkbokföringen utan prövning av Socialstyrelsen. En förutsättning är att personen var medborgare i det andra landet eller bodde där när domen eller beslutet meddelades. Av detta följer att även en svensk medborgare, som under bosättning i utlandet ändrat kön genom en dom eller ett beslut, kan få avgörandet registrerat i folkbokföringen utan prövning av Socialstyrel-

³² Mejl till utredningen, Komm2017/01149

sen. Det kan exempelvis ha betydelse för utfärdande av svenskt pass med den nya könstillhörigheten. Ändringen kan ske även för den som är utvandrad.

3 a § lag (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall

I många länder saknas en rättslig reglering avseende könsbyte. I vissa av dessa länder kan ett s.k. de facto-erkännande av könsbyte ske genom att ett pass utfärdas i den nya könstillhörigheten eller ändring sker i ett utländskt folkbokföringsregister eller motsvarande. Ett sådant s.k. de facto-erkännande får räknas som ett utländskt beslut om könsbyte som kan registreras i folkbokföringen utan prövning av Socialstyrelsen om det klart framgår att myndigheterna i det andra landet har erkänt könsbytet, se prop. 2011/12:142, sid. 49. En ytterligare förutsättning är att personen i fråga var medborgare i det aktuella landet eller bosatt där vid tidpunkten för könsbytet. Ändringen kan ske även för den som är utvandrad.

Att könsbytet är godkänt i hemlandet eller i bosättningslandet kan exempelvis styrkas genom att visa upp ett hemlandspass eller ett civilregisterutdrag där det framgår.

Kontoret bör samråda med rättsavdelningen i dessa ärenden³³.

Utredningens intryck är att hanteringen varierar och att det inte alltid görs bedömningar på samma sätt vad gäller vilka id-handlingar eller bevis på den fastställda könstillhörigheten som Skatteverket godkänner. Att inte kunna ändra könstillhörighet leder till stora besvär för personer som inte kan ansöka om nytt pass med rätt kön, och medför ohälsa och stress. Det vittnar en berättelse som kommit in till utredningen från den RFSL-anställda om:

– Flyttade till USA år 2013 för att jobba där. Genomgick könsbekräftande vård och ändrade juridiskt kön i USA.

– År 2015: Ansökte om namnbyte i Sverige.

Namnbytet godkändes.

– Ansökte om byte av juridiskt kön till rättsliga rådet.

Fick avslag eftersom det är krav på att den ansökande är folkbokförd i Sverige.

³³ Mejl till utredningen, Komm 2017/01545

– Frågade svenska ambassaden i [storstad i USA] hur jag ska göra.

De undersökte saken och sa att jag kan skriva direkt till folkbokföringen, och bifoga dokument som visar att jag gjort motsvarande ändring här.

– Skickade det enda dokument jag har, ett läkarintyg, eftersom det är allt som behövs här.

Fick avslag, läkarintyget dög inte.

– Gick till domstol i [storstad i USA] för att få ett domstolsbeslut som intygar att jag bytt juridiskt kön, och skickade det.

Fick avslag igen, domstolsbeslut räcker inte.

De sa att jag måste visa upp ett ID, utfärdat av myndighet, som visar ändringen, eller ett utdrag ur någon slags myndighetsdatabas, typ folkbokföringsregistret.

– Det finns ingen motsvarighet till folkbokföringen här [i USA], men jag försökte ändå hos Social Security Administration, eftersom de godtog mina andra dokument och uppdaterade namnet på mitt social security card, och kön i deras databas (som tyvärr inte syns på kortet.)

Det var alltså inget de kunde hjälpa mig med.

– Gick till [myndighet i USA som utfärdar körkort] för att istället försöka skaffa ett nytt körkort, och skicka en kopia av det till Sverige.

De accepterade inte mina dokument ang. namnbytet.

– Gick till domstol igen, för att få ett beslut om namn som duger för [myndighet i USA som utfärdar körkort]

– Tog domstolsbeslutet till [myndighet i USA som utfärdar körkort], och ansökte om nytt körkort.

– 2 månader senare hade jag fortfarande inget körkort, [myndighet i USA som utfärdar körkort] kunde inte säga hur lång tid det kommer att ta.

– Mailade till personen på skatteverket som jag hade haft kontakt med, och frågade om mitt tillfälliga körkort duger som intyg.

Han skulle återkomma, men har inte gjort det.

– Mitt pass går ut nu, och jag vet inte hur jag ska bära mig åt för att få skatteverket att fixa detta så jag kan ansöka om nytt pass.

I mitten av september behöver jag resa till ett annat land och jag kommer behöva göra det med fel kön i passet. Jag har redan stött på stora problem när jag flugit med mitt nuvarande pass eftersom mitt kön där inte matchar det jag uppfattas som.

Någon månad senare fick utredningen kännedom om att just denna person nu fått ändra juridiskt kön. Händelsen tyder dock på ett behov av att klargöra vad som gäller. Utredningen har inte kännedom om någon situation där en svensk medborgare genomgått könsbekräftande behandling utomlands och är bosatt i ett land där förändring av den juridiska könstillhörigheten inte alls är möjlig, men det är sannolikt att det i en sådan situation skulle uppstå svårigheter vid önskemål om att kunna ändra det juridiska könet i Sverige, för att kunna få ut ett nytt pass som bättre passar personens könsidentitet och könsuttryck.

15.7 Internationella erfarenheter och goda exempel

15.7.1 Norge och Danmark

Både Norge och Danmark har skiljt mellan medicinsk könsbekräftande behandling och juridiskt bekräftande av rätt kön, på så sätt att det i båda länderna är möjligt att ansöka om nytt juridiskt kön utan föregående utredning och utan diagnos, läkarintyg eller krav på ingrepp (år 2014 i Danmark och 2016 i Norge).

I januari 2017 flyttades diagnoskoderna för könsdysfori i Danmark från kapitel F (det som i den svenska versionen av ICD-10 heter ”Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar” till Z-kapitlet (i ICD-10-SE ”Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården”) som ett led i en avpatologisering av transkönnede (transkönade) (LGBT Danmark 2016)³⁴.

I båda länderna är vård vid könsdysfori centraliserad, som i Sverige, men till en mottagning i vardera landet (Oslo universitetssykehus,

³⁴ Socialstyrelsen i Sverige har, efter samråd med svenska trans- och hbtq-organisationer, beslutat att inte flytta könsdysforidiagnoserna till Z-kapitlet, utan att fortsatt avvakta vidare revideringar av ICD-10 och den nya ICD-11. Detta beskrevs närmare i avsnittet om revideringen av ICD.

respektive Rikshospitalet). Både den norska och den danska statliga transvården har blivit mycket kritiserad av transpersoner för att vara otillgänglig, svårtillgänglig och kränkande. I Norge finns också vissa möjlighet att få könsbekräftande behandling, som hormonbehandling, i privat vård och i icke transspecifik vård.

Helsedirektoratet i Norge publicerade i april 2015 en utredning, *Rett til rett kjønn* (Helsedirektoratet 2015), om villkoren för att byta juridiskt kön och hur vården för personer med könsinkongruens och könsdysfori är organiserad. Utredningens uppdrag, och flera av dess rekommendationer, är motsvarande de som gällde för och framfördes av svenska Socialstyrelsens utredning 2010. Den norska utredningen rekommenderade bland annat att byte av juridiskt kön skulle frikopplas från krav på viss vård (vid tiden för utredningen krävdes fortfarande diagnos och sterilisering för att få beviljat byte av juridiskt kön; detta ändrades 1 juli 2016, utredningens anmärkning). Den föreslog många åtgärder för den könsbekräftande vården, bland annat att fler personer bör erbjudas könsbekräftande vård än vad som är fallet i dag (personer som får någon av diagnoserna transsexualism eller F64.2, könnsidentitetsförstyrrelse i barndommen), att Helsedirektoratet bör utarbeta nationella riktlinjer för vård vid könsdysfori och att vissa delar av sådan vård bör decentraliseras. Utredningen föreslog också att frågan om att införa ett tredje juridiskt kön ska utredas närmare.

Sedan utredningen publicerades har två processer inletts. Dels utreder en grupp bestående av vårdpersonal från regionen där Oslo universitetssykehus ingår och frivilligorganisationer, däribland FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, bland annat var det finns kompetensluckor och vem som ska ha ansvar för olika delar av vården, dels ska Helsedirektoratet ta fram nationella riktlinjer för könsbekräftande vård (FRI är även involverade i detta arbete). Den könsbekräftande vården har också förbättrats något i fråga om kompetens³⁵.

Från danska Sundheds- og Ældreministeriet kom i slutet av september 2017 nya riktlinjer, *Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold* (Sundheds- og Ældreministeriet 2017, hämtad 2017-10-24). Riktlinjerna betonar likabehandling och gott bemötande i alla delar av hälso- och sjukvården, vikten av att vården ger in-

³⁵ Mejl till utredningen, Komm 2017/01455

formation, att vårdtagaren själv är den bästa källan till information om den egna situationen och att vården och vårdtagaren tillsammans ska sätta upp mål för utredningen och behandlingen. Vårdtagarens informerade samtycke tas upp under en egen rubrik:

Ved sundhedsfaglig hjælp til afklaring og udvikling af kønsidentitet samt til afhjælpning af kønsligt ubehag med stophormoner eller kønsmodificerende behandling, gælder de generelle regler om information og samtykke. Det følger bl.a. heraf, at en behandling ikke må indledes eller fortsættes uden, at den pågældende har givet sit informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov. Samtykkekravet understreger den enkeltes selvbestemmelsesret, og et samtykke til behandling er således personens frivillige accept af at ville modtage en bestemt tilbudt behandling.

Samtykket skal være baseret på fyldestgørende information og kræver derfor, at den enkelte forud for sin stillingtagen har modtaget den nødvendige og tilstrækkelige information om behandlingsmuligheder, risici m.v., og er i stand til at overskue konsekvenserne af sit samtykke. En person kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke til behandling. Samtykket skal være givet til en konkret behandling, hvilket indebærer, at det skal være klart og utvetydigt, hvad samtykket omfatter, både ift. type af behandling, herunder behandlingsmetode og ift. formålet med behandlingen.

Informeret samtykke er et nødvendigt, men ikke tilstrækkeligt krav ved et sundhedsfagligt behandlingstilbud. Den læge, der er ansvarlig for behandlingen, har et selvstændigt fagligt ansvar for, at tilbuddet gives på baggrund af en konkret faglig vurdering af bl.a. den enkeltes behandlingsbehov (indikation), forventet gavn, mulige skadevirkninger og den aktuelle faglige viden og praksis på området. Lægen skal altid lade den enkeltes ønsker og præferencer indgå i sin vurdering, men den enkelte har ikke krav på specifikke behandlingstilbud, der ikke findes lægefagligt velbegrundede.

Personer som fyldt 15 år kan ge informerat samtykke selvstændigt gentemot vårdnadshavare.

Den danske vægledningen ger liknande rekommendationer som de svenska kunskapsstöden, bland annat vad gäller individualisering av vården, arbete i multidisciplinära team, behovet av att vårdgivare har uppdaterade kunskaper om könsidentitet och könsbekräftande behandling och att personer med dessa kunskaper är de som ska utreda och behandla. Den går längre än de svenska kunskapsstöden i det att den individuella anpassningen av vården kan innebära att till exempel psykiatrisk utredning kan uteslutas om det inte bedöms be-

hövas i det enskilda fallet. Några särskilt intressanta rekommendationer i vägledningen är att vården bör föra dialog med brukarrepresentanter och att vikten av att inte i onödan förlänga processen med utredning och behandling återkommande tas upp.

Omfanget af det samlede udredningsprogram og de enkelte dele heraf, skal i alle tilfælde tilpasses den enkeltes situation og præferencer, uden unødvendigt lange og fagligt ubegrundede forløbstider.

Vägledningen lägger också vikt vid uppföljning, som bland annat kan innefatta stödsamtal.

Det har inte varit möjligt att inom denna utrednings ramar undersöka i vilken mån riktlinjer och rekommendationer för respektive land efterlevs eller hur personer med könsdysfori i Norge och Danmark upplever tillgången till och utbudet av vård.

Till utredningen har också uppgivits av norska och finländska representanter för organisationer som arbetar för transpersoners rättigheter att båda dessa länder planerar att göra en översyn av systemen med personnummer som anger könstillhörighet. Utredningen saknar dock kännedom om när detta arbete kommer att inledas, eller mer precist vilket uppdraget kommer att vara.

15.7.2 Männsliga rättigheter, könsbekräftande vård och juridiskt erkännande

I det här avsnittet utgår vi huvudsakligen från Transgender Europes, TGEU:s, andra reviderade utgåva av best practise-katalogen *Human Rights and Gender Identity* (TGEU 2016). Den utgår från de rekommendationer som Europarådets tidigare kommissionär för mänskliga rättigheter, Thomas Hammarberg, gav i sin rapport om mänskliga rättigheter och könsidentitet 2009 (se vidare kapitlet i detta betänkande om mänskliga rättigheter) och beskriver hur man i länder i och utanför Europa arbetar med transpersoners rättigheter på ett flertal områden.

Områden som är av intresse för den här utredningen är könsbekräftande vård och utbildning för vårdgivare. Eftersom juridiskt fastställande i Sverige ännu är knuten till psykiatrisk utredning och diagnos har vi valt att ta med även området juridiskt erkännande i detta avsnitt.

Juridiskt erkännande

TGEU rekommenderar, i linje med Hammarberg, snabba och transparenta förfaranden för att ändra namn och kön på/i födelsebevis, id-kort, pass, examens- och utbildningsbevis och andra liknande dokument. Några länder som på olika sätt har följt detta är Malta, Danmark, Irland, Norge och England.

Malta har infört en snabb, transparent och tillgänglig process för byte av juridiskt kön. *The Maltese Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act (GIGESC)* från 2015 ger alla maltesiska medborgare rätt till "(a) the recognition of their gender identity; (b) the free development of their person according to their gender identity; (c) be treated according to their gender identity and, particularly, to be identified in that way in the documents providing their identity therein; and (d) bodily integrity and physical autonomy". Rättigheterna gäller både transpersoner och personer med intersexvariationer. Det finns ingen nedre åldersgräns, och lagen har senare ändrats så att den som fyllt 16 år kan ansöka om byte av juridiskt kön utan att behöva ha vårdnadshavares medgivande. Personer som erkänts som flyktingar och personer som sitter i fängelse har också rätt att byta juridiskt kön. Lagen förbjuder uttryckligen krav på medicinska "bevis" för att få fastställande och kriminaliserar påtvingade onödiga medicinska ingrepp och behandlingar som rör könskaraktäristika. Föräldrar till barn med intersexvariationer kan välja att uppskjuta tilldelandet av juridiskt kön i barnets födelsebevis. Vidare säger lagen uttryckligen att rättigheter och skyldigheter som gäller sådant som äktenskap, föräldraskap och arv inte ska påverkas av att en person byter juridiskt kön.

Danmark införde, som första land i Europa, år 2014 möjligheten att byta juridiskt kön på egen begäran, men med ett halvårs obligatorisk "betänketid" mellan ansökan och fastställande och endast för personer som fyllt 18 år vid tiden för ansökan.

Irland införde året därpå sin Gender Recognition Act som ger personer över 18 år, som är bosatta på Irland eller som finns med i det irländska födelseregistret, rätt att ändra juridiskt kön på egen begäran. Personer mellan 16 och 18 år kan få ändra juridiskt kön om de har läkarintyg om att de är mogna att fatta beslutet och har transitionerat eller är på väg att transitionera, samt ännu ett läkarintyg som styrker det första.

I mitten av 2016 införde Norge, delvis utifrån det som framkommit i den svenska SOU:n *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering* (SOU 2014:91), rätten för den som fyllt 16 år att byta juridiskt kön på egen begäran. Barn som fyllt 6 men inte 16 år kan byta juridiskt kön med vårdnadshavares medgivande. Personer som fyllt 16 år kan också självständigt byta juridiskt namn.

I inget av dessa länder, förutom för personer mellan 16 och 18 år på Irland, krävs någon form av utredning, diagnos, behandling eller läkarintyg för att få byta juridiskt kön.

Sedan best practice-katalogen publicerades har regeringen i Storbritannien gått ut med ett förslag till en ny Gender Recognition Bill. Enligt förslaget ska det vara möjligt att byta juridiskt kön på egen begäran, utan att som i dag behöva ha en könsdysforidiagnos och genomgå en två år lång real life-period. Ett tredje juridiskt kön kan också komma att införas.

Könsbekräftande vård och utbildning för vårdgivare

WPATH (The World Professional Association for Transgender Health) ger i sina Standards of Care följande övergripande rekommendationer för hur den könsbekräftande vården ska utformas. Många av dem kan också tillämpas i hälso- och sjukvården i sin helhet och gäller bemötandet och vården av såväl transpersoner som grupp som specifikt personer med könsdysfori:

The SOC are not intended to limit efforts to provide the best available care to all individuals. Health professionals throughout the world – even in areas with limited resources and training opportunities – can apply the many core principles that undergird the SOC. These principles include the following: Exhibit respect for patients with nonconforming gender identities (do not pathologize differences in gender identity or expression); provide care (or refer to knowledgeable colleagues) that affirms patients' gender identities and reduces the distress of gender dysphoria, when present; become knowledgeable about the health care needs of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, including the benefits and risks of treatment options for gender dysphoria; match the treatment approach to the specific needs of patients, particularly their goals for gender expression and need for relief from gender dysphoria; facilitate access to appropriate care; seek patients' informed consent before providing treatment; offer continuity of care; and be prepared to support and advocate for patients within their families and communities (schools, workplaces, and other settings)

(WPATH (The World Professional Association for Transgender Health), Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th Version).

TGEU och Hammarberg rekommenderar att könsbekräftande vård, exempelvis hormonbehandling, kirurgi och psykologiskt stöd, ska göras tillgängligt för transpersoner och tillgängligt under den allmänna sjukvårdsförsäkringen. Detta uppfyller Sverige i dag, men det finns flera exempel på länder som uppfyller rekommendationen och där könsbekräftande vård är mer tillgänglig än i Sverige.

Argentina skilde, som första land i världen, mellan medicinsk könsbekräftande vård och juridiskt erkännande av en persons kön år 2012. Könsbekräftande vård sker utifrån informerat samtycke (informed consent; enkelt uttryckt att vårdtagaren kan visa att hen förstått risker och möjligheter med en viss behandling) och täcks av den allmänna sjukvårdsförsäkringen.

Europarådets parlamentariska församling har också uppmanat EU-medlemsstaterna att undersöka alternativa sätt att bedriva könsbekräftande vård, däribland vård med informerat samtycke. Fler exempel på könsbekräftande behandling med informerat samtycke finns på kliniker i olika delstater i USA, där det är möjligt att få könsbekräftande hormonbehandling inom så kort tid som en månad. Vårdtagarens självbestämmande och att vårdtagaren, efter att ha fått utförlig information från vårdgivaren, är kapabel att ta informerade beslut står i fokus. Att det inte krävs en diagnos möjliggör en bättre och mer samarbetsbetonad relation mellan vårdgivaren och vårdtagaren.

I Storbritannien har National Health Service (NHS) på flera sätt synliggjort transpersoner och transpersoners vårdbehov. Bland annat har man gett ut en cirkulärskrivelse som beskriver allmänläkares ansvar att skriva ut de hormoner och ta de blodprover som rekommenderas av gender identity clinics (motsvarande könsutredningsteam).

Även NHS Scotland arbetar för att förbättra vården för transpersoner i samarbete med organisationer som Scottish Transgender Alliance. Att också involvera vårdtagare och deras närstående i arbetet för en mer tillgänglig vård är ett uttalat mål. Genom material som tas fram i samarbete vill NHS och Scottish Transgender Alliance stötta transpersoner i att söka vård, såväl transspecifik som icke transspecifik.

I Belgien inbegriper arbetet med att göra den könsbekräftande vården mer tillgänglig en ickeklinisk verksamhet, Transgender Infopunt, som tar hand om icke medicinska delar av den könsbekräftande vården och därmed gör det möjligt för den kliniska verksamheten att ägna sig åt de medicinska delarna. Hälsoministeriet tilldelade också den könsbekräftande vården betydligt mer medel 2016 för att möta den ökande efterfrågan.

Utbildningar och initiativ från icke-statliga organisationer och privatpersoner

Det finns flera exempel på att transspecifika organisationer, hbtq-organisationer och privatpersoner tillhandahåller information och stöd till vårddagare och/eller vårdgivare. Ett exempel på stöd till vårddagare är Mindline Trans+, en nationell hjälplinje som drivs av Bristol Mind och Mind in Taunton and West Somerset i England. Telefonlinjen, som erbjuder stöd till transpersoner och närstående, bemannas av volontärer som själva är transpersoner. Vid behov hänvisas stödsökande till vården eller till andra organisationer som erbjuder stöd.

Några exempel på information till vårdgivare är The Gender Identity Research and Education Society (GIRES) i England som skapat en webbkurs för allmänläkare, Labrys i Kirgizistan och T-action i Ryssland som på olika sätt utbildar vårdgivare och Transfuzia i Slovakien som tagit fram skriftligt material till vårdgivare.

Utredningen vill påpeka det problematiska i att icke-statliga organisationer behöver utbilda vårdgivare för att förbättra förutsättningarna för att organisationernas målgrupper ska få god vård och bra bemötande, men vill rikta uppmärksamheten på att det finns mycket kunskaper i civilsamhället som den könsbekräftande vården och hälso- och sjukvården i allmänhet kan tillgodogöra sig. Ovan nämndes exempel från Skottland. Spanska Fundación Daniela har också skapat ett nätverk med medicinska samarbetspartners. Det är utredningens mening att samarbetsytorna mellan hälso- och sjukvården och icke-statliga organisationer i Sverige bör undersökas vidare som ett led i att öka transpersoners förtroende för vården och ytterligare sänka tröskeln för att söka könsbekräftande vård.

15.7.3 Goda exempel från Sverige

Under arbetet har utredningen också stött på positiva svenska exempel på hur könsbekräftande vård kan göras mer tillgänglig. Detta ska inte uppfattas som en fullständig lista, utan är endast några exempel, som kommit till utredningens kännedom.

Landstinget i Värmland (2017) och Västra Götalandsregionen (2017a) har, som vi tidigare nämnde, tagit fram riktlinjer som gäller i respektive landsting/region.

I riktlinjen för landstinget i Värmland finns information om – förutom kön, könsdysfori, särskilt utsatta grupper och ohälsa och utsatthet hos personer med könsdysfori och transpersoner – hur man remitterar till utredningsteam och vilka insatser som kan vara aktuella från hemlandstinget före, under och efter en könsutredning. Vikten av att hälso- och sjukvårdspersonal bemöter personer med könsdysfori på ett respektfullt sätt betonas, och det tydliggörs att ökad kunskap om könsdysfori kan såväl minska lidandet för personer med könsdysfori och möjliggöra rätt vårdinsatser som minska kostnader.

Västra Götalandsregionens medicinska riktlinje beskriver vad könsdysfori är och hur könsutredning och könsbekräftande behandling går till. Båda riktlinjerna tar också upp vikten av att personer som genomgått könsbekräftande behandling och/eller bytt juridiskt kön har tillgång till sådant som screening för vissa cancerformer. Västra Götalandsregionen har utarbetat patientinformation om cellprovskontroller för personer som bytt juridiskt kön, vilket vi också nämnde i avsnittet om sexuell och reproduktiv hälsa.

Enligt uppgifter från Kunskapscentrum för jämlik vård kommer Västra Götalandsregionen med början i december 2017 också att arrangera workshoppar där transpersoner med olika könsidentiteter bjuds in att delta i arbetet med att göra primärvården mer tillgänglig för personer oavsett könsidentitet och könsuttryck.

Vi vill här också lyfta fram några exempel som vi tycker är särskilt positiva från hur olika könsutredningsteam arbetar. Samarbete mellan den könsbekräftande vården och icke-statliga organisationer (transorganisationer eller hbtq-organisationer) kan, som vi också nämner i avsnittet innan detta vara fördelaktigt inte bara för samarbetsparterna, utan framförallt för patienter och vårdsökande. På Anova i Stockholm sker i dag en del samarbete med organisationerna RFSL, RFSL Ungdom, FPES och Transammans. I det här samman-

hanget vill vi också nämna Anovas uppföljningsenkät till patienter som gör det möjligt för teamet att utvärdera olika delar och aspekter av vården.

Gällande samarbetet med Anova har en representant för RFSL framfört följande till utredningen:

/Organisationerna kan fungera/som en första instans. Dels kan vi hänvisa vidare, dels kan vi upplysa personer om rättigheter. Oftast finns ett högre förtroende för oss och vi kan då även spela en stor roll i att sprida information eller uppmana personer att delta i enkäter.

Kunskapen om transfrågor är generellt sett låg och då är spetskompetensen inom transorganisationer viktig. Personer vänder sig till oss för att tillgång till korrekt information. Vi ser att tillgången till information är en hälsofrämjande faktor.

/V/i ser också att det finns stora vinster för vård eller myndigheter när det kommer till samverkan med transorganisationer. Oftast får vi som arbetar inom dessa organisationer snabbt koll på nya frågeställningar, problem som uppstår eller liknande. Myndigheter och t.ex. den könsbekräftande vården kan bli ännu bättre på att involvera civilsamhället. Ett bra exempel är Anova som har referensgrupper där olika transorganisationer sitter med. I en sådan referensgrupp får civilsamhället föra fram synpunkter eller rykten som sprids samt även ta del av aktuell information om arbetssätt. Men de flesta teamen jobbar tyvärr inte så nära civilsamhället som Anova gör. Jag upplever att alla vinner på mer samverkan.

Anova anordnar också en årlig informationsdag dit alla som är intresserade av den könsbekräftande vården kan komma och lyssna på föreläsningar och ställa frågor. Representanter för olika organisationer är också på plats och berättar om sin verksamhet.

Utredningsteamet i Lund arbetar för att tillgängliggöra hormonbehandling och fertilitetsbevarande åtgärder i ett tidigt skede relativt längden på själva utredningen. Vi skriver mer om detta ibland annat avsnitten om teamens och SFTH:s beskrivningar av utmaningar, 15.4.1.

Att ta emot egen vårdbegäran/egenremiss är en insats som kan sänka tröskeln för personer i behov av vård. Vi menar att Lundströmmottagningens rutiner att ta emot egenremiss via 1177 Vårdguidens e-tjänster och att möjliggöra egenremiss för personer under 18 år är ett bra exempel på åtgärder som kan underlätta för vårdsökande, även om det även här finns vissa begränsningar (det krävs ett svenskt per-

sonnummer för att använda e-tjänsterna, respektive att personer under 18 år i praktiken behöver ha vårdnadshavares godkännande). Att det går att få skriftlig kontakt med vårdgivare på ett sätt som är patientsäkert (vilket 1177 Vårdguidens e-tjänster är, till skillnad från mejl) är också viktigt för många, inte minst för personer som av anledningarna som social fobi eller dysfori i fråga om rösten undviker att tala i telefon. Även andra slags digitala lösningar kan bidra till att tillgängliggöra vården. Så här resonerar till exempel Anova, i vår enkät, om möjligheter att möta det ökade antalet patienter:

Förenklade system för uppföljning av behandling med internetbaserad kommunikation med säkra uppkopplingar. System som medger att bildöverföring ("SKYPE") skulle underlätta och effektivisera vården och inte minst reducera behovet av resor och minska tidsåtgången.

Enligt vad utredningen har erfarit är det inget utredningsteam som arbetar med uppföljning via webbkamera i dag.

15.8 Levnadsvillkor för personer med intersexvariation

Av utredningens direktiv framgår att vi, där det är lämpligt, ska undersöka levnadsvillkoren för personer med intersexvariationer, med beaktande av Socialstyrelsens uppdrag att kartlägga vård och behandling av personer med intersexvariationer. I detta avsnitt kommer vi därför att göra en redogörelse för situationen för personer med intersexvariationer inte bara inom sjukvården, utan också till exempel gällande olika organisationers ställningstagande i intersexpolitiska frågor. Det har inte inom ramen för utredningens uppdrag varit möjligt att kontakta alla relevanta organisationer, men utredningen har haft ett flertal kontakter och också tagit del av uppfattningar på andra sätt.

Avsnittet är placerat i kapitlet som rör den könsbekräftade vården för att många, men inte alla, förslag till åtgärder som rör personer med intersexvariationer har varit inriktad på vårdens utformning och hur denna borde förändras. I utredningens direktiv klargörs också att vår undersökning av levnadsvillkoren för personer med intersexvariation ska utgå från Socialstyrelsens kartläggning av vården och behandlingen för gruppen. Under de senaste åren har dock mycket hänt på området, inte minst ur ett mänskliga rättigheter-perspektiv, som gör det motiverat att utöka det berörda området något.

Vi konstaterar att gruppen personer med intersexvariationer och gruppen transpersoner har delvis överlappande medicinska, juridiska och sociala behov, men att det också finns stora skillnader. Vi försöker redogöra kort för detta i det följande avsnittet.

15.8.1 Generella iakttagelser

Situationen för personer med intersexvariationer är i ännu högre grad än transpersoners situation ett område där mycket är okänt. Få studier har gjorts gällande gruppens levnadsvillkor och att göra studier kompliceras av att många inom gruppen, förmodligen till och med de flesta, med stor sannolikhet inte ser sig som en del av denna. Detta innebär bland annat att det inte är lika lätt att nå berörda genom till exempel organisationer och de som nås genom kontakt med vården är ju de som är i kontakt med den.

Bland personer med intersexvariationer och de organisationer som representerar gruppen råder också oenighet om hur för delar av gruppen relevanta frågor borde lösas. Detta gäller frågan om kirurgiska ingrepp på spädbarn och små barn, men också gällande till exempel terminologi. Vi kommer att redogöra för några av dessa skilda uppfattningar nedan, liksom för nyligen genomförda kartläggningar och en del aktuell forskning.

Disorders of Sex Development (DSD) är en samlingsterm för de medicinska tillstånd vi här benämner intersexvariationer. En alternativ utläsning av förkortningen DSD, som ibland används i syfte att göra termen mindre stigmatiserande för personer med intersexvariationer, är "Differences of Sex Development". Ofta används också begreppet "intersexperson". Vi har här valt att huvudsakligen använda begreppet "personer med intersexvariationer" för att inte definiera personer utifrån deras medicinska tillstånd, eller sätta en etikett på personer som inte är bekväma med detta. Undantag från detta görs då det handlar om intresseorganisationer som har en tydlig ståndpunkt i fråga om benämningar.

15.8.2 Socialstyrelsens kartläggning

Socialstyrelsen har under 2016 på uppdrag av regeringen kartlagt vård och behandling av personer med intersexvariationer, vilka benämns personer med intersexuella tillstånd av Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2017a). Syftet var framför allt att belysa omhändertagandet av nyfödda, utreda om det fanns regionala skillnader och beakta människorättsperspektivet. Det är huvudsakligen det tidiga omhändertagandet vid Sveriges fyra multidisciplinära ”DSD-team” som beskrivs i kartläggningen. Socialstyrelsen har fokuserat på situationen för de personer som föds med ett tillstånd som gör innebär att könet inte omedelbart kan avgöras. Dessa är cirka 20 per år, uppger Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har alltså inte närmare berört vården för övriga personer med intersexvariation, vars tillstånd kan upptäckas senare än vid födseln, eller i vissa fall inte alls, vilket skapar andra sorters problem. Utredningen noterar att de 20 personer per år som Socialstyrelsen hänvisar till, alltså inte utgör hela gruppen. Hur stor gruppen är beror på vilka tillstånd eller intersexvariationer som räknas in.

Socialstyrelsen konstaterar att det i dag råder en samsyn kring att barn som genomgått kirurgiska ingrepp i könsorganen ska informeras om detta under uppväxten, men att samhället i dagsläget inte kan garantera detta.

Vidare konstaterar Socialstyrelsen att besluten kring vilka kirurgiska ingrepp som genomförs varierar stort, både mellan olika intersexvariationer, olika team och olika läkare. Detta menar Socialstyrelsen beror på att psykosociala faktorer, till exempel föräldrarnas förmoda att ge stöd till sitt barn, beaktas när beslut om ingrepp fattas.

Socialstyrelsen menar också att de vetenskapliga underlagen beskrivs som otillräckliga för att kunna ge en säker vägledning vad gäller till exempel kirurgiska ingrepp på spädbarn och små barn i internationella konsensudokument (se vidare nedan). Ställningstaganden beskrivs som svåra av teamen i vissa fall, och fattas gemensamt av teamen och föräldrarna.

I kartläggningen konstateras också att en diskussion i en svensk kontext om huruvida ett förbud mot ingrepp bör införas i lag måste inkludera de skilda synpunkter som olika intresseorganisationer har.

Socialstyrelsen betonar behovet av att se över hur den berörda personens rätt till information ska kunna värnas, liksom behovet av

att ytterligare undersöka hur en mer enhetligt restriktiv praxis gällande genital kirurgi kan uppnås på nationell nivå.

Socialstyrelsen påtalar också att det finns ett behov av ett samlat omhändertagande också i vuxen ålder, inklusive psykosocialt stöd. Det finns också behov av kunskapshöjning hos relevanta yrkesgrupper, av lämpliga informationsmaterial till föräldrar och ungdomar, och av förbättrade möjligheter till uppföljning av resultat av vårdinsatser.

I Socialstyrelsens rapport finns en detaljerad genomgång av olika medicinska tillstånd, och vi upprepar därför inte denna här.

Socialstyrelsen refererar de två år 2006 utgivna behandlingsriktlinjerna, "Chicagopublikationerna" och "ISNA-handboken"³⁶. Båda dokumenten förordar ett patientfokuserat perspektiv, skriver Socialstyrelsen, men det är tydligare i ISNA-handboken. Rekommendationerna i dokumenten är konsensusbaserade, eftersom det vetenskapliga underlaget konstaterades vara otillräckligt. Dokumenten innehåller bland annat rekommendationer om kirurgiska ingrepp. Båda publikationerna rekommenderar att föräldrar ges fullständig information om tillgänglig kunskap vad gäller risker och fördelar. ISNA-handboken förordar ett mer restriktivt förhållningssätt, och rekommenderar att all kirurgisk behandling utom den som behövs för att undanröja ett allvarligt hot mot barnets fysiska hälsa ska senareläggas. Stöd till föräldrarna betonas också som viktigt i ISNA-handboken. Båda dokumenten betonar också vikten av fortlöpande, åldersanpassad information till den berörda personen.

2016 publicerades ett nytt konsensusdokument med kommentarer på Chicagopublikationen utifrån ny uppdaterad forskning. Där betonas fortfarande att det finns otillräcklig kunskap om vårdens effekter, och att kirurgiska ingrepp i könsorgan på spädbarn också fortsättningsvis innebär ett risktagande. (Socialstyrelsen betecknar detta dokument som en uppdaterad version av Chicagopublikationen.)

Socialstyrelsen har identifierat att det finns tre nationella vårdprogram på området, ett generellt för "DSD/intersex", utgivet av Barnläkarföreningen 2007, ett för CAH³⁷ utgivet 2016, och ett för

³⁶ ISNA = Intersex Society of North America, en intresseorganisation som upphörde 2008, samma år som Accord Alliance bildades. På deras hemsida finns denna publikation.

³⁷ Congenital adrenal hyperplasia, medfödd ezymbrist som bland annat leder till förhöjda testosteronhalter.

hypospadi³⁸, som uppdateras årligen. Det finns fyra DSD-team, inom Skånes universitetssjukhus, på Sahlgrenska universitetssjukhuset, på Karolinska universitetssjukhuset och på Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Socialstyrelsen redogör också för några av de rapporter och resolutioner på området som gjorts av människorättsorgan, vilket vi i detta betänkande också gjorde i kapitel 3 om mänskliga rättigheter som en utgångspunkt, liksom för vad andra länder gjort på bland annat lagstiftningsområdet, se nedan i detta avsnitt.

Huvuddelen av Socialstyrelsens rapport återger teamens arbetsätt och patienternas upplevelser av vården. De slutsatser som Socialstyrelsen dragit som vi nämner ovan utgår från dessa iakttagelser.

15.8.3 Kritik från ett juridiskt mänskliga rättigheter-perspektiv

I Socialstyrelsens rapport återges ståndpunkter från juristen Jameson Garlands avhandling (Garland 2016). Utredningen har också varit i kontakt med Garland och återger här det huvudsakliga innehållet i hans uppfattning gällande vården av personer med intersexvariation, som det också framgår i några av Garlands publikationer, så som en rapport till Europarådets kommitté om bioetik (Zillén, Garland och Slokenberga 2017), vilken också antogs av kommittén för jämlikhet och diskriminering (De Bruyn 2017), som stöd till resolution 2191 om mänskliga rättigheter för personer med intersexvariation, som antogs av Europarådets parlamentariska församling under oktober 2017.

Garland har till utredningen framfört att det är viktigt att betona mångfalden i gruppen personer med intersexvariation och de olika behov som finns. Vissa behöver kirurgi eller hormonbehandling som spädbarn, andra senare under barndomen, och andra kanske uppsöker könsbekräftande behandling senare under livet. Garland betonar att ingrepp på barn och unga, för att styra könsutvecklingen numera möter hård kritik eftersom det saknas bevis för nödvändighet, säkerhet och effektivitet.

Garland menar att det största problemet är att behandlingarna är utformade för att tilldela barnet ett kön, inte för att ge en nödvän-

³⁸ Förkortat urinrör, vilket gör att det mynnar ut till exempel på undersidan av penis.

dig behandling. Garland menar att det också finns en föreställning om heterosexuallitet inbyggd i behandlingarna, vilket leder till att hänsyn inte tas till den framtida vuxnes könsidentitet och sexuella läggning (Zillén, Garland och Slokenberga 2017).

I den nuvarande svenska lagen överlappar regleringen av vissa medicinska ingrepp för personer med intersexvariation regleringen av ingrepp på transpersoner. Könstillhörighetslagen (1972:11) gör det möjligt för föräldrar att ansöka om tillstånd för att ta bort barnets könskörtlar och rekonstruera könsorganet i samband med förändring av registrerat juridiskt kön. När barnet blir vuxet finns möjligheten att ändra igen, under samma förutsättningar som andra kan ändra juridiskt kön.

Garland framhåller att förarbetena till könstillhörighetslagen klargör att ingreppen inte täcks av lagen om de görs utan att det juridiska könet ska ändras (Garland 2016), vilket alltså innebär att de ingrepp som görs innan barnets juridiska kön registreras inte täcks av könstillhörighetslagen (och dess begränsningar), utan borde falla in under patientsäkerhetslagen (2010:659) och dess krav på vetenskap och beprövad erfarenhet. Garland pekar på att vissa av de ingrepp som i dag utförs på barn med intersexvariation, som till exempel bortopererande av klitorisvävnad, är brott som inte har några lagliga undantag för åtgärder som inte är medicinskt nödvändiga och utan samtycke (jämför till exempel Lag (1982:316) om förbud mot könstymning av kvinnor).

Garland uppmärksammar också att det finns problem med konceptet med ”samtycke” när det är föräldrarna som samtycker åt sina barn. Garland menar i sin avhandling att det kan ifrågasättas om föräldrarna verkligen har förutsättningarna för att fatta välgrundade, informerade, beslut, eller om de helt enkelt tror att de erbjudna behandlingarna är grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet, trots att detta kan ifrågasättas.

Garland kritiserar också Chicagopublikationerna, som Socialstyrelsen nämner i sin rapport. Chicagopublikationerna är inte riktlinjer, menar Garland, och det gjordes ingen systematisk genomgång av den tillgängliga kunskapen på området. Garland menar att ISNA-handboken, som Socialstyrelsen också nämner i rapporten, är ett mer omfattande dokument, med faktiska riktlinjer grundade i varje patients självbestämmanderätt, liksom i försiktighet om medicinska

behandlingar som inte är grundade i vetenskap och beprövad erfarenhet.

15.8.4 Mer om andra dokument med ställningstaganden om vård för personer med intersexvariation

Garland hänvisar till två andra publikationer från 2012, vilka båda handlar om kvaliteten på bevis som stödjer kirurgiska ingrepp och hormonbehandlingar på spädbarn och små barn. Den ena publicerades av Ancey Working Party, med deltagare som också hade varit med att ta fram Chicagopublikationerna. Dessa drog bland annat slutsatserna att den tillgängliga forskningen var för bristande för att basera rekommendationer på; inga studier om livskvalitet hade gjorts och behovet av dessa var mycket stort; den sexuella livskvaliteten för patienterna var negativt påverkad (Creighton et al 2012).

Den andra publikationen publicerades av American Psychiatric Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder, och kom fram till att tilldelning av kön till barn med "DSD" är komplext och fullt av osäkerhet, att kirurgiska protokoll på området är partiska vad gäller kön och sexuell läggning och att riktlinjerna som baserats på Chicagopublikationerna var "obekvämt ospecifika" (Byne et al 2012).

Efter detta togs ett nytt dokument fram av Global DSD Update Consortium, vilket också Socialstyrelsen nämner i sin rapport. Detta betonade bland annat att det inte är möjligt att förutsäga könsidentitetsutvecklingen hos en individ med säkerhet, och att ingrepp fortsätter att utgöra en risk. Det finns ingen vetenskaplig konsensus vad gäller "indikationer, tidpunkt, metoder och utvärdering av resultat vid kirurgi vid DSD" (P A Lee et al 2016). Garland menar att alla tre publikationerna bekräftar att de nuvarande kliniska riktlinjerna inte är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet

15.8.5 Resultat från dsd-LIFE

Sedan 2012 har dsd-LIFE, ett EU-finansierat internationellt forskningsprojekt, studerat livskvalitet, långtidseffekter av hormonbehandling, erfarenheter av kirurgi och annan behandling, samt psykologiskt stöd för personer med intersexvariationer (dsd-LIFE, häm-

tad 2017-10-30). 14 europeiska forskningscentra, eller team för vård av personer med intersexvariation, i Frankrike, Tyskland, Nederländerna, Polen, Sverige och Storbritannien har varit en del av projektet. Forskarna använder både ”intersex”, ”differences of sex development” och ”disorders of sex development” för att beskriva vilka grupper som ingår i målgruppen för studien. Genomgående används framför allt förkortningen DSD. Forskarna har också samarbetat med patientorganisationer och syftet har varit att bidra till en bättre livskvalitet och en stärkt ställning för personer med intersexvariation, förbättra vården, stödja vårdpersonal i att fatta bra beslut, ta fram riktlinjer för vården och skapa bra informationsmaterial om ämnet.

Personer i flera länder, däribland Sverige, har bjudits in att delta i studien. De som deltagit har erbjudits att genomgå en undersökning och ta blodprover för att utvärdera långsiktiga effekter av behandlingen. Uppgifter från personernas sjukdomshistoria har samlats in och deltagarna har svarat på frågor om bland annat välbefinnande, upplevelser av att leva med intersexvariationen, erfarenheter av vård och behandling. Forskarna frågade också om synpunkter på den medicinska terminologin. Deltagarna gavs möjligheten att avstå från de kliniska undersökningarna och endast svara på frågor.

Personer med följande tillstånd erbjöds, enligt studiens hemsida, att vara med i studien: Turners syndrom; Klinefelters syndrom; Kongenital adrenal hyperplasi (CAH); Nedsatt testosteronsyntes (flera olika typer); Nedsatt androgenkänslighet (komplett, CAIS; och partiell, PAIS); Dysgenesi av testiklar eller äggstockar; Mixad gonad-dysgenesi; Karyotype 46, XY/46, XX; 46, XX eller 46, XY, Ovo-testikulär DSD; Hypospadi.

Utredningen fick i juli 2017 tillgång till opublicerade data från studien, från teamet på Karolinska och ansvariga forskaren Anna Nordenström på Karolinska Institutet. Här redogör vi för några av de resultat som är av värde för vår utredning.

Vilka svarade?

122 personer från Sverige har svarat på studiens frågor. Medianåldern hos de svarande var drygt 38 år, 59 svarade att de levde med en partner och 44 att de var singel. 4 uppgav att de hade ”biologiska

barn”, 7 att de adopterat barn och 32 att de fått barn med hjälp av assisterad befruktning. Det framgår inte av svaren om ingen i den senare gruppen har ”biologiska” barn. Andelen personer med barn är alltså lägre än i befolkningen i sin helhet.

79 av de svarande uppgav att de hade jobb, medan 10 var arbetslösa och 8 uppgav att de inte jobbade på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. 47 uppgav att de deltog i sociala aktiviteter mer sällan eller mycket mer sällan än de flesta människor, medan 56 menade att de gjorde detta i ungefär lika hög utsträckning som andra.

Hur mådde deltagarna?

På en direkt fråga om hur deltagarna uppfattade sin livskvalitet uppgav 8 att den var dålig eller mycket dålig, 27 att den var varken bra eller dålig, och 84 att den var bra eller mycket bra. Deltagarnas tillfredsställelse med den egna hälsan var något sämre: 21 uppgav att de var missnöjda eller mycket missnöjda, 33 att de var varken nöjda eller missnöjda, och 65 att de var nöjda eller mycket nöjda. Ännu lite sämre var det med förmågan att acceptera sin kropps utseende. 29 svarade att de endast lite eller inte alls accepterade detta, 35 att de kunde göra detta någorlunda och 55 att de helt och hållet eller mestadels accepterade utseendet.

På frågan om deltagarna var nöjda med sina personliga relationer svarade 19 att de var missnöjda eller mycket missnöjda, 30 varken eller, och 70 att de var nöjda eller mycket nöjda. 44 personer uppgav att de var missnöjda eller mycket missnöjda med sitt sexliv och 40 att var nöjda eller mycket nöjda. 35 uppgav varken eller som sitt svar.

Vad tyckte deltagarna om vården de fått och hur vården borde bedrivas?

De flesta frågorna handlar om upplevelser av vården, såväl tidigare i livet, som i nutid, och om information som deltagarna fått om sitt tillstånd. 43 personer uppger att de informerats om sitt tillstånd i barndomen, 36 i ungdomen och 38 i vuxen ålder. En majoritet håller helt eller delvis med om att informationen de fick vid tillfället var full-

ständig och tillfredsställande 75 personer) och förklarades på ett begripligt sätt (69 personer).

På frågan om deltagarna var nöjda, på ett övergripande plan, med vården de fick som barn och unga, svarar 59 personer att de är nöjda eller mycket nöjda. 11 är mycket missnöjda eller missnöjda, 20 varken eller. För 29 personer är frågan inte relevant. 62 personer uppger att de håller med, helt eller delvis, om att informationen de fick som barn och ungdomar om vården var bra. 14 håller inte med, helt eller delvis. 6 tycker varken eller, och för 31 är frågan inte relevant. Färre personer håller med, helt eller delvis, om att de fick tillräcklig information om olika alternativ (44), eller att de fick tillräcklig information om risker (38).

Endast en liten grupp, 13 personer, håller helt eller delvis med om att de ibland pressades att gå med på ingrepp av sina läkare. 57 håller helt eller delvis inte med om påståendet. För 33 personer är frågan inte tillämplig, och 10 har svarat varken eller. På samma fråga, fast gällande press från föräldrar, svarar 12 att de helt eller delvis håller med, och 58 att de inte håller med, helt eller delvis. För 33 är frågan inte relevant och 11 har svarat varken eller.

De flesta, 56 personer, var mycket nöjda eller nöjda med stödet de fick av läkare under barndomen och ungdomen. 14 var missnöjda eller mycket missnöjda, 13 varken eller, och för 36 personer var frågan inte tillämplig. En betydligt större grupp var nöjda eller mycket nöjda med stödet de fått som vuxna (85), och endast 7 är missnöjda eller mycket missnöjda, medan 16 har svarat varken eller. För 10 personer var frågan inte tillämplig.

90 personer har diskuterat sin fertilitet med läkare, och medianåldern för den diskussionen var drygt 19 år. 58 personer var nöjda eller mycket nöjda med diskussionen, medan 16 var missnöjda eller mycket missnöjda. 30 har svarat varken eller.

Stor konsensus råder i frågan om personer med något av de aktuella tillstånden alltid borde få tillgång till psykologiskt stöd, utöver den medicinska vården. 104 håller med, helt eller delvis, och ingen svarar att de inte håller med. Nästan lika många, 96, håller med, helt eller delvis om att föräldrar till barn med något av tillstånden borde få tillgång till psykologiskt stöd.

På frågan ”min rätt att besluta om medicinsk behandling respekteras tillräckligt i dag” svarar 92 att de helt eller delvis håller med,

endast 2 att de delvis inte håller med och ingen att de inte håller med alls. 12 svarar varken eller.

49 personer håller helt eller delvis med om påståendet att de haft möjlighet att få se sina medicinska journaler, 27 håller inte med om detta, helt eller delvis, 11 svarar varken eller. 22 personer svarar att de inte vet.

Deltagarna har också svarat på frågor om vad de anser om vem som bör fatta beslut om kirurgiska ingrepp. Forskarna har noterat att dessa svar bör tolkas med försiktighet, eftersom de sannolikt är ”beroende av diagnos och situation”. 60 personer, av 110 som svarade på frågan, håller helt eller delvis med om påståendet att endast den berörda personen själv borde fatta beslut om att kirurgiskt förändra utseendet på genitalier så att de blir mer tydligt ”kvinnliga” eller ”manliga”. 7 håller helt eller delvis inte med, 31 vill inte svara eller vet inte.

49 personer, av 110 som svarade på frågan, håller helt eller delvis med om att alla beslut om sådana kirurgiska ingrepp borde skjutas upp till dess att den berörda personen anses kunna vara juridiskt ansvarig för sina beslut. 17 håller helt eller delvis inte med, 32 vill inte svara eller vet inte.

45 personer, av 110 som svarade på frågan, håller helt eller delvis med om att föräldrarna borde bestämma om deras barn ska genomgå ett sådant kirurgiskt ingrepp. 20 håller helt eller delvis inte med, 35 vill inte svara eller vet inte.

Vi konstaterar att det, i linje med vad forskarna själva framhåller, är svårt att tolka dessa resultat. Bland annat framstår det som motstridigt att närmare hälften av de som svarade tyckte att alla beslut om ingrepp skulle skjutas upp till dess att den berörda personen själv kunde anses vara juridiskt ansvarig för sina beslut – samtidigt som nästan lika många tyckte att det gick bra att överlåta besluten till föräldrarna.

Vad säger resultaten?

Utredningen konstaterar att en majoritet som svarat i dsd-LIFE-undersökningen är nöjda eller ganska nöjda med de flesta av sina erfarenheter. Därför blir svaren på de sista frågorna, som forskarna anser ska tolkas med försiktighet, något överraskande. Där verkar

många mena att vården egentligen inte ska bedrivas på det sätt som de själva har erfarenhet av, åtminstone inte när det gäller kirurgi. Många av de svarande menar att sådana ingrepp borde väntas med, vilket med stor sannolikhet inte har varit fallet för dem själva. Enligt Socialstyrelsens kartläggning över vården för personer med intersexvariation har det gradvis införts en mer restriktiv hållning till kirurgi, än vad som var fallet då de som nu är vuxna föddes. Det ska dock påpekas att det inte varit möjligt för utredningen att få tillgång till information om eventuell skillnad i uppfattning gällande tidig kirurgi mellan personer med olika intersexvariationer.

Utredningen kan också konstatera att antalet svarande är få, i relation till hur många personer som skulle kunna anses vara inkluderade med anledning av det stora antalet diagnoser som inkluderades i studien.

Vid ett samtal utredningen hade med Anna Nordenström under våren 2017 konstaterade hon att resultaten generellt också måste tolkas med viss försiktighet, eftersom det är sannolikt att många har god "coping strategi", vilket betyder att man kan anpassa sig eller komma till ro med sin situation, det vill säga vara nöjd. Det är svårt att leva sitt liv med ett ständigt närvarande missnöje med kroppsdelars utseende, när detta utseende inte går att ändra. Anna Nordenström menade också att det oftast bland de personer hon kommer i kontakt med finns ett stort uttalat missnöje med ingrepp som skapat en sterilitet, det vill säga att äggstockar eller testiklar opererats bort.

Anna Nordenström uppgav att problem för gruppen hon ofta iakttar är att många upphör med sina hormonbehandlingar och faller ur systemet, vilket kan skapa hälsoproblem. Det skulle behövas mer resurser till den specialiserade vård för gruppen som bedrivs i de olika teamen, och tillgången till psykologiskt stöd, även för föräldrar, borde vara bättre. Många har svårt att hitta specialiserade läkare.

De skillnader i bedriven vård som Socialstyrelsen noterat i sin kartläggning har också genererat ett intresse från läkarna att göra en uppföljning, i syfte att göra vården mer likartad över landet. Ett kunskapsstöd eller liknande från Socialstyrelsen skulle vara bra för att säkerställa att vården som ges styrs endast av patientens behov och inte av vilken läkare som är behandlande eller var och på vilken vårdnivå patienten har behandlats. Detta kan nu vara fallet, menade Anna Nordenström.

15.8.6 Andra studier om CAH, hypospadi och tidiga ingrepp

Socialstyrelsens kartläggning handlar som nämnts framför allt om ingrepp på spädbarn och små barn. Detta är en fråga om berör bara vissa grupper av personer med intersexvariation. Som märks av svaren på dsdLIFE och som vi också redogör för kort nedan är det därför inte alla personer med intersexvariation som har anledning att ha en uppfattning i frågan.

En av grupperna som berörs mest är personer födda med CAH och som tilldelades kvinnligt kön när de föddes. På dessa görs ibland ingrepp för att förminska storleken på klitoris.

Karolinska Institutet har tidigare publicerat flera artiklar om just den här gruppen av personer, där institutet gjort uppföljning om bland annat personernas uppfattning om ingreppen och huruvida de borde göras. 62 personer deltog i studierna, som alltså resulterade i flera artiklar. På en fråga om personerna hade uppfattningen att ingrepp skulle göras, svarade 29 personer, och 9 av dessa menade att man skulle vänta med ingrepp till puberteten. 20 av 62 svarade alltså att de ansåg att ingrepp skulle göras under tidiga barndomen, medan övriga inte svarade alls, eller tyckte att ingreppen skulle göras senare. Detta kan jämföras med resultaten från dsdLIFE, där 49 av 110 ansåg att man skulle vänta med ingreppen, men 45 av 110 samtidigt ansåg att föräldrarna kunde bestämma och en ganska stor grupp inte svarade alls.

Studierna visade också att många var missnöjda med sina genitalier, oavsett om operation hade gjorts eller ej, och att många förlorat känslighet i klitoris. Teamet rekommenderade därför ett ”restriktivt” förhållningssätt till operationer (Nordenskjöld et al, 2008; Frisé et al 2009; Nordenström et al 2010).

I en studie av personer födda med hypospadi, konstaterades att de flesta var i allmänhet väl anpassade, men att det fanns ett utbrett missnöje med kirurgiska resultat och flera olika sorters problem med genitaliernas funktion (Örtqvist et al 2015).

15.8.7 Andra erfarenheter från personer med intersexvariation – och från föräldrar till barn med intersexvariation

Tove Lundberg, psykolog, skriver i sin avhandling *Knowing bodies: Making sense of Intersex/DSD a decade post-consensus* (Lundberg 2017) om erfarenheter gjorda av personer med en intersexvariation och deras föräldrar. Fokus ligger på att få kännedom om sin diagnos och att vara ett stöd åt sitt barn. Lundberg ger också rekommendationer åt det kommande arbetet med att förbättra situationen för personer som lever med intersexvariation. Nio unga personer med intersexvariation i Sverige har intervjuats och Lundberg kommer bland annat till slutsatsen att mer fokus borde ligga på varje individs unika livserfarenhet för att kunna ge bästa möjliga stöd. Det räcker inte med allmänna riktlinjer om vanliga problem, utan aktörer inom hälso- och sjukvården måste också få verktyg för att kunna utforska olika individers erfarenheter.

Lundberg har också använt material från intervjuer med 20 föräldrar till barn med CAH. Resultaten visade att föräldrarnas behov av kunskap inte adresseras vare sig av vården eller av forskningen. Föräldrarna har själva skapat sig en stor mängd vardagskunskap, som borde sammanställas för att kunna stödja familjer i framtiden. Hälso- och sjukvården borde förbättra sitt arbete med att ge stöd baserat på sådan kunskap.

Lundberg belyser också dilemmat med att olika principer, finns närvarande samtidigt när beslut ska tas om att tilldela ett barn ett juridiskt kön, genomföra tidig kirurgi och ge den berörda personen all information om sitt eget tillstånd. Beroende på hur de inblandade parterna förstår till exempel kön och ”skillnader” när det gäller kön så leder det till att olika lösningar anses vara de bästa, medan andra inte alls ses som alternativ.

Lundberg menar att det inte är en lösning att bara hävda en av principerna, som till exempel rätten till självbestämmande och kroppslig integritet, eftersom det inte får andra principer, som till exempel föräldrars rättigheter att fatta beslut om sina barn, att försvinna. För att kunna hjälpa familjer att fatta beslut krävs inte bara ett fokus på principer, utan också att de inblandade ger utrymme åt identifierade dilemman, genom att adressera olika värderingar och förståelser, av till exempel kön.

15.8.8 Kommentar från Statens medicinsk-etiska råd

I mars 2017 publicerade Statens medicinsk-etiska råd, Smer, en kommentar (Smer 2017) gällande vården av personer som föds med intersexvariationer. Kommentaren gäller särskilt den ovan refererade kartläggningen från Socialstyrelsen, samt ett ställningstagande från Finlands etikråd, Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården (ETENE). Smer och ETENE ordnade tillsammans i april 2015 en workshop³⁹ om etiska aspekter på vården av personer med intersexvariationer. I Smers kommentar används termerna ”intersexualitet” och ”DSD – Disorders of Sex Development”.

Smer redogör inledningsvis för hur kirurgiska ingrepp på spädbarn och små barn började tillämpas på 1950-talet och att ingreppen gjordes för att kroppens utseende skulle motsvara det kön som barnet tilldelades. Tanken var att detta skulle leda till bättre hälsa, större acceptans och underlätta barnets uppfostran till pojke eller flicka. Typen av ingrepp valdes utifrån olika prioriteringar, där det till exempel ansågs vara viktigt att skapa möjligheter till penetrerande samlag senare i livet. Det fanns också en tanke om att inte informera personen som genomgått ingreppen om dessa, för att inte skapa förvirring kring identitet. Smer konstaterar att dessa behandlingsformer fått mycket kritik och att det numera allt oftare förordas att avvakta med kirurgiska ingrepp tills personen når en ålder där den själv kan välja.

De etiska frågor som Smer vill kommentera rör autonomi, integritet och samtycke. De vill också belysa om det fortfarande görs medicinskt sett onödiga och opåkallade behandlingar och om vården utgör ett onödigt risktagande. Smer vill också ta reda på om det är etiskt acceptabelt att göra oåterkalleliga ingrepp på barn som inte kan bestämma själva, samt i vilken utsträckning vårdens val av behandlingar påverkas av sin tids idéer om normalitet och om sådana normer är etiskt godtagbara skäl för kirurgiska ingrepp.

Smer redogör för de huvudsakliga resultaten i Socialstyrelsens kartläggning och refererar också ETENE:s ställningstagande. ETENE konstaterar att det i Finland inte finns några särskilda DSD-team och att vården inte är lika organiserad som i Sverige. Vilken syn de olika sjukhusen har på kirurgiska ingrepp varierar stort, liksom hur

³⁹ Ethical aspects on reconstructive surgery for children with differences in sex development.

mycket information föräldrar får och vilka möjligheter de har att påverka beslutsfattandet.

ETENE menar att en tidig könsbestämning inte stöder barnets uppväxt och utveckling, utan det görs främst för att underlätta föräldrarnas och det omgivande samhällets förvåning och ångest. ETENE rekommenderar därför att självbestämmanderätten för barn som föds med intersexvariationer ska stärkas och att ingrepp som ändrar yttre könsmarkörer inte ska genomföras innan barnet självt kan bestämma både sitt kön och sin sexualitet. De vuxna som finns i barnets närhet behöver information om intersexvariationer och kunskapen måste också öka inom de professioner som kommer i kontakt med barn. Allt för att förbättra stödet till barnen.

Smer menar i sin tur att kirurgiska ingrepp på spädbarn eller små barn inte ska göras utan medicinsk indikation eller på svag indikation med bristande kunskapsunderlag. Smer menar också att de vetenskapliga underlagen inom området är otillräckliga. Dessutom pekar Smer på att det finns en variation i förhållningssätten, trots en ambition att det inte ska vara så. Utifrån detta betonar Smer att tidiga kirurgiska ingrepp endast får göras då de är medicinskt befogade, utan att närmare specificera vilka ingrepp som anses uppfylla dessa krav. Smer håller alltså med sin finländska motsvarighet om att ingrepp som endast görs för att normalisera yttre könsmarkörer inte bör genomföras innan barnet självt kan vara med och fatta beslut. Alla barns rätt till kroppslig integritet måste skyddas, betonar Smer, som också konstaterar att det är svårt att förutspå könsidentiteten hos en individ med utgångspunkt i till exempel kromosomuppsättning. Smer efterlyser också en diskussion om vad som menas med medicinskt befogade ingrepp och hur respekten för barnets bästa implementeras i praktiken i det här sammanhanget. Det är inte heller bara kirurgiska ingrepp som kan vara problematiska ur ett etiskt perspektiv, det kan också gälla hormonbehandlingar och vaginal dilatation, det vill säga metoder för att vidga slidan med hjälp av så kallad stavträning, som kan kränka integriteten. Barnets rätt till information betonas också av Smer.

En fortsatt etisk diskussion är nödvändig, menar Smer, som konstaterar att det är allvarligt om vårdens eller föräldrars föreställning om vad som är ”normalt” blir styrande för varför en viss behandling väljs. Ökat stöd till föräldrar och barn och kunskapshöjande insatser är centrala.

15.8.9 INIS position

Den svenska organisationen INIS, Intersexuella i Sverige, har funnits sedan 2006. INIS använder begreppet DSD, som oftast läses ut Disorders of Sex Development, i stället för intersex-, intersexuell, intersexstillstånd eller intersexvariationer när organisationen beskriver sin politik och verksamhet. Därför använder vi också denna förkortning i detta avsnitt när vi beskriver INIS uppfattning.

INIS beskriver på sin hemsida (INIS 2017, hämtad 2017-11-01) syfte och ändamål med föreningen på följande sätt: föreningen vill verka som en stödförening för att motarbeta skam- och skuld känslor för alla med DSD. Föreningen vill sprida fördomsfri och medicinskt korrekt kunskap samt livserfarenhet om DSD för att öka medvetenheten och förståelsen kring vad det innebär att växa upp med DSD. INIS vill verka för att svensk lag och medicinsk praxis på området är i överensstämmelse med de berörda personernas eget intresse och vad som kan antas vara i enlighet med den egna viljan. INIS vill också att sjukvården ska ge psykologiskt stöd till personer med DSD och att föräldrar till barn med DSD får det stöd de behöver för att fatta rätt beslut för barnet tillsammans med sjukvården och också ge barnet det stöd det behöver under uppväxten. INIS vill också verka för att ingen medicinsk information från sjukvården undanhålls från föräldrar eller från de berörda själva.

Vid ett möte med en representant från INIS framfördes till utredningen att det enligt INIS uppfattning är en liten andel av personer med DSD som identifierar sig som intersexpersoner, eller personer med intersexvariation. Enligt representantens uppfattning är det vanligare bland de som identifierar sig som intersexpersoner att i det politiska påverkansarbetet fokusera på frågan om att stoppa ingrepp på spädbarn. För INIS har det varit viktigare att arbeta för att alla ska få tillgång till sin egen medicinska historia, genom till exempel journaler och att arbeta för att föräldrar ska få hjälp att stärkas i sin roll så att de i sin tur kan vara ett stöd för sina barn och kunna berätta för barnet om dess situation.

Ett annat område där INIS engagerat sig är frågan om rätt till fertilitetsvård. Erfarenheter från organisationen visar att alla inte får möjlighet att få hjälp att försöka bli genetiska eller biologiska föräldrar om detta är en möjlighet.

INIS ansåg vidare att det vore bra för frågan om rättigheter för personer med DSD om regeringens strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck, arbetades om och inkluderade rättigheter och frågor som rör personer med DSD. Bland de frågor som borde ingå nämndes kompetenshöjning av personal inom till exempel graviditets- och förlossningsvården, liksom av barnläkare, gynekologer, androloger och endokrinologer. Kunskap om DSD borde också ingå redan i utbildningarna till dessa yrken.

INIS är positivt inställda till möjligheten att ha ett alternativ för juridiskt kön utöver man och kvinna, men understryker att detta måste vara ett frivilligt val för alla och inte något som enbart tilldelas individer som föds med DSD. Representanten menade också att det är vanligt att personer med vissa tillstånd, 5-alfa-reduktasbrist och PAIS, byter juridiskt kön, det vill säga inte är nöjda med det kön de tilldelats vid födelsen. Vissa inom gruppen är förmodligen intresserade av ett tredje juridiskt kön.

INIS är inte förespråkare för att förbjuda vissa ingrepp på spädbarn eller små barn med hjälp av lagstiftning. Detta riskerar enligt organisationen att leda till svåra konflikter mellan aktivister och läkare och det kommer att vara väldigt svårt att göra en bedömning av vad som är medicinskt befogat och inte, och därmed bedöma exakt vad som ska förbjudas. INIS välkomnar däremot ett kunskapsstöd, liknande det som tagits fram för vård vid könsdysfori, i syfte att tydliggöra vad som är bästa möjliga vård och för att likställa vården över landet.

I ett mail som skickades till svenska Amnesty med anledning av Amnestys rapport om personer med DSD, som vi redogör för nedan, klargör INIS några av sina ståndpunkter. Vi har fått INIS tillåtelse att återge innehållet i mejlet⁴⁰. Enligt INIS finns två läger i frågan om operationer på spädbarn och små barn, och dessa har blivit alltmer polariserade. Den ena sidan förespråkar förbud i lagstiftning, utan att kunna redogöra för exakt vilka operationer som inte är "medicinskt nödvändiga" och därmed inte borde tillåtas. Representanter för denna linje har, menar INIS, uppfattningen att operationer endast utförs för att "normalisera" barns könsorgan. Den andra sidan har uppfattningen att operationerna utförs för att hjälpa personen att få

⁴⁰ Mejl till utredningen, Komm 2017/01038.

ett bättre liv och har som målsättning att få underlivet att fungera så bra som möjligt, ”vare sig det rör sig om att kissa eller ha sex, eller få problem med hudvävnad”. Dessutom, menar INIS, brukar företrädare för denna linje påpeka att det ofta resulterar i utanförskap att ha ett könsorgan som skiljer sig mycket utseendemässigt från ens jämnårigas.

INIS beskriver sin egen ståndpunkt som att de har uppfattningen att tidiga operationer ”hjälper mer än stjälper”. Fler medlemmar har uppgett att de själva valt att göra ytterligare operationer när de till exempel börjat skolan, efter att ha blivit utsatta för trakasserier, och INIS menar att deras linje är en anpassning till verkligheten, där enskilda representanter med DSD inte själva kan skapa en större acceptans genom att inte göra eller förnekas att göra vissa ingrepp, utan att denna acceptans måste uppnås på andra sätt: ”fram till dess att samtliga människor har en öppen och tolerant syn och ingen människa gör sig lustig på andras bekostnad får vi nog anpassa oss till rådande social situation”.

15.8.10 CAH-föreningens position

Utredningen träffade i augusti 2017 en representant för CAH-föreningen. Representanten förtydligade att föreningen inte hade tagit ställning formellt i de frågor som utredningen berör, men att de gjort en informell avstämning inför mötet och att åsikterna som framfördes vid mötet representerar CAH-föreningens.

Representanten uppgav att CAH-föreningen har funnits i 25 år och är en förening där i huvudsak föräldrar till barn med CAH är medlemmar. Vuxna personer med CAH har i regel inte varit det, även om det finns undantag. Föreningens aktiviteter är att anordna föräldraläger för föräldrar med små barn, skidläger för ungdomar och föreläsningar för vuxna på Karolinska. De har inget direkt samarbete med andra patientorganisationer, men har haft en del kontakt med INIS. Det är svårt att få till ett riktigt livaktigt föreningsliv med en så liten målgrupp, uppgav representanten.

Representanten uppgav också att föräldrarna känner starkt att de vill skydda sina barn och inte utsätta dem för en svårare barndom än vad som är nödvändigt. Det finns till exempel föräldrar som märkt av ett osunt intresse för sina barns journaler från läkare som inte har

med vården av barnen att göra, och detta har skapat en känsla av utsatthet. Föräldrarna vill skydda sina barn från att utsättas för ”snaskigheter”.

Barn med CAH som tilldelats kvinnligt kön då de föddes men som har ett kön med annorlunda utseende till följd av viriliseringen som CAH skapar, känner sig redan utanför och lite annorlunda, även om de opererats för att göra utseendet på könsorganet mer likt andra flickors, menade representanten. Deras situation skulle inte bli lättare om operationerna förbjöds. Fler skulle må dåligt. Om ett förbud infördes skulle det i princip innebära att de små barn som föds nu ”offras” och får ett hårt liv medan vi väntar på att samhället ska bli mer accepterande. En liten del av de som opereras kommer sedan som vuxna kanske tycka att det var fel beslut att operera, men representanten trodde inte att det kommer att vara så många. Representanten menade också att resultatet blir bättre om operationen där storleken på klitoris minskas görs tidigt och det sedan görs ytterligare en operation i puberteten. På föreningens hemsida skriver de att den första operationen bör göras innan barnet blivit 6 månader (CAH-föreningen 2017, hämtad 2017-11-01).

De barn som inte har opererats som representanten kände till hade hamnat i situationer där de inte kunde vara med i sammanhang där barn förväntas vara nakna eller klä om med andra. På förskolan hade det också blivit problem och föräldrar hade till exempel haft svårt att acceptera att personal skulle byta blöjor på deras barn.

CAH-föreningens uppfattning stämmer i hög grad överens med INIS. Eftersom vi inte lever i den bästa av världar är det svårt att leva med en kropp som har ett mycket annorlunda utseende, menade representanten. De som hamnar mest i kläm är kanske de som i vuxen ålder identifierar sig som män och vill korrigera kroppens utseende igen. Representanten kände inte till någon studie som gjorts gällande om personer var nöjda med ingreppen.

En mycket viktig fråga för CAH-föreningen är att alla med diagnosen ska vara knutna till ett DSD-team. Det förekommer fortfarande, enligt representanten, att läkare utan specialistkompetens tror att de kan klara behandlingen av barnen själva och inte skickar till specialist och detta är inte bra. För de personer med CAH som nu är runt 40 år fick många sådan icke-specialiserad vård vilket lett till att de till exempel blivit kortare än vad de skulle ha kunnat bli. Många

har också blivit lite isolerade, på grund av bristen på möjligheter till samtal om sin situation och om vården.

Teamen har inte funnits så länge ännu att det egentligen är möjligt att utvärdera hur de fungerar, menar representanten, men det är också intressant att göra detta framöver. Alla barn med CAH som tilldelas kvinnligt kön när de föds borde också få tillgång till en kurator. (Enligt representanten är det inte lika besvärligt att vara pojke med CAH, eftersom detta inte syns på kroppen.) Alla vuxna borde ha tillgång till kompetenta läkare som kan kolla upp hormonnivåerna, på samma sätt som nu görs för barn.

Intressant enligt representanten, skulle det också vara med ett utökat samarbete med till exempel Norge och Danmark för att öka kunskapen och kanske skapa gemensamma riktlinjer. Föreningen vill också jobba med att sprida kunskap om CAH så att människor med CAH ska få så lite problem som möjligt i livet.

Representanten menar att eftersom CAH-föreningen är en föräldraförening så är de kanske lite konservativa. Många föräldrar som hört talas om debatten om förbud av operationer på barn reagerar med en känsla av att detta kommer att bli jobbigt. Föräldrar vill att deras barn ska kunna vara en del av samhället och leva som "alla andra", därför finns en oro för att tillgången till kirurgi ska minska, trots att den blivit så mycket bättre nu. Därför skulle föreningen motarbeta ett förbud om ett sådant förslag lades fram. Däremot skulle det kanske kunna vara bra om en förutsättningslös utredning om frågan gjordes.

15.8.11 Klinefelternätverkets position

Utredningen har samrått med en representant för Klinefelternätverket. Nätverket har framför allt kontakt på nätet och är uppskattningsvis cirka 70 personer. Ungefär en femtedel av dessa är anhöriga. Enligt representanten är ett av problemen för nätverket att många med Klinefelters inte är så uthålliga att de klarar att hålla igång en förening. Nätverket har kontakt med Förbundet sällsynta diagnoser och är engagerade där.

Många i nätverket reagerar negativt på att sammankopplas med transpersoner, menar representanten. De flesta som är med i nätverket identifierar sig som män, utan någon transidentitet. Många känner

också tveksamhet till termen ”intersexperson” eftersom det låter som om man är en viss typ av person, med en viss sorts identitet.

De viktigaste frågorna för nätverket handlar om vård. Nätverket önskar en likvärdig vård över hela landet, där ett vårdprogram för Klinefelters följs. De som ger vården måste vara specialister och det ska vara möjligt att få en remiss till dessa oavsett var man bor. Det är ett stort problem att vården skiljer sig åt över landet, kompetensen är bäst i Stockholm och Malmö, menar representanten.

Det är också viktigt att öka kunskapen inom primärvården, för att personer ska kunna få diagnos snabbare och kunna få bästa möjliga förutsättningar för att få ett så bra liv som möjligt genom tidig hjälp. Tidig diagnos ger också föräldrar möjlighet att kunna stötta sitt barn och möjligheterna att få hjälp i skolan ökar.

Nu är det vanligt att personer med Klinefelters får diagnos senare i livet, till exempel när de försöker skaffa barn. Då får de också en förklaring till svårigheter de upplevt i till exempel skolan. Problemen hänger ihop med en annorlunda kromosomuppsättning som bland annat ger en för låg testosteronnivå. Nivån kan variera över tid hos samma person och det varierar också från person till person med Klinefelters hur nivåerna ser ut och vilka problem som därmed uppstår.

Nätverket har också flera andra önskemål som handlar om möjligheten att få hjälp med läkarkontakter, någon som kan lotsa personer genom systemet, säkerställa att alla får den vård de har rätt till och att alla får tillgång till de hormoner de behöver på lika villkor, till exempel vad gäller kostnader. Även förbättrad tillgång till provrörsbefruktningsbehandlingar efterfrågas. Många, men inte alla, har problem med tanderna och nätverket önskar att tandvårdskostnader skulle kunna subventioneras.

Nätverket berörs inte av frågan om ingrepp på spädbarn och små barn, och har ingen egen ståndpunkt i frågan.

15.8.12 RFSL och RFSL Ungdoms position

Vid kongressen 2016 beslutade RFSL (RFSL 2017i hämtad 2017-11-01) att utöka sitt arbete med frågor som rör personer med intersexvariation. Förbundet använder ordet intersexperson, och tog ställning för att arbeta för att medicinskt omotiverade ingrepp på intersex-

personer som inte gett sitt eget samtycke aldrig ska ske i Sverige; för att intersexvården i Sverige ska överge binära idéer om normalvården och förväntat utseende och i stället ta utgångspunkt i personens önskemål och egna förutsättningar för att uppnå bästa möjliga hälsa; för att en intersexperson som vänder sig till transvården ska få utredas och vid behov behandlas inom transvården; för att en förändring av en persons juridiska kön aldrig ska ske mot personens vilja, oavsett ålder och eventuella diagnoser; och för att alla intersexpersoner ska ha full tillgång till sin egen medicinska historia.

RFSL betonade också att arbetet fortsatt, liksom efter det första beslutet om att inkludera personer med intersexvariation i arbetet 2007, alltid verka tillsammans med intersexorganisationer.

RFSL Ungdom beslutade på sin kongress 2014 (RFSL Ungdom 2014) att arbeta mer aktivt med frågor som rör personer med intersexvariation. Bland annat skriver förbundet om sina ställningstaganden att alla intersexpersoner ska ha rätten att själva välja att socialt och juridiskt identifiera sig som intersex, om de själva vill. Lagar ska inte stiftas så att intersexpersoner tvingas in i en av kategorierna kvinna eller man, utan att själva ha valt det. [---] Ingen ska behöva bli påtvingad omotiverade ingrepp och behandlingar.

RFSL Ungdom skriver vidare att ”personer som föds med kroppar vars inre och/eller yttre biologi inte överensstämmer med tvåkönsnormen ska ha makt att avgöra om en vill ha vård eller inte, till exempel genom hormonbehandlingar och/eller könskorrigering ingrepp. [---] Barn som föds med kroppar som inte överensstämmer med de förväntningar som utgår ifrån tvåkönsnormen ska aldrig tvingas genomgå medicinskt omotiverade och/eller kosmetiskt kirurgiska ingrepp. Intersexpersoner som är i behov av könskorrigering vård, behandling och stöd ska erbjudas det. Intersexpersoners vård ska alltid genomsyras av respekt, trygghet och delaktighet för patienten samt vara anpassad till det individuella vårdbehovet oavsett om personen är myndig eller inte.”

15.8.13 Intersex Scandinavias och OII:s position

I december 2015 publicerade OII Europe och ILGA Europe en gemensam skrift om mänskliga rättigheter för personer med intersexvariation (Ghattas 2015). OII Europe grundades 2012, och är en del av Organisation Intersex International, OII, som grundades 2003.

I skriften lyfts prioriterade frågor för personer med intersexvariation, utifrån OII:s perspektiv. Den viktigaste frågan är att få stopp på ”normaliserande” kirurgi, menar OII. Andra frågor är att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård och utbildning, utan att utsättas för övergrepp från sjukvårdspersonal och onödiga behandlingar som kan försvåra möjligheterna att tillgodogöra sig utbildning. OII arbetar också för möjligheten att ändra juridiskt kön utan att behöva definiera sig som transperson och följa de krav som stater kan ha satt upp för att transpersoner ska få ändra juridiskt kön.

Utredningen har också haft kontakt med representanter för Intersex Scandinavia, som är baserade i Sverige. Enligt uppgift till utredningen kommer de att döpa om sig till OII Scandinavia och stödjer OII:s positioner i intersexpolitiska frågor.

15.8.14 Ställningstagande från det tredje internationella intersexforumet 2013 och uttalande från det fjärde internationella intersexforumet 2017

Det tredje internationella intersexforumet hölls på Malta i slutet av november och början av december 2013. Forumet stöttades av ILGA och ILGA Europa och bestod av 34 aktivister från 30 organisationer från alla kontinenter. I april 2017 hölls det fjärde forumet i Amsterdam.

Det tredje forumet enades om ett antal krav gällande rättigheter för personer med intersexvariationer, i syfte att få ett slut på diskrimineringen mot personer med intersexvariationer och tillförsäkra alla rätten till kroppslig integritet, fysisk självständighet och självdefinition. Kraven publicerades på bland andra ILGA Europes och OII Europes hemsidor⁴¹.

⁴¹ <https://www.ilga-europe.org/what-we-do/our-advocacy-work/trans-and-intersex/-intersex/events/3rd-international-intersex-forum>, <http://oiiurope.org/public-statement-by-the-third-international-intersex-forum>

Totalt framfördes drygt 20 krav. Här återges ett urval i något förkortad form i den ordning som de listas i ställningstagandet. Några av kraven har specifika mottagare, andra är mer allmänt riktade till alla beslutsfattare som kan ha möjlighet att påverka.

- Säkerställ att stympande och normaliserande praktiker, till exempel genital kirurgi, upphör, genom lagstiftning och andra metoder.
- Säkerställ att sterilisering utan samtycke av personer med intersexvariationer upphör.
- Avpatologisera variationer av könskaraktäristika i medicinska riktlinjer, till exempel Världshälsoorganisationens International Classification of Diseases, ICD.
- Registrera barn med intersexvariationer som män eller kvinnor vid födelsen, men var öppen för att de, som alla människor, kan komma att identifiera sig på annat sätt i framtiden.
- Tillhandahåll en enkel administrativ process baserad på självdefinition som möjliggör ändring av juridiskt kön. Alla vuxna, och minderåriga som är beslutsförmögna till ett sådant beslut, borde kunna välja mellan minst kvinnlig, manlig och neutral könsmarkör. I framtiden borde inte kön framgå av någons identitetsdokument.
- Skapa medvetenhet om intersexfrågor och om rättigheter för personer med intersexvariationer.
- Skapa och möjliggör existensen av stödjande miljöer för personer med intersexvariationer.
- Säkerställ att personer med intersexvariationer har tillgång till all tillgänglig information om sin egen medicinska situation och sina egna medicinska journaler.
- Säkerställ att alla relevanta yrkeskategorier har tillräcklig utbildning för att kunna erbjuda personer med intersexvariationer kvalitetssäkrad service.
- Säkerställ att historiska oförrätter erkänns och att personer med intersexvariationer får rimlig upprättelse.
- Inkludera personer med intersexvariationer i diskrimineringslagstiftning.

- Säkerställ att personer med intersexvariationer har tillgång till alla sina mänskliga rättigheter, inklusive rätten att gifta sig och bilda familj.
- Säkerställ att personer med intersexvariationer kan delta i tävlingsidrott, och tävla mot andra med samma juridiska kön.
- Institutioner som jobbar med mänskliga rättigheter borde inkludera personer med intersexvariationer i sitt arbete, i samarbete med intersexorganisationer.
- Finansiärer av rättighetsarbete borde stödja intersexorganisationer.

Deltagarna i det fjärde internationella forumet i april i år var 40 stycken, kom från alla världens regioner, (Afrika, Asien, Europa, Postsovjettiska länder, Latinamerika och Karibien, Nordamerika och Oceanien), och bekräftade ställningstagandet från det tredje forumet. Särskilt betonades att detta var gemensamma krav från en global rörelse.

Forumet uttalande sig också starkt positivt om alla de rekommendationer gällande rättigheter för personer med intersexvariationer som kommit under de senaste åren från aktörer på mänskliga rättigheter-området, som till exempel Europarådets kommissionär för mänskliga rättigheter. Särskilt nämndes fördömanden av tvångssteriliseringar, irreversibla ingrepp på genitalierna och andra skadliga medicinska praktiker. Vikten av att stater följer rekommendationerna underströks⁴².

15.8.15 Uttalande från det första europeiska intersexcommunityeventet⁴³

I mars 2017 hölls det första regionala europeiska mötet för intersexaktivister. 28 deltagare från 16 länder inom Europarådet deltog. Mötet bekräftade sitt stöd för det som sagts från det tredje internationella forumet, och formulerade egna, något mer precisa, regionalt anpassade krav.

⁴² Mejl till utredningen, Komm 2017/01546.

⁴³ Uttalandet publicerades bland annat här: <https://oieurope.org/statement-1st-european-intersex-community-event-vienna-30st-31st-march-2017/>

Mötet uppmanade regeringar att vidta lagstiftningsåtgärder för att förbjuda ingrepp på barn med intersexvariationer, om ingreppen sker av sociala, psykosociala, kulturella eller kosmetiska skäl; att säkerställa att läkare inte utför några behandlingar för att modifiera könskaraktäristika, som skulle kunna anstå till personen kan ge ett informerat samtycke; att inkludera personer med intersexvariation i diskrimineringslagstiftningen; att betala ut skadestånd till personer med intersexvariation som har utsatts för onödiga behandlingar.

Andra uppmaningar var bland annat att säkerställa att personer med intersexvariation får full tillgång till sina medicinska journaler, säkerställa att alla som utbildar sig till bland annat någon medicinsk profession får kunskap om personer med intersexvariation under utbildningen och att personer med intersexvariation och deras familjer får tillgång till stöd.

Mötet ville också att ändring av juridiskt kön skulle göras tillgängligt genom en enkel administrativ process, baserat på självbestämmande och självidentifikation. Ett "neutralt" alternativ borde också finnas. Könsneutrala offentliga utrymmen, till exempel toaletter, borde göras tillgängliga för alla.

15.8.16 Amnesty Internationals rapport (fokus på Danmark och Tyskland)

Amnesty International gav i maj 2017 ut en rapport om situationen för personer med intersexvariation i Danmark och Tyskland. Rapporten innehöll också rekommendationer till dessa stater, liksom mer allmänna rekommendationer (Amnesty International 2017).

Amnesty fokuserar i rapporten särskilt på kränkningar av rätten till privatliv, till högsta uppnåeliga hälsa, till kroppslig integritet, till självbestämmande och juridiskt erkännande; och hur dessa rättigheter kränks genom irreversibla "normaliserande" kirurgiska ingrepp och andra medicinska behandlingar, och statens oförmåga att skydda individer mot dessa.

Amnesty intervjuade 16 personer med intersexvariationer i Danmark och Tyskland, liksom 8 föräldrar och 15 intersexaktivister i andra europeiska länder. Organisationen intervjuade också läkare, och gick igenom medicinsk och annan forskning.

Resultaten visade bland annat att operationer som inte är medicinskt nödvändiga, utförs på spädbarn som föds med synliga varia-

tioner av könskaraktäristika, bland annat på barn med CAH. Enligt Amnesty's resultat förekom det också hormonbehandlingar, som inte var medicinskt nödvändiga, utan snarare gavs för att en person till exempel skulle genomgå puberteten i sitt tilldelade kön. Personer som Amnesty pratat med uppgav att de misslyckats med att få hormoner som speglade deras könsidentitet.

Amnesty menade att de riktlinjer som fanns i de två länderna för behandling av personer med intersexvariation, inte var tillräckliga för att säkerställa att kränkningar av mänskliga rättigheter inte förekom, och att departementen ansvariga för sjukvården har ett ansvar för att förändra detta.

Stödet som personerna som genomgått behandlingar hade fått var bristande, och många hade inte tillgång till sina journaler.

Amnesty menade att många av ingreppen som gjordes baserades på stereotypa föreställningar om kön, och därmed innebar en kränkning av artikel 5 i kvinnokonventionen. Ingreppen innebar också en kränkning av flera artiklar i barnkonventionen, eftersom de inte gjorts med barnets bästa i åtanke. Flera andra mänskliga rättigheter har också kränkts genom denna praxis, och det har också varit svårt för personer som drabbats av detta att få ersättning och upprättelse.

Amnesty rekommenderade Danmark och Tyskland att anta riktlinjer för vården av personer med intersexvariation, riktlinjer baserade på respekt för mänskliga rättigheter, för att garantera kroppslig integritet, självbestämmande och säkerställa att inget barn utsätts för invasiva, ickeakuta och irreversibla ingrepp med skadliga effekter. Alla sådana ingrepp borde avvaktas med tills barnet kan fatta ett informerat beslut. Organisationer som arbetar för rättigheter för personer med intersexvariation borde involveras i arbetet med att ta fram riktlinjer.

Danmark och Tyskland rekommenderades också att förbättra stödet till personer med intersexvariation, säkerställa att personer som arbetar inom sjukvården får utbildning inom området, att inkludera förbud mot diskriminering på grund av könskaraktäristika i lagstiftning och erbjuda skadestånd för personer som genomgått ingreppen.

Möjligheten att enkelt ändra juridiskt kön borde också finnas för alla, oavsett ålder, menade Amnesty.

15.8.17 Transgender Europas ställningstagande

2014 antog kongressen för den europeiska paraplyorganisationen Transgender Europe, TGEU, en policy för intersexfrågor. Ställningstagandet hade föregåtts av en enkät bland TGEU:s medlemsorganisationer efter ett beslut från kongressen 2010. TGEU beslutade att endast arbeta tillsammans med intersexorganisationer, till exempel OII Europe, och inte självständigt, på grund av bristande representation inom organisationen. TGEU ställde sig också bakom det ställningstagande som gjordes 2013 av det tredje internationella intersexforumet.

I den enkät som besvarades av TGEU:s medlemsorganisationer beskrev organisationerna de frågor de upplevde som mest relevanta och akuta för personer med intersexvariationer. Bland annat nämndes problem med osynlighet i offentligheten, avsaknad av tillgänglig information samt binära strukturer som offentliga toaletter eller andra könade utrymmen där det endast finns alternativen man och kvinna.

Andra problem som nämndes var normaliserande medicinska ingrepp, inklusive kirurgi som utförs av estetiska skäl utan samtycke, särskilt på spädbarn. Kompetent och transparent vård för personer med intersexvariationer, baserat på informerat samtycke, ansåg många av de som svarade på enkäten saknades i stor utsträckning.

Att antidiskrimineringslagstiftning i stor utsträckning saknas och att det finns en brist på möjligheter för personer med intersexvariationer att byta juridiskt kön, liksom bristen på fler än två juridiska kön, nämndes också av de svarande.

För att förbättra situationen nämnde många att det skulle kräva möjligheter, inklusive ekonomiska sådana, för fler organisationer som arbetar för rättigheter för personer med intersexvariationer att etablera sig. TGEU konstaterade i sina slutsatser från enkäten att få av deras medlemsorganisationer arbetade för rättigheter för personer med intersexvariationer och detta var en av anledningarna till att TGEU menade att organisationen inte hade eget mandat att arbeta för rättigheter för personer med intersexvariationer. Organisationen pekade också på risker med att den jämförelsevis starka transrörelsen på egen hand började jobba med intersexfrågor, eftersom detta kunde leda till att transorganisationerna och deras uppfattningar blev de dominerande i intersexfrågor.

TGEU pekade på att många av de utmaningar som personer med intersexvariationer och transpersoner ställs inför är gemensamma, till exempel det pågående arbetet att få tillgång till snabba, tillgängliga och transparenta metoder för att ändra juridiskt kön och få tillgång till respektfull och icke-patologiserande sjukvård. Det finns naturligtvis också personer som både har en intersexvariation och är transpersoner. Men, konstaterade TGEU, det är samtidigt viktigt att transorganisationer är medvetna om att många personer med intersexvariationer, förmodligen de flesta, inte ser sig som en del av trans- eller hbtq-rörelsen. Utredningen konstaterar också att det är sannolikt att många av dessa personer inte heller ser sig som en del av en intersexrörelse.

15.8.18 Förslaget i SOU 2014:91

Betänkandet *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering* (SOU 2014:91) föreslog som tidigare nämnts att den juridiska och medicinska processen skiljs åt, och att det ska vara möjligt att ansöka om ändrat juridiskt kön från 15 år, utan krav på någon medicinsk bedömning. Från 12 år ska det vara möjligt att ansöka med vårdnadshavares samtycke. Endast personer med intersexvariation föreslås kunna ansöka tidigare än vid 12 år, men då med intyg från läkare. Socialstyrelsen påpekar i sin rapport om vård och behandling av personer med intersexvariation att detta förslag är det enda undantaget från principen att hålla processen för juridisk könskorrigering fri från medicinska bedömningar.

Flera forskare, bland andra Erika Alm, fil dr idéhistoria, och tidigare refererade Tove Lundberg, skickade gemensamt in ett remissyttrande på betänkandet SOU 2014:91 (Alm et al 2015) och ägnade sig särskilt åt att diskutera förslagen som rör personer med intersexvariation. De framhöll att en översyn av lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall måste inkludera en analys av situationen för personer med intersexvariation. Bland annat inkluderade också remissyttrandet en diskussion om terminologi och vikten av tydlighet kring när personer med intersexvariation ingår i lagförslag och när de inte gör det.

Forskarna lyfter i sitt remissyttrande vikten av att personer med intersexvariation bör ha rätten till information om sitt tillstånd och

att detta måste garanteras i ett lagförslag. Ett diskrimineringsskydd för gruppen bör också introduceras i svensk lagstiftning, menar forskarna.

Forskarna påpekar sedan att utredningens förslag till ”Lag om tillståndsprövning av vissa ingrepp i könsorganen och avlägsnade av könskörtlarna” inte tycks inkludera barn och unga med intersexvariation och att ingrepp på dessa alltså även fortsatt kommer att regleras endast av hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och patientlagen. (Jämför även resonemanget från Jameson Garland ovan.) Forskarna vill att det tydliggörs hur denna existerande lagstiftning ska förstås i relation till lagförslaget i SOU 2014:91, och att det också tydliggörs hur barn med intersexvariation ska skyddas mot felaktiga beslut om irreversibla ingrepp. Här måste bland annat vårdnadshavares bestämmanderätt tydliggöras och problematiseras, i ljuset av att vårdnadshavares rätt att bestämma anses borde stå tillbaka när det gäller omyndiga personers rätt att själva ansöka om att ändra juridiskt kön, men att detta inte diskuteras när det gäller beslut om ingrepp.

I den fortsatta lagstiftningsprocessen borde en diskussion om de potentiella konflikterna mellan vårdnadshavares ansvar att skydda barnets intressen och barnets rättigheter till kroppslig integritet och självbestämmande ingå. I ett kommande lagförslag borde barnets rätt att skyddas mot felaktiga irreversibla ingrepp de inte har gett sitt medgivande till ingå, samt ett säkerställande av att vård sker i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Forskarna är också kritiska till förslaget i SOU 2014:91 att barn med intersexvariation som är yngre än 12 behöver ett läkarintyg för att ändra juridiskt kön, trots att utredningen själv konstaterar att det inte finns något sätt att fastställa ett barns könsidentitet än att barnet själv ger uttryck för denna.

Forskarna förordar också utredningens förslag att Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd för vården, med särskilt syfte att säkerställa att den svenska vården respekterar mänskliga rättigheter. I framtagandet av kunskapsstödet borde också organisationer som arbetar för personer med intersexvariation konsulteras, liksom forskare från andra fält än bara det medicinska området.

Viktigt i arbetet med kunskapsstöden är också att konkret utveckla vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet vid de former

av ingrepp som genomförs på barn innan de kan ge sitt medgivande, samt säkerställa att berörda yrkesgrupper får utbildning.

Forskarna föreslår också att en statlig utredning tillsätts som undersöker möjligheterna att införa könsneutrala personnummer. Stora delar av den problematik som identifierats i SOU 2014:91 skulle lösas om personnumren var könsneutrala.

15.8.19 Pågående arbete i Norge

I början av 2018 kommer en rapport om den juridiska situationen för personer med intersexvariation publiceras i Norge. Under 2017 har Barne-, ungdoms- och familjedirektoratet, som beställt rapporten, arbetat med frågan och bland annat ordnat ett seminarium med deltagande av representanter från vården, organisationer som representerar personer med intersexvariation, forskare och mänskliga rättigheter-aktivister. Seminariet dokumenterades också i en rapport (Barne-, ungdoms- och familjedirektoratet 2017).

Den kommande rapporten ska enligt uppgift till utredningen ge en översikt och utvärdering av existerande lagstiftning i Norge och länder som liknar Norge. Målet är att tydliggöra utmaningar och möjligheter för personer med intersexvariation när det gäller att hävda sina rättigheter i ett antidiskrimineringsperspektiv och när det gäller kroppslig integritet och självbestämmande i samband med medicinska ingrepp.

Rapporten kommer med konkreta förslag när det gäller regler för att registrera juridiskt kön, frågan om huruvida könskaraktäristika ska vara en diskrimineringsgrund och inkluderas i hatbrottslagstiftningen. Den kommer också innehålla förslag till reglering av behandlingar av barn med intersexvariation som inte är medicinskt nödvändiga. De exakta innehållen i förslagen är inte kända av utredningen i nuläget.

15.8.20 Ytterligare erfarenheter från andra länder

Enligt Socialstyrelsens rapport är det i nuläget tre länder i världen som har antagit eller föreslagit lagstiftning som begränsar utförandet av tidiga ”könsdefinierande insatser”, Malta, Argentina och Chile.

Malta förbjuder sedan 2015 behandlingar av sociala eller kulturella skäl innan personen kan samtycka till dem. Den maltesiska lagen, Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act, stadgar bland annat att alla har rätt till kroppslig integritet och fysisk autonomi.

I Colombia har författningsdomstolen tagit flera prejudicerande beslut som inneburit att vårdnadshavares rätt att fatta beslut om medicinsk vård för sina barns räkning har balanserats mot barnets rätt att finna sin identitet.

Förutom det finländska etikrådets ställningstagande (se ovan) har också etikråden i Tyskland och Schweiz gjort yttranden i saken. Socialstyrelsen redogör för ett par av de tyska rekommendationerna, som har ett fokus på rätt till självbestämmande och principen om att inte göra skada, vilket leder till ett krav på att avstå ifrån eller skjuta upp interventioner som kan skada personens integritet. Dock gör rådet skillnad på olika tillstånd och förordar större försiktighet när det gäller personer med vad Socialstyrelsen beskriver som mindre tydligt biologiskt kön, och tillstånd som CAH hos personer som tillskrivits kvinnligt kön vid födseln.

16 Överväganden och förslag

I detta kapitel presenterar vi förslagen som rör de områden som redogjordes för i kapitel 15. I huvudsak handlar det om den könsbekräftande vården, men vi har också förslag om hur situationen för personer med intersexvariation kan förbättras.

I utredningens direktiv konstaterades att det finns ett flertal kvarstående problem inom den könsbekräftande vården och att utredningen därför skulle belysa hur personer som genomgår denna vård uppfattar processen, samt komma med förslag på hur eventuella brister skulle kunna åtgärdas. Särskilt nämndes problem med långa väntetider och bristande stöd efter genomgången behandling. Utredningen uppmanades också att särskilt studera situationen för icke-binära personer och att ha ett geografiskt perspektiv i utredningen. Som utgångspunkt för ställningstaganden skulle utredningen ha Socialstyrelsens kunskapsstöd och vi skulle under arbetet ta hänsyn till andra pågående processer, till exempel den pågående revideringen av WHO:s klassifikationssystem ICD.

I kapitel 3 redogjorde vi för utvecklingen på området mänskliga rättigheter från ett trans- och intersexperspektiv. I inledningen till kapitel 15 påminde vi om några av de dokument som är relevanta när det gäller den könsbekräftande vården respektive situationen för personer med intersexvariation. Här nämner vi bara ett par av dessa kort igen.

I juni 2017 kom den första rapporten från FN:s oberoende expert på området våld och diskriminering mot hbtqi-personer. Experten påpekar bland annat att det finns ett behov av att länders lagstiftning erkänner människors könsidentitet utan någon form av tvingande krav, som till exempel psykologiska utvärderingar och medicinska ingrepp. Andra identifierade problem som experten lyfter fram är svårigheter att få tillgång till önskad vård som till exempel hormonbehandling och byråkratiska hinder.

En resolution från Europarådets parlamentariska församling från 2015 fokuserar på transpersoners situation. I den uppmanades medlemsstaterna att utforska alternativa modeller för könsbekräftande vård, baserad på informerat samtycke.

Många aktörer inom mänskliga rättigheter har framfört att icke medicinskt nödvändiga kirurgiska ingrepp på barn med intersexvariation är problematiska. Åtta internationella auktoriteter inom mänskliga rättigheter (varav tre från FN, två från Europarådet och två från EU, samt en från Organization of American States) har hittills rekommenderat att stater ska reglera eller förbjuda onödiga ”normaliserande” behandlingar som den berörda personen inte haft möjlighet att samtycka till själv.

16.1 Kortare köer och en mer jämlik vård

I kapitel 15 redogjorde vi för flera av de utmaningar som finns inom den könsbekräftande vården i dag. Bland de problem som nämns oftast finns de långa köerna och ojämlikheten över landet.

16.1.1 En överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting

Förslag: Regeringen tar initiativ till att en överenskommelse med SKL ingås i syfte att göra den könsbekräftande vården mer jämlik över landet och säkra tillgång till könsbekräftande vård för alla som har behov av den oavsett till exempel ålder och könsidentitet.

Till överenskommelsen knyts ett belopp för fördelning mellan de olika teamen och specialläkare inom olika vårdområden. Fördelningen ska ske utifrån längden på köerna och teamens prestationer och justeras vid behov.

Informationen om erfarenheter av den könsbekräftande vården har vi fått in bland annat genom inskickade berättelser till vår webbplats, svar i enkätundersökningar och på communityforum, liksom från aktuell forskning.

Vi delade in de identifierade problemen i olika teman: att inte vilja söka sig till vården (på grund av till exempel rädsla för dåligt bemö-

tande); att inte få komma till den könsbekräftande vården (på grund av till exempel utebliven remiss); de långa väntetiderna; att det är svårt att få överblick över sin vård; att utsättas för kränkande frågor under sin utredning; att uppleva att man tvingas leva upp till en stereotyp bild av transpersoner; och att känna sig maktlös. Vi redogjorde också för en del skillnader som vi fått information om mellan olika team och olika professioner i samma team, bland annat när det gällde bemötande.

Vi redogjorde också för särskilda utmaningar som vi identifierat för unga personer, bland annat de olika principerna för tillgång till vård i de olika teamen; för situationen för personer med funktionsnedsättning och för personer utan uppehållstillstånd som söker sig till den könsbekräftande vården. Vi kunde också konstatera att självmedicinering av hormoner förekommer, bland annat på grund av de långa köerna.

Från teamens perspektiv finns också identifierade utmaningar. Särskilt nämns bristande resurser, utmaningar med kunskapsspridning, med styrning av verksamheten och att få gehör för verksamhetens behov. Utmaningar gällande samverkan med andra aktörer, men den egna kompetensen och relationen till patienterna nämndes också.

Utredningen har också kartlagt väntetider i de olika teamen, både vad gäller att få komma till ett första möte och väntetider mellan olika vårdinsatser efter diagnos. Vi har kunnat konstatera att dessa kraftigt skiljer sig åt mellan team, både beroende på olika arbetsmetoder och på vilka resurser som finns tillhanda.

Det har tydligt framkommit att väntetiderna är ett av både personerna som söker vården och av teamen identifierat stort problem. Det gäller både väntetiden för att få komma till utredning och väntetiden mellan olika vårdinsatser efter ställd diagnos. Dessa väntetider leder bland annat till att personer avstår från fertilitetsbevarande behandlingar som de skulle ha önskat genomföra, för att inte ytterligare förlänga väntetiden för att få tillgång till hormoner. Det är inte osannolikt att några av dessa personer, som i dag är unga och avstår dessa behandlingar, kommer att ångra sig i framtiden och då peka på att det var väntetiderna som var orsaken till att de inte genomförde några fertilitetsbevarande insatser.

För de som söker sig till vården är väntetiderna det problem, tillsammans med erfarenheter av dåligt bemötande och bristande infor-

mation, som nämns allra oftast – liksom kommentarer om att vården skiljer sig åt mellan olika platser i landet.

Från teamens sida är också väntetiderna ett högst påtagligt problem, som bland annat skapar merarbete för vissa delar av vården medan andra delar inväntas. Bland annat har utredningen fått beskrivet hur patienter behöver samtalsstöd under lång tid i väntan på endokrinologtid, för att inte utveckla svår psykisk ohälsa. Detta är enligt utredningens uppfattning inte kostnadseffektivt eller värdigt.

Utredningen menar också att det är ett problem att vården ser så pass olika ut över landet. Detta innebär att personer i liknande situation får vård på vissa platser, men inte på andra, enbart beroende på var de bor. Bland annat har utredningen uppmärksammat på att möjligheterna för minderåriga icke-binära personer att få vård skiljer sig åt.

Genomförda och redan beslutade förändringar

Utmaningarna med att göra den könsbekräftande vården mer jämlik har redan varit föremål för ett flertal åtgärder. I budgetpropositionen för budgetåret 2013 (prop. 2012/13:1) beviljades 23 miljoner kronor för att minska regionala skillnader mellan behandlingsteam över en treårsperiod, parallellt med att Socialstyrelsen fick i uppdrag att ta fram kunskapsstöden, som sedan publicerades 2015. Under 2016 gjorde Socialstyrelsen en mindre uppföljning av hur kunskapsstöden används. Uppföljningen bestod av intervjuer med landets utredningsteam. Undersökningen visade att utredningsteamet känner till kunskapsstöden och att det används som en vägledning i verksamheten. Socialstyrelsen konstaterar dock i sin årsrapport för verksamhetsåret 2016 att kunskapen om stöden behöver nå ut bredare till andra verksamheter i landet. Socialstyrelsen konstaterar i samma rapport också att vården för transpersoner är ojämlig vad gäller tillgång till och prioritering av barn- och ungdomsteam, psykosocialt stöd, hjälpmedel, hårborttagning samt fertilitetsbevarande åtgärder, trots kunskapsstödens existens.

Som vi också redogjort för har även Svensk förening för transsexuell hälsa, SFTH, påpekat problemen med den ojämliga vården i ett par skrivelser.

Ett arbete med ett nationellt kvalitetsregister har nyligen inletts. Detta är ett arbete som utredningen bedömer kan få stor positiv inverkan på vården på sikt och som vi hoppas fortsatt ska få finansiering, till exempel genom vårt förslag om en överenskommelse.

Utredningen välkomnar också att Socialstyrelsen under 2018 planerar att uppdatera kunskapsstöden för den könsbekräftande vården och förutsätter att bland annat resultaten från den här utredningen kommer att ligga till grund för uppdateringen.

Parallellt med den här utredningens arbete har också två kompletterande utredningar till SOU 2014:91 arbetat med förändringar av könstillhörighetslagen, bland annat med separationen av de medicinska och juridiska processerna. Resultatet av dessa utredningar är i nuläget okänt för utredningen, men vår förhoppning är att förslagen från SOU 2014:91 i huvudsak kommer att kvarstå så att ändring av juridiskt kön blir en enkel administrativ ansökan, tillgänglig också för personer under 18 år.

Vad gäller behovet av tillstånd för ingrepp i könsorganen är detta något som ligger utanför utredningens uppdrag att bedöma nödvändigheten av, men vi kan konstatera att ett flertal representanter från den medicinska professionen har framfört att de anser att kravet är onödigt och att de hoppas att förslaget ska bli att det försvinner. Det är ju inte heller vanligt förekommande att tillgång till vård regleras i lag, utan det brukar vara upp till varje behandlande läkare i samråd med patienten att bedöma behovet av en viss insats.

Utredningen ser positivt på alla dessa genomförda och planerade förändringar, men som vi redogjort för i vårt betänkande kvarstår en hel del utmaningar när det gäller den könsbekräftande vården och det är uppenbart att förändringsarbetet ännu inte har varit tillräckligt.

Baserat på våra egna resultat, Socialstyrelsens uppföljning och SFTH:s iakttagelser är utredningens slutsats att det krävs ytterligare åtgärder för att säkerställa en jämlik tillgång till könsbekräftande vård i hela landet, oavsett till exempel ålder och könsidentitet. Dessutom är de långa väntetiderna ett stort och växande problem till följd av ett ökat behov av könsbekräftande vård. Dessa kräver också enligt utredningens uppfattning att åtgärder vidtas.

En överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting för att minska skillnaderna över landet och göra vården mer jämlik

Utredningens förslag syftar till att göra vården mer jämlik över landet och att öka resurserna till vården för att korta väntetiderna. Vi har övervägt olika förslag till lösningar, och bland annat diskuterat möjligheten med ett standardiserat vårdförlopp, men landat i att en överenskommelse mellan staten och SKL, Sveriges Kommuner och Landsting skulle vara det mest effektiva.

Till överenskommelsen ska ett statsbidrag knytas, för fördelning mellan de olika teamen och de läkare med olika specialistkompetenser som teamen samarbetar med, till exempel endokrinologer. Fördelningen av medel görs lämpligen med någon form av fördelningsnyckel som baseras på längden på köerna och de olika teamens prestationer, till exempel förmåga att använda resurserna på ett effektivt sätt. Utredningen föreslår inget ansökningsförfarande, i syfte att inte öka den administrativa bördan. Regionen och landstingen ska fördela pengarna till den delen av vården där den bäst behövs. Om köerna till exempelvis endokrinologerna är längst och tillgång finns till endokrinolog, ska resurserna läggas där.

Utredningen är medveten om att det ibland kan råda brist på läkare med en viss specialistkompetens och att köerna då inte omedelbart kommer att kunna minska bara för att resurser tillförs. Det är dock vår förhoppning att ett tillskott av pengar till exempel skulle kunna möjliggöra till exempel tid till samordning och andra resursbesparande insatser, så att köerna ändå på sikt kan minska.

I utredningens direktiv ingick att föreslå insatser för att öka välbefinnandet hos dem som väntar på vård och behandling. Vi menar nu att resurser snarare ska läggas på att korta kötiderna. Oavsett vilken åtgärd som väljs, att korta köerna eller förbättra för dem som står i kö, kommer det att innebära en kostnad.

Vad ska ingå i överenskommelsen?

Det ligger utanför utredningens uppdrag att föreslå den exakta utformningen av uppdraget, men vi anser att det är Socialstyrelsens kunskapsstöd som ska vara grunden för vad som ska ingå. Överenskommelsen ska syfta till att säkerställa att tiden från primärvård

till specialiserad könsbekräftande vård ska minska, regionala skillnader ska minska och väntetiderna ska minska.

Några delar som skulle kunna ingå är:

- hur statsbidraget ska fördelas;
- hur landstingen ska kunna säkerställa att det finns en samsyn gällande principer för remittering, hormonbehandling, röstbehandling, fertilitetsbevarande åtgärder, hårborttagning, hjälpmedel och eftervård;
- på vilket sätt samverkan ska ske mellan centrala aktörer inom den könsbekräftande vården;
- hur Socialstyrelsens kunskapsstöd systematiskt kan spridas;
- hur arbetet med det nationella kvalitetsregistret kan fortsätta.

Utredningen har under arbetet med utformningen av förslagen särskilt inspirerats av två skrifter: Socialstyrelsens förslag om organisering av transpersoners vård från 2010 som återfinns i utredningen *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar – Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd* och *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11), vilka vi redogjorde för i kapitel 15.

I Socialstyrelsens utredning föreslogs bland annat att det skulle tas initiativ till samråd med SKL för att få till stånd tre till fem regionala team; att dessa team skulle finansieras med särskilda medel, och att de skulle ha tydliga huvudmän med ansvar för att utveckla vårdkedjan och förkorta väntetiden vid utredning och behandling. Medan vi nu kan konstatera att några av dessa insatser har genomförts, finns andra som återstår.

Året innan Socialstyrelsens utredning var klar presenterades betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11). Där föreslogs ett brett antal åtgärder för att förbättra cancervården i Sverige. I strategin läggs vikt vid allt ifrån förebyggande åtgärder till nationell samordning av strategins åtgärder. Konsekvensen av strategin är att regeringen har använt flera olika verktyg i syfte att nå strategins mål, vilket kan exemplifieras på följande sätt: Regeringen har ingått flera överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i syfte att stärka samordningen och kontinuiteten i cancervården och minska regionala skillnader (prop. 2016/17:1);

500 miljoner kronor per år 2015–2018 avsätts för att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna; ett standardiserat vårdförlopp har införts, vilket ska bidra till att minska väntetiderna i vården från det att misstanke om cancer uppstår till det att vård och behandling ges; i syfte att skapa en mer sammanhållen cancervård har sex regionala cancercentrum (RCC) etablerats. De regionala cancercentren får ansöka om särskilda bidrag som fördelas av Socialstyrelsen till sin verksamhet; viss avancerad cancervård koncentreras till ett mindre antal sjukhus.

Organiseringen av cancervården är på många områden lik den av Socialstyrelsens föreslagna organiseringen av vården för transpersoner, om än i större skala. Utredningen vill nämna båda dessa som möjliga utgångspunkter för en kommande överenskommelse.

I överenskommelsen ska också ingå samverkan, kunskapsspridning, erfarenhetsutbyte och kompetenshöjande insatser bland centrala aktörer inom den könsbekräftande vården och inom primärvården. Detta ska inkludera insatser för systematisk spridning av Socialstyrelsens framtagna och under 2018 uppdaterade kunskapsstöd, gärna i samverkan med Svensk förening för transsexuell hälsa. Utredningen vill också påpeka vikten av att organisationer som representerar personer som är i behov av den könsbekräftande vården också involveras i arbetet med spridningen och erfarenhetsutbytet. Som jämförelse kan nämnas den europeiska organisationen EPATH, European Professional Association for Transgender Health, som på sina konferenser välkomnar såväl representanter för professionen som forskare, organisationer och enskilda aktivister.

I det pågående arbetet med kvalitetsregistret för den könsbekräftande vården, som leds av teamet i Alingsås, Lundströmmottagningen, har också en representant för personer som är i behov av den könsbekräftande vården ingått. Utredningen ser gärna att arbetet med kvalitetsregistret ingår i överenskommelsen och att den framtida finansieringen på så sätt säkras.

Till utredningen har också, av representanter för Svensk förening för transsexuell hälsa, SFTH, lyfts att den nuvarande utvecklingen, där fler team bildas, och några team också använder sig av ”satellit-mottagningar” där en första bedömning görs, skulle behöva följas, för att säkerställa att kvaliteten inte försämras. Utredningen delar denna bedömning och hoppas att ett sådant arbete också skulle kunna vara en del av överenskommelsen.

Förslaget ekonomiska konsekvenser

Till överenskommelsen ska ett statsbidrag knytas. Den exakta användningen av bidraget måste beslutas i samband med att överenskommelsen utformas. Behovet av särskilt anslagna medel kommer sannolikt att vara extra stort under de närmaste åren, på grund av de nu långa köerna, som beror på en stor ökning av personer med behov av vården under kort tid.

Dessutom kommer den kommande förändringen av ICD föranleda ett behov av extra vaksamhet när det gäller finansieringen av vården generellt. I nuläget uppger många av teamen att deras finansiering kommer från psykiatrins budget, och att det inte finns särskilda medel anslagna för till exempel kirurgi eller hormonbehandling. När diagnoskoderna som berör den könsbekräftande vården förmodligen flyttas från psykiatridelen finns därmed ett behov av att bevaka att resurserna förläggs någon annanstans och inte försvinner.

I nästa kapitel om konsekvensbeskrivningar beskriver vi de ekonomiska konsekvenserna mer ingående, men vi menar att en storlek på runt 80 miljoner kronor över tre år är rimligt.

16.2 Ytterligare tankar kring framtida förändringar

Under utredningens arbete har många personer med egna erfarenheter av den könsbekräftande vården, liksom läkare och andra aktörer framfört tankar om förändringar de önskar se inom den könsbekräftande vården. Vi återger några av dessa här.

16.2.1 Tillgängligare information och vård

Bedömning: Utredningen har fått ta del av synpunkter på hur den könsbekräftande vården kan förbättras från många olika aktörer. Det är utredningens bedömning att det vore gynnsamt om dessa åtgärder också kunde tas i beaktande när den könsbekräftande vården fortsätter att förbättras.

Från RFSL:s projekt Funkisprojektet framfördes att det finns ett behov av information om den könsbekräftande vården på lättläst svenska, teckenspråk och läsbar med skärmläsarverktyg.

Det kan också behövas kompetenshöjande insatser av teamen som arbetar med den könsbekräftande vården, för att säkerställa att det finns tillräcklig kunskap om behov kopplat till kognitiva/intellektuella funktionsnedsättningar så att personer med dessa funktionsnedsättningar inte hindras från att ta del av könsbekräftande vård.

Från bland andra RFSU Ungdom har framförts att informationen om mottagningarna/teamen måste bli lättare att hitta på sjukhusens hemsidor. Alla sökord som personer som försöker hitta vården använder måste läggas in för att förenkla möjligheterna att hitta informationen.

Telefontiderna borde bli bättre, och möjligheten att ta kontakt via mejl eller chatt borde undersökas.

Information borde också finnas på fler språk, åtminstone engelska. Information som personer får vid möten med utredningsteam borde skickas med på papper, och också mailas ut i format som är kompatibla med uppläsningsverktyg.

Tydlig, tillgänglig och korrekt information till remitterter för att stödet från mottagningen på hemorten ska bli så bra som möjligt.

Tydlig information om olika moment i utredningen, information om hur olika typer av behandling kan påverka sexuell lust, möjligheter att ha sex och fertilitet. Erbjudande om att spara könsceller och information om olika genetiska och juridiska möjligheter att bli förälder måste ges till alla. I nuläget står det bara med i kunskapsstödet för unga, det borde också finnas i det för vuxna.

Information borde finnas hos varje team om hur asylsökande och papperslösa kan göra. Dessa borde tas emot och en individuell bedömning göras i varje fall huruvida könsbekräftande vård är vård som inte kan anstå i det individuella fallet. Migrationsverket och boenden bör få information om vad som gäller för att få tillgång till könsbekräftande vård.

Bättre tillgång till vissa vårdinsatser och utökat samarbete

Utredningen har haft flera samtal med representanter för den könsbekräftande vården gällande möjligheterna till utökat nordiskt samarbete gällande till exempel genitalkirurgi och feminiserande ansiktskirurgi för att säkerställa bästa möjliga resultat, såväl nu som på

längre sikt. Till utredningen har framförts att Sverige i nuläget ligger i framkant vad gäller operationsresultat, men att det samtidigt naturligtvis aldrig kan uteslutas att en bättre metod för någon operation utvecklas i ett annat land. Utredningen är medvetna om att utbyte redan sker och vill framhålla att detta är något positivt, som om det är möjligt och bedöms gynnsamt skulle kunna utvecklas.

Ett ofta framfört önskemål är att riktlinjer för BMI (maxvikt för olika typer av behandlingsinsatser) i den könsbekräftande vården borde ses över. Till utredningen har bland annat framförts att det för vissa personer kommer att bli mycket svårt att kunna uppfylla viktkraven och om valet då står mellan att aldrig få tillgång till en viss operation, eller att får göra en operation utan att resultatet blir det allra bästa, kan några personer vilja välja att få tillgång till operationen. Utredningen är medveten om att det ibland kan vara fråga om gränser som är nödvändiga av hälsoskäl och har naturligtvis inga synpunkter på dessa gränser.

Utredningen har också ofta fått önskemål om utökade möjligheter till feminiserande ansiktskirurgi och har förhoppningen att detta ska kunna vara vård som erbjuds framöver.

En fråga som också ofta lyfts med utredningen från patienthåll är frågan om så kallat ”informerat samtycke”, det vill säga att till exempel hormonbehandling erbjuds utan någon utredning. Till viss del skulle satsningen med vård för ickebinära som bedrivs vid Anova i Stockholm kunna ses som baserat på informerat samtycke. Det nya initiativet från föreningen Transhälsa är också ett exempel.

Rekommendationer från forskning

Som vi redogjorde för i kapitlet om den könsbekräftande vården har några forskare som studerat patienters upplevelse av vården själv lämnat några rekommendationer för förändring. Här återger vi några av dessa, som utredningen menar är extra intressanta för den fortsatta utvecklingen av vården, i förkortad form med den terminologi som forskarna själva använder.

Repka & Repka (2013) rekommenderar ökat inflytande för brukaren, till exempel på så sätt att vården utvärderas tillsammans med brukarna för att se om den uppfyller dessas behov. Vården borde utgå från informerat samtycke och ha fokus på skademinimering om brukaren ägnar sig åt självmedicinering. Tillgång till vård borde förbättras.

von Vogelsang et al. (2016) menar att utbildning om hbtq-frågor borde ingå i läroplanen för vårdutbildningar, och vårdgivare borde vara medvetna om hur deras egna attityder påverkar vården.

Linander et al. (2017a) rekommenderar att alla team ska acceptera egenremiss, att vårdtagarna ska kunna ge feedback och att resurser för att minska väntetiderna och förbättra tillgång till stöd och uppföljning borde tillföras. Utredningen borde fokusera på att ge vårdtagare stöd i att ta välinformerade beslut under den könsbekräftande behandlingen.

Linander et al. (2017b) rekommenderar särskilt vad gäller ickebinära att vårdgivare behöver motverka könsbinärt tänkande och se till så att vården utgår från patienten och dennas individuella behov, samt Socialstyrelsens kunskapsstöd behöver implementeras bättre för att säkerställa tillgång till vård för ickebinära över hela landet.

16.3 Insatser för att förbättra livskvaliteten för personer med intersexvariation

I kapitel 15 redogjorde vi för situationen för personer med intersexvariation, samt för uppfattningen om vad som borde göras från ett flertal organisationer som är verksamma på området. Baserat på detta lämnar vi här några förslag på området.

16.3.1 Utredning om lagstiftning mot ingrepp och åtgärder för förbättrad vård för alla med intersexvariation

Förslag: Regeringen tillsätter en utredning med uppgift att förutslagslöst utreda frågan om lagstiftning eller andra åtgärder gällande kirurgiska och andra ingrepp på personer som föds med intersexvariationer.

Socialstyrelsen ges ett uppdrag att utreda möjligheten att säkra patientens rätt till information om den egna medicinska historien.

Socialstyrelsen ges ett uppdrag att, i samarbete med organisationer som företräder berörda personer, ta fram ett kunskapsstöd för vården av personer som föds med personer med intersexvariationer. Arbetet kan inledas med att göra en kartläggning och ska komplettera den tidigare gjorda kartläggningen.

Det är enligt utredningen tydligt att rättigheter för personer med intersexvariationer, och dessas levnadsvillkor, till stor del fortfarande är ett område där mycket kunskap saknas. Utredningen har tagit del av några av resultaten av den stora europeiska studien dsdLIFE, vilket vi redogjorde för i kapitel 15 och vi har också träffat representanter för några av de organisationer som arbetar för rättigheter för personer med intersexvariation samt tagit del av en del av den forskning som finns på området.

Det är uppenbart att de olika organisationer som är engagerade på området har mycket olika uppfattningar vad gäller vilka åtgärder som vore mest gynnsamma. De olika uppfattningarna rör framför allt frågan om huruvida det vore en bra idé att lagstifta inom området för att på så sätt förhindra ingrepp som inte kan definieras som medicinskt nödvändiga på spädbarn och små barn. Ett litet antal länder har introducerat sådan lagstiftning, och som vi redogjorde för i kapitel 3 har under senare år allt fler aktörer på mänskliga rättigheterområdet uttalat att ingrepp som inte är medicinskt nödvändiga på personer som inte gett sitt samtycke borde upphöra och stater borde lagstifta för att säkerställa att så sker. Det vore för Sveriges del därför värdefullt att förutsättningslöst utreda frågan om en sådan lagstiftning, eller andra åtgärder, skulle kunna förbättra situationen för personer med intersexvariationer.

Gällande rätten till information om den egna medicinska historien råder ingen konflikt mellan de olika organisationer som arbetar för rättigheter för personer med intersexvariationer, och det vore ett sätt att stärka individens kunskap om den egna kroppen. Ett uppdrag borde därför ges till Socialstyrelsen att utreda hur denna rättighet kan realiseras.

Mycket värdefullt vore också att arbeta för att säkerställa att den vård som ges till personer med intersexvariationer är likvärdig över landet och inte till exempel är beroende av enskilda läkares bedömning eller föräldrars önskemål. Socialstyrelsen borde därför få i uppdrag att arbeta fram ett liknande kunskapsstöd som det som tagits fram för vård vid könsdysfori för att all berörd vårdpersonal ska få kännedom om de åtgärder som rekommenderas.

För de grupper inom gruppen personer med intersexvariation där mycket bristande översyn och kunskap finns om hur vården bedrivs i nuläget, rekommenderar vi att arbetet inleds med att göra en kartläggning över detta. En sådan kartläggning ska komplettera det arbe-

te som redovisades tidigare under år 2017 och framför allt behandlade frågan om vård av spädbarn.

Utredningen har kunnat konstatera att det för vissa grupper inom gruppen personer med intersexvariation finns vårdprogram, medan det för andra inte finns det. Bland de berörda patientgrupperna som vi varit i kontakt med finns önskemål bland annat om att vårdens kompetens ska öka, så att alla som är i behov av vårdinsatser ska få tillgång till dem så tidigt som möjligt i livet, och att tillgång till olika sorters vård, inklusive fertilitetsvård ska finnas för dem som behöver det senare i livet.

För att säkerställa att kartläggningar och kunskapsstöden blir av så hög kvalitet som möjligt, är det utredningens uppfattning att de ska utvecklas i samarbete med organisationer som företräder de berörda personerna, på samma sätt som gjordes med utvecklingen av kunskapsstöden för den könsbekräftande vården.

17 Konsekvensbeskrivningar

I utredningens uppdrag ingår att beskriva konsekvenserna av lämnade förslag i enlighet med 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474)¹. Därutöver anges särskilt i utredningens direktiv (dir. 2016:102) att förslagen ska kostnadsberäknas och att det ska lämnas förslag till finansiering inom befintliga utgiftsramar. Utredningen ska även redovisa konsekvensbeskrivningar för hur de förslag som lämnas förhåller sig till den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna samt Sveriges övriga internationella åtaganden om mänskliga rättigheter. Konsekvensbeskrivningen ska även beakta ett barnrättsperspektiv så som det kommer till uttryck i FN:s konvention om barnets rättigheter samt ett ungdomsperspektiv.

17.1 Konsekvenser för kommuner och landsting – den kommunala självstyrelsen och finansieringsprincipen

Om förslagen i ett betänkande har betydelse för den kommunala självstyrelsen ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet. Om det ska ske en inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör det enligt proportionalitetsprincipen inte gå utöver vad

¹ Om förslagen i ett betänkande har betydelse för den kommunala självstyrelsen, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företag, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Detaljerad information om vad de olika delarna ska innehålla specificeras ytterligare i Kommittéhandboken (Ds 2000:1). Utredningen har i konsekvensbeskrivningen utgått från Kommittéhandbokens olika checklistor för relevanta områden att konsekvensbeskriva.

som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett inskränkningen (14 kap. 3 § regeringsformen). Principen om proportionalitet kräver att det ska prövas om skälen för lagstiftning motiverar eventuella inskränkningar i den kommunala självstyrelsen som förslaget eller regleringen kan innebära. Utredningen föreslår inga författningsändringar eller förslag som påverkar den kommunala självstyrelsen.

Ytterligare en princip är finansieringsprincipen som innebär att staten inte bör ge kommuner och landsting nya uppgifter utan att de samtidigt får möjlighet att finansiera detta genom andra medel än höjda skatter. Principen ska tillämpas när kommuner/landsting får nya obligatoriska uppgifter, om frivilliga uppgifter görs obligatoriska eller om ambitionsnivåerna för befintliga uppgifter höjs. Den praktiska konsekvensen av principen är alltså att kommuner/landsting ska kompenseras ekonomiskt i sådana situationer.

17.1.1 Förslag som berör kommuner och landsting

Den kommunala finansieringsprincipen innebär att kommunsektorn ska ersättas om kommuner och landsting åläggs obligatoriska åtgärder. Våra förslag har inte den karaktären utan bör ses som rekommendationer och det blir därmed upp till varje huvudman att avgöra om våra förslag är lämpliga att implementera. Främst rör våra förslag metodfrågor som kan handla om att arbeta på ett annat sätt eller om omprioriteringar vilket bör kunna göras inom givna budgetramar. I det fall det därutöver rör sig om en ambitionshöjning föreslår utredningen att regeringen ska stödja detta ekonomiskt, vilket då bör ske i samråd mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

17.1.2 Förslag som berör vissa landsting

Förslagen som rör den könsbekräftande vården syftar till att bidra till en mer jämlik, enhetlig och kvalitativ vård över hela landet och berör huvudmännen för landets olika utredningsteam. Utredningen föreslår att regeringen tar initiativ till att en överenskommelse med SKL ingås i syfte att göra den könsbekräftande vården mer jämlik över landet och säkra tillgång till vård för alla som har behov av den

oavsett till exempel ålder och könsidentitet. Förslagen innebär ingen förändring i uppgiftsfördelningen mellan staten och berörda landsting per se. Däremot syftar förslagen till att skapa en bättre samordning landstingen och staten emellan samt att åtgärder vidtas i syfte att etablera en samsyn avseende vissa delar av den könsbekräftande vården. I fall där någon förflyttning av uppgifter sker ska detta naturligtvis ske i samförstånd och regleras i den överenskommelse som föreslås.

Om de mål utredningen har definierat ska uppnås krävs extra resurser, både avseende personal och ekonomiskt stöd. Även om våra förslag inte är tvingande för landstingen innebär de en ambitionshöjning som kräver utökade resurser om huvudmännen väljer att implementera dem. Utredningen föreslår därför att det till överenskommelsen ska övervägas ett riktat statsbidrag. Vi diskuterar förslagets ekonomiska konsekvenser nedan under avsnitt 17.2 Konsekvenser för statens finanser.

17.2 Konsekvenser för statens finanser

Enligt utredningens direktiv (dir. 2016:102) ska förslagen kostnadsberäknas och att det ska lämnas förslag till finansiering inom befintliga utgiftsramar. Vi kommer nu att kortfattat redogöra för de av våra förslag som kan bedömas som i behov av särskild finansiering. Det bör understrykas att det inte förväntas att samtliga uppdrag ska genomföras vid ett och samma tillfälle.

17.2.1 Den könsbekräftande vården

Av utredningens förslag är det förslaget om en överenskommelse mellan regeringen och SKL avseende den könsbekräftande vården som är det mest kostnadsbetungande. Utredningen föreslår att det till överenskommelsen ska knytas ett statsbidrag. Den exakta användningen av bidraget måste beslutas i samband med att överenskommelsen utformas, men det är utredningens uppfattning att en del av pengarna ska gå till de olika teamen, och att möjliggöra stöd till specialistläkare som teamen remitterar färdigutredda personer till, till exempel endokrinologer. Behovet av särskilt anslagna medel kommer sannolikt att vara extra stort under de närmaste åren, på grund

av de nu långa köerna, som beror på en stor ökning av personer med behov av vården under kort tid. Dessutom kommer den kommande förändringen av ICD att föranleda ett behov av extra vaksamhet när det gäller finansieringen av vården generellt. I budgetpropositionen för 2013 (prop. 2012/13:1) anslogs 23 miljoner kronor över tre år för att Socialstyrelsen skulle ta fram och implementera ett kunskapsstöd till vården samt för att åtgärder skulle vidtas för att minska regionala skillnader mellan utrednings- och behandlingsteam. I och med att utredningens förslag innehåller fler insatser än vad som ingick i dessa tidigare anslagna medel (7,6 miljoner kronor per år över en treårsperiod) är det utredningens bedömning att bidraget borde vara av en betydligt större storlek. Utredningen har haft en dialog med Socialstyrelsen och andra berörda aktörer så som behandlings- och utredningsteam. Vår bedömning är att det som ett första steg bör anslås 80 miljoner kronor över en treårsperiod (26,6 miljoner kronor årligen). Utredningen utesluter inte att bidraget kan vara ett temporärt omställningsbidrag där det stegvis trappas ner. Utredningen anser dock att en permanent statsbidragsordning vore det mest önskvärda.

17.2.2 Ökningar i befintliga statsbidrag

Statsbidrag för stöd till organisationer som erbjuder brottsofferstöd till hbtq-personer

Under 2017 fördelade Socialstyrelsen 2 miljoner kronor till brottsofferverksamhet riktad till hbtq-personer. Utredningen föreslår att statsbidraget höjs till 5 miljoner kronor per år och att det regleras i förordning. Utredningen föreslår också att bidrag kan ges över en femårsperiod för att säkerställa långsiktighet.

Statsbidrag till hbtq-organisationer

Utredningen föreslår att statsbidraget till hbtq-organisationer ska höjas. För 2017 fördelades totalt 9 298 000 kronor i statsbidrag till hbtq-organisationer av MUCF. Utredningen anser att anslaget borde höjas till åtminstone 12 miljoner kronor årligen för att säkerställa förutsättningarna för ett starkt civilsamhälle. Med allt fler sökande

organisationer urholkas bidraget för dom enskilda organisationerna om summan inte ökar.

Statsbidrag till insatser inom det suicidpreventiva arbetet

Folkhälsomyndigheten fördelade under 2017 14 miljoner kronor till organisationer för verksamhet inom det suicidpreventiva arbetet. Utredningen föreslår att statsbidraget permanentas och höjs. Utredningen har inte gjort något definitivt behovsanalys och föreslår därför ingen exakt summa.

Införandet av nya statsbidrag

Förutom statsbidraget avseende den könsbekräftande vården föreslår utredningen att det ska införas två nya statsbidrag. Det ena statsbidraget syftar till att bidrag ska kunna ges till utvecklingsprojekt vars ändamål är att skapa trygga och transinkluderande offentliga rum. Det andra förslaget är att MUCF får projektmedel att fördela till aktörer som möjliggör mötesplatser och verksamheter för transpersoner och personer med intersexvariationer. Utredningen har inte gjort någon särskild bedömning av hur stora anslagen ska vara.

Uppdrag till myndigheter

Av utredningens förslag är många särskilda uppdrag till myndigheter. Utredningen anser att flera av förslagen borde kunna ingå i myndigheternas befintliga budgetramar. I de fall där särskilda uppdrag ges och särskild finansiering behövs, är det utredningens bedömning att en analys av berörda myndigheters eventuella behov av extra resurser måste göras från fall till fall och att en dialog måste ske med berörd myndighet. Flera av uppdragen är av mindre karaktär och borde därför kunna finansieras genom mindre ekonomiska tillskott på 1–2 miljoner kronor vardera.

Utredningen föreslår dock ett utökat ansvar för den nya Jämställdhetsmyndigheten, vilket innebär ett behov av öronmärkta bidrag för detta ändamål. Storleken på anslaget ska bedömas efter samråd med myndigheten.

17.3 Konsekvenser för brottsligheten

Om förslagen har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet ska utredningen ange förslagets konsekvenser. Utredningen presenterar i detta betänkande tre förslag som rör arbetet med hatbrott, hedersrelaterade brott samt våld i nära relationer.

Utredningen lägger inga författningsförslag som exempelvis bidrar till att öka eller begränsa antalet kriminaliserade handlingar. Huruvida antalet brottstillfällen och antalet gärningsmän kommer påverkas av utredningens förslag i övrigt är svårt att bedöma.

Polisens förmåga att hantera brott med hatmotiv är centralt om gällande lagstiftning och eventuell framtida lagstiftning ska ha en reell och långsiktig effekt på brottsligheten. Vi föreslår därför kunskapshöjande insatser inom Polisen. Det är utredningens uppfattning att ett uppdrag om kunskapshöjande insatser ska skrivas in i regleringsbrevet, men att uppdraget ska finansieras inom ramen för Polismyndighetens befintliga budget. Utredningen föreslår även att det ska säkerställas en långsiktig grundfinansiering av den stödverksamhet aktörer inom civila samhället bedriver riktad till hbtq-personer utsatta för brott. Konsekvensen av utredningens förslag är att civila samhällets organisationer ges förutsättningar att bedriva en icke-öronmärkt grundfinansiering.

Polisen är en central aktör i det brottsförebyggande arbetet. En konsekvens av utredningens förslag är att Polismyndigheten blir en strategisk myndighet i arbetet med regeringens Hbt-strategi, vilken utredningen föreslår ska omarbetas till en Hbtqi-handlingsplan. Förslaget ämnar bidra till att Polisen i större grad blir delaktiga i de insatser som genomförs på hbtqi-området. Sammantaget bör utredningens förslag leda till ökad trygghet för hbtqi-personer som brottsoffer och stärka Polisens brottsförebyggande arbete.

17.4 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet

Om förslagen i ett betänkande har betydelse för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet.

Utredningen har inga skarpa förslag som kommer ha någon större inverkan på landets sysselsättning. Utredningen har dock flera förslag som kan bidra till vissa förändringar på arbetsmarknaden. Aktiva åtgärder omfattar alla diskrimineringsgrunder som anges i diskrimineringslagen, vilket inkluderar könsöverskridande identitet eller uttryck. Genom en uppföljning av arbetsgivares implementering av aktiva åtgärder och en sammanställning av goda exempel, vilket utredningen föreslår ska genomföras av Diskrimineringsombudsmannen, kommer arbetsgivare erhålla verktyg som kan bidra till att åtgärder vidtas i syfte att skapa öppna och inkluderande arbetsplatser. Utredningen föreslår även att hbtqi-personers situation på arbetsmarknaden ska belysas bland annat genom utvärdering av befintlig kunskap. Sammantaget syftar förslagen till framtagandet av mer kunskap och ett mer öppet och inkluderande arbetsliv.

17.5 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

Om förslagen i ett betänkande har betydelse för jämställdheten mellan kvinnor och män ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet. I kapitel 4 gör utredningen en analys av de jämställdhetspolitiska målen ur ett transperspektiv och problematiserar dessa i relation till utredningens direktiv.

Det jämställdhetspolitiska perspektiv som utredningen har lagt till grund för arbetet är bredare än att bara avse jämställdhet mellan kvinnor och män. Ett uppenbart problem är den binära syn på kön som ligger till grund för jämställdhetspolitiken. Konsekvensen av en könsbinär jämställdhetspolitik är att en grupp som denna utredning bland annat har att belysa situationen för, ickebinära personer, utesluts. Därför konsekvensbeskriver utredningen i stället förslagen ur ett ickebinärt jämställdhetsperspektiv.

Kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sitt eget liv: Utifrån den grundsyn på jämställdhet som utredningen har är ett mer lämpligt övergripande mål för jämställdhetspolitiken att ”Kvinnor och män, alla oavsett kön, ska ha samma makt att forma samhället och sitt eget liv”. Transpersoners erfarenheter av könad ojämlikhet måste speglas i målformuleringarna och normer, kön och makt måste stå i centrum. En ny skrivning av jämställdhetspolitikens övergripande mål vore i enlighet med utredningens förslag om att regeringen bör tillsätta en utredning i syfte att införa möjligheten till ett tredje juridiskt kön i Sverige. Konsekvensen av att införa ett tredje juridiskt kön är att det på lång sikt kommer finnas fler juridiska köns kategorier än kvinna och man vilket kommer att få praktiska konsekvenser för förvaltning och administration. Det är även en förändring som måste spegla de åtaganden som genomförs i syfte att skapa förutsättningar för att alla, oavsett kön, ska kunna erhålla makt att forma samhället och sitt eget liv.

Ett andra område av mer övergripande karaktär berör implementeringen och organiseringen av jämställdhets- och hbtqi-arbetet. Vi anser att hbtqi-arbetet ska konkretiseras i en handlingsplan med tydliga mål och en budget. Arbetet ska samordnas av en myndighet där jämställdhets- och hbtqi-arbetet är integrerat. Utredningen föreslår att Jämställdhetsmyndigheten får det samordnande ansvaret. De utmaningar som finns för jämställdhetsarbetet har mycket stora likheter med utmaningarna vad gäller arbetet för lika rättigheter för transpersoner och personer med intersexvariation. Konsekvensen av utredningens förslag är att Jämställdhetsmyndigheten kommer ansvara för alla frågor som rör kön, könsidentitet, könsuttryck, sexualitet, sexuell läggning och könskaraktäristika.

17.6 Konsekvenser för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen

Om förslagen i ett betänkande har betydelse för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet. Utredningen lägger flera förslag som berör det integrationspolitiska området. Utredningens förslag avser att höja den rättsliga kvaliteten i asylärenden som rör hbtqi-personer och värna deras möjligheter till ett tryggt boende, minska hbtqi-personers

problem avseende identitetshandlingar (LMA-kort) och registrering av kön vid asylprövningarna. Förslagets konsekvenser är att Migrationsverkets prövningar av hbtqi-personers asylansökningar utvärderas regelbundet, att kvaliteten ökar och att hbtqi-personer därigenom får en mer rättssäker prövning av sin ansökan. Ytterligare en konsekvens av utredningens förslag är att hbtqi-personers könsidentitet registreras utifrån självidentifikation och att utformningen av LMA-korten förändras, vilket kommer att underlätta för många hbtqi-personer i deras vardag, men även i möte med myndigheter i Sverige. Sammantaget bedömer utredningen att förslagen kan leda till att hbtqi-personer som får stanna i Sverige får stärkt förtroende för samhällets institutioner och därmed bättre möjligheter att i förlängningen delta i samhällslivet.

I del 2, kapitel 15, Den könsbekräftande vården diskuterar utredningen de av Socialstyrelsen framtagna kunskapsstöden, *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori* och *God vård av vuxna med könsdysfori*. I kunskapsstöden diskuteras särskilt utsatta grupper, exempelvis asylsökande och papperslösa personer. Asylsökande och papperslösa personer under 18 år ska erbjudas hälso- och sjukvård i samma omfattning som de som är folkbokförda i Sverige. Utredningsteamet uppger dock till oss att de i varierande grad erbjuder vård till asylsökande och papperslösa personer. Konsekvensen av den överenskommelse mellan regeringen och SKL som utredningen föreslår avseende den könsbekräftande vården är att tillgången till vården för asylsökande och papperslösa blir mer jämlik.

17.7 Övriga konsekvensbeskrivningar enligt utredningens direktiv (dir. 2016:102)

Utredningen ska redovisa konsekvensbeskrivningar gällande hur de förslag som lämnas förhåller sig till den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna samt Sveriges övriga internationella åtaganden om mänskliga rättigheter. Konsekvensbeskrivningen ska även beakta ett barnrättsperspektiv så som det kommer till uttryck i FN:s konvention om barnets rättigheter samt ett ungdomsperspektiv.

Konventioner om de mänskliga rättigheterna och övriga åtaganden

Enligt Europakonventionens artikel 3 och artikel 5 i FN:s *Allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna* ska ingen utsättas för tortyr, omänsklig, förnedrande behandling eller bestraffning. Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet (CETS no. 210), den så kallade Istanbulkonventionen, trädde i kraft för Sveriges del i november 2014. Konventionen berör inte transpersoners rättigheter direkt, men den är den första juridiskt bindande internationella fördrag som explicit refererar till könsidentitet i sin antidiskrimineringsartikel (artikel 4.3). Enligt artikel 5.2 har stater som anslutit sig ett ansvar för att vidta nödvändiga lagstiftningsåtgärder och andra åtgärder för att förebygga, utreda, straffa och gottgöra våldshandlingar som omfattas av konventionen, bland annat psykiskt och fysiskt våld, tvångsäktenskap, tvångsabortering och tvångssterilisering. Konventionen innehåller också bestämmelser om förebyggande åtgärder, bland annat om utbildning av yrkesgrupper som kommer i kontakt med brottsoffer eller förövare, och om åtgärder som ska syfta till skydd, exempelvis rätt till skyddat boende (artikel 23).

Den 25 oktober 2012 antogs inom EU brottsofferdirektivet (2012/29/EU), som behandlar vilken minimistandard som ska gälla vad gäller rättigheter till, stöd för och skydd av brottsoffer. I detta direktiv nämns såväl könsidentitet som könsuttryck vilka båda ska vara skyddade diskrimineringsgrunder i arbetet mot diskriminering av brottsoffer. FN:s särskilda rapportör om tortyr och annan grym, omänsklig och nedvärderande behandling eller straff skriver i en rapport från 2016 att transpersoner och personer med intensersexvariation ofta utsätts för handlingar som kan likställas med tortyr för att de inte uppfyller konstruerade förväntningar på kön. Staterna misslyckas ofta med att bekämpa homofobiskt och transfobiskt motiverade handlingar som våldsbrott, inklusive hedersrelaterade brott.

I Europarådets ministerråds rekommendation från 2010 uppmanas staterna att vidta åtgärder för att säkerställa att hbtq-personer skyddas mot hatbrott, inklusive hetsande tal. Bland annat ska staterna se till att rättsväsendets aktörer har tillräcklig kunskap för att kunna identifiera hatbrott, samt att staterna ska vidta olika satsningar för att förebygga sådana brott. Utredningen har därför föreslagit

att det genomförs kunskapshöjande insatser med transperspektiv gällande hatbrott, hedersrelaterade brott och våld i nära relationer, samt att ett långsiktigt stöd till civila samhällets stödverksamhet för brottsoffer ska säkerställas.

I artikel 2 i FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter finns ett förbud mot diskriminering. Könsidentitet nämns inte uttryckligen, men i ett uttalande från Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (CESCR) betonades att könsidentitet är erkänt som en av de skyddade diskrimineringsgrunderna. Också artikel 26 i konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter, samt artikel 14 i Europakonventionen, berör rätten att skyddas mot diskriminering. I en rapport från FN:s särskilda rapportör om den mänskliga rätten till vatten och sanitet från 2016 konstaterar rapportören att hbtqi-personer och andra personer som avviker från normer för kön utsätts för diskriminering när det gäller tillgång till bland annat toaletter och också riskerar att utsättas för våld, trakasserier och övergrepp i dessa sammanhang. Utredningen har därför föreslagit att det tas fram en vägledning för hur man kan bygga transinkluderande omklädningsrum och toaletter, samt att medel till utvecklingsprojekt för att skapa trygga och transinkluderande offentliga miljöer fördelas.

Inom Europarådet finns rätten till hälsa reglerad i artikel 11 och 13 i den reviderade Europeiska stadgan från 1996 (SÖ 1998:35). I Europarådets ministerråds rekommendation från 2010 uppmanas staterna att lagstifta och vidta åtgärder för att säkerställa högsta uppnåeliga hälsostandard som kan åtnjutas av alla, oavsett sexuell läggning eller könsidentitet. Hbtq-personers särskilda behov ska tas hänsyn till när det gäller nationella åtgärder på hälsoområdet, som till exempel suicidpreventionsplaner och hälsoenkäter. Transpersoner ska ha tillgång till könsbekräftande vård, och ingen ska utsättas för behandlingar som de inte samtyckt till.

I FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter stadgas i artikel 12 att konventionsstaterna erkänner vars och ens rätt att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. Rätten till hälsa finns också i artikel 25 i den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna, artikel 17, 23 och 24 i barnkonventionen och artikel 25 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

FN:s särskilda rapportör om tortyr och annan grym, omänsklig och nedvärderande behandling eller straff belyser i en rapport från 2016 de utmaningar som transpersoner och personer med intersexvariation har när det gäller att få tillgång till lämplig hälso- och sjukvård, vilket bland annat kan bero på personalens bristande kunskap. Rapportören påpekar också att barn som föds med atypiska könskaraktäristika, personer med intersexvariation, ofta utsätts för irreversibla, normaliserande ingrepp och ofrivillig sterilisering, vilket leder till lidande och stigmatisering. Utredningen har därför lämnat ett flertal förslag som rör psykisk hälsa, fysisk hälsa, samt den könsbekräftande vården.

I Europarådets ministerråds rekommendation från 2010 uppmanas staterna att särskilt säkerställa att asylsökande inte skickas till ett land där deras liv eller frihet hotas, eller där de riskerar att utsättas för tortyr, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning på grund av sexuell läggning eller könsidentitet. Utredningen föreslår därför uppdrag till Migrationsverket.

Barn- och ungdomsrättsperspektiv

Barns rättigheter uttrycks i Barnkonventionen, samt i andra traktat så som den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och Lissabonfördraget. Målet för barnrättspolitiken är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling, trygghet, delaktighet och inflytande. Målet grundar sig på de åtaganden som Sverige gjort genom att ratificera konventionen om barnets rättigheter, Barnkonventionen (skr. 2013/14:91).

Under 2016 kom Barnrättighetsutredningen med sitt betänkande, *Barnkonventionen blir svensk lag* (SOU 2016:19). Förslaget om att inkorporera FN:s konvention om barnets rättigheter i svensk lag föreslås träda i kraft 1 januari 2018. Flera av konventionens artiklar är relevanta för trans- och intersexbarn. Barnkonventionens artikel 16 slår fast att inget barn får utsättas för godtyckliga ingripanden i sitt privat- och familjeliv och att barn har rätt till skydd mot sådana ingripanden. I artikel 22 beskrivs konventionsstaternas förpliktelser gällande barn som är flyktingar. Dessa ska erhålla lämpligt skydd

och humanitärt bistånd och åtnjuta ”tillämpliga rättigheter”. Artikel 23 stadgar att konventionsstaterna ska erkänna att ett barn med ”fysiskt eller psykiskt handikapp” ska åtnjuta ett fullvärdigt och anständigt liv, som säkerställer värdighet, främjar självförtroende och möjliggör ett aktivt deltagande i samhället. I konventionens artikel 24 finns bland annat skrivningar om att erkänna varje barns rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering, samt att konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till hälso- och sjukvård. Ur ett intersexperspektiv kan påpekas att artikel 16 kan vara relevant när det gäller utförandet av irreversibla kroppsliga ingrepp, som inte är medicinskt nödvändiga, men som ändå utförs på personer som är för unga för att själva ha kunnat ge sitt medgivande. Vissa intersextillstånd kan leda till ett liv med funktionsnedsättningar, vilket aktualiserar artikel 23. Många trans- och intersexbarn har behov av trans- eller intersexspecifik hälso- och sjukvård, utöver annan sjukvård, vilket ju aktualiserar rättigheterna som specificeras i artikel 24.

Också situationen för trans- och intersexpersoner som är föräldrar berörs av barnkonventionen. I konventionens artikel 7 nämns barns rätt att om möjligt få kännedom om vilka dess föräldrar är, och att bli omvårdad av dessa. Barnkonventionens artikel 29 stadgar att barns utbildning bland annat ska leda till en utvecklad respekt för föräldrarnas kultur och nationella värden. Artikel 22, om rättigheter för barn som är flyktingar, är också relevant ur ett trans- och intersexperspektiv, då också barn med dessa erfarenheter kan vara flyktingar och ha särskilda behov för att de specificerade rättigheterna ska kunna uppfyllas. I sammanhanget kan också nämnas att FN:s kommitté för barnets rättigheter, CRC, som övervakar stater efterlevnad av barnkonventionen, i januari 2015 under den 68:e sessionen uttryckte oro över att hbt-barn utsätts för mobbning, hot och våld i Sverige.

Utredningen har, vilket framgår i utredningens olika kapitel, särskilt uppmärksammat barn och unga transpersoner och personer med intersexvariationers utsatta situation. Utredningen bedömer att våra förslag som rör barn och unga specifikt kommer att bidra till att stärka efterlevnaden av Sveriges internationella åtaganden. Vi vill även poängtera att konsekvenserna av de förslag utredningen lägger avseende transpersoners psykiska hälsa, transpersoners fritid,

den könsbekräftande vården samt insatser för att förbättra livskvaliteten för personer med intersexvariation kommer beröra ungdomar både direkt och indirekt.

18 Referenser

- 1177.se (2017) *Bemötande i vården*, www.1177.se/Jonkopingslan/Regler-och-rattigheter/Bemotande-i-varden/, Hämtad 2017-09-12
- About DSD-Life (2017) www.dsd-life.eu, Hämtad 2017-10-30
- Abrahamsson, Klas & Arinell, Love (2015) ”*Självlärt har transpersoner samma längtan och önskan efter barn som alla andra.*” *En explorativ studie om barnönskan och föräldraskap hos transpersoner i Sverige*. Psykologexamensuppsats, Lunds Universitet
- Agius, Silvan & Tobler, Christa (2012) *Trans and Intersex People: Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression*. Luxembourg: European Union
- Alkoholsmart (2017) *RFSL alkoholsmart.se/om-oss/*, Hämtad 2017-06-07
- Agenda 2030- delegationen, *I riktning mot en hållbar välfärd – Agenda 2030-delegationens nulägesbeskrivning och förslag till handlingsplan för genomförandet av Agenda 2030 för hållbar utveckling*. Fi (2016:01) Sverige och Agenda 2030-delegationen
- Alm Erika, Bremer Signe, Guntram Lisa, Johnsdotter Sara, Lundberg Tove, Schmitt Irina, Wickström Anette, & Kristin Zeiler (2015) *Remissyttrande över betänkande Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering*, (SOU 2014:91) (dnr S2015/418/FS)
- Ambjörnson, Fanny & Bromseth, Janne (2010) ”När du blir gift och får barn ... Om ålder, heteronormativitet och genus”. I Jönsson, Maria och Ambjörnsson, Fanny (red.), *Livslinjer*. Göteborg: Makadam
- American psychiatric Association (2017) www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/what-is-gender-dysphoria. Hämtad 2017-10-20

- Amnesty International (2017) *First, Do no harm. Ensuring the rights of children with variations of sex characteristics in Denmark and Germany*
- Andersson, Mika & Mellgren, Caroline (2016) *Studenters utsatthet och upplevelser av hatbrott*. Malmö: Hälsa och samhälle, Malmö högskola
- Arbetsförmedlingen (2015) Remissyttrande SOU2014:91- *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering*, Dnr S2015/418/FS
- Bachmann, Gloria A., Mussman, Brianna (2015) "The aging population: Imperative to uncouple sex and gender to establish 'gender equal' health care", *Maturitas* Vol.80(4), s. 421–425. DOI: 10.1016/j.maturitas.2015.01.009
- Barne-, ungdom- og familiedirektoratet (2017) *Oppsummeringsrapport. Symposium om variasjon i kroppslig kjønnsutvikling*. Oslo: Barne-, ungdom og familiedirektoratet
- Barnombudsmannen (2004) *Älskar, älskar inte – Barns och ungas nära relationer*. Barnombudsmannens årsrapport 2004. Stockholm: Barnombudsmannen
- Barnombudsmannen (2014) Remissvar: *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering* (SOU 2014:91). Stockholm: Barnombudsmannen
- Barnombudsmannen (2015a) *#Välkommen till verkligheten – Barn och unga om samhällets stöd vid kränkningar och trakasserier i skolan*. Stockholm: Barnombudsmannen
- Barnombudsmannens (2015b) Remissvar: *Ett utvidgat straffrättsligt skydd för transpersoner m.m.* (SOU 2015:103). Stockholm: Barnombudsmannen
- Batya Swift Yasgur, MA, LSW (2017) "Good Outcomes With Early Transition in Transgender Youth", *Medscape*, Feb 08, 2017 <https://www.medscape.com/viewarticle/875569>, Hämtad 2017-11-14
- Bauer, Greta R; Braimoh, Jessica; Scheim, Ayden I. & Dharma, Christoffer (2017) "Transgender-inclusive measures of sex/gender for population surveys: Mixed-methods evaluation and recommendations". *PLoS ONE* 12 (5): e0178043, doi.org/10.1371/journal.pone.0178043

- Becker, I., Nieder, T. O., Cerwenka, S., Briken, P., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., Richter-Appelt, H. (2015) "Body image in young gender dysphoric adults: A European multi-center study", *Archives of Sexual Behavior*, 45, 559–574.
doi:10.1007/s10508-015-0527-z
- Bertilsson Rosqvist, Hanna, Nordlund, Lisa & Kaiser, Niclas (2013) "Developing an authentic sex. Deconstructing developmental-psychological discourses of transgenderism in a clinical setting", *Feminism & Psychology*, DOI 10.1177/0959353513510653
- Blattetrans (2017) www.facebook.com/blattetrans/, Hämtad 2017-10-22
- Boström, Viola & Lundmark, Kjell (red.) (2016). *Skoljuridik. 4.* [uppdaterade och utök.] uppl. Malmö: Liber
- Bremer, Signe (2011) *Kroppslinjer: kön, transsexualism och kropp i berättelser om könskorrigering*. Diss. Göteborg: Göteborgs universitet
- Bromseth, Janne (2013) "Som en riktig familj. Äldre lesbiska, bisexuella och transkvinnors relationer till familj och hbt-gemenskap" i *LHBTQ-personer och åldrande. Nordiska perspektiv.* (Bromseth, J. & Siverskog, A. red. 2013). Stockholm: Studentlitteratur. ISBN: 97891440776
- Bromseth, Janne & Siverskog, Anna (2013) *LHBTQ-personer och åldrande. Nordiska perspektiv.* Lund: Studentlitteratur
- BRÅ (2016) *Hatbrott 2015. Statistik över polisanmälningar med identifierade hatbrottsmotiv och självrapporterad utsatthet för hatbrott. Rapport 2016:15.* Stockholm: Brottsförebyggande rådet
- BRÅ (2017) *Nationella trygghetsundersökningen 2016 – Om utsatthet, otrygghet och förtroende.* Stockholm: Brottsförebyggande rådet
- Butler, Sandra S. (2008) "Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender (GLBT) Elders". *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 9:4, s. 25–44. DOI: 10.1300/J137v09n04_02
- Byne, William, Bradley, Susan, Coleman, Eli, Eyler, Evan, A., Green, Richard, Menvielle, Edgardo J. (2012) "Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder", *Archives of Sexual Behaviour*, 41/2012

- Bränström, Richard (2017) "Minority stress factors as mediators of sexual orientation disparities in mental health treatment: A longitudinal population-based study". *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 71, 5, p. 446–452, Scopus®, EBSCOhost, viewed 14 September 2017
- CAH-föreningen (2017) www.cah.se, Hämtad 2017-11-01
- Cameron Ian (2014) *Introduction to the European Convention on Human Rights* 7th edition. Iustus: Uppsala
- Cartwright, Colleen, Hughes, Mark, Lienert, Tania (2012) "End-of-life care for gay, lesbian, bisexual and transgender people", *Culture, Health & Sexuality*, Vol.14(5), s. 537–548
DOI: 10.1080/13691058.2012.673639
- CBS News (2016), *New York City adopts gender neutral bathrooms*. www.cbsnews.com, Hämtad 2017-09-13
- Centrum för idrottsforskning (2017), centrumforidrottsforskning.se/sv/om-oss/, Hämtad 2017-09-29
- Connell, Catherine (2011) "The Politics of the Stall: Transgender and Genderqueer Workers Negotiating "The Bathroom Question"", i *Embodied Resistance: Breaking Rules in Public Spaces* (Christina Bobel & Samantha Kwan, Eds.), s. 175–185. Nashville: Vanderbilt Press
- Creighton, Sarah, et al. (2012) *Timing and Nature of Reconstructive Surgery for Disorders of Sex Development: Introduction*, J. Pediatric Urology (8/2012)
- Daley, Andrea, Macdonnell Judith, Brotman, Shari; St. Pierre, Melissa, Aronson, Jane, Gillis, Lorelee (2017) "Providing Health and Social Services to Older LGBT Adults", *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, Vol.37, s. 143-X. DOI: 10.1891/0198-8794.37.143
- Darj, Frida; Nathorst-Böös, Hedvig & Jarl-Åberg, Cecilia (2011) *HBT och heder – en intervjustudie om unga hbt-personer som lever i familjer med hedersnormer*. Stockholm: RFSL Ungdom & ALMAeuropa
- Darj, Frida, Piehl, Mathilda och Hjelte, Fia (2013) *Hbtq och idrott: ungdomars erfarenheter och villkor inom svensk idrott*. Stockholm: Riksidrottsförbundet

- Darj, Frida Jonsson, Jonas och Summanen, Edward (2015) ”Sex för X”, *Sex mot ersättning bland unga hbtq-personer*. Stockholm: RFSL Ungdom
- Dhejne Cecilia, Lichtenstein Paul, Boman Marcus, Johansson Aanna., L.V, Långström Niklas, Landén Mikael (2011) *Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden*. PLoS ONE 6(2): e16885
doi.org/10.1371/journal.pone.0016885
- Dhejne, Cecilia, Öberg, Katarina, Arver, Stefan & Landén, Mikael (2014) “An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960–2010. Prevalence, Incidence, and Regrets”, *Archives of sexual behavior* 43:1535–1545 DOI 10.1007/s10508-014-0300-8
- Dhejne, Cecilia (2017) *On gender dysphoria. Diss.* Stockholm: Karolinska Institutet, 2017
- Dhejne, Cecilia, Öberg, Katarina, Arver, Stefan, Kardell, Mathias, Werner, Sigbritt & Landén, Mikael (2017) “Gender congruence and psychiatric morbidity after gender-confirming health care. Relation to childhood adversities and adult stressful life events”, (i Dhejne, 2017)
- Diemer, Elizabeth W., Grant, Julia D., Munn-Chernoff, Melissa A., Patterson, David A., Duncan, Alexis E (2015) “Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students”, *Journal of Adolescent Health* 57: 144–149
- Diesen, Christian, Lagerqvist Veloz Roca, Annika (2003) *Bevis. 7, Bevisprövning i förvaltningsmål*. (1. uppl.) Stockholm: Norstedts juridik.
- Datainspektionen (2017), www.datainspektionen.se, Hämtad 2017-09-20
- Diagnosmanualen DSM5 (2017) <http://habilitering.se/autismforum/om-diagnoser/diagnoskriterier/diagnosmanualen-dsm-5>
- District of Columbia Office of Human Rights (2015) *Qualified and transgender – A report on results of resume testing for employment discrimination based on gender identity*. North Washington DC
- Diskrimineringsombudsmannen (2012) *Rätten till sjukvård på lika villkor*. Ödeshög: Diskrimineringsombudsmannen

- Doherty, Meredith; Johnston, Tim, R.; Meyer, Hilary; Giunta, Nancy (2016), "SAGE's national resource center on LGBT aging is training a culturally competent aging network", *Generations*, Summer, 2016, Vol 40(2), s. 78–79. Scopus
- Donders, Yvonne (2011) "The right to enjoy the benefits of scientific progress: in search of state obligations in relation to health", *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 14(4), 371–381. doi.org/10.1007/s11019-011-9327-y
- Drydakakis, Nick (2016) "Trans employees, transitioning, and job satisfaction", *Journal of Vocational Behavior* (2016), doi:10.1016/j.jvb.2016.09.003
- Due, Anna & Gäredal, Mina (2015) *Bra bemött? Unga hbtq-personers erfarenheter av att besöka ungdomsmottagningen*. Stockholm: RFSU Ungdom
- Ellis, Simone Adriane, Wojnar, Danuta M., Pettinato, Maria (2015) "Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant gestational parents: It's how we could have a family", *Midwifery Women's Health* 60:62-9
- Eriksson, Mattias (2017) *En utredning om begreppet "vård som inte kan anstå" och om könsbekräftande vård till asylsökande och utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*, Stockholm: opublicerad av RFSU
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2012). *Survey data explorer – LGBT Survey 2012*. fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/survey- -explorer-lgbt-survey-2012, Hämtad 2017-04-04
- European Union Agency for Fundamental Rights Agency (FRA) (2014) *Being Trans in the European Union – Comparative analysis of EU LGBT survey data*
- European Union Agency for Fundamental Rights Agency (FRA) (2015) *The fundamental rights situation of intersex* fra.europa.eu/en/publication/2015/fundamental-rights-situation-intersex-people, Hämtad 2017-10-27
- Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter (FRA) (2015) *Att vara transperson i EU – en jämförande analys av resultat från undersökningen om hbt-personer i EU*

- Everhag, Ingrid, (2012) *Den rättsliga makten över den könade kroppen – en studie av kraven på sökanden vid fastställelse av könstillhörighet i vissa fall*. Examensarbete vid juristprogrammet Umeå universitet, vårterminen 2012
- Feder, Stephen, Isserlin, Leanna, Seale, Emily, Hammond, Nicole, & Norris, Mark (2017) "Exploring the association between eating disorders and gender dysphoria in youth", *Eating Disorders*, 25, 4, s. 310–317, CINAHL, EBSCOhost, Hämtad 2017-09-22
- Fjellfeldt, Maria, Markström, Urban & Rosenberg, David (2017) *Psykisk hälsa – ett mångfacetterat uppdrag. Analys av behovsbilder och handlingsstrategier i 21 länsplaner sammanställda inom ramen för statens satsning inom området psykisk hälsa*. Umeå: Umeå Universitet
- Flores, Andrew; Brown, Taylor & Park, Andrew (2016) *Public Support for Transgender Rights: A Twenty-three Country Survey*. Los Angeles: The Williams Institute, UCLA School of Law
- Fransson, Kristin (2006) *Barn och ungdomsidrottens regel- och tävlingssystem, är de anpassade?* i Svensk Idrottsforskning nr 2, 2006
- Fredriksen-Goldsen, Karen, Bryan, Amanda, Jen Phc, Sarah, Goldsen, Jayn, Kim, Hyun-Jun, Muraco, Anna (2017) "The Unfolding of LGBT Lives: Key Events Associated With Health and Well-being in Later Life." *Gerontologist*, Vol. 57 (No. S1), s. 15–29
- FRI (2017) Egeland Thorsnes, Ingrid. *Alternativt juridisk kjønn – ei utreiing*. Fri – Foreininga for kjønn- og seksualitetsmangfald, Skeiv Ungdom, Skeiv Verden och Forbundet for transpersoner Norge
- Folkbildningsrådet (2017) *Statsbidrag till folkbildningsrådet 2017- Villkor och fördelningskriterier*. Tillgänglig via www.folkbildningsradet.se//globalassets/statsbidrag-folkhogskolor/2017/statsbidrag-folkhogskolor/dnr-197-statsbidragsvillkor-andra-halvaret-2017_.pdf?epieditmode=true
- Folkhälsomyndigheten (2014) *Hälsa på lika villkor* www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/, Hämtad 2017-10-01

- Folkhälsomyndigheten (2015a) *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige*. Solna: Folkhälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten (2016a) *Ett nationellt handlingsprogram för suicidprevention*. Falun: Folkhälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten (2016b) *Kartläggning av det suicidpreventiva arbetet – I kommuner, landsting och länsstyrelser*. Solna: Folkhälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten (2016c) *Rätten till hälsa. Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa*. Solna: Folkhälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten (2017a) *Översyn och uppdatering av den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar*. Solna: Folkhälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten (2017b) *Resultat från enkätstudien Hälsa för alla. En studie för personer med transerfarenhet, som genomfördes 2014 av Folkhälsomyndigheten. Tidigare opublicerade resultat*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten (2017c) *Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige – UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16–29 år*. Solna: Folkhälsomyndigheten
- Forum för levande historia (2014) *Tid för tolerans. En studie om vad skolelever i Sverige tycker om varandra och samhället i stort*. Stockholm: Forum för levande historia
- Forum för levande historia (2017) www.levandehistoria.se/faktafordjupning/homo-bi-transfobi, Hämtad 2017-08-22
- Frankrike (2012). *Programme d'actions gouvernemental contre les violences et les discriminations commises à raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre*. Premier Ministre, République Française: bit.ly/1TM81mh, Hämtad 2017-10-07
- FPES-Full Personality Expression Sweden (2017a) fpes.se/, Hämtad 2017-10-22
- FPES-Full Personality Expression Sweden (2017b) *FPES fokus frågor*, fpes.se/om/stadgar/, Hämtad 2017-10-30

- FPES-Full Personality Expression Sweden (2017c) *Internationella deklARATIONEN om könsrättigheter*, fpes.se/om/deklarationen/, Hämtad 2017-10-30
- Framställning till riksdagen 2004/05:RRS7 *Riksrevisionens styrelses framställning angående statens stöd till idrottsrörelsen och folkbildningen*.
- Franson, Kristin (2006) "Barn och ungdomsidrottens regel- och tävlingssystem, är de anpassade?" i *Svensk Idrottsforskning* nr. 2.
- Frisén, Louise, Nordström, Anna, Falhammar, Henrik, Filipsson, Helena, Holmdahl, Gundela, Janson, Per Olof, Thorén, Marja, Hagenfeldt, Kerstin, Möller, Anders, Nordenskjöld, Agneta (2009) "Gender Role Behavior, Sexuality, and Psychosocial Adaptation in Women with Congenital Adrenal Hyperplasia due to CYP21A2 Deficiency", 94 *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 3432.
- Frisén Louise, Söder Olle, Rydelius Per-Anders (2017) "Kraftig ökning av könsdysfori bland barn och unga", www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2017/02/Kraftig-okning-av-konsdysfori-bland-barn-och-unga/, Hämtad, 2017-10-12
- Funka, "Statistik": www.funka.com/design-for-alla/tillganglighet/statistik/, Hämtad 2017-09-31
- Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2015) *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar*. [Utgivningsort okänd]: Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar.
- Förvaltningsrätten i Stockholm, mål nr 13125-17 dom meddelad i Stockholm 2017-08-18.
- Föreningen KIM (2017a) foreningenkim.blogspot.se/, Hämtad 2017-10-30
- Föreningen KIM (2017b) *Kön Identitet Mångfald på Facebook*, www.facebook.com/pg/foreningenKIM/, Hämtad 2017-10-30
- Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2017) *Policyprogram för Sveriges ungdomsmottagningar*, www.fsum.org/fsum/wp-content/uploads/2011/02/policysv.pdf, Hämtad 2017-04-05

- Garland, Jameson (2016). *On science, law, and medicine: the case of gender – “normalizing” interventions on children who are diagnosed as different in sex development*. Diss. Uppsala: Uppsala universitet, 2016
- Ghattas Dan Christian, (2015) *Standing up for the human rights of intersex people – how can you help?* ILGA Europe & OII Europe
- Global Forum on MSM och Hiv & Outright Action International (2017). *Agenda 2030 for LGBTI Health and Well-Being*. New York: Global Forum on MSM och Hiv & Outright Action International
- Global Action for Trans Equality (GATE) (2017) transactivists.org/2017/04/05/depathologization/
- Global Action for Trans Equality (GATE) (2011) *It's time for reform. Trans* Health Issues in the International Classifications of Diseases*. A report on the GATE Experts Meeting The Hague November 16–18 2011, tillgänglig via transactivists.org/2012/05/20/94/
- Gonzalez, C, Gallego, J, & Bockting, W (2017), “Demographic Characteristics, Components of Sexuality and Gender, and Minority Stress and Their Associations to Excessive Alcohol, Cannabis, and Illicit (Noncannabis) Drug Use Among a Large Sample of Transgender People in the United States”, *Journal Of Primary Prevention*, 38, 4, p. 419–445, Scopus®, EBSCOhost, viewed 15 September 2017
- Gäredal, Mina & Orre, Carolina (2011) *Trygga sammanhang gör mig kåt! – En studie om transpersoners upplevelser och tankar om sex samt behov av kunskap och insatser rörande sexuell hälsa*. Stockholm: RFSL Ungdom
- Göteborgs Stad (2014) *Normbrytande liv i Göteborg: Lägesrapport om hbtq-personers livsvillkor 2014*. Göteborg: Enheten för mänskliga rättigheter, Göteborgs Stad
- Göteborgs Stad (2017a) *Göteborgs stads plan för att förbättra hbtq-personers livsvillkor 2017–2021*. Göteborg: Göteborgs stad.
- Göteborgs Stad (2017b) *Göteborgs Stads riktlinje för utformande av inkluderande dokument – enkäter, blanketter och formulär*. Göteborg: Göteborgs stad.

- Göteborgs stad (2017c) *Så hänger SRHR och socialt arbete ihop*, socialutveckling.goteborg.se/sa-hanger-srhr-och-socialt-arbete-ihop/, Hämtad 2017-10-13
- Göteborgs Stad (2017d) Tjänsteutlåtande. *Göteborgs Stads riktlinje för utformande av inkluderande dokument – enkäter, blanketter och formulär*. Dnr 0586/16, Utfärdat 2017-04-04.
- Göteborgs universitet, (2016) Remissvar *Olika vägar till föräldraskap* SOU 2016:11, Juridiska institutionen, Göteborgs universitet, Dnr Ju 2016/01712/L2.
- Helsedirektoratet (2015) *Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn. Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori*, IS-nummer: IS-0496 Helsedirektoratet: Norge
- Helsenorge.no, ”*Endring av juridisk kjønn*”, helsenorge.no/rettigheter/endring-av-juridisk-kjonn, 2017-01-31, Hämtad 2017-10-26
- Hembree, Wylie C, Cohen-Kettenis, Peggy T, Gooren, Louis, Hannema, Sabine E, Meyer, Walter J, Murad, M Hassan, Rosenthal, Stephen M, Safer, Joshua D, Tangpricha, Vin & T’Sjoen, Guy G, ”Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/ Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline”, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, jc.2017-01658, doi.org/10.1210/jc.2017-01658
- Henderson, Neil, Almack, Kathryn (2016). “Lesbian, gay, bisexual, transgender ageing and care: A literature study”. *Social Work (South Africa)*, Vol.52(2), s. 267–279. Scopus
- Hermansson, Kakan, Under huden: #59 *Johanna Marseille a.k.a. the Megabitch*: www.acast.com/underhuden/johannamarseillea.k.a.themegabitch
- Her Majestys Government (2011) *Advancing Transgender Equality*. HM Government: Storbritanien
www.gov.uk/government/publications/transgender-action-plan, Hämtad 2017-10-07
- House of Commons(2016) *Transgender Equality – First Report of Session 2015–16*. House of Commons, Women and Equalities Committee.

- publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmselect/cmwomeq/390/390.pdf, Hämtad 2017-10-07
- INIS (2017) www.inis-org.se/index.php
- ILGA Europe (2013) Public Statement by the *Third International Intersex Forum*, ilga-europe.org/what-we-do/our-advocacy-work/trans-and-intersex/intersex/events/3rd-international-intersex-forum, Hämtad 2017-06-13
- ILGA-Europe (2017) *Protecting the rights of LGBTI asylum seekers and refugees in the reform of the Common European Asylum System*. Brussels: ILGA-Europe
- International Planned Parenthood Federation (IPPF) (2008) *Sexual rights. An IPPF declaration*, 2008, www.ippf.org/resource/sexual-rights-ippf-declaration
- International Civil Aviation Organization (ICAO) (2012) "A review of the requirement to display the holders gender on travel documents", (Presented by New Zealand) Technical advisory group on machine readable travel documents, Information paper, TAG/MRTD/21-IP/4 20/11/12
- International Civil Aviation Organization (ICAO) (2015) Part 4: *Specifications for Machine Readable Passports (MRPs) and other TD3 Size MRTDs*, Seventh edition
- Italien (2013) *National LGBT-Strategy 2013–2015. Dipartimenti per le Pari Opportunità, Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali, Ministero Del Lavoro E Delle Politiche Sociali, Programmi operativi nazionali per la formazione e l'occupazione*, Unione europea Fondo Sociale Europeo, Pari Opportunita e Non Discriminazione: rm.coe.int/16801e8db6, Hämtad 2017-10-07
- Johansson, Annika, Sundbom, Elisabet, Höjerback, Torvald & Bodlund, Owe, (2010) "A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder", *Archives of Sexual Behavior* 2010;39:1429–37
- Jones, Bethany Alice, Haycraft, Emma, Murjan, Sarah, & Arcelus, Jon (2016) "Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literatur, International" *Review Of Psychiatry*, 28, 1, p. 81–94, *Academic Search Premier*, EBSCOhost, viewed 22 September 2017

- Jones, Bethany Alice; Arcelus, Jon; Bouman, Walter Pierre & Haycraft, Emma (2017a) "Barriers and facilitators of physical activity and sport participation among young transgender adults who are medically transitioning", *International Journal of Transgenderism april-juni*: 227–238
- Jones, Bethany Alice, Arcelus, Jon, Bouman, Walter Pierre & Haycraft, Emma (2017b) "Sport and Transgender People: A Systematic Review of the Literature Relating to Sport Participation and Competitive Sport Policies", *Sports Medicine* 47:701–716
- Karolinska Universitetssjukhuset (2017), "Förbättrad hälsa konstaterad för personer med könsdysfori", 2017-07-31, karolinska.se/konsdysfori/, Hämtad 2017-10-29
- Knauer, Nancy, J. (2014) "LGBT elders in a post-Windsor world: the promise and limits of marriage equality", *Texas Journal of Women and the Law*, Vol.24(1), s. 1–66.
- Kock, Ida, Elin (2017) *Sexsalg.no. Om internett som prositusionsarena og personene som selger seksuelle tjenester der*. Oslo: ProSenteret
- Könsdysforiregistret (2017) www.konsdysforiregistret.se/om-registret/, Hämtad 2017-08-28
- Lagerblad, Anna, "Köerna till utredning av könsidentitet ökar snabbt", 2017-07-22, www.svd.se/allt-fler-mar-daligt-av-konet-de-tilldelades-pa-bb, Hämtad 2017-10-28
- Lagergren, Lars & Fundberg, Jesper (2014) *LIQUID Fritidsverksamhet för HBTQ-ungdomar*. Utvärderingsrapport utförd på uppdrag av Linköpings kommun
- Lagradsremiss (2017) Ett utvidgat straffrättsligt skydd för transpersoner
- Lagrådet, (2017) Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2017-09-25
- Larsdotter, Suzann, Jonsson, Jonas, Gäredal, Mina (2011) *Osynliga synliga aktörer. Hbt-personer med erfarenhet av att sälja och/ eller köpa sexuella tjänster*. Stockholm: RFSL
- Larsdotter, Suzann (2014). *Alkohol spelar roll – En studie i hbt-kvinnors alkoholbruk*. Stockholm. RFSL

- Landstinget i Värmland (2017) ”Könsdysfori – Remittering och tillhörande stöd”, 2015-04-30–2016-12-31
www.liv.se/Global/F%C3%B6r%20v%C3%A5rdgivare%20och%20samarbeten/V%C3%A5rdprogram%20och%20v%C3%A5rdrutiner/Riktlinje/konsdysfori-remittering-och-tillhorande-stod-riktlinje.pdf
- Lee, Peter A., Nordenström, Anna, Houk, Christopher P., Ahmed, Faisal, Auchus, Richard, Baratz, Arlene, Baratz, Katharine D., Lih Mei, Liao, Lin-Su, Karen, Looijenga, Leendert H.J., Mazur, Tom, Meyer-Bahlburg, Heino F.L., Mouriquand, Pierre, Quigley, Charmian, A., Sandberg, David, D., Vilain, Eric, Witchel, Selma (2016) ”Global Disorders of Sex Development: Update since 2006: Perceptions, approach and care.” *Hormone Research in Pediatrics*,
- LGBT Danmark (Bernhoft, Anders), *Transkønnethed er ikke længere en ‘forstyrrelse’ i sundhedssproget*, lgbt.dk/transkoennethed-er-ikke-laengere-en-forstyrrelse-i-sundhedssproget/ 2016-12-20, Hämtad 2017-10-25
- Lindroth, Malin (2016) ”Kompetenta personer som bemöter en på ett kompetent sätt, helt enkelt – Om unga transpersoner och sexuell hälsa.” Göteborg 161102 Powerpoint tillgänglig via www.srhr.se/sites/default/files/Om%20unga%20transpersoner%20och%20sexuell%20ha%CC%88lsa%2C%20Malin%20Lindroth.pdf, Hämtad 2017-10-09
- Light, Alexis, Obedin-Maliver, Juno, Sevelius, Jae M., & Kerns, Jennifer (2014) “Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning”, *Obstetrics And Gynecology*, 124, 6, p. 1120–1127, Scopus®, EBSCOhost, viewed 28 September 2017
- Lindroth, Malin, “Competent persons who can treat you with competence, as simple as that’. An interview study with transgender people on their experiences of meeting health care professionals”, *Journal of Clinical Nursing*, 2016 Dec;25(23–24):3511–3521. doi: 10.1111/jocn.13384.
- Linander, Ida, Alm, Erika, Hammarström, Anne & Harryson, Lisa, (2017a) ”Negotiating the (bio)medical gaze. Experiences of trans-specific healthcare in Sweden”, *Social Science & Medicine* 174 (2017), 9–16

- Linander, Ida, Alm, Erika, Goicolea, Isabel & Harryson, Lisa, (2017b) "It was like I had to fit into a category'. Care-seekers' experiences of gender regulation in the Swedish trans-specific healthcare", *Health*, 2017, DOI 10.1177/1363459317708824
- LO (2011) Bergold, Joa, *Öppen i arbetslivet*, Landsorganisationen i Sverige (LO), Arbetslivsenheten.
- Luleå kommun (2016) *Stadsbyggnadsnämnden, sammanträdesprotokoll. §185 Handlingsplan för könsneutrala toaletter och omklädningsrum*. Ärendenr 2015/513-008.
- Lundberg, T. (2017) "*Knowing bodies: Making sense of Intersex/DSD a decade post-consensus*." Doctoral Thesis. Department of Psychology, University of Oslo. Oslo: Representralen.
- Läkartidningen (2017), "4 frågor till Louise Frisé", *Läkartidningen.se* 2017-02-23, www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Forfattarintervju/2017/02/4-fragor-till-Louise-Frisen/
- Länsstyrelsen (2014) *Prostitutionen i Sverige 2014. En omfattningskartläggning*. Stockholm: Länsstyrelsen i Stockholm
- Mackenzie Jones, Serena, Willis, Paul (2016) "Are you delivering trans positive care?" *Quality in Ageing and Older Adults*, Vol.17(1), s. 50–59. ProQuest
- Malta (2015) *LGBTIQ Action Plan 2015–2017*. Ministry for Social Dialogue, Consumer Affairs and Civil Liberties. <http://bit.ly/1TM8bKg>, Hämtad 2017-10-07
- Malta (2016) *Press release by the Ministry for Social Dialogue, Consumer Affairs and Civil Liberties: The introduction of gender neutral toilets within all ministry buildings*. www.gov.mt, Hämtad 2017-09-13
- Marvell Rosa, Broughton Andrea, Breese Evelyn and Elaine Tyler (2017) *Supporting trans employees in the workplace The Institute for Employment Studies (IES) & Acas*
- Mate-Cole, Charles, Freschi, Maurizio & Robin, Ashley (1990) "A Controlled Study of Psychological and Social Change after Surgical Gender Reassignment in Selected Male Transsexuals", *British Journal of Psychiatry* 157, 261–264

- McClain, Z, & Peebles, R 2016, "Body Image and Eating Disorders Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth", *The Pediatric Clinics Of North America*, 63, *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth*, p. 1079–1090, ScienceDirect, EBSCOhost, viewed 13 September 2017
- Mellquist, Joanna (2016) *Officially Categorized Queers: Strategies, Risks and Unintentional Effects When Navigating the Swedish Asylum Apparatus*, Studentuppsats (Examensarbete), Sociologi, Södertörns högskola, vårtermin 2016 DiVA: diva2:956049
- Meriggiola, Maria Cristina & Berra, Marta (2012) "Long-term cross-sex hormone treatment is safe in transsexual subjects", *Asian Journal of Andrology*, 14, 813–814; doi:10.1038/aja.2012.89
- Meyer, Elise (2016) "Designing Women: The Definition of "Woman" in the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women," *Chicago Journal of International Law*: Vol. 16: No. 2, Article 7.
- Michael O'Flaherty (2015) "The Yogyakarta Principles at Ten", *Nordic Journal of Human Rights*, 33:4, 280–298, DOI: 10.1080/18918131.2015.1127009
- Migrationsverket (2017) *Analysrapport. Tematisk kvalitetsuppföljning av asylärenden där hbtq-skäl prövats* Dnr 1.3.4-2017-93317
- Moody, Cherie, & Smith, Nathan Grant (2013) "Suicide Protective Factors Among Trans Adults", *Archives Of Sexual Behavior*, p. 1–14, Scopus®, EBSCOhost, viewed 23 September 2017
- Montenegro (2013) *Strategy for Improving Quality of Life of LGBT-persons 2013–2018*. Government of Montenegro Ministry for Human and Minority Rights. <http://bit.ly/1TM8eWp>, Hämtad 2017-10-07
- Morton, James, Ritchie, Graham och Roch, Amy (2010). *Out of sight, out of mind? Transgender people's experiences of domestic abuse. LGBT Youth Scotland Equality network*
- MUCF: Myndigheten för ungdoms och civilsamhällesfrågor – *Ungdomsenkäten 2012 och 2015* (Nationell uppföljning av ungdomspolitik). Stockholm: MUCF
- MUCF: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2014) *Fokus 14. Ungas fritid och organisering*. Stockholm: MUCF

- MUCF: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2015) *Fokus 15. Unga sexuella och reproduktiva rättigheter*. Stockholm: MUCF
- MUCF: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2016a) *Stödjande och främjande. Unga hbtq-personers röster om identitetsstärkande och hälsofrämjande faktorer*. Stockholm: MUCF
- MUCF: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2016b) *Kartläggning av öppen fritidsverksamhet – En nationell bild och faktorer som påverkar deltagandet*. Stockholm: MUCF
- MUCF: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2017), www.mucf.se/kultur-och-fritid, Hämtad 2017-10-20
- Möllerop, Christian Antoni (2013) ”Normen, identiteten, sexet och ålderdomen” *LHBTQ och Åldrande. Nordiska Perspektiv* (Bromseth, J. & Siverskog, A. red. 2013). Stockholm: Studentlitteratur.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2017), nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/mans-vald-mot-kvinnor-ett-globalt-perspektiv/istanbulkonventionen/, Hämtad 20170912
- Nationella genussekretariatet (2015). Remissyttrande: *Nationella genussekretariatet remissyttrande till jämställdhetspolitiska utredningen*, Dnr S2015/06451-119
- Nationella sekretariatet för genusforskning (2017) *Så gör du: Hbtq-kompetent arbete. En handledning för dig som arbetar med jämställdhetsintegrering på myndighet*. Göteborg: Nationella sekretariatet för genusforskning
- Nederländerna (2013). *Dutch gender and LGBT-equality policy 2013–2016*. Ministry of Education, Culture and Science: rm.coe.int/168045ae0e, Hämtad 2017-10-07
- Newcomers Youth (2017) *Engagemang för rättsäkerhet – Offentliga biträdes perspektiv på asylprocessen för unga newcomers*. Stockholm: RFSL Ungdom
- Nordenskjöld, Agneta, Holmdahl, Gundela, Frisén, Louise, Falhammar, Henrik, Filipsson, Helena, Thoren, Marja, Janson, Per Olof, Hagenfeldt, Kerstin (2008) ”Type of Mutation and Surgical Procedure Affect – Term Quality of Life for Women with Congenital Adrenal Hyperplasia” *The Journal of Clinical*

- Endocrinology & Metabolism*, Volume 93, Issue 2, 1 February 2008, Pages 380–386, doi.org/10.1210/jc.2007-0556
- Nordenström Anna, Frisé, Louise, Falhammar, Henrik, Filipsson, Helena, Holmdahl, Gundela, Janson, Per Olof, Thorén, Marja, Hagenfeldt, Kerstin B., Nordenskjöld, Agneta (2010) "Sexual Function and Surgical Outcome in Women with Congenital Adrenal Hyperplasia Due to CYP21A2 Deficiency: Clinical Perspective and the Patients' Perception" *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 95, Issue 8, 1 August 2010, Pages 3633–3640, doi.org/10.1210/jc.2009-2639
- Norge (2017) *Trygghet, mangfold, åpenhet – Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017–2020*. Barne- og likestillingsdepartementet:
www.regjeringen.no/contentassets/6e1a2af163274201978270d48bf4dfbe/lhbt_handlingsplan_web.pdf (Hämtad 2017-10-07)
- Norrman, Nilsson, Törnblom (2013) "Den Kommunala Garderoben" i LHBQT och Åldrande. Nordiska Perspektiv (Bromseth, Janne & Siverskog, Anna red. 2013) Stockholm: Studentlitteratur.
- Obedin-Maliver, Juno, & Makadon, Harvey J (2016) "Transgender men and pregnancy", *Obstetric Medicine* (1753-495X), 9, 1, p. 4, Complementary Index, EBSCOhost, viewed 28 September 2017
- OHR (2015) Rainey, Teresa & Imse, Elliot E, *Qualified and transgender – A report on results of resume testing for employment discrimination based on gender identity*. DC Office of Human Rights, Washington, District of Columbia, November 2015
- Olson, Kristina R., Key, Aidan C., Eaton, Nicholas, R. (2015) "Gender Cognition in Transgender Children Psychological Science", Vol 26, Issue 4, p. 467–47
- Olson, Kristina R., Durwood, Lily, DeMeules, Madeleine & McLaughlin, Katie A. (2015) "Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities" *Pediatrics* Volume 137, number 3, March 2015: e2 0153223, DOI: 10.1542/peds.2015-3223

- Olson-Kennedy Johanna(2016) "Mental Health Disparities Among Transgender Youth, Rethinking the Role of Professionals" *JAMA Pediatr.* 2016;170(5):423-424.
doi:10.1001/jamapediatrics.2016.0155.
- Patientföreningen Benjamin (2017), "Om patientgruppen", pfbenjaminarkiv.wordpress.com/om-patientgruppen/, Hämtad 2017-10-30
- Patientföreningen Benjamin (2017), "Om föreningen", pfbenjaminarkiv.wordpress.com/, Hämtad 2017-10-30
- Peitzmeier, Sarah, Gardner, Ivy, Weinand, Jamie, Corbet, Alexandra & Acevedo, Kimberlyn (2017) "Health impact of chest binding among transgender adults. A community-engaged, cross-sectional study", *Culture, Health & Sexuality*, 19:1, 64–75, DOI: 10.1080/13691058.2016.1191675
- Pimenoff, Veronica & Pfäfflin, Friedemann, (2011) "Transsexualism: Treatment Outcome of Compliant and Noncompliant Patients", *International Journal of Transgenderism*, 13:1, 37–44, DOI:10.1080/15532739.2011.618399
- Polisen (2017a) *Återredovisning till regeringen angående polisens åtgärder rörande hatbrott*. I enlighet med regleringsbrev 2016. 2017-02-27, Diariennr (åberopas)A022.605/2017.
- Polisen (2017b) *Lagar och regler*. polisen.se/Lagar-och-regler/Om-olika-brott/Fakta-om-hatbrott/, Hämtad 2017-09-28
- Polisen (2017c) *Granskning av polisens arbete mot hatbrott*. Färdigställd 2017-09-01. Dnr A441.701/2016
- Porter, Kristen, E., Krinsky, Lisa (2014) "Do LGBT Aging Trainings Effectuate Positive Change in Mainstream Elder Service Providers?" *Journal of Homosexuality*, 61:1, s. 197–216. DOI: 10.1080/00918369.2013.835618
- Pulice-Farrow, Lex; Clements, Zakary A. & Galupo, M. Paz (2017) "Patterns of transgender microaggressions in friendship: the role of gender identity." i *Psychology & Sexuality* Vol. 8, Iss. 3,
- Rainbows (2017) *Sammanfattning av samtal med studentorganisationen Rainbows*. Inkommet till utredningen 2017-08-13, Dnr Komm2017/01083

- Rawlings, Deb (2012). ”End-of-life care considerations for gay, lesbian, bisexual, and transgender individuals”. *International Journal of Palliative Nursing*, Vol. 18(1), s. 29–34.
DOI: 10.12968/ijpn.2012.18.1.29
- Regeringen (2016) *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016. (Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2015-12-17 nr III:29)*
- Regeringen (2016) *Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020 – fem fokusområden fem år framåt.*
- Regeringen (2017) *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.*
- Regeringen (2017) *Sverige och Agenda 2030 – rapport till FN:s politiska högnivåforum 2017 om hållbar utveckling.*
- Regeringen.se (2010) *Yogyakartapinciperna på svenska*
www.regeringen.se/informationmaterial/2014/04/yogyakartapinciperna
- Regeringen.se (2016)
www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2016/01/uppdrag-att-stodja-arbetet-med-jamstlldhetsintegrering-i-statliga-myndigheter, Hämtad 2017-08-18
- Regeringen.se (2017) *Ny arbetsmiljömyndighet*
www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/09/ny-arbetsmiljomyndighet-placeras-i-gavle/
- Regeringsbeslut (2012) Uppdrag att stärka kunskapsstödet för vård och behandling av personer med transsexualism och andra personer med könsidentitetsstörningar. S2012/4530/FS (delvis)
- Regeringsbeslut (2014) Uppdrag att stödja arbetet med jämställdhetsintegrering i statliga myndigheter U 2014/7490/JÄM
- Regeringsbeslut (2017) Uppdrag att genomföra en fördjupningsstudie samt fördela medel rörande psykisk hälsa och suicidprevention riktad till transpersoner. S2017/05586/FS (delvis)
- Regeringskansliet (2014) *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck.* Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet, Regeringskansliet

- Regeringskansliet (2017), "FN:s allmänna förklaring", www.manskligarattigheter.se/sv/vem-gor-vad/forenta- nationerna/fn-s-allmanna-forklaring, hämtad 2017-10-13
- Reisner, Sari, & Murchison, Gabriel (2016) "A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-to- male transgender adults", *Global Public Health*, 11, 7–8, p. 866– 887, Scopus®, EBSCOhost, viewed 28 September 2017
- Reisner, Sari, Poteat, Tonia, Keatley, JoAnne, Cabral, Mauro, Mothopeng, Tampose, Dunham, Emilia, Holland, Claire, Max, Ryan & Baral, Stefan (2016). "Global health burden and needs of transgender populations: a review" i *The Lancet* vol 388, July 23.
- Reisner, Sari, Biello, Katie, White Hughto, Jaclyn, Kuhns, Lisa, Mayer, Kenneth, Garofalo, Robert, & Mimiaga, Matthew (2016) "Psychiatric Diagnoses and Comorbidities in a Diverse, Multicity Cohort of Young Transgender Women: Baseline Findings From Project LifeSkills", *JAMA Pediatrics*, 170, 5, p. 481–486, MEDLINE, EBSCOhost, viewed 15 September 2017
- Repka, Axel & Repka, Adrian (2013) "The (Im)patients. An analysis of How Stigma Leaks Through the Layers of Trans Specific Health Care", *lambda nordica* 3–4/2013
- RFSL (2012) Remissyttrande SOU 2012:33 – Gör det enklare! Dnr S2012/03890-211
- RFSL (2013a) Remissyttrande Ds 2012:49, *En mer samlad myndig- hetsstruktur inom folkhälsoområdet*, Dnr S2012/07860-151
- RFSL (2015a) *RFSL & SKL kommunundersökning 2015*. Stockholm: RFSL
- RFSL (2015b) *RFSL contribution to ILGA Europe submission to the OSCE/ODIHR Hate Crime Report 2014*, Stockholm 2015-04-20
- RFSL (2015c) *remissyttrande till jämställdhetspolitiska utredningen* Dnr S2015/06451-144
- RFSL (2016a) *Remissvar SOU2016:11- Olika vägar till föräldraskap*,
- RFSL (2016b) www.rfsl.se/press/pressmeddeleande- socialstyrelsens-studie-om-psykisk-ohaelsa-bland-samkoenade- par- visar- paa- behov- av- insatser/, Hämtad 2017-04-25
- RFSL (2016c) www.rfsl.se/hbtq-fakta/att-fraaga-om-koen-och- trans-i-enkaeter, Hämtad 2017-04-26

- RFSL (2016d) *RFSL contribution to ILGA Europe submission to the OSCE/ODIHR Hate Crime Report 2015*, www.RFSL.se/wp-content/uploads/2016/04/RFSL-hatcrimes-ILGA-Europe-2016.pdf, Hämtad 2017-08-16
- RFSL Stockholm (2013b) Ericson, Lisa, *Och aldrig mötas de två. En förstudie om hbtq-personer med erfarenheter av funktionsnedsättningar*, Stockholm: RFSL Stockholm
- RFSL Stockholm (2017) *Nationell enkät om hbtq-personers erfarenheter och behov kopplat till föräldraskap och umgänge med barn. Resultat filtrerade på svaranden som angett transperson, icke-binär, transsexuell, transvestit och/eller intergender som könsidentitet*. Dnr Komm2017/01079
- RFSL & RFSL Stockholm, Funkisprojektet, Ericson, Lisa (2017), *Ingen rörelse är en ö*. Slutrapport för RFSL Stockholms och RFSL Förbundets Arvsfondsprojekt Funkisprojektet 2014–2017
- RFSL (2017a) *Insatser för att förbättra hbtq-personers psykiska hälsa: En beställningslista till kommuner, landsting och regioner*. Stockholm: RFSL
- RFSL (2017b) *Förtroende att stärka. Om hbtq-personers förtroende för olika samhällsinstanser och vad som behöver förändras*. Stockholm: RFSL
- RFSL (2017c) *In society I don't exist, so it's impossible to be who I am.* – *trans people's health and experiences of health care in Sweden*, Stockholm: RFSL
- RFSL (2017d) *Remissyttrande SOU 2017:4 – För en god och jämlik hälsa*. Stockholm: RFSL, Dnr S2017/00671-153
- RFSL (2017e) *24 augusti – Förvaltningsrätten i Stockholm ger transperson rätt att byta juridiskt kön – men ny lag krävs*, www.rfsl.se/press/24-augusti-foervaltningsraetten-i-stockholm-ger-transperson-raett-att-byta-juridiskt-koen-men-ny-lag-kravet/ 2016-08-24, Hämtad 2017-10-01
- RFSL (2017f) *Förvaltningsrätten: fel av Socialstyrelsens Rättsliga råd att neka byte av juridiskt kön*, www.mynewsdesk.com/se/rfsl/pressreleases/foervaltningsraetten-fel-av-socialstyrelsens-raettsliga-raad-att-neka-byte-av-juridiskt-koen-999655 2014-05-23, Hämtad 2017-10-01
- RFSL (2017g) www.rfsl.se/, Hämtad 2017-10-22

- RFSL(2017h) *Principprogram för RFSL*, www.rfsl.se/wp-content/uploads/2015/10/Principprogram_RFSL_2012.pdf, Hämtad 2017-10-30
- RFSL(2017i) *Verksamhetsplan*. www.rfsl.se/om-oss/organisation/verksamhetsplan/, Hämtad 2017-11-01
- RFSL och RFSL Ungdom (2017), *FAQ om könsdysfori som diagnos och ändring av diagnoskod*, rflslungdom.se/faq-om-konsdysfori-som-diagnos-och-andring-av-diagnoskod, Hämtad 2017-10-11
- RFSL och RFSL Stockholm (2017), Funkisprojektet, ”*Hbtq-begrepp*” www.funkisprojektet.se/hbtq-begrepp/, Hämtad 2017-09-31
- RFSL Ungdom (2010) Darj, Frida, Summanen, Edward & Nathorst-Böös, Hedvig ”*Är du kille eller tjej?*” *En intervjustudie om unga transpersoners levnadsvillkor*, andra upplagan, Stockholm: RFSL Ungdom
- RFSL Ungdom (2014) *Principprogram*, wiki.rflslungdom.se/index.php/Principprogram, Hämtad 2017-10-30
- RFSL Ungdom (2016) *Till dig som är närstående till en ung transperson*. Transormering.se, Tillgänglig på: rflslungdom.se/webbshop/till-dig-som-ar-narstaende-till-ung-transperson
- RFSL Ungdom (2017a) www.dagenssamhalle.se/debatt/rflslungdom-dags-att-avskaffa-juridiskt-koen-26480, Hämtad 2017-10-04
- RFSL Ungdom (2017b), rflslungdom.se/, Hämtad 2017-10-22
- RFSU (2017) *Vad betyder SRHR?*, www.rfsu.se/sv/Internationellt/Vad-betyder-SRHR/, hämtad 2017-10-13
- Riksarkivet (2000) *Elektronisk dokumenthantering – en rättslig problemorientering*, rapport 2000:1, Riksarkivet. Tillgänglig via riksarkivet.se/Media/pdf-filer/doi-t/elektronisk-dokumenthantering.pdf
- Riksdagen (2015) *Uppföljning och utvärderingen av målen för den statliga idrottspolitiken med inriktning på barn och unga –* *Upplägg*. Dnr RDF 2611-2014/15

- Riksdagen (2017) Statens idrottspolitiska mål – en uppföljning med inriktning på barn och ungdomar.
- Riksidrottsförbundet (2009) *Idrotten vill – Idrottsrörelsens idéprogram*. Stockholm: Riksidrottsförbundet
- Riksidrottsförbundet (2013) *Riksidrottsförbundets policy mot diskriminering på grund av sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck*, Reviderad 2013
- Riksidrottsförbundet (2017) www.rf.se/, Hämtad 2018-09-04
- Riksidrottsförbundet och SISU (2017) *Verksamhetsinriktning 2018–2019*.
- Riksförbundet Attention (2017) ”*Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar*” attention.se/npf/om-npf/, Hämtad 2017-09-31
- Riksrevisionen (2004) *Offentlig förvaltning i privat regi – statsbidrag till idrottsrörelsen och folkbildningen*. RiR 2004:15.
- Rundall, E. C. (2010). ‘*Transsexual*’ people in UK workplaces: An analysis of transsexual men’s and transsexual women’s experiences. PhD Thesis. Oxford Brookes University. radar.brookes.ac.uk/radar/file/517779d1-f95f-7b7b-e2b9-368c9c1fc784/1/rundall2010transsexual.pdf
- Ruppin, Ulrike & Pfäfflin, Friedemann (2015) Long-Term Follow-Up of Adults with Gender Identity Disorder, *Arch Sex Behav* (2015) 44: 1321–1329 DOI 10.1007/s10508-014-0453-5
- Seelman, Kristie L. (2016) *Transgender Adults’ Access to College Bathrooms and Housing and the Relationship to Suicidality*, *Journal of Homosexuality*, 63:10, 1378–1399, DOI:10.1080/00918369.2016.1157998
- Segelmark, Leo (2017) ”*Transvården bör förändras i grunden – och det måste gå fort*”, www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2017/10/Trans_varden_bor_forandras-i-grunden--och-fort/ 2017-10-06, Hämtad 2017-10-19, (även i *Läkartidningen* 41/2017)
- Serbien (2013) *Anti-Discrimination Strategy for 2013–2018*. The Government of the Republic of Serbia rm.coe.int/16801e8db9, Hämtad 2017-10-07

- SFTH: Svensk Förening för Transsexuell Hälsa (2016) ”*Ojämlighet i vården av personer med könsdysfori*. Skrivelse från Svensk Förening för Transsexuell Hälsa” u å, tillgänglig via www.sfth.se/sfth-s-skrivelser, Hämtad 2017-10-23
- Sigurjónsson, Hannes (2016) *Outcome and refinements of gender confirming surgery* Diss. (sammanfattning) Stockholm: Karolinska Institutet, 2016
- SISU Idrottsutbildarna (2017), utbildning.sisuidrottsbocker.se/sisu/generell/organisation/inkluderande-idrott/valkommen/, Hämtad 2017-10-24
- Siverskog, Anna (2013) ”För oss blir ju livet en enda stor teater – Äldre transpersoners erfarenheter av åldrande och könsidentitet” i *LHBTQ och Åldrande Nordiska Perspektiv* (Bromseth, Janne. & Siverskog, Anna. red. 2013). Stockholm: Studentlitteratur
- Siverskog, Anna (2016) *Queera livslopp: att leva och åldras som lhbtq-person i en heteronormativ värld*. Linköping: Linköpings universitet
- Skatteverket (2016) *Avisering av folkbokföringsuppgifter – Allmän beskrivning*. Solna: Skatteverket
- Skatteverket (2016a) *Folkbokföring och ändrad könstillhörighet*, Solna: Skatteverket
- Skatteverket (2016b) *Ställningstagande – Registrering vid ändrad könstillhörighet*, Dnr Komm2017/01562
- Skolverket, *Förvaltningslagens regler om handläggning i skolan*, www.skolverket.se/regelverk/juridisk-vagledning/forvaltningslagens-regler-om-handlaggning-i-skolan-1.126402, Hämtad 2017-09-04
- Skolverket www.skolverket.se/bedomning/betyg/betygsdokument/grundskoleutbildning/terminsbetygslutbetyg-betygskatalog-1.10297, Hämtad 2017-08-25
- Smer (2017), kommentar 2017:2, *Vården av intersexuella barn – etiska aspekter på tidiga kirurgiska ingrepp*, www.smer.se/wp-content/uploads/2017/03/Smer-kommenterar-2017_2-V%C3%A5rden-av-intersexuella-barn-etiska-aspekter-p%C3%A5-tidiga-kirurgiska-ingrepp4.pdf

- Socialstyrelsen (2010) *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar: rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2011) *Socialstyrelsens meddelandeblad nr 1, 2011 om införandet av en nationell värdegrund för äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen (2001:453)*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2013a). *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013b). *Äldre hbt-personer och kommunernas vård och omsorg om äldre: en kartläggning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014a) *Administrativa problem för personer som bytt juridiskt kön* [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen, www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19641/2014-12-32.pdf
- Socialstyrelsen (2014b) *Vård för papperslösa: vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014c) *Nationella screeningprogram: modell för bedömning, införande och uppföljning*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2015a) *Att främja hbtq-personers lika rättigheter och möjligheter: förutsättningar och exempel*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015b) *Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS – delredovisning av regeringsuppdrag*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2015c) *Att mötas inom hälso- och sjukvård. Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015d) *Till dig med könsdysfori*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015e) *Till dig som möter personer med könsdysfori i ditt arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015f) *God vård av vuxna med könsdysfori: nationellt kunskapsstöd*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2015g) *God vård av vuxna med könsdysfori – Bilaga: Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2015h) *Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2015i) *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori: nationellt kunskapsstöd*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015j) *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori – Bilaga: Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen & Skolverket (2016) *Vägledning för elevhälsan*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2016a) *Förstudie inför framtagandet av ett kunskapsstöd till Socialtjänsten om hbtq-perspektivet*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2016b) *Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017a) *Vård och behandling av personer med intersexuella tillstånd: kartläggning av det tidiga omhändertagandet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017b) *Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården: handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40)*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2017c) *Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2017d) *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem: systematisk förteckning – [ICD-10-SE]*. (Svensk version). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017e), *Uppföljning av kunskapsstöd*, 2017-01-31, Dnr. 31819/2016, Bassam Michel El-Khoury) Tjänsteanteckning, 2017-01-26, Komm2017/01540
- Socialstyrelsen (2017f) www.socialstyrelsen.se/jamlikhalsavardochomsorg, Hämtad 2017-08-21

- Socialstyrelsen (2017g),
<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2016/socialtjanstenbehovermerkunskapomhbtq-perspektivet>, Hämtad 2017-10-09
- Socialstyrelsen (2017h) *Vård som inte kan anstå*,
www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokande-medflera/halso-ochsjukvardoch tandvard/vilkenvardskaerbjudas/vardsomintekanansta, Hämtad 2017-10-12
- Socialstyrelsen (2017i) *Könsdysfori ökar – särskilt bland unga*,
www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/konsdysforiokar-sarskiltblandunga 2017-07-05, Hämtad 2017-10-27
- Socialstyrelsen (2017j), *Rättsliga rådet*
www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/organisation/radochnamnder/rattsligaradet, 2017-10-13, Hämtad 2017-10-28
- Socialstyrelsen (2017k) *Socialstyrelsen förbereder ändring av klassificering av transsexualism*,
www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/socialstyrelsen-forberederandringavklassificeringavtranssexualism 2017-01-27, Hämtad 2017-10-28
- Socialstyrelsen(2017l) *Uppdatering om Socialstyrelsens ändring av klassificeringen av transsexualism*
www.socialstyrelsen.se/jamlikhalsa-vardochomsorg/hbtq/transsexualism, Hämtad 2017-10-28
- Socialstyrelsen (2017m)
www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/organisation/faststallandeavkonstillhorighet, Hämtad 2017-10-28
- Socialstyrelsen (2017n)
www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20656/2017-7-2.pdf, Hämtad 2017-10-19
- Socialstyrelsens rättsliga råd (2016) *Rekommendationer rörande utlåtanden i ärenden gällande fastställande av könsidentitet och tillstånd till vissa operativa ingrepp*, 2016-09-20/2016-09-14, Dnr 10.2-25178/2016
- Socialstyrelsens rättsliga råd (2017a) *Rekommendationer till de utredningsteam som arbetar med utlåtanden i ärenden gällande lagen om fastställande av könsidentitet och tillstånd till vissa operativa ingrepp*, 2017-06-22, Dnr 10.2-25178/2016

- Socialstyrelsens rättsliga råd (2017b) *Rekommendationer angående utlåtanden i ärenden gällande lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall*, 2017-07-18, Dnr 10.2-25178/2016
- Socialstyrelsens rättsliga råd (2017c) *Brev från Rättsliga rådet till Cecilia Dhejne* 2017-05-15, Dnr. 10.2-12964/2017
- Statskontoret (2016) *Utvärdering av strategin för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck*. (2016:31) Stockholm: Stadskontoret
- Statens folkhälsoinstitut (2011) *Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga: resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut
- Statens folkhälsoinstitut (2012) *Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut
- Statistiska centralbyrån (SCB) (2004) *Könsuppdelad statistik. Ett nödvändigt medel för jämställdhetsanalys*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Statistiska centralbyrån (SCB) (2017), www.scb.se/sv/_/Om-SCB/Sveriges-officiella-statistik/Statistikansvariga-myndigheter/, Hämtad 2017-05-12
- Stennett, Sabrina (2016) *Minority stress in people who identify as transgender : testing the minority stress model*, DClInPsy thesis, University of Nottingham, British Library EThOS, EBSCOhost, viewed 15 September 2017
- Stonewall, 2017 www.stonewall.org.uk/news/five-year-plan-launched-trans-equality-britain, Hämtad 2017-10-04
- Stotzer, Rebecca; Herman, Jody & Hasenbush, Amira (2014) *Transgender Parenting: A Review of Existing Research*. Los Angeles: The Williams Institute, UCLA School of Law
- Suicide Zero (2017) *HBTQ förebygger självmord* suicidezero.se/nyheter/item/189-hbtq, Hämtad 2017-06-07
- Sundheds- og Ældreministeriet (Danmark), ”*Vejledning om sundhedsfaglig hjælp ved kønsidentitetsforhold*”, 2017-09-26, www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=193798, Hämtad 2017-10-24

- Svedhem, Celia, (2017) *Transvården för personer med funktionsnedsättning brister*, Ottar 2017-02-28: www.ottar.se/artiklar/transv-rden-f-r-personer-med-funktionsneds-ttning-brister, Hämtad 2017-09-31
- Sveriges antidiskrimineringsbyråer (SADB) (2016) Remissyttrande SOU 2016:87- Bättre skydd mot diskriminering, Dnr Ku2016/02814-65
- Sveriges förenade HBTQ-studenter(SFQ) (2015a) *Examensbevis i fokus*
- Sveriges förenade HBTQ-studenter(SFQ) (2015b) *Examen i rätt personnummer – En handbok från Sveriges förenade HTBQ-studenter om utfärdande av nytt examensbevis efter ändrad juridisk könstillhörighet*
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2014), *Hur olika får det bli?* SKL:s programberedning, Stockholm: Sveriges kommuner och landsting
- Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2016) skl.se/halsasjukvard/folkhalsa/sklsarbetemedfolkhalsa/centralabegreppinomfolkhalsa.8857.html, Hämtad 2017-10-04
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2016a) *Ojämlighet i vården av personer med könsdysfori*, svar till Svensk Förening för Transsexuell Hälsa 2016-05-17, Dnr 16/02658
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2016b) *Jämlik vård och hälsa- Arbeten som pågår för att uppnå en mer jämlik vård och hälsa*, Stockholm: Sveriges kommuner och landsting
- Sveriges Kommuner och landsting (SKL) (2016c) *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Slutrapport 2016. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting*, Dnr 15/06292, Stockholm: Sveriges kommuner och landsting
- Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2016d) *Anläggningar för kultur, idrott och fritid: 2014*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting
- Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2016e) *Rekommendation om enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande av offentlig finansierad assisterad befruktning*, Dnr 16/01938

- Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2017) *Redovisning av landstingens krav på remiss i öppenvård – uppdatering september 2017* Dnr 16/06587
- Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2017a) *Centrala begrepp inom folkhälsa*
skl.se/halsasjukvard/folkhalsa/sklsarbetemedfolkhalsa/centrala-begreppinomfolkhalsa.8857.html, Hämtad 2017-10-15
- SVT Nyheter (2017) Engström, Ulrika, *Allt fler ungdomar osäkra på könstillhörighet*, www.svt.se/nyheter/vetenskap/allt-fler-ungdomar-vill-byta-kon 2017-07-24, Hämtad 2017-10-27
- Söder, Olle, ”*Transsexualism hos ungdomar*”, *Barnläkaren* nr 2/2009, s. 11–12, barnlakaren.se/Arkiv/2009/BKN_109_2_LR_final.pdf
- Tebbe, Elliot, A., & Moradi, Bonnie (2016) “Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory” *Journal of Counseling Psychology*, vol. 63, no. 5, p. 520–533.
- TGEU (2014) Agius, Silvan & Köhler, Richard, *The trans crossroads – Trans people’s EU Employment Rights and National Gender Recognition laws*. Berlin: Transgender Europe, December 2014
- Transformering (2017a), www.transformering.se/, Hämtad 2017-10-17
- Transformering (2017b) www.transformering.se/transbloggen/intersex-i-principprogrammet, Hämtad 2017-11-01
- Transförsvaret (2017a), transforsvaret.se/, Hämtad 2017-10-22
- Transförsvaret (2017b) *Ultimatum och krav*, transforsvaret.se/, Hämtad 2017-10-30
- TGEU (2013) *Statutes of Transgender Europe*, tgeu.org/wp-content/uploads/2015/02/Statutes_final_english_revised_October2013.pdf, Hämtad 2017-10-30
- TGEU (2016) Transgender Europe, Westerlund, Ulrika & Köhler, Richard, *Human Rights and Gender Identity. Best practice catalogue* (andra reviderade versionen), December 2016

- TGEU (2017a) Smiley, Adam; Burgwal, Aisa; Orre, Carolina, Summanen, Edward, García Nieto, Isidro; Vidić, Jelena; Motmans, Joz Kata, Julia; Gvianishvili, Natia; Hård, Vierge and Richard Köhler *Overdiagnosed but Underserved. Trans Health Care in Georgia, Poland, Serbia, Spain and Sweden: Trans Health Survey*. Oktober 2017
- TGEU (2017b) *fritextsvar & opublicerade enkätsvar från enkätundersökning genomförd 2016* för Research report till TGEU, Dnr Komm2017/01037
- TGEU (2017c) *Transgender Europe, Intersex policy*, tgeu.org/wp-content/uploads/2014/11/TGEU-Intersex_Policy_FINAL.pdf Hämtad 2017-06-05
- TGEU (2017d) Transgender Europe (TGEU) *About us*, tgeu.org/about/, Hämtad 2017-10-30
- Townsend, Tim (2016) *The panic over potty politics didn't start with the transgender issue. We've long been obsessed with public toilets*. timeline.com, Hämtad 2017-09-13
- Trans Fest Stockholm (2017), transfeststockholm.org/, Hämtad 2017-10-22
- Transammans (2017a), www.transammans.se/, Hämtad 2017-10-22
- Transammans (2017b) *Transammans – förbundet för transpersoner och närstående*, www.transammans.se/, Hämtad 2017-10-30
- Transammans (2017c) *Idéprogram*, www.transammans.se/om-oss/id%C3%A9program-28623860, Hämtad 2017-10-30
- Transsexualism.se, *Intervju om FFS*, transsexualism.se/2013/03/intervju-om-ffs/, 2013-03-16 Hämtad 2017-10-28
- Tveit, Marianne & Skilbrei, May-Len. (2008) *Mangfoldig marked: Prostitusjonens omfang, innhold og organisering*. Oslo: Fafo
- Ungdomsstyrelsen (2009) *Se mig! Unga om sex och internet*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen
- Ungdomsstyrelsen (2010) *Hon Hen Han – en analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen
- Ungdomsstyrelsen (2012) *Om unga hbtq-personer. Fritid*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

- Ungdomsstyrelsen (2014) *UPPDRAG HBTQ. Ungdomsstyrelsens slutrapport om mötesplatser för unga hbtq-personer*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen
- Unionen (2016) *Rättsutredning: Vilka möjligheter har en arbetsgivare att påverka en anställds klädsel, särskilt med avseende på könsidentitet och könsuttryck?* Sundbyberg: Unionen, Dnr Komm2017/01543
- Universal Periodic Review (2015) *Concluding observations on the fifth periodic report of Sweden* CRC/C/SWE/CO/5
- Uppdrag psykisk hälsa (2017a) www.uppdragpsykiskhalsa.se/om-oss/hur-vi-blev-uppdrag-psykisk-halsa/, Hämtad 2017-04-27
- Uppdrag psykisk hälsa (2017b) www.uppdragpsykiskhalsa.se/om-oss/overenskommelsen-for-psykisk-halsa-2017/, Hämtad 2017-04-27
- Varunee Faii Sangganjanavanich, Jessica A. Headley, "Facilitating Career Development Concerns of Gender Transitioning Individuals: Professional Standards and Competencies", *The Career Development Quarterly* Volume 61, Issue 4 December 2013 Pages 354–366
- Vinnova (2016) Västra Götalandsregionens slutrapport, *Transparent transvård*, Dnr 2015-03731
- Virupaksha, H. G. Daliboyina, M. and Jayashree, R (2016) "Suicide and suicidal behavior among transgender persons." *Indian Journal Of Psychological Medicine*, Vol 38, Iss 6, p. 505–509 (2016) no. 6 (2016): 505. Directory of Open Access Journals, EBSCOhost, Hämtad 2017-09-22
- Vocks Silja, Stahn Catharina, Loenser Kerstin, Legenbauer Tanja. (2009) "Eating and body image disturbances in male-to-female and female-to-male transsexuals" *Archives of sexual behavior*. 2009;38(3):364-77
- von Vogelsang, Ann-Christin, Milton, Camilla, Ericsson, Ingrid & Strömberg, Lars, (2016) "Wouldn't it be easier if you continued to be a guy? A qualitative interview study of transsexual persons' experiences of encounters with healthcare professionals" *Journal of Clinical Nursing*, DOI 10.1111/jocn.13271

- de Vries, A. L. C., Steensma, Thomas. D., Doreleijers, Theo. A. H., & Cohen-Kettenis, Peggy. T. (2011) "Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study" *Journal of Sexual Medicine*, 8, 2276–2283.
doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
- de Vries, Annelou. L. C., McGuire, Jenifer. K., Steensma, Thomas. D., Wagenaar, Eva. C. F., Doreleijers, Theo. A. H., & Cohen-Kettenis, Peggy. T. (2014). "Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment" *Pediatrics*, 134, 696–704. doi:10.1542/peds.2013-2958
- Västerbottens läns landsting (2017) *Psykiatri*:
www.vll.se/Startsida/for-varldgivarer/behandlingsstod-och-varldriktlinjer/remittentinformation/psykiatri, Hämtad 2017-10-26
- Västra Götalandsregionen (2017a) *Könsdysfori – utredning och behandling*,
[alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/32362/K%c3%b6nsdysfori%20-%20utredning%20och%20behandling%20\(juli%202017\).pdf?a=false&guest=true](http://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/32362/K%c3%b6nsdysfori%20-%20utredning%20och%20behandling%20(juli%202017).pdf?a=false&guest=true), Hämtad 2017-10-31
- Västra Götalandsregionen (Närhälsan) (2017b) *Patientinformation om cellprovskontroller för personer som byter juridiskt kön*,
[alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/32362/K%c3%b6nsdysfori%20-%20utredning%20och%20behandling%20\(juli%202017\).pdf?a=false&guest=true](http://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/32362/K%c3%b6nsdysfori%20-%20utredning%20och%20behandling%20(juli%202017).pdf?a=false&guest=true), Hämtad 2017-10-31
- White Hughto, Jaclyn M. & Reisner, Sari L (2016) "A Systematic Review of the Effects of Hormone Therapy on Psychological Functioning and Quality of Life in Transgender Individuals", *Transgender Health* Volume 1.1, DOI: 10.1089/trgh.2015.0008
- WHO (2017a) www.who.int/classifications/icd/revision/en/, Hämtad 2017-10-13
- WHO (2017b) *Reproductive Health*,
www.who.int/topics/reproductive_health/en/, Hämtad 2017-10-13

- Williams, A (2017) "EV1490: Risk factors for suicide in the transgender community", *European Psychiatry*, 41, Supplement, p. S894, ScienceDirect, EBSCOhost, viewed 22 September 2017
- Witten, Tarynn (2017) "Health and Well-Being of Transgender Elders" *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, 2017, Vol. 37, s. 27-X. DOI: 10.1891/0198-8797.37.27
- Wålinder, Jan, (1968) Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Volume 43, Issue S203, August 1968: Pages 255–258, DOI: 10.1111/j.1600-0447.1968.tb02000.x
- WPATH (2011) The World Professional Association for Transgender Health, *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, 7th Version
- Yerke, Adam & DeFeo, Jennifer (2016) "Redefining Intimate Partner Violence Beyond the Binary to Include Transgender People" i *Journal of Family Violence* (2016) 31:975-979.
- Yogyakartapriciperna (2006) *Principer om tillämpning av det internationella skyddet av de mänskliga rättigheterna vad gäller sexuell läggning och könsidentitet*
www.regeringen.se/49baf9/contentassets/fadeb656cb2e44bba5cb076100e1cb70/yogyakartapriciperna-pa-svenska, Hämtad 2017-10-10
- Zeluf, Galit, Dhejne, Cecilia, Orre, Carolina, Nilunger Mannheimer, Louise, Deogan, Charlotte, Höijer, Jonas, & Ekéus Thorson, Anna (2016). *Health, disability and quality of life among trans people in Sweden—a web-based survey*. BMC Public Health, 16(1), 903. doi.org/10.1186/s12889-016-3560-5
- Zillén, Kavot, Garland, Jameson & Slokenberga, Santa (2017). *The Rights of Children in Biomedicine Challenges posed by scientific advances and uncertainties*. Report commissioned by the Committee on Bioethics of the Council of Europe. 2017.
<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806d8e2f>
- Ålgars, M, Alanko, K, Santtila, P, & Sandnabba, N 2012, 'Disordered Eating and Gender Identity Disorder: A Qualitative Study', *Eating Disorders*, 20, 4, p. 300–311, Academic Search Premier, EBSCOhost, viewed 13 September 2017

Örtqvist Lisa, Fossum Magdalena, Andersson Marie, & Anna Nordenström, (2015) "Long-Term Follow-up of Men Born with Hypospadias: Urological and Cosmetic Results", *The Journal of Urology*, Volume 193, Issue 3, March 2015, Pages 975-982

Offentligt tryck

Dir 2015:138 *Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa*

Dir 2016:18 *Genomförande av Agenda 2030 för hållbar utveckling*

Dir 2016:102 *Stärkt ställning och bättre levnadsvillkor för transpersoner*

Dir 2016:108 *Inrättandet av en jämställdhetsmyndighet*

Dir. 2017:28 *Modernare regler om faderskap och föräldraskap.*

Ds 2012:46 *Avskaffande av steriliseringskrav som villkor för ändrad könstillhörighet*

Ds 2017:6, *Förslag till lag om ersättning till personer som har fått ändrad könstillhörighet fastställd i vissa fall, Socialdepartementet 2017,*

Prop. 1972:6 Kungl. Maj:ts proposition med förslag till lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, m.m; given Stockholms slott den 3 december 1971

Prop. 1998/99:107 *Regeringen. En idrottspolitik för 2000-talet. – folkhälsa, folkerörelse och underhållning.*

Prop. 2002/03:35 *Mål för folkhälsan.*

Prop. 2007/08:95 *Ett starkare skydd mot diskriminering*

Prop. 2007/08:110 *En förnyad folkhälsopolitik.*

Prop. 2008/09:126 *Regeringen. Statens stöd till idrotten.*

Prop. 2009/10:232 *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige.*

Prop. 2011/12:142 *Ändrad könstillhörighet*

Prop. 2013:14/191 *Med fokus på unga – en politik för goda levnadsvillkor, makt och inflytande.*

Skr. 2013/14:91 *Åtgärder för att stärka barnets rättigheter och uppväxtvillkor.*

Skr. 2015/16:86 *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020*

- Skr 2016/17:10 *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid*
- Skr 2016/17:29 *Regeringens strategi för det nationella arbetet med mänskliga rättigheter,*
- SOU 1968:28 *Intersexuellas könstillhörighet. Förslag till lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall*
- SOU 1997:39 *Integritet, Offentlighet, informationsteknik: betänkande av Datalagskommittén.*
- SOU 2000:91 *Del 4 – Aktörer i folkhälsoarbetet.*
- SOU 2007:16, *Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag*
- SOU 2008:60 *Personnummer och samordningsnummer*
- SOU 2009:11 *En nationell cancerstrategi för framtiden*
- SOU 2012:83 *Vad är officiell statistik? En översyn av statistiksystemet och SCB.*
- SOU 2014:91 *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering*
- SOU 2015:86 *Mål och myndighet – en effektiv styrning av jämställdhetspolitiken.*
- SOU 2015:103 *Ett utvidgat straffrättsligt skydd för transpersoner m.m.*
- SOU 2016:19 *Barnkonventionen blir svensk lag.*
- SOU 2016:55. *Delbetänkande av kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete.*
- SOU 2016:87 *Bättre skydd mot diskriminering*
- SOU 2017:4 *Delbetänkande av kommissionen för jämlik hälsa. För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket.*
- SOU 2017:39 *Ny dataskyddslag. Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.*
- SOU 2017:47 *Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*
- SOU 2017:48 *Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*

Utredningen om inrättande av en Jämställdhetsmyndighet
(S 2016:10) Verksamhetsplan för Jämställdhetsmyndigheten
för 2018 (Komm2017/00201)

Europadomstolens avgöranden

- Europadomstolen (2002a) Goodwin v UK (GC), (no. 28957/95)
Europadomstolen (2002b) Goodwin and I v UK (no. 28957/95 och
25680/94)
Europadomstolen (2004) Glass v. United Kingdom, application
(no. 61827/00)
Europadomstolen (2005) Storck v. Germany, application (no.
61603/00)
Europadomstolen (2007) L. v. Lithuania (no. 27527/03)
Europadomstolen (2013a) Van Kück v Tyskland, (no. 35968/97)
Europadomstolen (2013b) Söderman v. Sverige (GC) (no. 5786/08)
Europadomstolen (2015a) Identoba and others v. Georgia, (no.
73235/12)
Europadomstolen (2015b) Y.Y. v. Turkey (no. 14793/08)
Europadomstolen (2017) A.P. (no. 79885/12), Garçon (no.
52471/13) and Nicot v. France (no. 52596/13)

Europarådet

- Europarådet (2001) *Discrimination on grounds of sexual orientation
and gender identity in Europe* (2nd edition) Council of Europe
Europarådet (2009) Commissioner for Human Rights (Hammarberg,
Thomas) *Human Rights and Gender Identity* (Commissioner's
Issue Papers (2009:2), 2009)
Europarådet (2010) *Recommendation of the Committee of Ministers
to member states on measures to combat discrimination on grounds
of sexual orientation or gender identity* (CM/REC(2010)5)
Europarådet (2010) *Explanatory memorandum to the recommen-
dation of the Committee of Ministers to member states on measures*

- to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity* (CM/Rec(2010)5)
- Europarådet (2011) *Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*
- Europarådet (2011) *Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe* (2nd edition) (2011) Council of Europe
https://www.coe.int/t/Commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011_en.pdf
- Europarådet (2013) *Resolution 1945 Putting an end to coerced sterilisations and castrations*
- Europarådet (2013) *Resolution 1952 Children's right to physical integrity*
- Europarådet, (2013) *Guidelines to promote and protect the enjoyment of all human rights by lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) persons*, 11153/13 COHOM 125 COPS 240 PESC 728
- Europarådet(2014) *A boy or a girl or a person – intersex people lack recognition in Europe*, Human Rights Comment, Strasbourg 09/05/2014
- Europarådet (2015) *Resolution 2048 Discrimination against transgender people in Europe*
- Europarådet (2015) *Human rights and intersex people*. CommDH/IssuePaper
- Europarådet (2016) *The Rights of Children in Biomedicine: Challenges posed by scientific advances and uncertainties*, utgiven av The Committee on Bioethics of the Council of Europe 2016
- Europarådet (2016) *Equal opportunities for all children: Non-discrimination of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) children and young people*
- Europarådet (2016) *National Action Plans as Effective Tools to Promote and Protect the Human Rights of LGBTI People*. Council of Europe: <https://rm.coe.int/168066d620>. (Hämtad 2017-10-07)
- Europarådet (2017) *Report on the application of Council Directive 2004/113/EC implementing the principle of equal treatment between men and women in the access to and supply of goods and*

- services* http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/law_reviews/directive_2004_113_report_en.pdf (Hämtad 2017-10-15)
- Europarådet (2017) *Resolution 2191 Promoting the human rights of and elimination discrimination against intersex people*
- Europarådet (2017) *Förebyggande av våld mot kvinnor. INTERIM REPORT on the proposal for a Council decision on the conclusion, by the European Union, of the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence* (COM(2016)0109 – 2016/0062(NLE))
- Europarådet (2017) *Reformen av det gemensamma europeiska asylsystemet – rådet klart att inleda förhandlingar om kvalificerings- och skyddsnormer* www.consilium.europa.eu/sv/press/press-releases/2017/07/19-qualification-protection-standards, Hämtad 2017-09-12
- Europarådet (2017) De Bruyn, Piet, *Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people*, Committee on Equality and Non-Discrimination, Doc. 14049, Reference 4219 of 20 June 2016. 2017 - Fourth part-session

EU

- Europeiska kommissionen (2015) Report on the application of Council Directive 2004/113/EC implementing the principle of equal treatment between men and women in the access to and supply of goods and services, Brussels, 5.5.2015 COM(2015) 190 final
- Europaparlamentet (2014) *Europaparlamentets resolution den 4 februari 2014 om EU:s färdplan mot homofobi och diskriminering på grund av sexuell läggning och könsidentitet* (201372183(INI))
- Europaparlamentet (2017) *Europaparlamentets resolution den 14 februari 2017 om främjande av jämställdhet inom psykisk hälsa och klinisk forskning* (2016/2096 (INI))
- Europaparlamentet (2017) *Betänkande om jämställdhet mellan kvinnor och män i Europeiska unionen 2014–2015* (2016/2249 (INI))

FN

- FN:s barnrättskommitté (2015) *Concluding observations on the fifth periodic report of Sweden* CRC/C/SWE/CO/5
- FN:s barnrättskommitté (2016) *General comment No. 20 on the implementation of the rights of the child during adolescence*, CRC/C/GC/20
- FN:s kommitté för ekonomiska sociala och kulturella rättigheter (2005) *General Comment No. 18, Article 6, p 4.* (E/C.12/GC/18)
- FN:s kommitté för ekonomiska sociala och kulturella rättigheter (2009) *General Comment No. 20 on non-discrimination, p. 32.* (E/C.12/GC/20)
- FN:s kommitté för ekonomiska sociala och kulturella rättigheter (2009) *Cultural Rights on Article 2, paragraph 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, (E/C.12/GC/20)
- FN:s kvinnodiskrimineringskommitté (2010) *General recommendation No. 27 on older women and the protection of their human rights*, CEDAW/C/GC/27
- FN:s kvinnodiskrimineringskommitté (2010) *General recommendation No. 28 on the Core Obligations of State Parties under Article 2 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*, CEDAW/C/GC/28
- FN:s kvinnodiskrimineringskommitté (2014) *General recommendation No. 32 gender-related dimensions of refugee status, asylum, nationality and statelessness of women, 14 november 2014*, CEDAW/C/GC/32
- FN:s kvinnodiskrimineringskommitté (2015) *General recommendation No. 33 on women's access to justice*, 3 augusti 2015, CEDAW/C/GC/33
- FN:s kommitté för medborgerliga och politiska rättigheter (2014) *General comment No. 35 Article 9 (Liberty and security of person)* (CCPR/C/GC/35)
- FN:s kommitté för medborgerliga och politiska rättigheter (2017) 119 Session (06 Mar 2017–29 Mar 2017) CCPR/C/119/0/2172/2012

- FN:s råd för mänskliga rättigheter (2011) *Human rights, sexual orientation and gender identity*, (A/HRC/17/19)
- FN:s råd för mänskliga rättigheter (2011) *Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity: report of the United Nations High Commissioner for Human Rights* (A/HRC/19/41)
- FN:s råd för mänskliga rättigheter (2013) Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, UNHCR (A/HRC/22/53)
- FN:s råd för mänskliga rättigheter (2014) *Human rights, sexual orientation and gender identity* (A/HRC/RES/27/32)
- FN:s råd för mänskliga rättigheter (2015) *Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity: report of the United Nations High Commissioner for Human Rights* (A/HRC/29/23)
- FN:s råd för mänskliga rättigheter (2016) *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/HRC/31/57
- FN:s råd för mänskliga rättigheter (2016) *Report of the Special Rapporteur on the human right to safe drinking water and sanitation* A/HRC/33/49
- FN:s råd för mänskliga rättigheter (2016) *Protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity* (A/HRC/RES/32/2)
- FN:s råd för mänskliga rättigheter (2017) *Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity* (A/HRC/35/36)
- FN (2011) *UN Guiding Principles on Business and Human Rights – OHCHR*
http://www.ohchr.org/Documents/Publications/GuidingPrinciplesBusinessHR_EN.pdf, Hämtad 2017-10-18
- FN (2012) *Born Free and Equal. Sexual Orientation and Gender Identity in International Human Rights law*
- FN (2012) *Equality and Human Rights Commission Collecting information on Gender Identity*

- FN (2012) *Guidelines on International Protection No. 9: Claims to Refugee Status based on Sexual Orientation and/or Gender Identity within the context of Article 1A(2) of the 1951 Convention and/or its 1967 Protocol relating to the Status of Refugees* (HCR/GIP/12/09)
- FN (2017) *Embrace diversity and protect trans and gender diverse children and adolescents*
www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21622&LangID=E, Hämtad 2017-10-14
- FN (2017) *Combating discrimination and violence against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people – UN-wide work*
www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/LGBTUNSystem.aspx, Hämtad 2017-09-20
- FN (2017) UN Global compact www.unglobalcompact.org/ Hämtad 2017-10-18
- OHCHR, UNWomen, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, WHO (2014) *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: An interagency statement*.
- UNAIDS (2014). The gap report 2014. Transgender people. Switzerland: UNAIDS
- UNESCO (2005) Universal Declaration of Bioethics and Human Rights
- UNESCO (2009) The Right to Enjoy the Benefit of Scientific Progress and its Applications
- UNCHR (2012) Guidelines on international protection No. 9: Claims to Refugee Status based on Sexual Orientation and/or Gender Identity within the context of Article 1A(2) of the 1951 Convention and/or its 1967 Protocol relating to the Status of Refugees, HCR/GIP/12/09
- UNHCR (2013) Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, A/HRC/22/53

Kommittédirektiv 2016:102

Stärkt ställning och bättre levnadsvillkor för transpersoner

Beslut vid regeringssammanträde den 1 december 2016

Sammanfattning

En särskild utredare ska utifrån befintlig kunskap göra en bred kartläggning av transpersoners villkor och situation i samhället och föreslå konkreta insatser som bidrar till förbättrade levnadsvillkor och ett tryggare livsutrymme för transpersoner. De faktorer som begränsar transpersoners levnadsvillkor beror bl.a. på värderingar, normer och bristande kunskap i samhället. Utredaren ska även belysa hur personer som genomgår könskorrigering uppfattar utredning, vård och behandling. Syftet med utredningen är att stärka efterlevnaden av transpersoners rättigheter och förbättra levnadsvillkoren för transpersoner.

Utredaren ska bl.a.

- kartlägga hinder för transpersoner att leva i enlighet med sin könsidentitet,
- kartlägga hur transpersoner bemöts i kontakt med myndigheter och med hälso- och sjukvården i Sverige,
- kartlägga vilka hinder som finns för transpersoners möjligheter att på lika villkor delta i arbetslivet,
- kartlägga väntetider inom den könsbekräftande vården och föreslå konkreta insatser för att öka välbefinnandet hos personer som väntar på vård och behandling, och

- vid behov föreslå nödvändiga författningsändringar.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 oktober 2017.

Transpersoners levnadsvillkor

De mänskliga rättigheterna är universella och gäller för alla utan någon åtskillnad. Transpersoners rättigheter är en självklar del av arbetet med de mänskliga rättigheterna och de svårigheter transpersoner möter aktualiserar viktiga frågor kring samhällets ansvar för implementeringen av de mänskliga rättigheterna och skyddet mot diskriminering. I ett hetero- och cisnormativt samhälle riskerar transpersoner och andra människor som anses bryta mot normer att utsättas för bl.a. kränkningar, diskriminering och våld och få sämre möjligheter att delta i samhället.

Europarådets ministerkommitté antog 2010 en rekommendation om skydd mot diskriminering på grund av sexuell läggning eller könsidentitet. I rekommendationen uppmanas medlemsstaterna bl.a. att motverka diskriminering, våld, hot och kränkningar mot transpersoner. Medlemsstaterna rekommenderas även att vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa att en persons ändrade könstillhörighet erkänns rättsligt inom alla områden av livet, särskilt genom att göra det möjligt att snabbt, transparent och enkelt byta namn och kön i allmänna handlingar. Medlemsstaterna rekommenderas även att, när det är lämpligt, säkerställa att även icke-statliga aktörer omfattas av motsvarande krav på erkännande och ändringar, t.ex. gällande utbildnings- och arbetsintyg.

Flera lagändringar som möjliggör bättre förutsättningar för transpersoner har genomförts de senaste tio åren. Bland annat har skyddet mot diskriminering i diskrimineringslagen (2008:567) utvidgats till att gälla diskrimineringsgrunden könsöverskridande identitet eller uttryck, och i lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall har steriliseringskravet liksom kraven på att vara ogift och svensk medborgare avskaffats. Trots dessa förändringar tyder resultat från studier på att den självupplevda hälsan och livssituationen för transpersoner inte har förbättrats under det senaste decenniet.

Några begrepp

Regeringen har i dessa direktiv valt att använda vissa särskilda begrepp. Detta avsnitt innehåller beskrivningar av hur dessa begrepp ska tolkas. Begreppen *transpersoner* och *personer med transefarenhet eller transbakgrund* är konstruerade i syfte att inom forskning och politik samla en mängd olika individer för vilka könsidentiteten eller könsuttrycket inte stämmer överens med normen för det juridiska kön som de tilldelades vid födseln. Begreppet transpersoner kan även omfatta personer som identifierar sig som *icke-binära*, det vill säga som inte upplever att könsindelningen kvinna/man passar dem eller som inte vill, kan eller tycker att det är viktigt att definiera sig i fråga om kön. *Hbtq* är ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter.

Intersex är en benämning som används för att förklara tillstånd där den kroppsliga utvecklingen inte är entydig gällande kön. Begreppet intersex innefattar ett stort antal kroppsliga tillstånd och alla personer med sådana medfödda variationer i könsutvecklingen identifierar sig inte nödvändigtvis som intersex-personer.

Grupperna som kan kategoriseras som transpersoner och intersexpersoner är därmed heterogena. Alla personer som definierar sig som transpersoner alternativt har transefarenhet eller transbakgrund samt intersex-personer och personer med medfödd variation i könsutvecklingen ska kunna gagna av utredningens insatser och förslag.

Juridisk könstillhörighet eller juridiskt kön är det kön en person är registrerad i enligt folkbokföringen. Med *könsidentitet* menas vad en person identifierar sig som gällande kön och med *könsuttryck* menas t.ex. kläder, frisyr och annat som har med utseende att göra. I diskrimineringslagen kallas detta *könsöverskridande identitet och uttryck*.

Transsexualism är en diagnos som i den internationella sjukdomsklassifikationen (ICD-10-SE) beskrivs på följande sätt: "En önskan om att leva och bli accepterad som en medlem av det motsatta könet, ofta åtföljt av en känsla av obehag eller otillräcklighet med det egna anatomiska könet och en önskan om hormonell eller kirurgisk behandling för att kroppsligen likna det prefererade könet så mycket som möjligt". Socialstyrelsen med flera använder uttrycket *könsdysfori*, som är ett psykiskt lidande eller en försämrad förmåga att

fungera i vardagen som orsakas av att könsidentiteten inte stämmer överens med det registrerade könet. *Könskorrigering* kallas den medicinska, sociala och juridiska process som transsexuella och vissa andra transpersoner kan gå igenom för bättre kunna leva i enlighet med sin könsidentitet. Delar av denna process är den utredning som kan leda fram till diagnos, den kallas här för *könsutredning*. *Könsbekräftande vård och behandling* är ett samlingsbegrepp för olika sätt att ändra på kroppen så att den stämmer mer överens med könsidentiteten, och kallas även könskorrigering vård och behandling.

Heteronormativitet är antagandet att det bara finns två kön, kvinna och man, att de är heterosexuella och att de betar sig på ett visst sätt med anledning av kön (maskulint eller feminint). *Cisnormativitet* är antagandet att alla människor identifierar sig som det kön som har tillskrivits dem vid födseln och lever efter det könets sociala normer.

Med *levnadsvillkor* menas olika omständigheter i omgivningen som bl.a. påverkar livsutrymme och hälsa.

Utgångspunkter för utredningen

Utredaren bör tillämpa ett intersektionellt perspektiv på frågorna och belysa hur övriga diskrimineringsgrunder, bl.a. etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning och ålder, samspelar med frågorna kring könsidentitet och könsuttryck. Utredaren ska även, utöver uppdraget att belysa situationen för icke-binära personer, synliggöra eventuella skillnader i levnadsvillkor för transkvinnor respektive transmän. Utredaren bör även anlägga ett geografiskt perspektiv, bl.a. på de frågor som rör hälso- och sjukvård. Utredaren ska arbeta med utgångspunkt i de kunskaper och erfarenheter som samlats på området såväl i Sverige som internationellt.

Uppdraget att föreslå konkreta insatser för att förbättra levnadsvillkoren för transpersoner

Flertalet rapporter visar att transpersoner i Sverige har sämre levnadsvillkor än befolkningen som helhet. Denna utsatthet begränsar såväl vardagsmobiliteten och livsutrymmet som tillgången till grundläggande tjänster. Folkhälsomyndighetens rapport Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner – En rapport om hälsoläget

bland transpersoner i Sverige (2015) visar att få transpersoner känner att de helt kan leva enligt sin könsidentitet. Över hälften av respondenterna anger att de minst en gång under de senaste tre månaderna blivit utsatta för kränkande behandling eller bemötande och ungefär var femte anger att de någon gång har varit utsatta för våld på grund av sin transerfarenhet. Över en tredjedel svarar att de har blivit utsatta för psykiskt våld under de senaste tolv månaderna. Endast hälften av respondenterna anger att de har ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd, vilket är en lägre andel jämfört med befolkningen i allmänhet baserat på den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV) från 2014. Cirka en femtedel av respondenterna svarar att de har ett dåligt allmänt hälsotillstånd. Detta svar är också vanligare bland respondenterna jämfört med befolkningen i stort baserat på HLV.

Studier tyder på att det främst är omständigheter i omgivningen som ligger till grund för att transpersoner generellt har sämre hälsa än befolkningen i allmänhet. Dessa omständigheter kan vara kränkande behandling, diskriminering, hot och våld och lågt förtroende för samhällsinstitutioner. Levnadsvillkor kan påverka hälsoutfall på en mängd olika sätt och begränsa livsutrymmet och upplevd möjlighet att leva i enlighet med sin identitet.

I Folkhälsomyndighetens rapport Rätten till hälsa – Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa (2016) framkommer även aspekter som rör transpersoners levnadsvillkor i allmänhet. I studien vittnar transpersoner om en önskan om och ett behov av likabehandling. Genom att bryta mot samhällets förväntningar kring könsidentitet utsätts transpersoner ofta för oförståelse, okunskap och kränkningar i samspelet med såväl familj och vänner som hälso- och sjukvårdspersonal och tvingas ofta undervisa andra kring, och rättfärdiga, sin könsidentitet. Begränsande förutsättningar framträder bl.a. i bemötandet från personal inom hälso- och sjukvården, och kan ta sig uttryck i språk eller handlingar som visar på oförståelse. Detta påverkar transpersoners möjligheter att få den vård och det stöd de behöver. Folkhälsomyndighetens rapport konstaterar att många i samhället, speciellt de personer som i sin yrkesroll möter transpersoner, behöver mer kunskap om frågor kring könsidentiteter.

Studier och forskningsrapporter visar särskilt på unga transpersoners utsatthet för bl.a. osynliggörande, stigmatisering, diskrimi-

nering, kränkningar och våld. Dessa faktorer påverkar hälsosituationen negativt och unga transpersoner har mer psykisk, fysisk och social problematik jämfört med andra ungdomar. Unga hbtq-personer utsätts bl.a. ofta för hot och våld i skolan. Det saknas i nuläget tillräckligt underlag för att kunna bedöma hur situationen ser ut för äldre transpersoner och det finns därmed ett behov av att kartlägga levnadsvillkoren för dessa. Det finns alltså ett behov av att med ett livscykelperspektiv belysa vilka hinder som kan uppkomma under ett liv som transperson. Det kan vara kopplat till ohälsa, diskriminering, bemötande eller konkreta administrativa hinder. Det finns även ett behov av att kunskap om transpersoner och transpersoners levnadsvillkor samlas och sprids.

Det saknas studier kring hur levnadsvillkoren ser ut för intersexpersoner. Utredaren ska därför, där det är lämpligt, undersöka levnadsvillkoren för intersexpersoner, med beaktande av Socialstyrelsens uppdrag att kartlägga vård och behandling av intersexpersoner.

Kan transpersoner leva i enlighet med sin könsidentitet eller önskat könsuttryck?

I Folkhälsomyndighetens rapport från 2015 uppger endast en tiondel av respondenterna att de helt kan leva enligt sin könsidentitet och många, särskilt unga transpersoner, skattar sin livskvalitet som dålig. Ett hetero- och cisnormativt samhälle kan medföra hinder för transpersoner före, under och efter könsbekräftande vård och behandling samt för personer som inte får eller önskar vård och behandling. Att leva i enlighet med sin könsidentitet samtidigt som samhället kodar en som ett annat kön kan medföra flera problem och begränsningar i vardagen.

Utredaren ska därför

- undersöka hur transpersoner påverkas av samhällets cis- och heteronorm, och
- identifiera de hinder som finns i samhället för transpersoners möjligheter att leva i enlighet med sin könsidentitet, och vid behov föreslå insatser för att åtgärda eventuella brister.

Hur bemöts transpersoner i kontakt med myndigheter i Sverige?

Studier visar att transpersoner generellt har ett lågt förtroende för samhällsinstitutioner som polisen, hälso- och sjukvården, skolan och socialtjänsten. Många upplever diskriminering, okunskap och dåligt bemötande i kontakt med dessa och avstår därför från vissa kontakter med samhällsinstitutioner. Transpersoners låga förtroende för samhällsinstitutioner kan ses som ett symptom på gruppens upplevelse av att mötas av bristande förståelse. Långvarig stress till följd av faktisk eller förväntad diskriminering kan skapa ökad psykisk ohälsa. Forskning har även visat att faktorer som diskriminering finns med bland orsakerna till de höga antalen självmordsförsök bland transpersoner.

Socialstyrelsen fick i juni 2012 regeringens uppdrag att initiera och samordna ett myndighetsövergripande samarbete i syfte att minska den administrativa bördan för en person i samband med ändring av könstillhörighet. Vid uppdragets genomförande identifierades ett antal problem som bl.a. rörde ändring av personnummer och namn i folkbokföringen, ändring av betyg och behörigheter, rätten till pension och socialförsäkringsförmåner med mera. Andra aspekter rörde behovet av att inte behöva förklara och visa upp sin tidigare identitet samt vikten av ett bra bemötande. Inom ramen för regeringsuppdraget vidtog flertalet myndigheter åtgärder för att förbättra situationen.

Eftersom transpersoner fortfarande upplever såväl svårigheter i sin vardag som dåligt bemötande finns ett behov av att på nytt kartlägga vilka hinder som kan finnas för transpersoner i relation till myndigheter och andra viktiga aktörer.

Utredaren ska därför

- med utgångspunkt i tidigare kartläggningar identifiera vilka administrativa hinder transpersoner möter i sin vardag,
- föreslå konkreta insatser för hur transpersoners vardag ska kunna underlättas när det gäller handläggning och bemötande vid kontakt med myndigheter och andra aktörer,
- samla och sprida konkreta råd och anvisningar för hur myndigheter kan undanröja administrativa hinder för transpersoner, och
- vid behov föreslå nödvändiga författningsändringar.

Hur bemöts transpersoner i kontakt med hälso- och sjukvården i Sverige?

I flera rapporter vittnar transpersoner om otillfredsställande och dåligt bemötande inom olika delar av sjukvården och inom hälsofrämjande verksamheter. Många avstår från eller skjuter upp att söka vård på grund av oro för dåligt bemötande eller på grund av tidigare erfarenheter av dåligt bemötande. Transpersoner vittnar om situationer där sjukvårdspersonal vill hjälpa till men ofta saknar nödvändig kunskap, vilket leder till att transpersonerna själva känner att de måste utbilda sjukvårdspersonalen för att kunna få rätt hjälp. Både Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har rapporterat att transpersoner har ett lågt förtroende för hälso- och sjukvården.

I Folkhälsomyndighetens rapport Rätten till hälsa från 2016 uppger intervjupersoner att deras erfarenheter av att möta personal inom hälso- och sjukvården präglas av brister i bemötande och normativa förväntningar på en binär könsidentitet liksom på heterosexualitet.

Inom socialtjänstens område har Socialstyrelsen i en förstudie upptäckt brister i bemötande och myndigheten kommer under 2017–2018 att utveckla ett kunskapsstöd och föreslå kunskapshöjande insatser, något som utredaren bör beakta under arbetet.

Rapporten Hon han hen från Ungdomsstyrelsen (numera Myndigheten för Ungdoms- och civilsamhällesfrågor, MUCF) visar att många unga transpersoner upplever ett otillfredsställande bemötande hos skol- och vårdpersonal. Mot den bakgrunden är det relevant att även belysa vikten av ett bra bemötande inom relaterade hälsofrämjande verksamheter som riktar sig till unga, t.ex. elevhälsan.

Utredaren ska därför

- med utgångspunkt i tidigare genomförda studier kartlägga hur bemötandet ser ut för transpersoner inom hälso- och sjukvården, och
- medverka till att sprida kunskap om transpersoners levnadsvillkor till yrkespersoner inom hälso- och sjukvården och andra relevanta verksamheter.

Hur kan transpersoner i Sverige få en bättre psykisk hälsa?

Rapporter från bland andra Folkhälsomyndigheten har påvisat ett samband mellan diskriminering och hälsa och bedömt diskriminering som en av hälsans bestämningsfaktorer. De grupper i samhället som är mest utsatta för ohälsa är även mest utsatta för diskriminering.

Transpersoner upplever en sämre psykisk hälsa jämfört med befolkningen i allmänhet. Ett tecken på omfattningen av den psykiska ohälsan är att den andel transpersoner som har försökt, alternativt övervägt, att ta sitt eget liv är betydligt högre än i befolkningen i allmänhet. Forskning har konstaterat att självmordsförsök bland transpersoner har ett samband med depression och utsatthet för diskriminering och psykiskt eller fysiskt våld på grund av könsidentitet eller könsuttryck. Ett flertal studier har undersökt bakomliggande orsaker till självmordsförsök bland transpersoner, dock saknas i nuläget undersökningar som visar på skyddande faktorer.

Vidare finns anledning för utredaren att studera andra tecken på den psykiska ohälsan hos transpersoner, bl.a. visar studier att många transpersoner ofta eller alltid känner sig olyckliga eller nedstämda. Andelen transpersoner som känner sig stressade är fem gånger större än bland befolkningen i allmänhet. De mycket stressade finns främst i de yngsta åldersgrupperna. Var tredje transperson uppger sig ha ett problematiskt förhållande till mat och ätande och det finns tecken på att användning av tobak, alkohol och narkotika är vanligare bland transpersoner jämfört med befolkningen i allmänhet. Utredaren bör när det gäller bruket av tobak, alkohol och narkotika utgå från de mål och insatsområden som presenteras i den samlade strategin för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020 (skr. 2015/16:86).

Utredaren ska därför

- i samråd med den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09) identifiera hur insatser för att öka den psykiska hälsan och minska stressen bland transpersoner kan inorporeras i det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa,
- föreslå hur riktade preventiva insatser mot självmord och självmordsförsök bland transpersoner kan inrymmas i Folkhälso-

myndighetens uppdrag att samordna det suicidförebyggande arbetet, och

- föreslå hur det nuvarande alkohol-, narkotika- och tobaksförebyggande arbetet kan säkerställa att den förhöjda risk som finns hos gruppen transpersoner beaktas.

Hur ser arbetslivet ut för transpersoner i Sverige?

I Folkhälsomyndighetens rapport från 2015 anger över hälften av transpersonerna att deras arbetsförmåga eller vardag är begränsad i någon grad på grund av en fysisk eller psykisk sjukdom. Andelen arbetslösa bland respondenterna är högre än i befolkningen i sin helhet (13 procent jämfört med 8 procent).

Enligt diskrimineringslagen (2008:567) är det förbjudet att diskriminera personer på grund av könsöverskridande identitet eller uttryck. Från och med den 1 januari 2017 omfattar diskrimineringslagens regler om aktiva åtgärder alla sju diskrimineringsgrunder. Det innebär att arbetsgivares ansvar att aktivt arbeta förebyggande mot diskriminering även omfattar diskrimineringsgrunden könsöverskridande identitet eller uttryck.

I nuläget finns mycket begränsad kunskap om transpersoners situation på arbetsmarknaden och i arbetslivet, bl.a. om förekomsten av diskriminering på grund av könsöverskridande identitet eller uttryck. Det finns således ett behov av mer kunskap om transpersoners situation på arbetsmarknaden och i arbetslivet gällande lika rättigheter och möjligheter, diskriminering, kränkningar, bemötande, utsatthet och möjligheten att vara öppen med sin könsidentitet på arbetsplatsen.

Utredaren ska därför

- i dialog med arbetsmarknadens parter kartlägga vilka hinder som finns för transpersoners möjligheter att på lika villkor delta i arbetslivet, och
- vid behov föreslå konkreta insatser för att förbättra transpersoners arbetsmiljö och situation på arbetsmarknaden.

Hur kan personer som ändrat juridiskt kön lättare få ut nya betyg, examensbevis och annan dokumentation från t.ex. lärosäten och arbetsgivare?

Som beskrivits ovan tar Europarådets ministerkommittés rekommendation från 2010 bl.a. upp vikten av att en persons ändrade könstillhörighet erkänns rättsligt inom alla områden av livet. Detta behov, som även har förts fram av organisationer som företräder transpersoner, kan innebära utmaningar för såväl statliga som ickestatliga aktörer t.ex. gällande utbildnings- och arbetsintyg.

Utredningen om juridiskt kön och medicinsk könskorrigering (SOU 2014:91) konstaterar att rätten att få olika former av intyg utfärdade i nya personuppgifter är en fråga som bör utredas och övervägas ytterligare.

När det gäller t.ex. grund- och gymnasieskolan har Statens skolverk gjort bedömningen att bestämmelsen om omprövning i förvaltningslagen ger rektorn möjlighet att ändra identitetsuppgifter i slutbetyg för den som bytt juridiskt kön. Trots detta finns ett behov av att belysa om svårigheter kvarstår.

Högskolors och universitets hantering av ändring av personnummer i examensbevis har visat sig variera mellan lärosätena. Sveriges förenade HBTQ-studenter har i en rapport från 2015 uppmärksammat frågan och identifierat vissa svårigheter och utmaningar gällande bemötande, praktisk information till den enskilde och lärosätenas ärendehantering.

Arbetsförmedlingen har påtalat att transpersoner som bytt juridiskt kön i nuläget inte har lika villkor på arbetsmarknaden, eftersom de ofta saknar möjlighet att fullt ut kunna styrka sina meriter utan att avslöja juridiskt könsbyte.

Utredaren ska därför

- kartlägga hinder som kan uppstå för personer som ändrat juridiskt kön när dessa ska använda sig av intyg, betyg och annan dokumentation som är utfärdad i enlighet med den tidigare juridiska könstillhörigheten,
- vid behov lämna förslag på åtgärder som kan vidtas på kort respektive lång sikt för att komma till rätta med de hinder som identifierats,

- föreslå hur kontakterna mellan individer och olika aktörer inom utbildningsväsendet och arbetsmarknaden kan förenklas, och
- vid behov föreslå nödvändiga författningsändringar.

Hur ska en tryggare fritid för transpersoner säkerställas?

Fritiden är en viktig del av människors liv. Det fysiska och psykiska välbefinnandet har stor inverkan på en persons möjlighet att organisera sin fritid. Studier visar att transpersoner i mindre utsträckning deltar i träning och idrott än övriga och att de normer och fysiska förutsättningar som finns kring tränings- och idrottsmiljöer i många fall är exkluderande för transpersoner.

Transpersoner vittnar även om en stor otrygghet i det offentliga rummet. Folkhälsomyndighetens rapport från 2015 visar att många transpersoner avstår från aktiviteter och avstår från att gå ut ensamma av rädsla för att bli diskriminerade, ofredade eller överfallna. En fjärdedel av respondenterna i Folkhälsomyndighetens rapport uppgav att de skulle vilja träna mer än vad de gör i dag men på olika sätt är begränsade på grund av sin transerfarenhet. Detta kan gälla praktiska omständigheter eller oro för dåligt bemötande.

En betydande del av ungdomars tillvaro består av fritid och det är därför viktigt att belysa unga transpersoners, men även vuxna transpersoners, möjligheter att umgås med andra på lika villkor och att tryggt delta i olika typer av fritidsaktiviteter och i civilsamhället. Möjligheterna att delta i träning och idrott är särskilt viktiga att belysa.

Den kunskap som finns om såväl faktorer som begränsar transpersoners levnadsvillkor som hälsofrämjande faktorer är i dag utspridd hos många olika aktörer och kontinuitet saknas. En del i att synliggöra och öka kunskapen om transpersoner och transpersoners livssituation hos allmänheten och hos personer som i sin yrkesroll, eller roll inom t.ex. föreningslivet, bör därför vara att samla och sprida sådan kunskap, bl.a. i syfte att förhindra negativa attityder.

Utredaren ska därför

- föreslå konkreta insatser för att förbättra transpersoners förutsättningar att tryggt kunna delta i olika typer av fritidsaktiviteter, i det civila samhället och i andra sociala sammanhang,

- föreslå åtgärder för att förbättra transpersoners möjligheter att delta i träning och idrott, och
- medverka till att sprida kunskap om transpersoners levnadsvillkor dels till personer som i sin yrkesroll eller roll inom det civila samhället möter transpersoner, dels till allmänheten.

Hur påverkas icke-binära personer av att samhället i många sammanhang är binärt uppdelat?

Var fjärde respondent i Folkhälsomyndighetens rapport från 2015 identifierar sig som icke-binär. Många anger att de inte kan byta juridiskt kön eftersom det kön som bäst stämmer överens inte finns i Sverige i dag. En icke-binär könstillhörighet påverkar hur individer blir bemötta, behandlade och inkluderade i ett givet sammanhang, och det kan ha betydelse för hälsoutfallet hos gruppen. Rapporten Hon han hen från MUCF visar att personer vilkas genuspresentation går på tvärs med vedertagna normer, t.ex. personer som varken identifierar sig som kvinna eller man, tycks vara mycket utsatta. Det finns alltså anledning att tro att denna grupp kan uppleva särskilda svårigheter.

Statistik om gruppen icke-binära saknas, något som skulle kunna möjliggöras om flera alternativ till kön fanns med i olika enkäter. I dag redovisar många myndigheter individbaserad statistik och andra uppgifter med kön som övergripande indelningsgrund. Könsuppdelad statistik är ett viktigt verktyg i arbetet för ett jämställt samhälle. Att detta oftast manifesteras i endast två möjliga kön i t.ex. enkäter och redovisningar medför dock att icke-binära personer exkluderas och att viktig information om dessa personers livssituation kan gå förlorad.

Utredaren ska därför

- belysa hur enkäter och undersökningar kan inkludera icke-binära personer och peka på goda exempel på hur detta kan genomföras, och
- belysa hur könsuppdelad statistik kan kompletteras genom att inkludera icke-binära personer.

Uppdraget att belysa hur personer som genomgår könskorrigering uppfattar utredning, vård och behandling

Studier visar att transpersoner ofta upplever sig ifrågasatta, dåligt bemötta eller bemötta med okunskap i kontakten med hälso- och sjukvården. Det gäller både i den generella vården och i den könsbekräftande vården, den s.k. transvården. Unga transpersoner rapporterar om okunskap och oförståelse i bemötandet från ungdomsmottagningar när de söker med anledning av könsdysfori eller om frågor kring könsidentitet. Brister gällande bl.a. vård och behandling har även identifierats av Socialstyrelsen. Socialstyrelsen konstaterade i en förstudie 2010 att det finns stora regionala skillnader i landet när det gäller utredning och behandling, bl.a. kan väntetiderna för att inleda en behandling och befintliga resurser för utredning och behandling skilja sig åt mellan landstingen. Det finns betydande skillnader när det gäller möjligheten att få behandling under utredningstiden och innehållet i den behandling som erbjuds patienterna skiljer sig åt i väsentliga delar. Mot denna bakgrund fick Socialstyrelsen 2012 i uppdrag att ta fram kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens profession med rekommendationer om innehållet i utredning, vård och behandling vid könsdysfori. De nationella kunskapsstöden presenterades 2015 och uppmärksammar situationen för både vuxna och barn med könsdysfori.

Hur kan eventuella brister i dagens utredningsförfarande åtgärdas?

Som framgår ovan återstår flertalet problem kring dagens utredningsförfarande och det finns därför ett behov av att belysa hur personer som genomgår könskorrigering uppfattar processen och hur eventuella brister kan åtgärdas.

Utöver de problem som kan upplevas gällande väntetider finns behov av att belysa hur eftervården ser ut för personer som genomgått könsbekräftande behandling, eftersom många vittnar om en känsla av att lämnas ensamma när behandlingen är över.

Även inom könsbekräftande vård och behandling finns anledning att särskilt studera situationen för icke-binära personer. Studier visar att många icke-binära personer upplever en känsla av att inte passa in och personer vittnar om upplevelsen att tvingas in i mallar för att få vård och hjälp. Det bör därför belysas i vilken utsträck-

ning dagens utredningsförfarande och könsbekräftande vård och behandling tar hänsyn till individers faktiska könsidentitet och icke-binära personers situation.

Utredaren ska i sina ställningstaganden utgå från Socialstyrelsens kunskapsstöd och ta hänsyn till pågående processer som är relevanta för de frågeställningar som angetts i uppdraget, t.ex. den pågående revideringen av WHO:s International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD).

Utredaren ska därför

- belysa hur personer som genomgår könskorrigering uppfattar dagens utredningsförfarande, vård och behandling inklusive eftervård,
- belysa hur de vårdsökande uppfattar kontakten med olika instanser,
- kartlägga väntetider för start av utredning och tiden för utredning och föreslå konkreta insatser för att öka välbefinnande hos personer som väntar på vård och behandling,
- samla goda exempel på inkluderande och korrekt information till transpersoner och föreslå hur dessa kan spridas, och
- undersöka i vilken omfattning könsbekräftande vård och behandling är anpassad till icke-binära personers behov och föreslå eventuella insatser.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska analysera och redovisa förslagets konsekvenser i enlighet med i 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474). Förslagen ska kostnadsberäknas och utredaren ska lämna förslag till finansiering inom befintliga utgiftsramar.

Konsekvensbeskrivningen ska även redovisa hur de förslag som lämnas förhåller sig till den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna samt Sveriges övriga internationella åtaganden om mänskliga rättigheter. Konsekvensbeskrivningen ska även beakta ett barnrättsperspektiv så som det kommer till uttryck i FN:s konvention om barnets rättigheter samt ett ungdomsperspektiv.

Arbetsformer, samverkan och redovisning av uppdraget

I sitt arbete ska utredaren hålla sig informerad om och i förekommande fall beakta andra pågående processer som är relevanta för de frågeställningar som angetts i uppdraget, t.ex. lagstiftningsarbete inom Regeringskansliet. Utredaren ska ha ett kommunikativt och utåtriktat arbetssätt genom att bl.a. delta i den allmänna debatten och medverka i olika former av utbildnings- och informationsverksamhet för att på så sätt bidra till diskussion i frågor relaterade till uppdraget.

Utredaren ska när behov finns samråda med berörda myndigheter, t.ex. Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, Barnombudsmannen, Diskrimineringsombudsmannen, Folkhälsomyndigheten, Försäkringskassan, Migrationsverket, MUCF, Polismyndigheten, Skatteverket, Socialstyrelsen, Statens kulturråd, Statens skolverk och Universitets- och högskolerådet.

Utredaren ska inhämta kunskap och erfarenheter från vårdpersonal vid de utredningsteam som arbetar med könsbekräftande vård och behandling, från Socialstyrelsens rättsliga råd och från organisationer som arbetar med transpersoners rättigheter. Utredaren ska även föra en dialog med enskilda kommuner och landsting, Riksidrottsförbundet, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och organisationer inom det civila samhället, t.ex. inom idrottsrörelsen. Utredaren ska i deluppdraget som rör arbetslivet föra en dialog med arbetsmarknadens parter.

Utredaren ska även samråda med andra statliga utredningar som anknyter till denna utredares uppdrag, såsom Kommissionen för jämlik hälsa (S 2015:02) och den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09).

Uppdraget ska redovisas senast den 31 oktober 2017.

(Kulturdepartementet)



**Utredningen om stärkt ställning
och bättre levnadsvillkor för
transpersoner**
Ku 2016:05

Välkommen på hearing om transpersoners rättigheter

Utredningen Stärkt ställning och bättre levnadsvillkor för transpersoner (Ku 2016:05) har under 2017 arbetat med uppdrag att föreslå konkreta insatser för att förbättra levnadsvillkoren för transpersoner i Sverige och belysa hur den könsbekräftande vården fungerar. Vårt uppdrag har bland annat innefattat områden som diskriminering på arbetsmarknaden, problem i kontakt med myndigheter och andra viktiga samhällsaktörer och hur icke-binära bättre skulle kunna inkluderas i statistik.

Nu närmar vi oss slutet på vår utredningstid och vill därför diskutera våra förslag med en bredare grupp. Under hearingen kommer vi att behandla förslag på flera av utredningens områden. Bland annat kommer det att handla om hur den könsbekräftande vården borde utvecklas och förändras, hur den offentliga statistiken i Sverige kan justeras för att bättre spegla alla människor, vilka åtgärder som behöver genomföras för att förenkla administrationen för alla som bytt juridiskt kön, samt hur arbetet för en bättre psykisk hälsa kan förändras för att bättre inkludera transpersoner.

Tid: 30 augusti 10-16.

Plats: Sheraton Stockholm Hotel, Tegelbacken 6, Stockholm

Lokal: Drottningholm A

Vänligen anmäl vem från er organisation som kommer att delta senast den 14 augusti till: **Annelie Larsson**, utredningssekreterare

Telefon: 08- 405 84 37

Mail: annelie.larsson@regeringskansliet.se

Utredningen har möjlighet att stå för resa till Stockholm för er som reser långt. Resor bokas via utredningen, vänligen ange detta i anmälan.

Välkommen!

Ulrika Westerlund, särskild utredare

Jonah Akleye, utredningssekreterare

Annelie Larsson, utredningssekreterare

<http://www.transpersonerslevnadsvillkor.se/>

Sändlista:

Akademikerförbundet SSR
Amnesty
Antidiskrimineringsbyrån Uppsala
Arbetsförmedlingen
Arbetsmiljöverket
Astrid Lindgrens Barnsjukhus
ASPU AB
Barnombudsmannen
Brottsförebyggande rådet
Brottsofferjouren
CAH-förbundet
Diskrimineringsombudsmannen
Enskilda transaktivister
Falun kommun
Föräkringskassan
Göteborgs Stad
Hbt Centern
HBT Liberaler
HBT-Gyn
HBT-Hälsan
HBT-Socialdemokrater Sverige
HBTQ-Vänstern
FI
INIS
Intersex Scandinavia
Jönköpings kommun
KIM
LO
Luleå kommun
Malmö mot diskriminering
Malmö Stad
Migrationsverket
Miljöpartiets hbtq-nätverk
Nationella sekretariatet för
genusforskning
Norrköppings kommun
Nätverket Transhälsa
Polisen
RFSL
RFSL Ungdom
RFSU
Riksidrottsförbundet
Skatteverket
Statens Skolverk
Stockholms Stad
Sveriges Antidiskrimineringsbyråer
Sveriges förenade HBTQ-studenter
Svensk förening för transsexuell hälsa
Sveriges kommuner och landsting
TCO
Transföreningen FPES
Transammans
Transförsvaret
Universitets- och högskolerådet
Universitetskanslerämbetet
Uppsala kommun
Venhälsan
Västerås Stad
Växjö kommun
Öppna Kristdemokrater
Öppna Moderater
Örebro kommun

Uppdraget att sprida kunskap om transpersoners levnadsvillkor

Här redovisas de arrangemang där utredningen medverkat i syfte att informera om utredningen och sprida kunskap om transpersoners levnadsvillkor.

Arrangemang	Ort	Datum
Transammansdagen 2017	Västerås	2017-02-04
FPES årsmöte	Uppsala	2017-03-18
RFSL Ungdoms kongress	Örebro	2017-03-25
Fortbildningsdag för lärare om rättighetsfrågor i utställningen 100 % kamp – Sveriges historia, arrangör Forum för levande historia	Västerås	2017-04-04
Båstadträffen, arrangör FPES	Båstad	2017-05-05
RFSL:s förtroenderåd	Södertälje	2017-05-20
LundaPride	Lund	2017-05-21
West Pride	Göteborg	2017-06-08
Luleå Pride	Luleå	2017-06-17
Helsingfors Pride	Helsingfors	2017-06-28
Almedalsveckan	Visby	2017-07-04
Stockholm Pride	Stockholm	2017-08-01

Lagen som verktyg för att motverka diskriminering av hbt-personer, arrangör DO	Stockholm	2017-09-07
Regnbågsveckan	Linköping	2017-09-29
YouthEQ 17, arrangör Kalmar kommun	Kalmar	2017-10-12
Socialdemokrater för tro och solidaritet Framtidsforum	Stockholm	2017-10-14
Panelsamtal om transvård, arrangör Feministiskt initiativ Stockholm	Stockholm	2017-10-17
Feministiska juriststudenter i Uppsala	Uppsala	2017-11-09

Länder som har infört möjligheten att ha X som könsmarkör i pass

Australien

Australien erbjuder sedan 2011 möjlighet för transpersoner och personer med intersexvariation att välja mellan alternativen M (male), F (female) eller X (indeterminate/unspecified/intersex). Den som ansöker om att få ha X i sitt pass behöver ett intyg från läkare som visar på att sökanden är intersex eller har genomgått eller kommer att genomgå könsbekräftande behandling.

Danmark

I Danmark har medborgare möjlighet att välja X som ett alternativ för kön i sitt pass om personen har fyllt 18 år senast vid ansöknings-tillfället. Till ansökan lämnas in en skriftlig försäkran om att önskan att få X i sitt pass grundar sig i en tillhörighet av det motsatta könet eller ett dokument som bevisar byte av personnummer enligt bestämmelser i 3 § punkt 6 om lagen om "Det Centrale Personregister".

Indien

2014 beslutade högsta domstolen i Indien om upprättandet av ett tredje kön som alternativ i offentliga dokument och id-handlingar inklusive pass för Hirjas.

Kanada

Kanada har även nyligen öppnat upp för möjligheten att få X som könsmarkör i passhandlingar. Enligt ett utlåtande från den kanadensiska regeringen ska möjligheten att få välja X i passet börja gälla från och med 31 augusti 2017.

Malta

Malta har nyligen infört möjligheten att välja X som könsmarkör i pass och andra id-handlingar. Det är en ren administrativ process där den som önskar få ändra sin könsmarkör till X i sitt pass eller andra id-handlingar i samband med ansökan, behöver avlägga en svuren ed inför en notarie. Något ytterligare krav på information eller underlag behövs inte.

Nepal

Ett domstolsbeslut i Nepal 2007 slog fast erkännandet om ett tredje kön i officiella id-handlingar. Så kallade "citizenship documents" i Nepal kan utfärdas med tre olika alternativ för kön. Man, kvinna eller O som står för "other". Detta ska utfärdas utan att den som ansöker ska behöva lämna medicinsk utlåtande eller utlåtande av annan form av expertis. Det ska dock nämnas att det har rapporterats om problem att faktiskt få pass utfärdade med ett tredje kön. Myndigheter i Nepal menar att det beror på tekniska svårigheter.

Nya Zeeland

Nya Zeeland tillåter sedan 2012 medborgare att välja M, F eller X i sitt pass baserat på självidentifikation. Ansökan kräver inte heller något läkarutlåtande för transpersoner över 18 år. För transpersoner under 18 år krävs dock två brev som stödjer ansökan; ett från vårdnadshavare och ett professionellt utlåtande från läkare eller kurator.

Pakistan

Efter ett domstolsbeslut 2009 fastlades att nationella id-handlingar skulle kunna utfärdas med ett alternativ för ett tredje kön, men det var inte förrän nyligen som det första passet med X som könsmarkör utfärdades.

Storbritannien

Möjligheten att få X som könsmarkör i pass lades fram som förslag i parlamentet 2015 men röstades inte igenom. Ett fall med en privatperson som har drivit möjligheten att få X i sitt pass sedan 1995 kommer att få pröva sitt fall i domstol. Datum för förhandling är inte annonserat i skrivande stund.

Statens offentliga utredningar 2017

Kronologisk förteckning

1. För Sveriges landsbygder – en sammanhållen politik för arbete, hållbar tillväxt och välfärd. N.
2. Kraftsamling för framtidens energi. M.
3. Karens för statsråd och statssekreterare. Fi.
4. För en god och jämlik hälsa. En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket. S.
5. Svensk social trygghet i en globaliserad värld. Del 1 och 2. S.
6. Se barnet! Ju.
7. Straffprocessens ramar och domstolens beslutsunderlag i brottmål – en bättre hantering av stora mål. Ju.
8. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2017. Kärnavfallet – en fråga i ständig förändring. M.
9. Det handlar om oss. – unga som varken arbetar eller studerar. U.
10. Ny ordning för att främja god sed och hantera oredlighet i forskning. U.
11. Vägs katt. Volym 1 och 2. Fi.
12. Att ta emot människor på flykt. Sverige hösten 2015. Ju.
13. Finansiering av infrastruktur med privat kapital? Fi.
14. Migrationsärenden vid utlandsmyndigheterna. Ju.
15. Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden. S.
16. Sverige i Afghanistan 2002–2014. UD.
17. Om oskuldspresumtionen och rätten att närvara vid rättegången. Genomförande av EU:s oskuldspresumtionsdirektiv. Ju.
18. En nationell strategi för validering. U.
19. Uppdrag: Samverkan. Steg på vägen mot fördjupad lokal samverkan för unga arbetslösa. A.
20. Tillträde för nybörjare – ett öppnare och enklare system för tillträde till högskoleutbildning. U.
21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Del 1 och 2. S.
22. Från värdekedja till värdecykel – så får Sverige en mer cirkulär ekonomi. M.
23. digitalforvaltning.nu. Fi.
24. Ett arbetsliv i förändring – hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön? A.
25. Samlad kunskap – stärkt handläggning. S.
26. Delningsekonomi. På användarnas villkor. Fi.
27. Vissa frågor inom fastighets- och stämpelskatteområdet. Fi.
28. Ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö. A.
29. Brottstatlag. Ju.
30. En omreglerad spelmarknad. Del 1 och 2. Fi.
31. Stärkt konsumentskydd på bostadsrättsmarknaden. Ju.
32. Substitution i Centrum – stärkt konkurrenskraft med kemikaliesmarta lösningar. M.
33. Stärkt ställning för hyresgäster. Ju.
34. Ekologisk kompensation – Åtgärder för att motverka nettoförluster av biologisk mångfald och ekosystemtjänster, samtidigt som behovet av markexploatering tillgodoses. M.
35. Samling för skolan. Nationell strategi för kunskap och likvärdighet. U.
36. Informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Ju.
37. Kvalificerad välfärdsbrottslighet – förebygga, förhindra, upptäcka och beivra. Ju.

38. Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning. Fi.
39. Ny dataskyddslag. Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. Ju.
40. För dig och för alla. S.
41. Meddelarskyddslagen – fler verksamheter med stärkt meddelarskydd. Ju.
42. Vem har ansvaret? M.
43. På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. S.
44. Entreprenad, fjärrundervisning och distansundervisning. U.
45. Ny lag om företagshemligheter. Ju.
46. Stärkt ordning och säkerhet i domstol. Ju.
47. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. S.
48. Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. S.
49. EU:s dataskyddsförordning och utbildningsområdet. U.
50. Personuppgiftsbehandling för forskningsändamål. U.
51. Utbildning, undervisning och ledning – reformvård till stöd för en bättre skola. U.
52. Så stärker vi den personliga integriteten. Ju.
53. God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild. S.
54. Fler nyanlända elever ska uppnå behörighet till gymnasiet. U.
55. En ny kamerabevakningslag. Ju.
56. Jakten på den perfekta ersättningsmodellen. Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme? Fi.
57. Lag om flygpassageraruppgifter i brottsbekämpningen. Ju.
58. Amerikansk inresekontroll vid utresa från Sverige – så kan avtalen genomföras. Ju.
59. Reglering av alkoglass m.fl. produkter. S.
60. Nästa steg? Förslag för en stärkt minoritetspolitik. Ku.
61. Villkorlig frigivning – förstärkta åtgärder mot återfall i brott. Ju.
62. Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s Fud-program 2016. M.
63. Miljötillsyn och sanktioner – en tillsyn präglad av ansvar, respekt och enkelhet. M.
64. Detaljplanekravet. N.
65. Hyran vid nyproduktion – en utvärdering och utveckling av modellen med presumtionshyra. Ju.
66. Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning. S.
67. Våldsbejakande extremism. En forskarantologi. Ku.
68. Barnets rättigheter i ett straffrättsligt förfarande m.m. Genomförande av EU:s barnrättsdirektiv och två andra straffprocessuella frågor. Ju.
69. Marknadskontrollmyndigheter – befogenheter och sanktionsmöjligheter. UD.
70. Förstärkt skydd för uppgifter av betydelse för ett internationellt samarbete för fred och säkerhet som Sverige deltar i. Ju.
71. Bostäder på statens mark – en möjlighet? N.
72. Genomförande av vissa straffrättsliga åtaganden för att förhindra och bekämpa terrorism. Ju.
73. En gemensam bild av bostadsbyggnadsbehovet. N.
74. Brottsdatalag – kompletterande lagstiftning. Ju.
75. Datalagring – brottsbekämpning och integritet. Ju.
76. Enhetliga priser på receptbelagda läkemedel. S.
77. En generell rätt till kommunal avtalssamverkan. Fi.
78. En sammanhållen budgetprocess. Fi.
79. Finansiering av public service – för ökad stabilitet, legitimitet och stärkt oberoende. Ku.

80. Stärkt integritet i Rättsmedicinalverkets verksamhet. Ju.
81. Rättslig översyn av skogsvårdslagstiftningen. N.
82. Vägledning för framtidens arbetsmarknad. A.
83. Brännheta skatter! Bör avfallsförbränning och utsläpp av kväveoxider från energiproduktion beskattas? Fi.
84. Uppehållstillstånd på grund av praktiska verkställighetshinder och preskription. Ju.
85. Rekrytering av framtidens domare. Ju.
86. Hyresmarknad utan svarthandel och otillåten andrahandsuthyrning. Ju.
87. Finansiering, subvention och prisättning av läkemedel – en balansakt. S.
88. Nästa steg? Del 2. Förslag för en stärkt minoritetspolitik. Ku
89. Hemlig dataavläsning – ett viktigt verktyg i kampen mot allvarlig brottslighet. Ju.
90. Makars, registrerade partners och sambors förmögenhetsförhållanden i internationella situationer. Ju.
91. Nationella minoritetsspråk i skolan – förbättrade förutsättningar till undervisning och revitalisering. U.
92. Transpersoner i Sverige. Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor. Ku.

Statens offentliga utredningar 2017

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- Uppdrag: Samverkan. Steg på vägen mot fördjupad lokal samverkan för unga arbetslösa. [19]
- Ett arbetsliv i förändring – hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön? [24]
- Ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö. [28]
- Vägledning för framtidens arbetsmarknad. [82]

Finansdepartementet

- Karens för statsråd och statssekreterare. [3]
- Vägs katt. Volym 1 och 2. [11]
- Finansiering av infrastruktur med privat kapital? [13]
- digitalforvaltning.nu. [23]
- Delningsekonomi. På användarnas villkor. [26]
- Vissa frågor inom fastighets- och stämpel-skatteområdet. [27]
- En omreglerad spelmarknad. Del 1 och 2. [30]
- Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning. [38]
- Jakten på den perfekta ersättningsmodellen. Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme? [56]
- En generell rätt till kommunal avtalsamverkan. [77]
- En sammanhållen budgetprocess. [78]
- Brännheta skatter! Bör avfallsförbränning och utsläpp av kväveoxider från energiproduktion beskattas? [83]

Justitiedepartementet

- Se barnet! [6]
- Straffprocessens ramar och domstolens beslutsunderlag i brottmål – en bättre hantering av stora mål. [7]

- Att ta emot människor på flykt. Sverige hösten 2015. [12]
- Migrationsärenden vid utlandsmyndigheterna. [14]
- Om oskuldspresumtionen och rätten att närvara vid rättegången. Genomförande av EU:s oskuldspresumtionsdirektiv. [17]
- Brottsdatalog. [29]
- Stärkt konsumentskydd på bostadsrättsmarknaden. [31]
- Stärkt ställning för hyresgäster. [33]
- Informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. [36]
- Kvalificerad välfärdsbrottslighet – förebygga, förhindra, upptäcka och beivra. [37]
- Ny dataskyddslag. Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. [39]
- Meddelarskyddslagen – fler verksamheter med stärkt meddelarskydd. [41]
- Ny lag om företagshemligheter. [45]
- Stärkt ordning och säkerhet i domstol. [46]
- Så stärker vi den personliga integriteten. [52]
- En ny kamerabevakningslag. [55]
- Lag om flygpassageraruppgifter i brottbekämpningen. [57]
- Amerikansk inresekontroll vid utresa från Sverige – så kan avtalen genomföras. [58]
- Villkorlig frigivning – förstärkta åtgärder mot återfall i brott. [61]
- Hyran vid nyproduktion – en utvärdering och utveckling av modellen med presumtionshyra. [65]
- Barnets rättigheter i ett straffrättsligt förfarande m.m. Genomförande av EU:s barnrättsdirektiv och två andra straffprocessuella frågor. [68]

Förstärkt skydd för uppgifter av betydelse för ett internationellt samarbete för fred och säkerhet som Sverige deltar i. [70]

Genomförande av vissa straffrättsliga åtaganden för att förhindra och bekämpa terrorism. [72]

Brottsdatalog – kompletterande lagstiftning. [74]

Datalogring – brottsbekämpning och integritet. [75]

Stärkt integritet i Rättsmedicinalverkets verksamhet. [80]

Upphållstillstånd på grund av praktiska verkställighetshinder och preskription. [84]

Rekrytering av framtidens domare. [85]

Hyresmarknad utan svarthandel och o tillåten andrahandsuthyrning. [86]

Hemlig dataavläsning
– ett viktigt verktyg i kampen mot allvarlig brottslighet. [89]

Makars, registrerade partners och sambors förmögenhetsförhållanden i internationella situationer. [90]

Kulturdepartementet

Nästa steg? Förslag för en stärkt minoritetspolitik. [60]

Våldsbejakande extremism.
En forskarantologi. [67]

Finansiering av public service – för ökad stabilitet, legitimitet och stärkt oberoende. [79]

Nästa steg? Del 2. Förslag för en stärkt minoritetspolitik. [88]

Transpersoner i Sverige.
Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor. [92]

Miljö- och energidepartementet

Kraftsamling för framtidens energi. [2]

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2017.
Kärnavfallet – en fråga i ständig förändring. [8]

Från värdekedja till värdecykel – så får Sverige en mer cirkulär ekonomi. [22]

Substitution i Centrum
– stärkt konkurrenskraft med kemikaliesmarta lösningar. [32]

Ekologisk kompensation – Åtgärder för att motverka nettoförluster av biologisk mångfald och ekosystemtjänster, samtidigt som behovet av markexploatering tillgodoses. [34]

Vem har ansvaret? [42]

Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s Fud-program 2016. [62]

Miljötillsyn och sanktioner
– en tillsyn präglad av ansvar, respekt och enkelhet. [63]

Näringsdepartementet

För Sveriges landsbygder
– en sammanhållen politik för arbete, hållbar tillväxt och välfärd. [1]

Detaljplanekravet. [64]

Bostäder på statens mark
– en möjlighet? [71]

En gemensam bild av bostadsbyggnadsbehovet. [73]

Rättslig översyn
av skogsvårdslagstiftningen. [81]

Socialdepartementet

För en god och jämlik hälsa.
En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket. [4]

Svensk social trygghet i en globaliserad värld. Del 1 och 2. [5]

Kvalitet och säkerhet
på apoteksmarknaden. [15]

Läs mig! Nationell kvalitetsplan
för vård och omsorg om äldre personer.
Del 1 och 2. [21]

Samlad kunskap – stärkt handläggning. [25]

För dig och för alla. [40]

På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. [43]

Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa.
Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. [47]

- Kunskapsbaserad och jämlik vård.
Förutsättningar för en lärande hälso-
och sjukvård. [48]
- God och nära vård. En gemensam färdplan
och målbild. [53]
- Reglering av alkoglass m.fl. produkter. [59]
- Dataskydd inom Socialdepartementets
verksamhetsområde – en anpassning
till EU:s dataskyddsförordning. [66]
- Enhetliga priser på receptbelagda
läkemedel. [76]
- Finansiering, subvention och prissättning
av läkemedel – en balansakt.[87]

Utbildningsdepartementet

- Det handlar om oss.
– unga som varken arbetar eller studerar. [9]
- Ny ordning för att främja god sed
och hantera oredlighet i forskning. [10]
- En nationell strategi för validering [18]
- Tillträde för nybörjare – ett öppnare och
enkla system för tillträde till hög-
skoleutbildning. [20]
- Samling för skolan.
Nationell strategi för kunskap och
likvärdighet. [35]
- Entreprenad, fjärrundervisning
och distansundervisning. [44]
- EU:s dataskyddsförordning och
utbildningsområdet. [49]
- Personuppgiftsbehandling
för forskningsändamål. [50]
- Utbildning, undervisning och ledning
– reformvård till stöd för en bättre
skola. [51]
- Fler nyanlända elever ska uppnå behörighet
till gymnasiet. [54]
- Nationella minoritetsspråk i skolan
– förbättrade förutsättningar till
undervisning och revitalisering. [91]

Utrikesdepartementet

- Sverige i Afghanistan 2002–2014. [16]
- Marknadskontrollmyndigheter
– befogenheter och
sanktionsmöjligheter. [69]



106 47 Stockholm Tel 08-598 191 90 kundservice@wolterskluwer.se www.wolterskluwer.se

ISBN 978-91-38-24711-2 ISSN 0375-250X

Omslag: Elanders Sverige AB
Bildbearbetning: Agneta S Öberg