



Folkhälsomyndigheten

Rätten till hälsa

Hur normer och strukturer inverkar på
transpersoners upplevelser av sexuell hälsa



Rätten till hälsa

Hur normer och strukturer inverkar på
transpersoners upplevelser av sexuell hälsa

BINDNINGAR OCH JÄV

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav inlämnat deklaration av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därvid bedömt att omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet inte föreligger. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan beställas från:

Folkhälsomyndighetens publikationsservice,
e-post: publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se

Den kan även laddas ner från:
www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan.

Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten.

Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2016

Artikelnummer: 16045

ISBN 978-91-7603-678-5 (pdf)

ISBN 978-91-7603-679-2 (print)

Grafisk form: AB Typoform

Tryck: Information System AB, Halmstad

Förord

Denna rapport handlar om transpersoners upplevelser och beskrivningar av sexuell hälsa. Rapporten är baserad på en intervjustudie som utfördes våren 2015. Utgångspunkten är Folkhälsomyndighetens arbete med nationella strategin mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (proposition 2005/06:60) samt uppföljningen av hälsan bland transpersoner inom regeringens strategi för lika möjligheter och rättigheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck.

Rapporten riktar sig främst till personal inom hälso- och sjukvården, kommuner, landsting, relevanta myndigheter samt ideella organisationer inom området. Förhoppningen är att rapporten kan bidra med kunskap om transpersoners upplevelse av sexuell hälsa samt ge underlag för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Studien har genomförts av Malin Lindroth vid Centrum för sexologi och sexualitetsstudier på Malmö högskola, i samarbete med Folkhälsomyndigheten (Malin Lindroth arbetar numera på Högskolan i Jönköping). Rapporten har sammanställts av utredaren Charlotte Deogan och enhetschefen Louise Mannheimer, Folkhälsomyndigheten. Vi vill tacka alla deltagare i studien, de som spred information om studien och de som bidragit med synpunkter på innehållet i rapporten.

Folkhälsomyndigheten juni 2016

Anna Bessö
Avdelningschef

Innehåll

Sammanfattning	8
Summary	11
Bakgrund	14
Personer med transerfarenhet.....	14
Transpersoner och hälsa.....	16
Transpersoner och sexuell hälsa.....	17
Syfte	19
Metod	20
Design och utgångspunkt.....	20
Urval.....	20
Genomförande.....	21
Analys.....	22
Resultat	24
Intervjupersonerna.....	24
Hinder och möjligheter för upplevelser av sexuell hälsa.....	30
Erfarenheter av att möta personal inom hälso- och sjukvården.....	42
Diskussion	50
Resultatdiskussion.....	50
Metoddiskussion.....	54
Slutsatser och framtida arbete.....	55
Bilaga 1	57
Referenser	59

Ordlista

Binär: Något som är tvådelat, till exempel uppdelningen av människor efter kön som antingen kvinna eller man.

Cisperson: En person vars kropp, juridiska kön, könsidentitet och könsuttryck stämmer överens med normen för det kön hen tilldelades vid födseln. Ett annat ord för den som inte är transperson.

Dysfori/könsdysfori: Ett psykiskt lidande och/eller en försämrad förmåga att fungera i vardagen som orsakas av att könsidentiteten inte överensstämmer med det registrerade könet. Könsdysfori är en informell översättning av engelskans gender dysphoria som tillämpas i diagnossystemet DSM-5.

FtM (Female to Male): På svenska Kvinna till Man. Ett ord för att beskriva den som biologiskt eller juridiskt tilldelades könstillhörigheten kvinna men som nu identifierar sig som man.

Heteronormen: Antagandet att sexualitet och sexuellt begär enbart finns mellan kvinnor och män.

Icke-binär: Ett paraplybegrepp för olika könsidentiteter som inte följer tvåkönsnormen. En beskrivning av en person som identifierar sig mellan eller bortom den binära uppdelningen av kön som kvinna–man.

Könsidentitet: En persons självidentifierade kön. Den inre upplevelsen av att vara kvinna, man, både kvinna och man, varken kvinna eller man, eller annat kön.

Könskonfirmering/könskorrigering: Den medicinska behandling (till exempel hormonbehandling, bröst- eller genitalkirurgi, hårborttagning, röstträning) som personer med könsdysfori kan gå igenom för att förändra kroppen så att den överensstämmer med den upplevda identiteten, samt processen att ändra sin juridiska könstillhörighet. En person kan gå igenom hela eller delar av denna konfirmering/korrigerig.

Könsuttryck: En persons sätt att uttrycka sin könsidentitet, vilket kan överensstämma med könsidentitet.

MtF/Male to Female: På svenska Man till Kvinna. Ett ord för att beskriva den som biologiskt eller juridiskt tilldelades könstillhörigheten man men som nu identifierar sig som kvinna.

Transperson: Ett paraplybegrepp för personer vars könsidentitet och/eller könsuttryck inte stämmer överens med normen för det juridiska kön som de tilldelades vid födseln.

Transsexuell/transsexualism: En person vars könsidentitet inte stämmer med det juridiska kön som hen tilldelades vid födseln. Transsexualism syftar på tillståndet då könsidentiteten inte stämmer med det juridiska könet.

Transvestit: En person som använder sig av ett annat könsuttryck än det som är normen för hens juridiska kön.

Tvåkönsnormen: Antagandet att det bara finns två kön, kvinnligt och manligt.

Sammanfattning

Bakgrund och metod

Denna rapport handlar om transpersoners upplevelser och beskrivningar av hinder och möjligheter för sexuell hälsa. Med sexuell hälsa avses ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualitet vilket kräver en positiv och respektfull inställning till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheten att ha njutbara och säkra sexuella erfarenheter fria från tvång, diskriminering och våld (WHO). Utgångspunkten är Folkhälsomyndighetens arbete med nationella strategin mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (proposition 2005/06:60) samt uppföljningen av hälsan bland transpersoner inom regeringens strategi för lika möjligheter och rättigheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Rapporten baseras på en kvalitativ intervjustudie som genomfördes våren 2015 och inkluderade 20 individuella intervjuer med personer med transerfarenhet. I analysen användes konstruktivistisk grundad teori (grounded theory).

Hinder och möjligheter för upplevelser av sexuell hälsa för transpersoner

Intervjupersonernas beskrivningar av sexuell hälsa och välbefinnande i förhållande till sexualitet är dels uppbyggda kring allmänmänskliga aspekter och dels faktorer som främst påverkar gruppen transpersoner. Resultatet kategoriseras i tre olika teman: kroppar, emotioner och relationer. Dessa teman är viktiga delar i en ständigt pågående strävan mot upplevelsen av sexuell hälsa. Respekt är centralt i denna process, det är viktigt att känna respekt för sin kropp och sina känslor samt att bemötas med respekt i relationer, både informella eller intima (med vänner eller partners) och formella (med hälso- och sjukvårdspersonal eller myndighetsanställda).

Intervjupersonerna beskriver känslor av oro, otrygghet och rädsla i sexuella sammanhang, normer och normativa förväntningar från omgivningen, problematik kring kroppar i förändring samt brist på respekt i både informella och formella relationer. Detta utgör hinder för upplevelsen av sexuell

hälsa. Relationer som kännetecknas av att inte få vara den man är, av brist på respekt eller av diskriminering hindrar upplevelsen av sexuell hälsa och kan leda till sexuellt risktagande. Att däremot få vara del i ett sammanhang eller relation där man ovillkorat får vara den man är kan i stället möjliggöra ökad omsorg om sig själv och ökat välbefinnande, och således minska sexuellt risktagande. Bland möjligheterna finns känslan att vara bekväm med sin kropp, tillgång till önskad vård, respekt och respektfyllda relationer samt känslor av frihet, mod och trygghet i sexuella sammanhang.

Erfarenheter av att möta personal inom hälso- och sjukvården

Intervjupersonernas erfarenheter av att möta personal inom hälso- och sjukvården präglas av brister i bemötande, normativa förväntningar på en binär könsidentitet liksom på heterosexualitet samt avsaknad av vård med fokus på sexuell hälsa. Dessa erfarenheter är specifika för just gruppen transpersoner och finns beskrivna i tidigare studier. Intervjupersonerna beskriver även hur avgörande det är med tillgång till önskad vård för förbättrad hälsa och sexuell hälsa, liksom att de har strategier för att få den vård som de söker.

Slutsatser

Intervjupersonernas utsagor vittnar sammanfattningsvis om en önskan om och ett behov av likabehandling. Genom att bryta med samhällets förväntningar kring könsidentitet, utsätts transpersoner ofta för oförståelse, okunskap och kränkningar i samspelet med både familj, vänner och hälso- och sjukvårdspersonal och de tvingas ofta undervisa andra kring, och rättfärdiga, sin könsidentitet. Upplevelser av återkommande oförståelse, ifrågasättande och diskriminering och kränkning, på grund av okunskap, fördomar eller normativa förväntningar utgör hinder och upplevs även påverka den sexuella hälsan negativt, och begränsar därmed förutsättningar för och upplevelsen av sexuell hälsa.

Dessa hinder och begränsade förutsättningar för sexuell hälsa framträder i nära relationer, men framför allt i bemötandet från personal inom hälso- och sjukvården, och 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 mer

kunskap i samhället, och speciellt hos personer som möter transpersoner i sin yrkesroll, om människors komplexitet vad gäller könsidentiteter. Normmedvetenhet och normkritiskt tänkande är centralt viktiga perspektiv för att åstadkomma framsteg. Kunskaps- och medvetandehöjande insatser om transpersoners livssituationer och sexuella hälsa har god potential att möjliggöra likabehandling, förbättra bemötande och således förbättra förutsättningarna för stärkt sexuell hälsa för transpersoner.

Summary

The right to health – how norms and structures affect transgender people’s experiences of sexual health

Background and methods

This report concerns transgender people’s experiences and descriptions of barriers and opportunities for sexual health. According to the WHO, sexual health is “...a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled” (WHO). The point of departure of this report is the Public Health Agency of Sweden’s work with the national strategy against HIV and AIDS and other blood-borne diseases (proposition 2005/06:60) and the monitoring of health among transgender people in the government’s strategy for equal rights and opportunities regardless of sexual orientation, gender identity, or gender expression. This report is based on a qualitative study performed during the spring of 2015 based on 20 individual interviews with people with transgender experiences. The analysis was based on constructivist grounded theory.

Barriers and opportunities for experiences of sexual health for transgender people

The interviewees’ descriptions of sexual health and wellbeing in relation to sexuality are partly based on aspects that are general for human sexuality and partly based on factors mainly affecting transgender persons. The results are categorized into three different themes: bodies, emotions, and relationships. The themes are important parts of a constant struggle to experience sexual health. Respect is central in this process, it is vital to feel respect for one’s own body and emotions as well as to be treated with respect in relationships, both informal or intimate (with friends or partners) and formal (with health care or governmental agency staff).

The interviewees describe problems with bodies in transition, feelings of anxiety, danger, and fear in sexual situations, normative expectations from their surroundings, and a lack of respect in both informal and formal relationships. This creates barriers to sexual health among transgender persons. Relationships characterized by not being able to be oneself, by a lack of respect, or by discrimination create barriers to the experience of sexual health and might lead to sexual risk taking. On the other hand, being part of a context or a relationship where one can be oneself unconditionally can enable self-care and increased wellbeing, and this can reduce sexual risk taking. Among the promoters for sexual health are the feeling of being comfortable in one's own body, feelings of freedom, courage, and safety, being respected, and having respectful relationships as well as having access to proper care.

Experiences of encounters with health care staff

The interviewees' experiences of meeting health care staff are characterized by a lack of respectful treatment, normative expectations of a binary gender identity and heterosexuality, and a lack of care focusing on sexual health. These experiences are specific for transgender people and have been described in earlier studies. The majority of the interviewees portray how crucial it is to get access to needed health care for improved sexual health and wellbeing, and they describe strategies they have developed in order to receive the care they need.

Conclusions

The statements from the interviewees provide testimonies of a wish and a need for equal treatment. By going against society's expectations regarding gender identity, transgender people are exposed to misunderstanding, ignorance, and abusive treatment in their interactions with family, friends, and health care staff, and they are often forced to educate other people and to justify their own gender identity. Experiences of recurrent misunderstanding, questioning, abusive treatment and discrimination due to ignorance, prejudice or normative expectations are barriers and are also reported to affect sexual health in a negative way.

These barriers can appear in informal relationships, but they foremost occur in meeting health care staff, and they can manifest themselves in language or actions that display disrespect or ignorance. This affects trans-

gender people's opportunities to receive the health care they need which leads to inequality. Consequently, more knowledge is needed in the society, and especially among professionals meeting transgender people in their everyday work, about human variation and complexity in relation to gender identity. Awareness of norms and norm critical thinking is a central approach for progress in this area. Measures that increase knowledge and awareness regarding transgender peoples' life situations and sexual health has the potential to enable equal treatment and improve the conditions for strengthened sexual health.

Bakgrund

Sexuell hälsa

Världshälsoorganisationen (World Health Organization, WHO) har definierat sexuell hälsa som ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande i *förhållande till sexualitet vilket* kräver en positiv och respektfull inställning till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheten att ha njutbara och säkra sexuella erfarenheter fria från tvång, diskriminering och våld (1). WHO har även definierat sexuell hälsa som ett tillstånd av välbefinnande i förhållande till sexualitet, inte bara som frånvaro av sjukdom (2). I denna rapport beskrivs sexuell hälsa och välbefinnande i förhållande till sexualitet med utgångspunkt i dessa definitioner och inkluderar exempelvis att kunna uppleva sexuell njutning och närhet, sex och sexualitet på egna villkor och skydd mot sexuellt överförbara infektioner.

Personer med transerfarenhet

Personer med transerfarenhet, eller begreppet transpersoner som är inspirerat av engelskans *transgender persons*, är ett konstruerat begrepp i syfte att inom forskning och politik samla en mängd olika individer för vilka könsidentiteten och/eller könsuttrycket inte stämmer överens med normen för det juridiska kön som de tilldelades vid födseln. Gruppen som kategoriseras som transpersoner är således en heterogen grupp. Könsnormen eller tvåkönsnormen är antagandet att det bara finns två kön, kvinna (kvinnligt) och man (manligt). På Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter, RFSL Ungdoms webbsida *Transformering*, står följande om transpersoner:

Begreppet transpersoner inbegriper människor som inte är antingen kvinna eller man (till exempel bigender, genderqueer, ickebinär, intergender), personer som vill korrigera sin kropp och byta juridiskt kön (transsexuell), människor som använder kläder och andra attribut som brukar anses typiska för ett annat än ens eget kön (crossdresser, transvestit), artister som överdriver könskodade attribut när de uppträder (drag) och personer som inte vill, kan eller tycker att det är viktigt att definiera sig i fråga om kön (som agender, ickebinär, neutrois, nongender). (3)

Med cisperson (av latin för cis som betyder ”på denna sida av”) avses en person vars könsidentitet stämmer överens med det biologiska och juridiska könet (4). I denna studie används begreppet transperson som en beskrivning av en individ vars könsidentitet och/eller könsidentitetsuttryck tidvis eller alltid skiljer sig från normen för det kön som personen tillskrevs vid födseln. Begreppet transperson används i rapporten omväxlande med benämningen personer med transerfarenhet, vilket i texten ska ses som ett likvärdigt uttryck.

Antalet människor i Sverige som definierar sig som transpersoner är okänt. Resultaten från Folkhälsomyndighetens nationella representativa folkhälsoundersökning, Hälsa på lika villkor (HLV) från år 2015, visade att 0,4 procent rapporterade transidentitet. Det stämmer väl med tidigare uppskattningar. Uppskattningar som gjorts internationellt varierar och är vanligtvis baserade på hur många personer som har sökt transrelaterad vård eller ändrat sitt juridiska kön, vilket således leder till att antalet underskattas. Data från två större populationsstudier i Nederländerna och Belgien visar dock att 2,2–4,6 procent, av dem som tilldelades det juridiska könet man vid födseln, rapporterar att de har ambivalent könsidentitet. Av dem som tilldelades det juridiska könet kvinna vid födseln rapporterar 1,9–3,2 procent att de har ambivalent könsidentitet (5, 6).

Folkhälsomyndigheten genomförde år 2015 en studie om transpersoners hälsa inom ramen för regeringens strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck (7, 8). Studien baserades på en webbenkät med 796 respondenter i åldrarna 15–94 år. Respondenterna kunde välja ett eller flera begrepp för att sätta en etikett på sin transerfarenhet. Vanligast var transperson (47 procent), och därefter transsexuell (37 procent), intergender (31 procent), transvestit (16 procent), före detta transsexuell (6 procent) och annat (5 procent). Slutligen svarade 7 procent att de var osäkra.

Under perioden 1960–2010 ansökte 767 personer om könskonfirmerande vård i Sverige (9). Av dem genomgick 89 procent också juridisk könskonfirmering (nytt namn och personnummer) och kirurgisk behandling. Drygt 3 procent fick avslag medan resterande återtog sin ansökan, genomgick endast partiell kirurgi eller stod på väntelista vid studiens genomförande. Medianåldern vid ansökningstillfället var under perioden oförändrad: 27 år för kvinna-till-man och 32 år för man-till-kvinna. Incidensen ökade under perioden 1972–2010, från 0,16 till 0,42 per 100 000 personer per år avseende FtM, och från 0,23 till 0,73 per 100 000 personer per år avseende MtF. En tänkbar förklaring till ökningen anges vara att vården överlag har blivit mer lättillgänglig (9).

Transpersoner och hälsa

Transgenderforskning är ett snabbt växande område. Stryker & Aizura (10) beskriver hur transpersoner under de senaste årtiondena allt mer ”definieras som en forskningspopulation från vilken data hämtas och analyseras med avsikten att synliggöra, stärka hälsa och tillerkänna rättigheter” (s. 5). Forskning rörande transpersoners hälsa och vård har ofta fokuserat på tre olika forskningsområden: studier som fokuserar på olika aspekter av vård för transsexuella, studier om tillgång till och kvalitet på den vård transpersoners erbjuds samt studier där kritiska forskare och/eller aktivister belyser transpersoners hälsa (11). I Sverige har forskning beskrivit transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa (12), transpersoners vardag och möten med vården (13, 14, 15) och åldrande (16) liksom transsexuellas psykiska hälsa efter könskonfirmerande vård (17). Sammanfattningsvis framkommer att det är vanligt med psykisk och psykosocial ohälsa samt utsatthet för kränkningar och svårigheter i vardagen och i möten med hälso- och sjukvården. En gemensam nämnare i dessa svårigheter är omgivningens syn på transpersonen.

Detta framgår även i Folkhälsomyndighetens tidigare nämnda enkätstudie (7) där 40 procent av respondenterna angav att de skjutit upp besök till allmän hälso- och sjukvård på grund av tidigare negativa erfarenheter eller rädsla för dåligt bemötande. Ungefär en tredjedel (31 procent) ansåg sig nöjda med det bemötande de fick när de sökte remiss för könsutredning. En fjärdedel (24 procent) var nöjda med det bemötande de fått inom utredningen eller den könskorrigering behandlingen. Dessa erfarenheter framkommer även i en jämförande europeisk studie där data analyserats från sammanlagt 28 EU-länder, inklusive Sverige (18). Drygt hälften av de svarande uppgav att de under det senaste året upplevt diskriminering på grund av sin transidentitet, och en av fem uppgav att denna diskriminering skedde i kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

Den mer omfattande internationella forskningen som rör transpersoners hälsa tenderar att huvudsakligen utgå från den medicinska disciplinen. Studier har till övervägande del en ingång som är psykiatrisk (studier om psykisk hälsa och ohälsa), infektionsmedicinsk (studier om hivprevention) eller endokrinologisk och kirurgisk (studier om hormoners effekter och om kirurgi).

I en amerikansk översikt (19) identifierades framtida forskningsområden för att minska ojämlikheter i hälsa såsom

- ett större fokus på resiliens, det vill säga vad som gör att transpersoner hanterar svåra livssituationer framgångsrikt
- ett ökat användande av intersektionell analys där olika maktstrukturers samverkan undersöks
- ett större tillerkännande av heterogenitet bland transpersoner.

Översikten innehåller till övervägande del studier av kvantitativ karaktär. Transpersoners egna ord via kvalitativa studier är således mindre vanliga i forskning om deras hälsa.

Transpersoner och sexuell hälsa

Trots att sexuell hälsa är en viktig del av generell hälsa är det ett eftersatt område inom forskning som berör transpersoner. Inga kvalitativa studier där den vidare definitionen av transpersoner använts, och där deras egna beskrivningar av sexuell hälsa är i fokus, har hittats. I linje med detta beskriver Wierckx m.fl. (20), med hänvisning till transsexuella, att trots att sexuell hälsa efter könskorrigering operation är viktig är området inte tillräckligt uppmärksammat av de professionella som möter dem.

Sexuell hälsa har undersökts i kvantitativa studier som berör utfall och resultat efter könskorrigering kirurgi, men med fokus på postoperativ sexuell funktion snarare än upplevd sexuell hälsa (21, 22). Studier visar på en förbättrad sexuell funktion (sexuell lust och upphetsning, onani, och sexuella fantasier) när testosteronadministration efter könskonfirmerande kirurgi studerades hos kvinna-till-man (21) men en försämrad sexuell funktion (minskad upphetsning, svårigheter med lubrikation och en smärtproblematik) hos man-till-kvinna (22). Även sexuell livskvalitet, alltså livskvalitet i förhållande till sex och sexualitet, hos personer som väntar på könskonfirmerande kirurgi har undersökts med skattningsformulär, och hälften av deltagarna angav att de hade dålig eller mycket dålig sexuell livskvalitet (23). Transpersoner globalt har vidare beskrivits ha en ökad risk för överföring av hiv och andra sexuellt överförbara infektioner (STI), särskilt gruppen transsexuella MtF (24). Samtidigt betonas i andra studier att hivpreventiva program eller åtgärder måste beakta att transpersoner är del av en heterogen grupp, och att det finns en fara med att göra antaganden om vilka sexuella riskbeteenden transpersoner har eller inte har (25).

År 2010 gjorde RFSL en webbenkät om transpersoners sexuella hälsa och hiv-preventiva behov och den besvarades av 237 personer i åldrarna 14–70 år (26). Majoriteten av respondenterna svarade att sex med andra oftast eller nästan alltid är något positivt, och majoriteten vill ha sex med andra. Dessutom beskrivs ett stort kunskapsbehov rörande sexuell hälsa hos respondenterna.

Även i Folkhälsomyndighetens rapport *Hälsan och hälsans bestämning-faktorer för transpersoner* lyfts frågor om sexuell hälsa (7). I den angav 39 procent att de kan leva sexuellt så som de önskar, 27 procent att de delvis kan det och 32 procent att de inte alls kan det. Vidare angav 60 procent att de har en pågående relation med en eller flera partner. Kondomanvändningen är låg, vilket respondenterna motiverar med att kondom inte behövs då den typ av sex de har inte innefattar risk för överföring av hiv och andra STI.

I linje med detta svarade en försvinnande liten del (0,2 procent) att de är hivpositiva, vilket skiljer sig från internationella data (24). Detta måste dock sättas i relation till att en tredjedel av respondenterna inte känner till någon mottagning där de kan testa sig för hiv eller andra STI och samtidigt få ett bra bemötande, och det faktum att endast 46 procent någon gång testat sig för hiv (7). Kunskapen gällande hur många transpersoner i Sverige som lever med hiv är således ofullständig. Vidare angav 10 procent att de någon gång har tagit emot ersättning för sex, totalt 3 procent vid ett tillfälle och 7 procent vid fler än ett tillfälle. En femtedel av dem som har tagit emot ersättning för sex angav att det delvis var för att få bekräftelse i sin könsidentitet.

Internationell forskning rörande transpersoners sexuella hälsa är relativt samstämmig; gruppen transpersoner framstår i vissa fall som sexuellt riskutsatt och kvalitativa studier om sexuell hälsa saknas. Att ta fram kunskap om transpersoners egna beskrivningar av sexuell hälsa är därför en viktig del i arbetet med att stärka transpersoners rättigheter och möjligheter till hälsa.

Syfte

Det övergripande syftet med den här studien var att få ökad kunskap om transpersoners behov i förhållande till sexualitet och beskriva hinder och möjligheter för sexuell hälsa för transpersoner. Detta som en del i arbetet med att få fördjupad kunskap om transpersoners sexuella hälsa, med fokus på erfarenheter, upplevelser av sexuellt risktagande och faktorer som har betydelse för transpersoner i olika åldrar, livsfaser och sociala situationer. Följande frågeställningar användes:

- Hur beskriver personer med transerfarenhet sin sexuella hälsa?
- Vilka möjligheter och hinder som påverkar den sexuella hälsan kan identifieras?
- Vilka erfarenheter har transpersoner av att möta personal inom hälso- och sjukvården inom verksamheter som arbetar med sexuell hälsa? Om brister i bemötande finns, hur kan bemötandet förbättras?

Metod

Design och utgångspunkt

Studien har en deskriptiv design och genomfördes genom kvalitativa forskningsintervjuer. I en kvalitativ forskningsintervju eftersträvas intervju-personens egen beskrivning och framställning av sin livssituation (27). Med en socialkonstruktivistisk syn på kunskapsproduktion söktes en förståelse för olika aspekter som är kopplade till sexuell hälsa. Socialkonstruktivism är ett perspektiv på samhället som helhet och delar av det som konstruerats av människor i samspel med varandra. Det valda perspektivet innebär att de berättelser som forskningsdeltagarna valde att delge, och tolkningen av dessa, ska betraktas som en kontextbunden gemensamt konstruerad kunskap. Denna kunskap är i hög grad avhängig intervjupersonen och intervjuaren och mötet dem emellan. Intervjuaren är cisperson utan tidigare erfarenheter av vare sig forskning eller kliniskt arbete rörande personer med transerfarenhet; däremot har intervjuaren erfarenhet av forskning inom området sexuell hälsa och den använda forskningsmetodikerna. Utgångspunkten är ett folkhälsoperspektiv med fokus på mänskliga rättigheter till hälsa och med bakgrund i folkhälsopolitikens övergripande mål att skapa samhälls-
liga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (28).

Urval

Ett så varierat urval som möjligt önskades för att belysa variationer men även generella mönster när det gäller sexuell hälsa. Dock skedde urvalet via självrekrytering. Information om studien spreds via en organisation vars medlemmar själva definierar sig som transpersoner (Transföreningen FPES) och via en sexualpolitisk organisation (RFSL). Likaså ombads fem nyckelpersoner som är verksamma inom RFSL och olika könsidentitetsutredningsteam att sprida information i sina respektive verksamheter och nätverk. Den som var intresserad av att delta uppmanades att höra av sig till den ansvariga forskaren via mejl eller telefon. Inklusionskriterier var att vara över 18 år, ha transerfarenhet och vilja delge sina tankar om sexuell hälsa.

Genomförande

Totalt 28 personer kontaktade forskaren och fick då skriftlig information om studien via mejl, se bilaga 1. Personerna ombads att läsa igenom informationen och återkomma om de fortfarande var intresserade av att delta. Av de 28 intresserade personerna, var det 8 personer som föll ifrån; 3 avböjde medverkan på grund av tidsbrist, 4 avböjde utan att ange varför och 1 person föll bort av andra skäl. Under fyra månader, december 2014–mars 2015, genomfördes 20 individuella intervjuer. Intervjupersonen fick själv välja sätt att intervjuas på: i ett fysiskt möte (12 st.), via Skype (6 st.) eller via telefon eller mejl (2 st.). I det första fallet genomfördes intervjuerna i möten hemma hos intervjupersonen, i en lokal på en högskola eller på en avskild plats i någon offentlig lokal såsom bibliotek eller café. Intervjuer via Skype genomfördes med kamerafunktionen påslagen hos både intervjupersonen och intervjuaren. En person önskade besvara intervjufrågorna skriftligen, med hänvisning till en funktionsnedsättning som gör det svårt att genomföra en muntlig intervju. Intervjuerna tog mellan fyrtiofem minuter och tre och en halv timme, i medeltal en och en halv timme. Samtliga deltagare godkände ljudinspelning av intervjun som därefter skrevs ut ordagrant (transkriberades).

Studien prövades av Regionala etikprövningsnämnden i Lund (dnr 2014/587). Deltagarna informerades skriftligen och muntligen om projektets syfte, om frivillighet och tystnadsplikt, liksom om rätten att när som helst avbryta sin medverkan utan förklaring. Muntligt samtycke inhämtades från deltagarna, men däremot inte personnummer eller andra uppgifter som möjliggjorde identifiering. De fick heller ingen kompensation som tack för medverkan.

Ett participatoriskt synsätt genomsyrar studien, det vill säga ett synsätt som syftar till delaktighet. Detta var inte bara ett metodologiskt val, utan det är även kopplat till ett etiskt förhållningssätt i forskning rörande sexuell hälsa hos personer med erfarenheter av marginalisering eller utsatthet (29). En referensperson med mångårig transerfarenhet läste etikansökan, frågeguide och rapportutkast. Detta var en del i ambitionen att i så hög grad som möjligt ta fram kunskap med och för dem den berör.

Analys

I analysen användes konstruktivistisk grundad teori (grounded theory). Metoden är lämplig i en studie där syftet är att konkretisera och teoretisera teman eller kategorier som är viktiga för människor i deras dagliga liv (30, 31, 32, 33). Detta innebär en systematisk och jämförande datainsamling genom intervjuer för att analysera och beskriva hinder och möjligheter som har betydelse för transpersoners upplevelser av sexuell hälsa.

Ambitionen var att intervjuerna skulle vara av en samtalande snarare än utfrågande karaktär, och utifrån studiens syfte utvecklades en frågeguide:

- Inledande kontaktskapande frågor (ålder, könsidentitet/könsuttryck, social situation, anledning till deltagande i intervjun/förväntningar)
- Vad innebär sexuell hälsa för dig, hur skulle du beskriva sexuell hälsa?
- Vilka hinder, dvs. faktorer eller omständigheter som påverkar din sexuella hälsa i negativ riktning, ser du i ditt liv?
- Vilka möjligheter, dvs. faktorer eller omständigheter som påverkar din sexuella hälsa i positiv riktning, ser du i ditt liv?

Frågeguidens semistrukturerade¹ utformning säkerställde att intervjuerna berörde studiens syfte och frågeställningar. Utformningen möjliggjorde även en öppenhet inför intervjupersonens egna erfarenheter och associationer eftersom det som eftersträvas i en kvalitativ forskningsintervju är just intervjupersonens egen framställning av sin livssituation (27).

Analysen påbörjades direkt efter att den första intervjun var transkriberad. Analysen gick ut på att söka och kategorisera meningsenheter som tolkades innebära hinder eller möjligheter för upplevd sexuell hälsa. I de efterföljande intervjuerna söktes liknande, men även skilda beskrivningar och erfarenheter med hjälp av ett så kallat ändamålsenligt teoretiskt urval, vilket är en central del av konstruktivistisk grundad teori (30, 34). Målet var att söka, jämföra och kategorisera beskrivningar av hinder och möjligheter för upplevelsen av sexuell hälsa för att finna både variationer och gemensamma mönster. Detta innebar ett kontinuerligt jämförande av intervjupersonernas berättelser där olika framväxande kategorier av betydelse för

1. En semistrukturerad intervjuguide innehåller en lista på teman eller frågor som ska täckas in under intervjun men tillåter en flexibel intervjuprocess där samtalet styrs både av frågorna och svaren.

den sexuella hälsan prövades, förkastades eller utvecklades. I analysarbetet söktes även efter den centrala kategorin, även kallad kärnkategorin, som är den process som sammanbinder de olika kategorierna (30, 31, 32). När samtliga 20 personer hade intervjuats gjordes en subjektiv bedömning att så kallad mättnad i analysen hade nåtts, det vill säga att resultatet besvarade studiens syfte och frågeställningar tillräckligt väl.

För att ytterligare stärka studien metodologiskt behandlades resultatanalysen i sitt slutskede under ett granskningsseminarium vid Centrum för sexologi och sexualitetsstudier, Malmö högskola, i maj 2015. Närvarande var representanter för olika transföreningar och för RFSL, RFSL Ungdom och RFSU, personer som är verksamma inom den transspecifika vården och inom folkhälsoarbete med fokus på sexuell hälsa, sexualitetsforskare samt utredare från Folkhälsomyndigheten. Under seminariet lämnade de femton deltagarna synpunkter, huvudsakligen rörande förtydliganden.

I resultatredovisningen framgår mer utförligt hur avsnitten *Hinder och möjligheter för upplevelser av sexuell hälsa* och *Erfarenheter av att möta personal inom hälso- och sjukvården* är uppbyggda av intervjupersonernas olika utsagor. Resultatavsnittet inleds dock med en utförlig beskrivning av intervjupersonerna, dels för att visa diversifieringen och heterogeniteten i gruppen transpersoner, dels för att lämna en så klar bild som möjligt av deltagarna.

Resultat

Intervjupersonerna

För att säkerställa anonymitet presenteras deltagarna på gruppnivå. I texten har stor vikt lagts vid att citat inte går att koppla till någon enskild individ, och intervjupersonernas namn, varav många är könsneutrala, har bytts ut. Likaså har vissa personliga omständigheter eller erfarenheter ändrats för att säkerställa anonymitet. Pronomen i resultatredovisningen används utifrån hur respektive intervjuperson vill bli betraktad och/eller utifrån de pronomen hen själv valde att använda. I citaten används intervjupersonens fiktiva initial, och intervjuarens (ML). Vissa händelser skrivs ut inom parentes, till exempel (skrattar). Intervjupersonerna är även genomgående citerade i löpande text, då i *kursivt*.

Intervjupersonernas bakgrund

Deltagarna är 18–75 år, med en medelålder på 35 år och en medianålder på 30 år. De yngre deltagarna (fem personer 18–25 år) är ofta antingen i början av eller mitt i en könsidentitetsutredningsprocess. För de mellanålders (nio personer 26–40 år) har det oftast passerat fem–tio år sedan de var i en könsidentitetsutredning eller inom den könskonfirmerande vården. Bland de äldre (sex personer 41–75 år) framkommer olika erfarenheter. En del är trots relativt hög ålder i inledningen av en könsidentitetsutredningsprocess, andra genomgick denna process för uppemot tjugo år sedan.

I tabell 1 sammanfattas intervjupersonernas bakgrund.

Tabell 1. Intervjupersoner

Faktorer	Kategorier	Antal (n)
Åldrar	18-25 år	5
	26-40 år	9
	41-75 år	6
Könsidentiteter	transkvinna, transtjej, MtF, kvinna eller tjej	8
	transman, transkille, FtM, man eller kille	7
	icke-binära	5
Högsta utbildning	Högstadium	2
	Gymnasium	12
	Högskola/universitet	6
Födelseland	Sverige	17
	Nord- eller Mellaneuropa	3
Boende	Mellanstor stad/ort	10
	Mindre ort (<10 000 inv.) eller landsort	5
	Stockholm, Göteborg eller Malmö	5
Aktiv i civilsamhälles-organisation	I organisation med fokus på transpersoners rättigheter	10
	I sexualpolitisk organisation	7

Merparten är födda och uppvuxna i Sverige, och några få har annan nord- eller mellaneuropeisk bakgrund. En fjärdedel bor i Stockholm, Göteborg eller Malmö. Hälften bor i en annan svensk stad eller ort och ytterligare en fjärdedel i en mindre svensk ort eller på landsbygd (under 10 000 invånare). Boendeorterna har en geografisk spridning från mellersta Norrland till södra Götaland.

De allra flesta har gymnasieutbildning, och flera har studerat på högskola eller universitet. Merparten förvärvsarbetar eller studerar. Några enstaka uppbär försörjningsstöd på grund av psykisk ohälsa och ytterligare några få är arbetssökande. Bland dem som förvärvsarbetar eller studerar är de flesta öppna med sin transerfarenhet på arbetsplatsen eller i skolan.

Ungefär hälften säger sig vara aktiva medlemmar i en eller flera organisationer med fokus på transfrågor. Några har erfarenhet av att tala om sexualitet, framför allt i sexualpolitiskt arbete. Andra har nästan aldrig pratat med någon annan om sexualitet eller sexuell hälsa, och är inte heller sexualpolitiskt aktiva.

Könsidentiteter

Deltagarna tillfrågades om vilken könsidentitet de föredrar att använda om sig själva och en stor variation framkommer. Många säger sig använda olika beskrivningar för olika situationer.

- Åtta personer identifierar sig som **transkvinna, transtjej, man-till-kvinna (MtF), kvinna eller tjej.**
- Sju personer identifierar sig som **transman, transkille, kvinna-till-man (FtM), man eller kille.**
- Fem personer identifierar sig som **icke-binära**, ibland med tillägget **transpersoner**. De som säger sig vara icke-binära menar att den binära uppdelningen i kvinna eller man inte alls är användbar för dem. De beskriver en icke-binär upplevelse av att vara varken kvinna eller man, eller både och, eller en flytande upplevelse.

De som identifierar sig som icke-binära är oftast yngre, medan det bland de äldre deltagarna är vanligare att inte alls vilja använda sig av prefixet trans. De identifierar sig och vill bli betraktade som kvinnor eller som män.

Det ges vitt skilda beskrivningar av vad det innebär att vara transsexuell:

”Jag tycker inte att det ska klassas som en identitet, för det är en resa från det ena till det andra. För man börjar på en punkt och sen blir man nånting annat, det är en transition. Man genomgår en transition när man är transsexuell. Det är alltså någonting som är fel på oss, för vi är födda i fel kropp, och många fattar inte det, att det är inget normaltillstånd att vara född i fel kropp. Det finns en anledning till att psykiatrin har hand om våra utredningar (skrattar), och man måste ju förstå det, att, alltså jag hade inte velat ha det på något annat sätt. För hade dom tagit bort den möjligheten så hade vi stått bara i samhället. Då hade vi blandats ihop med alla andra, med transvestiter och andra. Då hade vi ju inte kommit någonstans överhuvudtaget. Det är väldigt farligt. Vissa är inne på en farlig väg. Det förstår inte vissa transsexuella. Man kan liksom inte både få kakan och äta upp den.”

Som motpol till detta starka ställningstagande för att transsexualitet handlar om en resa från en punkt (man) till en annan (kvinna), eller vice versa, återfinns kontrasterande beskrivningar av vad det innebär att vara transsexuell:

”Jag vill ju fortfarande identifiera mig som transsexuell, trots att jag har valt något, mellanting kanske dom skulle kalla det. Att jag inte har gått hela vägen, att jag kanske, att dom kanske, jag vill inte prata om vi och dom riktigt, men. Det finns vissa som kanske tycker att dom är mer transsexuella på riktigt. Att vi som inte går hela vägen kanske ger en felaktig bild av vad det innebär. Kanske att vi försöker både äta kakan och ha den kvar på något sätt. Ja. Det märks. Att om man vill fortsätta kalla sig trans så är man inte transsexuell på riktigt. Dom som vill sluta kalla sig trans och som vill mörka sin bakgrund i nya sammanhang dom kanske känner att jag förstör för dom genom att anamma trans som en identitet, och inte bara som en diagnos.”

Ytterligare några väljer att använda akronymen FtX (Female to X) eller MtX (Male to X) om sig själv och andra, där X kan innefatta även personer som exempelvis har kvar det könsorgan de föddes med, men som för övrigt har passerat (det vill säga passerat från ett kön till ett annat), till exempel juridiskt. Med en binär syn på kön innebär detta en kvinna med penis eller en man med vagina. De intervjupersoner som använder sig av FtX och MtX säger sig göra det därför att akronymerna är inkluderande för alla olika slags kroppar och därmed personer. Bland de intervjuade finns en handfull som har valt att inte genomföra genital kirurgi men som för övrigt har brutit med det kön som tillskrevs dem vid födseln, genom till exempel juridisk och hormonell könskonfirmering. Många säger sig vara öppna med sin transerfarenhet i de allra flesta situationer i livet då frågan om könsidentitet blir aktuell. Beroende på situation väljer de då att presentera sig med eller utan prefixet trans. Ytterligare några få lever med sin transerfarenhet helt dold för omgivningen, undantaget några få utvalda nära.

Förväntningar på deltagande i studien

I början av varje intervju tillfrågades intervjupersonen om vad som gjorde att hen valde att kontakta forskaren och vilka förväntningar som fanns på medverkan. En vanlig förklaring var att sexuell hälsa är ett viktigt område,

ett område som är obelyst och där ny kunskap behövs. En person uppger att det finns mycket forskning om de kliniska delarna av behandling men lite kunskap om hur sexlivet ser ut. En del säger sig medverka för egen skull, som en möjlighet att få sätta ord på egna tankar och funderingar. Några säger att en viktig anledning till att vara med i studien är för att sprida sin egen kunskap. Kim menar att *nu är det slut på att vara tyst, samhället måste förändras*. Charlotte beskriver skrattande sig själv som en olidlig källa till kunskap, och att ett av hennes syften att medverka är *för att göra folk mindre rädda*.

Sexuella läggningar och relationer

Frågan om sexuell läggning ställdes utifrån sexuell praktik, vem intervjupersonen helst har sex med. Merparten säger sig föredra att ha sex med någon av samma könsidentitet som dem själva. De flesta av de som identifierar sig som icke-binära säger att sexpartnerns kön är irrelevant. Ytterligare några föredrar att ha sex med någon som de beskriver vara av motsatt kön. En del använder kategorierna bi-, homo- och heterosexuell om sig själva, andra inte. En del av dem som identifierar sig som icke-binära tar helt avstånd från tvåkönsnormen och säger sig tända sexuellt på olika personer, inte på deras könsuttryck eller könsidentitet.

För den som identifierar sig som icke-binär kan kategoriseringarna bi-, homo- och heterosexuell uppfattas som problematiska. Intervjupersonen Indie beskriver hur svårt det är att beskriva sin sexuella läggning:

"Om man hittar ett bättre språk så kommer det att hjälpa oss alla. För vissa är det jättepraktiskt att ha ett fast och snävt språk. Men det är ju liksom, jag tror absolut att det är fler än vi transpersoner som upplever att det är problematiskt."

De allra flesta har pågående sexuella relationer med en eller ibland flera partner. Några beskriver att de just nu enbart har sex med sig själva, och några enstaka att de inte är sexuellt aktiva alls. En del är gifta och bor med sin partner. Andra är sammanboende med partner och ytterligare några lever själva.

Analysresultat

Analysen av de två första forskningsfrågorna (beskrivning av sexuell hälsa samt möjligheter och hinder för sexuell hälsa) resulterade i tre kategorier

med möjligheter respektive hinder för upplevelsen av sexuell hälsa: kroppar, emotioner och relationer. Kärnkategorin, den process som genomsyrar de tre kategorierna, är respekt. När respekt finns påverkar detta kroppar, emotioner och relationer positivt, och sexuell hälsa möjliggörs. När respekt inte finns utgör kroppar, emotioner och relationer hinder för upplevelser av sexuell hälsa.

I tabell 2 ges en översiktlig beskrivning av analysen. Här framgår hur meningsenheter (sammanställning av intervjupersonernas utsagor i olika intervjuer) är kopplade till kategorierna (hinder och möjligheter för upplevelse av sexuell hälsa) och till kärnkategorin (den centrala processen respekt i upplevelsen av sexuell hälsa). En mer detaljerad beskrivning finns under avsnittet Hinder och möjligheter för upplevelser av sexuell hälsa.

Tabell 2. Beskrivning av analysprocessen för Hinder och möjligheter för upplevelser av sexuell hälsa

Hinder och möjligheter för upplevelser av sexuell hälsa			
Kärnkategori (Central process i alla kategorier)	Respekt		
Kategorier (Hinder och möjligheter)	Kroppar – pausade och aktiva	Emotioner – kronologiska känslor	Relationer – i och utanför bubblan
Meningsenheter	<p>Hinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kropp som inte fungerar sexuellt. Nedsatt förmåga att känna lust - Obekvämt i sin kropp <p>Möjligheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En rätt klädd kropp - Kropp i linje med upplevd könsidentitet - Acceptans av icke-opererad kropp 	<p>Hinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osäkerhet kring egen sexuell läggning - Rädsla för reaktion hos sexuell partner - Oro över sexuell funktionsförmåga <p>Möjligheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pånyttfödelse, en ny pubertet, frihet, helhet och acceptans av sig själv - Lust att pröva olika sexuella praktiker 	<p>Hinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexuell objektifiering - Bekräftelsesex, sexuellt risktagande - Samhällsklimat <p>Möjligheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ta plats som den man är - Fungerande partnerrelation - Stärkta rättigheter i samhället

Tabell 3 beskriver analysen av studiens tredje frågeställning – att beskriva vilka erfarenheter transpersoner har av att möta personal inom hälso- och sjukvården inom sexuellt hälsofrämjande verksamheter och hur bemötandet kan förbättras. Intervjupersonerna berättar om möten med olika professionella såsom specialister inom den transspecifika vården och verksamma i könsidentitetsutredningsteam: kuratorer, psykologer, psykiatriker, kirurger och endokrinologer. Likaså nämns olika personalkategorier inom öppen

hälso- och sjukvård, företrädesvis sjuksköterskor, barnmorskor och läkare på vårdcentraler och på mottagningar med fokus på sexuell hälsa, exempelvis ungdomsmottagningar, STI-kliniker och gynekologiska enheter. Även samtalsinriktad personal inom kommunal och kyrklig verksamhet nämns, liksom lärare. Analysen resulterade i tre kategorier som beskriver erfarenheter av att möta personal inom hälso- och sjukvården: bristande bemötande, normativa förväntningar och brist på vård med fokus på sexuell hälsa.

En mer detaljerad beskrivning finns under avsnittet Erfarenheter av att möta personal inom hälso- och sjukvården.

Tabell 3. Beskrivning av analysprocessen för Erfarenheter av att möta personal inom hälso- och sjukvården

Erfarenheter av att möta personal inom hälso- och sjukvården			
Kärnkategori (Central process i alla kategorier)	Respekt		
Kategorier	Bristande bemötande	Normativa förväntningar	Brist på vård med fokus på sexuell hälsa
Meningsenheter	<ul style="list-style-type: none"> - Utbildar professionella - Ovidkommande frågor - Sedd som enbart transperson - Blir annorlundagjord 	<ul style="list-style-type: none"> - Könsbinära förväntningar - Heteronormativa förväntningar - Cisnormativa förväntningar 	<ul style="list-style-type: none"> - Tvärt avslutad transvård - Psykologiskt stöd saknas - Oro reproduktiv hälsa - Screening saknas

Även här ses respekt som kärnkategorin, det vill säga den process som genomsyrar och är av stor vikt i de tre kategorierna: bristande bemötande, normativa förväntningar och bristande tillgång till vård. För att förbättra bemötandet krävs således att personal inom hälso- och sjukvården agerar respektfullt (har kunskap och undviker diskriminerande normativa förväntningar) och att det finns tillgång till vård med fokus på sexuell hälsa.

Hinder och möjligheter för upplevelser av sexuell hälsa

Kroppar – pausade och aktiva

- Hinder: Kroppar som inte fungerar, pausade kroppar, att känna sig obekvämt med sin kropp
- Möjligheter: Att känna sig bekvämt med sin kropp, kropp i enlighet med könsidentitet, en aktiv kropp som möjliggör sexualitet

Den fysiska kroppen och nöjdheten med den är viktig för upplevelsen av sexuell hälsa. Här framträder särskilt två erfarenheter som hindrar respektive möjliggör: att ibland pausa sin egen kroppsliga njutning och att vara bekväm med sin kropp. Betydelsen av kroppens utseende varierar mycket, liksom vad som avses med kropp. För en del är genitalier och andra delar såsom bröst och bröstorg mycket viktiga, och för andra är de inte fullt så viktiga.

Många berättar om perioder i livet, tidigare eller pågående, då egen sexuell njutning pausas och hänvisar ofta till att kroppen, hela eller delar av den, inte kan medverka i sexuella aktiviteter. Detta kan bero på en behandling med könskonträra hormoner² eller en fas i samband med könskonfirmerande kirurgi där genitalierna är sköra. De som under denna period har en pågående sexuell relation beskriver hur de så lägger fokus på partnerns njutning. Så här beskriver Magdalena hur hennes pausade kropp hindrar henne:

”Jag har dålig sexuell hälsa som jag har det just nu. Jag tror att jag försöker kompensera det genom att göra det skönt för min partner. Men det fungerar väldigt dåligt faktiskt, för det ger ju inte så mycket för mig. Men det vet hen ju om. Alltså, vi båda går ju och längtar efter min operation. Jag kan inte använda mitt kön idag. Det fysiska hindrar mig. Alltså jag som kvinna, jag kan ju inte förlika mig med det organet som sitter där idag. Jag vill bara bli av med det. Jag äter ju mycket hormoner nu som gör att det inte fungerar, och, jag har kopplat bort det helt. Alltså östrogen är så jävla tråkigt. Testosteron var bättre, då var man mer viril på något sätt. Östrogenet gör en mer känslös men mindre kåt. Alltså man är inte riktigt på g, nästan aldrig. Det blir aldrig läge liksom. Förr var det alltid läge. Men det är det inte längre.”

Samtidigt som Magdalena säger sig sakna sin sexuella lust betonar hon att detta är en tillfällig situation; hon säger sig ha tålamod med att detta är en övergående period, och menar att det kommer att bli bättre när den könskonfirmerande genitala operationen väl är genomförd. Detta tålamod är inte lika tydligt då hon får frågan om sexualiteten eller njutningen är något som

2. Behandling med östrogen för personer med manligt födelsekön eller testosteron för personer med kvinnligt födelsekön.

de professionella hon möter talar om, relaterat till den förestående operationen. Hon svarar:

”Jag skiter i vad dom pratar om, jag vill bara ha det gjort. Sen får jag fixa resten själv. Det är ungefär som att föda barn. Ett jävla diskuterande fram och tillbaka, eller som när man ska ta sprutor, sluta räkna till tre, bara gör det. Pang, bom. Ibland så tycker jag att det ska diskuteras fram och tillbaka alldeles för mycket. Just do it som Nike säger. Så får vi ta det andra sen, komplikationer och sånt, jag menar, det är ju en jättstor operation, det fattar jag ju. Den ska göras i två steg, dom ska riva ut halva kroppen på en. Och sen ska man korrigera det. Först är det den jätteoperation, och sen ska man hem i sex månader tror jag det var. Sen ska jag göra blygdläpparna och det. Och innan det är läkt, det är säkert ett år innan det blir snack om nåt sex där, så jag menar, det är ju ungefär som att föda barn.”

Magdalena ger här uttryck för en otålighet inför att få operationen gjord, en otålighet som hon delar med många andra intervjupersoner. Dessutom ger hon en bild av att sex med partner kan vara mindre aktuellt under olika perioder i livet genom att jämföra en operation av genitalier med barnafödande.

Gabriel beskriver att känslor för den egna kroppen gjorde att han under en period i livet undvek att ha sex med andra:

”Det blev inte så mycket alls. Sen har jag försökt under processen också, men jag kände liksom obehag att låta någon komma in på mig och det var på den tiden, jag hade inte opererat bort bröstet utan jag hade som en binder³. För jag kände att, till exempel när jag mådde dåligt, då kändes det liksom bättre att förtränga det, liksom låta sexualiteten vila för att det blev för påtagligt med de jobbiga tankarna annars, om jag skulle leva ut. Men jag känner att för mig har det blivit mycket med att kunna vara bekväm i min egen kropp.”

3. En binder är en sport-bh eller linda som används för att binda bröstet och få bröst eller bröstorg att bli plattare.

Som framgår av Magdalenas och Gabriels beskrivningar är det viktigt att vara tillfreds eller bekväm med sin fysiska kropp, och många som är i början av den könskonfirmerande processen menar att sexualitet är svårt liksom att se på sig själv som en sexuell eller sexuellt tilldragande person. Den sexuella kroppen pausas. Så här säger till exempel en av de yngre deltagarna, Max:

"Under dom perioderna, när man är mer liksom i depressioner för att man har sån dysfori för sin kropp då är det liksom, då har man ju inte sex alls liksom för att, nä, man vill inte ha det för att, ja, man känner sig så otillfredsställd liksom, med sin kropp."

Bland de äldre deltagarna som är i början av en könskonfirmerande process tycks yttre attribut såsom kläder, smycken och smink spela stor roll för upplevelsen av kroppen, men inte nödvändigtvis för kroppen som en sexuell kropp utan snarare som en kropp med rätt könsuttryck. Erfarenheter av att operationer av genitalier har medfört svårigheter att känna (genital) njutning finns. Samtidigt verkar det finnas ett stort värde i känslan av att ha de genitalier man vill ha och att vara bekväm med sin kropp. Att känna sig bekväm i och med sin kropp och den påverkan det får på den sexuella hälsan beskrivs som något omvälvande, en positiv förändring *som från natt till dag*.

Även de som valt att inte operera genitalier berättar om en liknande befrielse. Flera säger att de har *upptäckt* eller lärt sig att de gillar de könsorgan de föddes med, och att de går att använda sexuellt och njuta av trots att de för exempelvis *en transman kan ha traditionellt kvinnliga funktioner*. Till exempel säger Pelle att det har varit viktigt för honom och hans sexualitet att *deala med sin kropp, att nå en självacceptans* för att må bra. Kim menar att det tidigare har varit tabu inom transvärlden med *a man with a pussy*, men poängterar också att *det fungerar, varför kan jag inte använda det, jag njuter av det, vad är så fel?*

De föränderliga och ibland även förändrade fysiska kroppar som intervju-personerna beskriver kan alltså vara pausade avseende sexuell praktik, även om längtan eller lust kan finnas kvar. Denna paus är ett hinder för sexuell hälsa, om än tillfälligt. Det verkar som om sexualiteten får mer utrymme längre fram i livet, då det har gått en tid och många har fått könskonfirmerande vård. Då framträder en sexuell aktiv kropp – en möjlighet för sexuell hälsa.

Emotioner – kronologiska känslor

- Hinder: känslor av oro, otrygghet och rädsla i relation till sin könsidentitet och normer och normativa förväntningar från omgivningen
- Möjligheter: känslor av frihet, mod och trygghet i relation till sin könsidentitet och sexualitet

Flera olika emotioner, känslöstämningar, beskrivs spela roll för upplevelsen av den sexuella hälsan. För många har känslor som påverkar den sexuella hälsan uppträtt kronologiskt (i en viss tidsföljd), och de hänger alltså samman med den könsidentitetsutredande och könskonfirmerande processen eller med en komma-ut-process. Huvudsakligen handlar det om känslor som kan ses som hinder för att uppleva sexuell hälsa, såsom oro, osäkerhet och rädsla, eller känslor som möjliggör sexuell hälsa, såsom glädje, mod och frihet. Intervjupersonernas berättelser skiljer sig mycket åt beroende på var i processen med utredning och vård de befinner sig. För några som är i inledningen av denna process är osäkerheten stor, och till exempel kan frågor om sexuell identitet, vårdprocessen och framtiden göra att situationen känns svår.

Så här beskriver exempelvis Pernilla hur hon själv funderar kring sin sexuella läggning och en framtida sexualitet med en partner:

P: Och sen så har jag sagt det till mig själv att, ja, jag är nog egentligen en lesbisk kvinna. Och lesbiska, det finns det ju många! Och dom har sina sexliv, så det måste ju funka det med! Men sen är det ju det här då att, herregud, byter jag könsorgan så är det som upphör förmågan att tränga in, i en kvinna. Å andra sidan, det är så jävla länge sen så det kommer jag inte ens ihåg hur det känns (skrattar).

ML: Så det är inget du saknar?

P: Nej. Men så här alltså. Dom lesbiska har väl sina fungerande sexliv. Och när jag inte har ett fungerande sexliv så som det är just nu, ja, det kan ju inte bli sämre i alla fall.

För dem som identifierar sig som icke-binära framstår känslor av osäkerhet inför sex med partner som än mer tyngande. Detta kan kopplas till en rådande tvåkönsnorm, dvs. antagandet att finns enbart kvinnor och enbart män. En oro beskrivs, inte bara en egen oro utan även oron för att en sexuell partner kan reagera. Så här säger Love om vad som kan ske i sexuella situationer där en partner inte förstår, och där hen inte blir respekterad som icke-binär:

”Det påverkar min sexualitet helt klart. Sexuella kontakter kan bli obehagliga om jag upplever att någon inte respekterar mig, då kan det kännas väldigt dåligt. Det jag känner är att folk inte har respekt för min identitet, att dom inte förstår vad det betyder. Det leder till att sex kan gå från en väldigt bra sak till något väldigt obehagligt.”

Andra intervjupersoner beskriver hur denna osäkerhet kan leda till att de undviker sexuellt kontaktskapande, såsom att flörta och ragga. Det finns en rädsla att väcka hat hos den andre i sexuella situationer. Caroline förklarar:

”Om transstatusen inte har klarats upp så kan ju den andra, partnern, känna att hon/han blev lurad. Och om man säger först att man är en transperson så finns det en stor risk att den andra backar från situationen. Så, det är svårt.”

Likt de tidigare beskrivningarna om att kroppen ibland pausas sexuellt berättar intervjupersonerna även hur känslor kopplade till sexualitet, till exempel längtan efter sex med någon annan, stundtals trycks undan för att de ska kunna hantera livet. Gabriel säger att han ser sexualitet som ett grundläggande behov men har tryckt tillbaka dessa behov för att det blev för jobbigt. Det gav honom ångest. Osäkerheten kan också finnas kvar hos dem som genomgått könskonfirmerande utredning och behandling för många år, till exempel oro över hur den nya kroppen ska fungera sexuellt.

Ronnie har inte vågat ha penetrerande sex, trots att det har gått flera år sedan hen genomgick en könskonfirmerande genital operation, och säger så här:

”Tänk om det inte ser likadant ut som på en biologisk kvinna, tänk om, just orden tänk om finns ständigt där. Och jag kämpar med att få bort dom.”

Ett flertal känslor kan således utgöra hinder, men samtidigt beskrivs möjligheter, det vill säga känslor som är förknippade med sexuell hälsa och välbefinnande. Många beskriver en pånyttfödelse eller en andra pubertet. Sexualitet blir en viktig del av livet igen och pausen, oavsett om den var kroppsligt eller emotionellt betingad, är över. Om detta berättar framför allt de som har några år mellan sig och den könskonfirmerande vården. Gabriel beskriver hur sexualitet åter tog plats i hans liv:

”Just nu känner jag att det är väldigt viktigt i mitt liv. Just för att det är lite nyupptäckt, eller återupptäckt. Jag känner mig lite som en tonåring på det stadiet kanske. Och jag känner att det tar upp mycket tid, mycket av mina tankar. Att det får göra det för att det är en del av min, som sagt, jag är fortfarande i en sorts process, och dom tankarna är en viktig del av den processen och lära känna mig själv, vad jag vill och var jag har mina gränser. Det kanske låter lite flummigt men känslan av pånyttfödelse och att kunna, det här att kunna göra saker som jag fått ångest av förut och inte får det längre. Att den känslan i sig kan bli väldigt tändande eller vad jag ska säga. En typ av frihet som jag inte känt innan.”

På liknande sätt, genom att också beskriva känslor av frihet, berättar Andrea hur genital kirurgi försvårade fysisk njutning. Men trots detta menar hen att det har varit värt alla umbäranden eftersom den sexuella hälsan nu är så mycket bättre:

”Jag har ju fått ett helt annat sexliv och förhållande till min kropp, ja sexuell hälsa. Det där är ju, det är en kamp mellan det psykiska och det fysiska på något sätt. Men ibland så, ibland har det varit helt fantastiskt. Så att möjligheterna är ju, möjligheterna är ju bra, och just att jag blivit så frigjord på grund av det fysiska. Det mentala och det fysiska har ändå mötts någonstans,

och det som jag, det som jag vill med mitt sexliv, det kan plötsligt bli till.”

Det är fler som likt Gabriel och Andrea berättar om liknande erfarenheter, om att de med åren har blivit tryggare och säkrare i sin sexualitet. För Pelle har transerfarenheten lett till upplevelsen av en sexuell hälsa som är bättre än någonsin:

”Jag ser det som en tillgång. Som transperson så måste man reflektera mera. Vad gillar jag? Vad funkar med min kropp? Det finns en massa fördomar men man måste deala med dom, och det kan leda till att man blir trygg med sin sexualitet, och vet vad man vill och inte vill, och vad man mår bra av. Man måste kompromissa i sexuella praktiker, och då har vi kommit bort från hur sex ska vara. Då kan jag fokusera på hur jag vill ha sex.”

Bland dem som säger sig få sin könsidentitet bekräftad finns flera som säger att de nu utforskar sin sexualitet på ett nytt sätt. De menar att det är ett privilegium att kunna utforska en helt ny sexualitet. Det berättas om nyorientering och om experimentlusta. En transman som lever med en kvinnlig partner berättar att han i denna öppna relation nu utforskar tillfälligt sex med män, och en transkvinna berättar att hon och hennes partner utövar BDSM⁴. En av de äldre intervjupersonerna berättar att han under många år efter sin könskonfirmerande vård hade sexuella relationer med enbart kvinnor, då han upplevde att omgivningen förväntade sig det av honom. Men han säger sig alltid ha längtat efter en man. Han berättar att han *börjat inse, eller vågat erkänna, eller kanske acceptera att det här är jag*, och han har nu en sexuell relation med en man.

De emotioner som intervjupersonerna berättar om har ofta en kronologi som är kopplad till tillgången till vård för dem som vill ha detta, och även till respekt för egna sexuella känslor, preferenser och gränser. Hinder för sexuell hälsa, såsom oro och osäkerhet, kan övergå till möjligheter och upplevelser av sexuell glädje, mod och frihet.

4. Ett paraplybegrepp för Bondage, Dominans, Submission (underkastelse) och Masochism (eller sadomasochism)

Relationer – i och utanför bubblan

- Hinder: brist på respekt i relationer, sexuellt risktagande och diskriminering
- Möjligheter: att få vara den man är och respektfyllda relationer

I intervjupersonernas berättelser framträder relationer som mycket viktiga. Dessa kan vara intima relationer till partner eller andra nära relationer till barn, syskon, föräldrar eller vänner. Det kan även gälla relationer till arbetskamrater eller grannar. Även tankar om ens transstatus i relation till samhället i stort nämns. En del intervjupersoners närmaste anhöriga bekräftar inte hens könsidentitet. Sådana erfarenheter är mycket smärtsamma.

”Det känns väldigt hårt när man får höra sånt. Och det får jag höra väldigt ofta, att jag är en den, eller ett det. Ibland så känner jag mig bara som en sak.”

Många beskriver *en bubbla* bestående av människor som respekterar en, en bubbla där *du får vara den du är*. Inne i bubblan är det tryggt, men inte alltid utanför den. En verklighetsuppdatering kan ibland kännas dystert och svår. Så här säger Tom:

”Jag har ju turen att leva i en ganska normkritisk bubbla med många vänner som bryter mot heteronormen och som identifierar sig på en miljon olika sätt. Så det är ju först när man tar sig utanför den där trygga sfären som man inser att det fortfarande, att vi fortfarande lever enligt heteronormen. Det blir ju lite som en parallell värld. Där en själv jobbar ständigt med att liksom utveckla sin egen identitet och sexualitet och även få nya influenser från andra. Sen ser man, och läser i media och hör liksom samhällsdebatten och så blir man väldigt matt och tänker: Gud, har vi inte kommit längre.”

Andra intervjupersoner säger att en viktig del för dem i relation till andra är att få ta plats i stort, att inte befinna sig i någon bubbla. För några har detta lett till valet att inte bo anonymt i en storstad utan att komma ut på en mindre ort.

I en större stad visst, där finns säkert fler öppensinnade, samtidigt är det större risk att stöta på dom som inte är öppensinnade. Det här med att det ska vara mer fördomar i en mindre stad, det känner inte jag igen.

Det är inte lika vanligt att de äldre intervjupersonerna talar om en bubbla med likasinnade, de verkar snarare fortsätta sina liv i samma miljö som de alltid har befunnit sig i. Tillhörighet framstår som mycket värdefullt oavsett om intervjupersonen har tillträde till gemensamma rum. Charlotte som säger sig undvika hbtq-kretsar uttrycker vikten av att höra till, av att vara i relation med och få respekt av andra:

”Jag vill ha en förståelse, eller respekt. I sista änden en acceptans. Det är sådana grejer jag sukter efter. Och när jag då väl träffar någon som ger mig det så känns det otroligt varmt inombords.

Några beskriver även hur samhällsförändringar kan påverka dem, och att dessa skeenden samtidigt både stärker och försvagar transpersoners ställning. Robin nämner lagstiftningsförändringar, användningen av pronomenet hen och en ökad synlighet som stärkande faktorer. Samtidigt ser hen en backlash avseende hur rasistiska organisationer ofta använder säkerställandet av hbtq-personers rättigheter som avskräckande propaganda och exempel på ett samhälle i moraliskt förfall. Fei poängterar att de rådande maskulinitets- och femininitetsnormerna är viktiga att beakta, och att framför allt transkvinnor som inte ”passerar som” (uppfattas som) kvinnor far illa.

En del har erfarenheter av sexuellt risktagande, av oönskade sexuella erfarenheter eller av så kallat ”bekräftelsesex”. Någon beskriver en period i livet där sexuellt risktagande var vanligt:

”Jag tänkte, jag tar vad jag får, och det var alltid, alltid, under påverkan av alkohol, på gaybarer, och det var inget jag var stolt över, men det fyllde ett visst behov. Sen skämdes man, och fick testa sig.”

Andra säger sig inte alls ha dessa erfarenheter av sexuellt risktagande och menar att det snarare är en allmänmänsklig företeelse än transspecifik. Samtidigt finns det de som menar att transerfarenheten kan innebära att de i högre grad utsätter sig för potentiellt farliga sexuella situationer. Några nämner att den som har annan etnisk bakgrund än svensk kan ha svårare än andra att få bekräftelse för den man är, det vill säga att etnicitet eller ras kan samspela med transerfarenheten och därmed öka utsattheten.

Tom beskriver vad som kan ses som mekanismer bakom bekräftelsesex:

”Är du då född i, eller känner dig född i, en kropp som du inte trivs med så kan det ju bli ett väldigt destruktivt sätt vad gäller sexualitet, alltså sexuella preferenser eller sexuellt utövande. Jag tror att det är för att det föreligger en större, ja både fysisk och psykisk, problematik som ofta har funnits med under lång tid i ens liv. Du nervärderar dig själv. Du är född i fel kropp eller i en kropp som du på något sätt vill ändra på, som du inte trivs med. Du tycker inte om, du älskar inte dig själv. Hur ska då någon annan kunna älska mig, det är aldrig någon som kommer kunna älska mig.”

Ett motstånd framträder bland intervjupersonerna mot bilder av transpersoner som risktagare vad gäller erfarenheter av att köpa eller framför allt sälja sex, något som ingen av intervjupersonerna säger sig ha varken egen eller annan nära erfarenhet av. Några säger att detta är en internationell bild som inte gäller Sverige i samma utsträckning, och att kontexten måste beaktas eftersom i länder där *man inte har en statsfinansierad vård, så måste man skaffa pengar någonstans, därav prostitution, för att man är så lågvärderad, så man får inte något jobb.*

Sexuellt kontaktskapande situationer beskrivs av en del som problematiska. Merparten som säger sig vilja ha en partner har det, men det finns även de som säger att det kan vara mycket svårt att träffa någon. Andrea menar att *det är så helvetes svårt att hitta en cisman, en som inte är, att hitta en man som är vettig.* Charlotte ger en liknande genusanknuten beskrivning av hur hon bemöts av sin omgivning:

”Det är en väldigt stor skillnad mellan mina manliga vänner genom tiderna och mina kvinnliga. Det finns bara någon enstaka tjej som har rygгат inför mig, och det finns bara några enstaka manliga vänner som inte har rygгат. Det är en otrolig skillnad.”

Beskrivningar ges av hur transpersoner blir behandlade som tillfälliga sexuella objekt eller upphetsande fetischer i sexuella sammanhang. En kvinna säger sig ibland undra vad hon, eftersom hon menar sig inte uppfattas som kvinna, för med sig in i den sexuella relationen: Är jag det perfekta bisexuella objektet eller? En annan uttrycker att *det finns heterosexuella män som vill ha samlag med transkvinnor, men de flesta ser en transkvinna som en sexleksak, inte som en person.*

Även Kim har liknande erfarenheter och resonerar om hur han har bemötts av potentiella partner:

”Dom tjejer jag har träffat, dom har varit mer accepterande. Men varje gång jag har försökt träffa en pojkvän, då är det så, man stöter på hinder överallt. Homosexuella män, bögar, dom är väldigt så, oj, du har varit en kvinna, oj, och så springer dom sin väg. Och det har jag blivit så himla trött på, även i gaysamhället så är det väldigt mycket okunskap. Ge mig en chans att förklara, att visa vem jag är. Inte bara hur jag ser ut, eller fungerar sexuellt, jag är en människa. Men det är väldigt mycket svart eller vitt där. Och visst, dom har varit nyfikna, det har väl varit lite kul att experimentera, men sen lägger dom benen på ryggen. Så, mycket diskriminering har jag känt. Mycket förutfattade meningar, fördomar, rädsla, och okunskap.”

För de allra flesta verkar det vara värdefullt för den sexuella hälsan att ha en partner. Många har haft sin partner med sig in i könsutredningsprocessen, något som de menar underlättade denna tid. Andra beskriver målände en nuvarande förälskelse, om att de äntligen har hittat en partner som säger *du är den du är och jag älskar dig som du är, inga problem.*

Respektfyllda relationer är viktigt, oavsett om dessa är sexuella eller inte. Att få bekräftelse för den man är, och att inte objektifieras, är centralt. Konfliktfyllda eller respektlösa relationer utgör hinder för sexuell hälsa medan fungerande och respektfulla relationer, framför allt med en partner, är möjligheter för sexuell hälsa.

Erfarenheter av att möta personal inom hälso- och sjukvården

Brister i bemötande

Många intervjupersoner beskriver att de i möten med olika personalkategorier inom hälso- och sjukvården känner sig som ett levande undervisningsmaterial eller ett uppslagsverk och att det är mycket tröttsamt att ständigt vara den som utbildar i sin vardag. Detta *annorlundaskap*, att ses på som *en apa i en bur*, framstår som mycket påfrestande. Likaså nämns att det är ansträngande att behöva komma ut jämt.

"Du kommer inte ut en gång, du kommer inte ut två gånger, du kommer inte ut fem gånger, du kommer ut sjuhundra-femtusen gånger."

Det finns många erfarenheter av att bli kroppsligt ifrågasatt av olika personer inom hälso- och sjukvården. Det kan även gälla möten utanför vården som *då massören frågade mig om jag varit med om någon katastrof* med hänvisning till intervjupersonens ärr på bröstkorgen, eller möten med personal inom hälso- och sjukvården dit personen har sökt sig för vård. Många har erfarenheter av att hälso- och sjukvårdspersonal tar sig friheter när de möter en transperson, att de då passar på att försöka lära sig mer genom att till exempel be att få titta på kroppsdelar som inte är av primärt intresse för det aktuella vårdbesöket. I intervjuerna framkommer att detta även sker på så kallade hbtq-certifierade mottagningar. En intervjuperson bad vid ett första besök på en sådan mottagning att få slippa kommentarer om genitaliernas storlek, men trots det upprepade gynekologen vid det andra besöket sin bedömning av hur bra hormonerna verkade fungera. Intervjupersonen tolkar detta som ett missriktat sätt att försöka stärka hen.

Love menar att en hbtq-certifiering av olika verksamheter inte alls säkerställer ett gott bemötande. Hen menar att det bland dem som *certifierar kan finnas en rädsla bland HB att inkludera T, eller framförallt Q, då förlorar HB i trovärdighet*. Enligt Love kan det vara så att de som certifierar mottagningar kanske inte alltid orkar eller vill inkludera transpersoner och queera personer, för att inte överbelasta cis- och heteromajoriteten med *ytterligare en grupp att ta hänsyn till*.

Erfarenheter av dåligt bemötande kan leda till en ovilja eller rädsla att söka vård, och många berättar att de hellre avvaktar eller väljer bort att söka vård. Fei som är nyinflyttad i en stad beskriver att det är svårt att inte ha tillgång till den mottagning som hen vanligtvis brukar gå till och efterlyser *vanligt hyfs, eller vett och etikett* i vården. Hen beskriver också en situation där hen sökte samtalskontakt med anledning av att en nära anhörig dött, och hur kuratorn under samtalet i stället fokuserade på transerfarenheten. På samma tema beskriver Gabriel sig ha valt bort att uppsöka allmänpsykiatrin eftersom *de kommer* ändå bara dra upp och ifrågasätta att jag inte gått hela vägen, och sådana grejer.

Några få har dessutom nekats stöd med motiveringen att ”valet att vara transperson” inte var förenligt med den yrkesverksammes etiska principer. Flera nämner även bristande kunskaper inom skolan, huvudsakligen inom området sexualkunskap. Så här säger Max:

”Det är viktigt att få med det i sexualundervisningen i skolan liksom för att dom undervisar så heteronormativt och så cis-normativt. Ja, det är lite svårt för transpersoner att få liksom en bra bild av sexuell hälsa. Alltså jag blev skitarg. Jag pratade med min lärare efteråt. Äh, ja, jag vet inte, hen hade väl inte så bra svar men sa väl att, ja det är svårt att undervisa icke heteronormativt om man är hetero själv liksom, och icke cisperson om man är cisperson själv.”

En av de få intervjupersoner som inte har haft kontakt med den transspecifika vården berättar om erfarenheter från psykiatrin där hen haft samtalskontakt av en annan anledning. Där har hen försökt ta upp sin icke-binära identitet men inte fått någon respons av den professionelle. Hen, och andra som definierar sig som icke-binära, säger sig uppleva en syn på icke-binär könsidentitet som något politiskt, att det är en åsikt snarare än en identitet. Hen menar att lösningen är att göra som andra, att lura systemet och söka vård som *traditionell transperson*, eller att eventuellt söka sig till en mottagning som hen hört talas om är riktad även till icke-binära.

Pelle efterlyser mer kunskap hos professionella och berättar om ett möte med en kurator i ett könsidentitetsutredningsteam:

”Kuratoren sa att 'Ja ni tjejer brukar ju vilja operera bort bröstet, och allt det där med FtM och hit och dit, jaja, jag inte så stor koll på alla begreppen'. Du vet en professionell person som sitter där, och ska göra jobbet. Det vore ungefär som en hjärtläkare skulle säga 'Ja pacemaker, hjärtflimmer, jaja, det är inte så noga.'”

Kunskapsbrist bland personer i sin yrkesroll, huvudsakligen inom hälso- och sjukvården, framstår vara något som merparten intervjupersoner har upplevt, vilket genererar erfarenheter av att bli diskriminerad.

Normativa förväntningar

Nästan alla intervjupersonerna har erfarenheter från den transspecifika vården och Sveriges samtliga sex enheter för könsidentitetsutredning figurerar i deras berättelser. En del har en pågående utredning medan andra avslutade sin för närmare tjugo år sedan.

Många säger sig i stort vara nöjda med denna vård trots att merparten upplever att den försätter dem i en särskild position: *du är ju i en väldigt utsatt situation för dom här personerna vill dig självklart väl men håller också i alla korten för att du ska, ja, för att du ska kunna få börja ditt liv.* Men många har också erfarenheter av att bli bemött som den person den transspecifika vården förväntar sig och inte som den vårdsökande person man är. Dessutom finns erfarenheter av att ha blivit ifrågasatt i den första remitterande kontakten, i det möte som syftar till att få den remiss som ska öppna dörren till den transspecifika vården. Här finns exempel på att remitterande läkare ställt ifrågasättande frågor till personer med kvinnligt kön tillskrivet dem vid födseln:

”Tror du inte att din önskan att bli man har att göra med att du egentligen är lesbisk?” Och jag hade så svårt att, när jag hade sagt att jag inte tänkte på tjejer eller någonting drog han ändå den slutsatsen. Det var ju lite märkligt.”

Många beskriver känslan av att tvingas uppfylla diagnoskriterier och att de förväntas genomgå en process med ett förväntat utfall, det vill säga gå från kvinna till man eller vice versa: *jag var tvungen att passa in i en mall för att få fortsatt hjälp även om personerna som jag träffade var väldigt bra.* Några tänker tillbaka och säger att det kanske hade varit annorlunda om utredningen genomfördes nu. Tom minns inte huruvida sexuell läggning var en viktig fråga i utredningen, däremot att det fanns en cisnorm:

T: Men det var också för att det som fanns var ju svart eller vitt. Det jag kunde välja på när jag växte upp var svart eller vitt. Antingen är du man eller kvinna. Passade du inte in i det ena så var du väl det andra. Jag tror att jag nog hade varit väldigt försiktig med vad jag hade sagt. Även om jag hade identifierat mig som bög så hade jag nog varit försiktig med att uttrycka det.

ML: Du kände att du skulle helst skulle följa normen?

T: Ja, och det jag hade fått höra innan, eller det som jag uppfattade var liksom, okej här ska du lära dig hur du blir man. Jaha okej då måste jag så här, sitta på det här viset, måste prata på det här viset. Hade jag gått in i utredningen nu så hade jag ju haft en annan, en helt annan kunskap med mig.

Det framkommer även erfarenheter av heteronormativa förväntningar i transvården, att personal inom hälso- och sjukvården gör normativa antaganden. En kurator på en könidentitetsmottagning ifrågasatte varför Pernilla skulle vilja genomföra en vaginalplastik: *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?”*

Andra berättar hur de undvek att nämna vissa saker under utredningen, exempelvis sexuell läggning. Ronnie, vars erfarenheter från könsidentitetsutredning ligger några år tillbaka, valde att inte berätta att hon definierar sig som homosexuell. Hon dolde sin partner som funnits sedan innan utredningen påbörjades eftersom det fanns förväntningar:

”Dom som skulle genomgå könskorrigering till kvinna skulle ha pojkvän, dom som skulle genomgå könskorrigering till kille skulle ha flickvän, för att passa in i deras mall, i deras riktlinjer, i deras kriterier.”

Att vara bisexuell eller polyamorös, det vill säga ha flera parallella relationer, är något som inte heller redovisas under utredningstiden av rädsla för att *krångla till det för vården*. De som identifierar sig som icke-binära har andra svårigheter, till exempel att redogöra för sina vårdbehov, eftersom de då inte

kommer att passa in i transvårdens linjära och binära krav att passera från kvinna till man eller vice versa:

”En icke-binär person ställer nya krav på vården, det är inte självklart vad målet är. Man kanske skulle sluta se det som att nu ska den här personen bli något specifikt utan istället se på vad den här personen skulle behöva för att må bra. Jag skulle vilja ha en utredning för att få veta vad jag behöver.”

Personer som säger sig identifiera sig som icke-binära menar att vården alltid *könar* dem och att en icke-binär kropp kan vara *en anomali för vården*, en kropp som väcker oönskad uppmärksamhet. Detsamma kan gälla en icke-binär identitet och Love berättar att hen brukar låta bli att nämna sin könsidentitet för att skydda sig själv och av rädsla för att få sämre vård:

L: En situation som kan vara väldigt jobbig är att gå till en barnmorskemottagning, det finns ingenstans som man blir så könad som där. Språket där utgår 100 procent utifrån att man är kvinna.

ML: En vandrande livmoder, typ?

L: Ja precis (skrattar). Ja, och jag tror att just det, särskilt barnmorskemottagningar, och ungdomsmottagningar, såna som pratar med folk om sexualitet, ställen där man kommer in mycket på kön. Just dom skulle behöva lära sig mer för att det ska bli en bättre upplevelse att gå dit. För att testa sig, eller kolla sin hälsa eller så.

Andra säger sig ha genomgått könskonfirmerande behandlingar men under tiden dolt sin icke-binära identitet. I linje med detta menar Pelle att transpersoner ofta befinner sig i en kamp med vården, att *vården är normativ, vården ger oss inte alltid det vi vill ha så vi måste deala med vården och med vårdens idéer om våra kroppar*. Som motbild till detta problematiserar Johan att det kanske inte är så överallt, i alla utredningsteam. Han menar att *det är ju ändå professionella människor som förstår att variationer är större än vad som ryms inom juridiken eller normer*.

Många beskriver också erfarenheter av att plötsligt, efter den könskonfirmerande behandlingen, stå helt ensam med en ny kropp. Framtiden fokuseras inte, inte heller sexuell aktivitet. Tom beskriver problematiken att han inte *kan gå till baren, börja ragga på någon, ta med dom hem utan att förklara att what you see is not what you get liksom*. Att transvården avslutas plötsligt är något som många tar upp som problematiskt. När de ingrepp som avtalats har genomförts som planerat tar vårdkontakten slut. Känslan av att ha gått igenom vårdprocessen beskrivs ofta som starkt positiv men det finns också en osäkerhet kring att hitta sin nya sexuella identitet och/eller sin nya sexuella kropp och dess funktioner. Många skulle vilja att vården erbjuder en beredskap kring att *det kan finnas en sexuell problematik även efter en utredning, att allt inte är guld och gröna skogar när du väl är färdig*. På liknande sätt belyses en avsaknad av möjlighet till samtalskontakt, ett stöd för att hantera den nya situationen:

"Så att man kan få ett mentalt stöd att våga leva i det nya, men det får man inte. På ett år så är det ju en total omvändning med hela kroppen. Att man bara får frågan: 'Hur känner du nu, hur går det här?' Frågor om nuet och framtiden."

Vikten av STI-mottagningar med transkompetens nämns också liksom lättillgänglig skriftlig information om sexuell hälsa, inte bara om sexuella risker. Pelle säger:

"Det som saknas är det här som rör vardagshälsan, som att gå och testa sig, hur får jag en bra gynekolog? Hur man får allt, inte det där som är exotiskt och gäller transpersoner utan allt det där som alla andra personer behöver?"

Tillgång till reproduktiv vård nämns också som viktig. De som säger sig vilja ha barn resonerar kring detta och säger sig vara väldigt osäkra på tillgången till mödrahälsovård. Gabriel berättar:

”Jag har inte steriliserats, det är ett aktivt val som jag gjort att ha kvar det för att jag gärna vill ha barn och eftersom jag är intresserad av killar. Om man är två killar så kan man ju inte få barn på biologiskt sätt, då blir det ju svårt och jag har inga problem med tanken och ... vad säger man, att vara gravid. Jag tror att det för min egen del, kan jag ju tänka, jag ser inga problem liksom hur jag känner med min kropp och min identitet. Jag skulle inte må dåligt, ja förutom att jag antar att man mår dåligt av att vara gravid, rent så där fysiskt, men däremot är jag väldigt, jag skulle vara väldigt orolig för bemötandet i vården och även av samhället i liksom i stort. Det känns väldigt, väldigt, vad säger man, okonventionellt.”

Intervjupersonerna nämner även att könskonfirmerade kroppar behöver tillgång till screening, till exempel gynekologiskt cellprov, prostataundersökning eller mammografi, men att detta kan vara svår genomförbart. Om det kön eller personnummer personen nu har är konträrt, exempelvis en transkvinna med prostata, kan det väcka oönskad uppmärksamhet.

Intervjupersonerna efterlyser alltså tillgång till vård med fokus på sexuell hälsa, inte bara förlängd tillgång till ett könsidentitetsutredningsteam utan även vård som tillgodoser deras övriga vårdbehov såsom samtalskontakt och vård som är kopplad till sexuell och reproduktiv hälsa, exempelvis olika former av screening.

Diskussion

Resultatdiskussion

Hinder och möjligheter för upplevelser av sexuell hälsa

Transpersoners upplevelser av sexuell hälsa är individuell, liksom för alla människor. I resultatet framkommer att upplevelser kopplat till kroppar, emotioner och relationer samspekar och kan hindra eller möjliggöra upplevelsen av sexuell hälsa för olika personer och vid olika tidpunkter. Resultatet understryker således vikten av att inte betrakta transpersoner eller transpersoners sexuella hälsa som något homogent utan som något mycket diversifierat.

Intervjupersonernas beskrivningar av sexuell hälsa är i många avseenden allmänmännsliga aspekter, men beskrivna upplevelser av brister i bemötande och bristande respekt är specifikt för just transpersoner. Det saknas dock studier att jämföra detta resultat med, exempelvis en liknande studie med cispersoner om sexuell hälsa. Detta beror på att sexualitetsforskning sällan berör gruppen cispersoner om dessa inte kategoriseras som exempelvis risktagare, till exempel män som har sex med män eller ungdomar och unga vuxna.

Den fysiska kroppen beskrivs ibland som pausad och att den begränsar eller utgör ett hinder för sexuell lust och praktik, men ibland ses den som aktiv och därmed en möjlighet för sexuell hälsa. Olika känslor, vilka inte sällan är kopplade till upplevelsen av den fysiska kroppen, hindrar eller möjliggör upplevelsen av sexuell hälsa. Dessa känslor har ofta en kronologi som är kopplad till tillgången till önskad vård; känslolägen som dominerats av oro, osäkerhet och rädsla ger vika för glädje, mod och frihet. Den sexuella hälsan efter önskad könskonfirmerande vård är mer präglad av välbefinnande än tidigare. Relationer med partner är mycket viktiga men även relationerna med övrig familj och vänner, och ens plats i samhället i stort. Relationer som kännetecknas av att inte få vara den man är eller av diskriminering hindrar upplevelsen av sexuell hälsa och kan leda till sexuellt risktagande. Att däremot få vara del i ett sammanhang och/eller en relation där personen ovillkorat får vara den hen är kan möjliggöra sexuell hälsa och omsorg om sig själv och således minska sexuellt risktagande.

Respekt utgör kärnkategorin i upplevelsen av sexuell hälsa, det vill säga den centrala process som är viktig för dels de olika kategorierna, dels helhetsupplevelsen. Det finns också en överlappning mellan de tre kategorierna eftersom sexuell hälsa är en helhetsupplevelse. Den sexuella hälsans kategorier – kroppar, emotioner och relationer – är svåra att separera och tillskriva skilda innebörder eller olika vikt.

Oavsett om sexuell hälsa hänförs huvudsakligen kroppar, emotioner eller relationer verkar respekt vara en gemensam nämnare. Att känna respekt för sin kropp och sina känslor är mycket viktigt liksom att bemötas med detta i relationer, intima eller formella. Sexuell hälsa möjliggörs av att få vara sig själv, av ett respekterat varande.

I resultatet framträder inte sällan ett lidande som är kopplat till den sexuella hälsan. Samtidigt upplevs sexuell hälsa som bättre med tiden och bättre efter tillgång till vård, vilket understryker vikten av tillgång till vård utifrån behov. Med ett vårdvetenskapligt perspektiv på sexuell hälsa kan lidandet beskrivas innehålla någon eller flera av de tre dimensionerna livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande (35). Livslidandet är existentiellt och berör hela människans situation medan sjukdomslidande är det lidande som en sjukdom eller skada medför. Både livslidande och sjukdomslidande framkommer när intervjupersonerna beskriver sina upplevelser. En del intervju personer ser transsexualitet som ett sjukdomslidande, och vill bli hjälpta. Andra, framför allt de som identifierar sig som icke-binära, beskriver sin situation som ett livslidande, men de befinner sig likväl i beroendeställning gentemot vården där eventuell lindring kan finnas. Vårdlidande rör brister i vårdorganisationen och det lidande som uppstår om vården är felaktig eller uteblir. Det är därför av vikt att vården inte orsakar lidande genom att brista i tillgänglighet, utförande eller bemötande. Intervju personernas upplevelse av sexuell hälsa ter sig till stor del bero på tillgången till könskonfirmerande vård och vård med fokus på sexuell hälsa som tillgodoser transpersoners specifika behov.

Erfarenheter av att möta personal inom hälso- och sjukvården

Sammantaget visar intervju personernas erfarenheter av möten med olika professionella, framför allt inom hälso- och sjukvården på erfarenheter av diskriminering. Detta gäller även inom den transspecifika vården, i form av personalens förväntningar på en binär könsidentitet och på heterosexualitet. En bristande tillgång och tillgänglighet till vård med fokus på sexuell hälsa framkommer också. I den kollektiva erfarenhet som framträder finns

en medvetenhet om ett beroende av tillgången till vård. Även fungerande strategier för att få den vård som eftersöks framkommer, som att presentera sig som den person vården vill ha, för att passa in i olika diagnoskriterier.

Inom den könskonfirmerande vården i Sverige idag används definitionen könsdysfori för att benämna den bristande överensstämmelsen mellan juridiskt eller biologiskt kön och könsidentitet. Detta i enlighet med den amerikanska diagnosmanualen DSM-5. Före år 2013 användes benämningen könsidentitetsstörning, till exempel transsexualism, i enlighet med det europeiska klassificeringssystemet ICD-10 (36). Denna förändring möjliggör att idag kan även transpersoner som inte identifierar sig som transsexuella, men som ändå upplever det som idag benämns könsdysfori, få tillgång till hormonbehandling och viss kirurgi. Intervjuerna genomfördes efter förändringen och intervjupersonernas utsagor och beskrivningar av vårdens binära och linjära syn speglar därför tiden innan förändringen. Det är ännu oklart om och hur förändringen påverkat vården, som upplevts ha ställt binära krav på transpersoner.

Resultatet kring upplevelser av diskriminering är i linje med Folkhälsomyndighetens enkätstudie bland transpersoner, där 40 procent av respondenterna svarade att de skjutit upp besök till allmän hälso- och sjukvård på grund av tidigare negativa erfarenheter eller rädsla för dåligt bemötande (7). För att undvika diskriminerande förväntningar på binär könsidentitet och en heterosexuell läggning kan en framkomlig väg för personal inom hälso- och sjukvården inom hälso- och sjukvården vara att utgå från personens sexuella preferenser och erfarenheter, inte från vilken befintlig sexuell läggningskategori personen bedöms passa bäst in i (37). Personal inom hälso- och sjukvården bör undvika att automatiskt likställa sexuell läggning med kön och att utgå från heteronormen. På så sätt kan bemötandet av och det hälsofrämjande arbetet för transpersoner förbättras, samtidigt som risken för diskriminering minskar.

Resultatet visar att respondenterna har stora behov av att tala om sexualitet och sexuell hälsa inom den transspecifika vården. De yngre har ett mer rättframt sätt att tala om sexualitet och sexuell hälsa som en mänsklig rättighet, jämfört med de äldres sätt att uttrycka sig. Forskning om sexuell hälsa eller sexualrådgivning i vården är dock samstämmig; rådgivning eller samtal lyfts inte regelmässigt. Det gäller exempelvis dem som drabbats av någon av de största folksjukdomarna, hjärt- och kärlsjukdom eller cancersjukdom, trots att den sexuella hälsan upplevs som viktig av den drabbade (38, 39). Vidare är intervjupersonernas åsikt att vårdgivare borde fokusera på

den vardagsnära helhetsupplevelsen av sexuell hälsa, inte enbart den kliniskt funktionella. Detta är i linje med Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för en god vård för personer med könsdysfori från 2015 (36). Där poängteras att hälso- och sjukvården bör erbjuda individanpassad behandling inom området sexuell hälsa. Socialstyrelsens föreslagna individanpassning möter även det önskemål som många intervjupersoner uttrycker: att vårdens stöd inte ska upphöra när den könskonfirmerande behandlingen är genomförd.

Den upplevda diskrimineringen som framkommer i resultatet kan ha sitt ursprung i stereotypa uppfattningar och fördomar hos cispersoner, både inom och utanför hälso- och sjukvården. Enligt en undersökning om attityder till transpersoner bland cispersoner framkommer att transpersoner anses tillhöra det kön de tillskrevs vid födseln, de antas också ha en heterosexuell läggning (40). I en studie bland ett representativt urval av heterosexuella män och kvinnor i USA framkom att attityder gentemot transperson liknar attityder mot bi- och homosexuella, men att de är än mer negativa (41).

I resultatet framträder att transpersoner utmanar flera samhällliga normer, dessutom på individuellt olika sätt. För det första utmanas cisnormen och tvåkönsnormen då vissa intervjupersoner säger sig konstant stå utanför dessa binära uppdelningar. Vissa kan eller vill inte identifiera sig som antingen trans- eller cisperson, eller tvåkönat. Vad som skulle kunna kallas en transnorm framträder också; kvinnor med penis och män med vaginor utmanar inte bara majoritetssamhällets normer på kön och genus, utan även andra transpersoners syn. För det andra utmanar många heteronormen, under en period eller konstant, genom att till exempel leva i samkönade relationer. I tillägg kan även en åldersnorm anas. Yngre intervjupersoner talar med självklarhet om sexuella rättigheter, medan de äldre intervjupersonerna inte verkar tillerkänna sig möjligheter att få vara äldre och sexuella i samma utsträckning.

Genom att bryta med samhällets förväntningar kring könsidentitet utsätts transpersoner ofta av oförståelse, okunskap och kränkningar i sina interaktioner med både familj, vänner samt hälso- och sjukvårdspersonal, och de tvingas ofta undervisa andra kring och rättfärdiga sin könsidentitet. Dessa upplevelser av återkommande oförståelse och ifrågasättande upplevs kan påverka den sexuella hälsan negativt.

Det finns inga svenska undersökningar om attityder mot transpersoner. Frågor som skulle behöva undersökas är vad som händer i en heterosexuell cisperson i det professionella mötet med en transperson, på vilket sätt påverkar normer, fördomar eller förutfattande meningar bemötandet och

vilka konsekvenser detta får det för transpersonens sexuella hälsa. Framtida studier som undersöker dessa frågor behövs för att vägleda insatser som motverkar att normer, fördomar eller förutfattade meningar tar sig diskriminerande uttryck.

Metoddiskussion

Studien genomfördes med intervjuer inom en deskriptiv kvalitativ design. Valet gjordes för att fånga utsagor och redogörelser om livssituationer och skeenden som det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet syftar att påverka. Studien är därmed ett komplement till resultatet rörande sexuell hälsa i Folkhälsomyndighetens rapport om hälsa och hälsans bestämmningsfaktorer för transpersoner (7), och den kan vägleda det preventiva arbetet för en god hälsa bland transpersoner.

Trots att urvalet var självselekerat nåddes en stor variation i åldrar, könsidentiteter, boendeorter, utbildningar, sysselsättningar och trans- eller sexualpolitiska engagemang liksom i förväntningarna på att delta i intervjun. Denna heterogenitet ses som en styrka. En brist är att enbart enstaka personer med annan etnisk bakgrund än svensk eller nordeuropeisk deltog. Därmed berörs inte hur etnicitet kan samverka i transerfarenhet. Inte heller deltog personer som identifierar sig som transvestiter, dragqueens eller dragkings. Ytterligare personer som saknas i studien är de som inte vill ha könskonfirmerande vård eller behandling. Därför går det inte att säga att resultaten generellt speglar erfarenheter bland transpersoner. Inom konstruktivistiskt grundad teori tillåts även styrning av urvalet baserat på de resultat som framkommit, i syfte att bredda variationen utsagor. Detta gjordes delvis men inte till fullo, vilket är en svaghet. Om urvalet inte varit självselekerat och alltså tagit hänsyn till transidentitet, könsidentitet och ålder skulle spridningen i upplevelser kunnat förbättras ytterligare, exempelvis avseende upplevelser bland personer med lång och kort transerfarenhet. Däremot bedöms urvalet vara tillräckligt varierat för att resultatet ska kunna ge fördjupad kunskap om upplevelser och livserfarenheter som personer med en transsexuell eller icke-binär transerfarenhet har avseende sexuell hälsa och möten med personal inom hälso- och sjukvården.

Genomförandet av intervjuer via Skype bedöms vara både en styrka och en svaghet. Fördelarna var att det blev lättare att genomföra intervjuer trots stort geografiskt avstånd. Fler personer kunde därmed inkluderas. Likaså antas det ha varit en fördel för intervjupersonerna att kunna välja att inte ha

intervjuaren så nära. Om intervjun upplevts besvärlig eller kränkande hade det räckt med ett knapptryck för att avsluta den. Så skedde dock inte, utan samtliga Skypeintervjuer genomfördes, även om de blev något kortare än de intervjuer som skedde via fysiska möten. Även de intervjuer där deltagaren och intervjuaren möttes fysiskt skilde sig något åt. De möten som skedde på en avskild offentlig plats tenderade att vara något mer formella än de möten som ägde rum hemma hos intervjupersonen. Att träffas hemma hos intervjupersonen gav situationen en lugnare inramning, och dessa samtal tenderade att bli både längre och mer innehållsrika.

Analysförfarandet med stöd av en konstruktivistiskt grundad teori innebär att intervjuarens förförståelse och tolkningar tillåts ta plats i analysen (30, 31). Detta medför att en annan person hade kunnat komma fram till ett annat resultat. Flera strategier har dock använts för att undvika detta. För det första finns en redovisning av studiens bakomliggande antaganden, genomförande och av analysen och resultatredovisningen är empirinära (nära intervjupersonernas utsagor). Denna utförliga beskrivning är ett sätt att stärka trovärdigheten i en studie med kvalitativ metod (42). För det andra har flera personer varit involverade i delar av analysprocessen: en person med mångårig egen transerfarenhet, utredare på Folkhälsomyndigheten liksom de 15 seminariedeltagarna som läste resultatsammanställningen. Denna så kallade member checking eller peer review är ytterligare en strategi för att stärka trovärdigheten (30, 43).

Då det finns få tidigare studier av detta slag i Sverige kan resultatets kategorier inte direkt relateras till tidigare forskning. Framtida studier bör därför utforska och vidareutveckla vad som är centralt i att förstärka transpersoners upplevelse av sexuell hälsa.

Slutsatser och framtida arbete

Sammanfattningsvis visar resultatet att det finns många omständigheter som utgör hinder i upplevelsen av sexuell hälsa hos transpersoner: problematik kring kroppar i förändring, känslor av oro, otrygghet och rädsla i, normer och normativa förväntningar från omgivningen och brist på respekt i både informella och formella relationer. Bland möjligheterna finns i stället upplevelsen av att vara bekväm med sin kropp, känslor av frihet, mod och trygghet, respekt och respektfyllda relationer samt tillgång till vård. Intervjupersonernas erfarenheter av möten med personal, främst inom hälso- och sjukvården, präglas dock av brister i bemötande, av normativa förväntningar

och av brist på vård med fokus på sexuell hälsa. En del av dessa hinder och möjligheter till sexuell hälsa gäller också delvis för befolkningen i allmänhet medan vissa erfarenheter av hinder är mer specifika för transpersoner, särskilt gällande erfarenheter av att möta personal inom hälso- och sjukvården.

Det pågår flera insatser för att generellt öka kunskapen om transpersoner inom vården för att på det sättet stärka transpersoners rättigheter, i enlighet med regeringens strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Exempelvis görs insatser inom vård och omsorg för bland annat jämlik vård och bättre bemötande, ökad kunskap om hbtq-personers hälsa och levnadsvillkor och ökad kompetens inom socialtjänsten (8).

Intervjupersonerna efterfrågar och uttrycker ett behov av att få bli behandlade likvärdigt – att erbjudas vård och hälsa som alla andra. Därför behövs mer kunskap i samhället om människors variation och komplexitet vad gäller könsidentiteter. Här är normmedvetenhet och normkritiskt tänkande centralt. Kunskaps- och medvetandehöjande insatser om transpersoners livssituation och sexuella hälsa har god potential att möjliggöra likabehandling, förbättra bemötande och således förbättra förutsättningarna för stärkt sexuell hälsa för transpersoner.

Bilaga 1

Transpersoner och sexuell hälsa - en intervjustudie

Under november 2014 – februari 2015 kommer cirka 20 transpersoner i Sverige att tillfrågas om deltagande i en intervjustudie som handlar om sexuell hälsa. Aktuell kunskap om livskvalitet och livssituation behövs i det hälsofrämjande arbetet, för att vid behov kunna förändra vård och bemötande i samhället. Identifierar du dig som transperson (transsexuell, transvestit, transgenderist/transgendered och/eller drag-Queen/King), är över 18 år, och kan tänka dig att delta i en intervju och dela med dig av dina erfarenheter?

Hur går det till?

Under intervjun, som kan genomföras i ett möte oss emellan, via telefon eller Skype, kommer jag att ställa frågor som berör sexuell hälsa ur ett helhetsperspektiv. Med det avses att inte bara biologiska, utan även till exempel sociala, psykologiska, ekonomiska och juridiska aspekter fokuseras. Du svarar bara på de frågor du vill. Intervjun tar ungefär en timme och spelas in, om du godkänner detta. En sammanfattning av resultaten från studien kommer att finnas tillgänglig för alla intresserade, under våren 2015, i en rapport i Folkhälsomyndighetens regi. Deltagande i studien är helt frivilligt. Allt som framkommer i studien kommer att behandlas konfidentiellt och det insamlade datamaterialet kommer att förvaras i ett låst och stöldskyddat dokumentskåp. I den slutliga rapporten kommer stor vikt läggas vid att det du har delgett under intervjuerna inte kan kopplas till dig som individ. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande.

Vem är ansvarig?

Studien genomförs av på uppdrag av Folkhälsomyndigheten. Huvudansvarig är Malin Lindroth, forskare vid Centrum för sexologi och sexualitetsstudier, Malmö högskola. Studien är godkänd av Regionala Etikprövningsnämnden i Lund.

Om du har frågor

... om studien eller om intervjun, vänd dig till forskningsansvarig på telefon 070-xxxxxxx eller mejla: malin.lindroth@mah.se

.... efter intervjun, och vill ha rådgivning eller stöd, vänd dig till:

Kurator eller Rådgivare på närmaste RFSL-mottagning: Göteborg:
RFSL Göteborg, Skåne: RFSL Rådgivningen Skåne, Linköping: RFSL
Rådgivningen Östergötland, eller till Cecilia Dhejne, specialist i psykiatri
och auktoriserad klinisk sexolog, enheten för könsidentitets- utredningar,
Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge: cecilia.dhejne@XXX.XX

Om du vill delta, kontakta: malin.lindroth@mah.se / 070-xxxxxxx

Referenser

1. World Health Organization. 2006 [citerad 16/05/19]. Hämtad från: http://www.who.int/topics/sexual_health/en/
2. World Health Organization. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva, World Health Organization; 2006a.
3. RFSL Ungdom. Vad är trans? 2014 [16/05/19]. Hämtad från: <http://www.transformering.se/vad-ar-trans>
4. Nationalencyklopedin. (2015). Citerad [16/05/19] Hämtad från: <http://www.ne.se.proxy.mah.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=cisperson>
5. Kuyper L, Wijsen C. Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of sexual behavior*. 2014; 43(2): 3 77–85.
6. Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, Buysse A, Dewaele A, Van Nieuwerburgh F, et al. Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of sexual behavior*. 2015: 1–7.
7. Folkhälsomyndigheten. Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2015.
8. Regeringskansliet. En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Stockholm: Regeringskansliet; 2014.
9. Dhejne C, Öberg K, Arver S, Landén M. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960-2010: Prevalence, incidence and regrets. *Archives of Sexual Behaviour*, 2014; 43:1535-1545.
10. Stryker S, Aizura AZ. Introduction. *Transgender studies reader 2.0*. I: Stryker s, Aizura AZ (Red.) *The transgender studies reader 2*. Oxon: Routledge; 2013.
11. Harrison K, Engdahl U. Guest editors' introduction. *Trans rights as human rights: The implications for trans health (care)*. *Lambda Nordica*, 2013; 3-4: 10–28.
12. Larsson S, Lilja J, Fossum B, Bergström-Walan M, Berg M. *Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2008.

13. Bremer S. Under ytan. Nio transpersoners berättelser om vardagsverklighet. Lambda Nordica, 2006a; 1–2 7–29.
14. Bremer S. Kroppslinjer. Kön, transsexualism och kropp i berättelser om könskorrigering. Halmstad: Makadam förlag; 2011.
15. Danielsson M. Transpersona non grata. Den ogiltigförklarade livserfarenheten. FOU-rapport 2009: 4, Malmö högskola. Malmö: Holmbergs; 2009.
16. Siverskog A. “They just don’t have a clue”: Transgender aging and implications for social work. *Journal of Gerontological Social Work*, 2014; 57: 386–406.
17. Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson ALV, Långström N, Landén M (2011) Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLoS ONE* 6(2): e16885.
18. The European Union Agency for Fundamental Rights. Being Trans in the EU – Comparative analysis of EU LGBT survey data. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014. Citerad [16/05/19] Hämtad från: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/being-trans-eu-comparative-analysis-eu-lgbt-survey-data>
19. McCarthy S, Reisner S, Nunn A, Perez-Brumer A, Operario D. The time is now: Attention increases to transgender health in the United States but scientific gaps remains. *LGBT Health*. 2015; vol 2:4.
20. Wierckx K, Van Caenegem E, Elaut E, Dedeker D, Van de Peer F, Tove K, et al. Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *Journal of Sexual Medicine*, 2011; 8(12): 33 79–88.
21. Costantino A, Cerpolini S, Alvisi S, Morselli PG, Venturoli S, Meriggiola MC. A prospective study on sexual function and mood in Female-to-Male transsexuals during testosterone administration and after sex reassignment surgery. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2013; 39(4): 321–335.
22. Weyers S, Elaut E, De Sutter P, Gerris J, T’Sjoen G, Heylens G, et al. Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *Journal of Sexual Medicine*, 2009; 6(3): 752–760.
23. Bartolucci C, Gómez-Gil E, Salamero M, Esteva I, Zubiaurre L, Montejo A.L, et al. Sexual quality of life in gender-dysphoric adults before genital sex reassignment surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 2014; 12(1): 180–188.

24. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 2013; 13(3): 214–22.
25. Bauer G, Travers R, Scanlon K, Coleman TA. High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health*. 2012; 12: 292.
26. RFSL & RFSL Ungdom. "Trygga sammanhang gör mig kåt!" En studie om transpersoners upplevelser och tankar om sex samt behov av kunskap och insatser rörande sexuell hälsa. 2011. Stockholm: RFSL och RFSL Ungdom; 2011. Citerad [16/05/19] Hämtad från: http://www.rfsl.se/halsa/public/2011-Trygga_sammanhang_gr_mig_kt.pdf
27. Kvale S, Brinkmann S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 2009.
28. Folkhälsomyndigheten. *Folkhälsans 11 målområden*. Citerad [16/05/19] Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/>
29. Lindroth M. *Utsatthet och sexuell hälsa. En studie om unga på statliga ungdomshem*. Akademisk avhandling. Malmö: Malmö högskola; 2013.
30. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications; 2010.
31. Bryant A., Charmaz K. (Red.). *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. Los Angeles: SAGE Publications; 2010.
32. Hallberg L. The "core category" of Grounded Theory: making constant comparisons. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2006; 1(3), 141–148.
33. Mills J, Chapman Y, Bonner A, Francis K. Grounded Theory: a methodological spiral from positivism to postmodernism. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 58 (1), 72–79.
34. Morse J. Sampling in Grounded Theory. I: A. Bryant & K Charmaz (Red.). *The SAGE Handbook of Grounded Theory*, s. 229–244. Los Angeles: SAGE Publications; 2010.
35. Eriksson K. *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB; 1994.
36. Socialstyrelsen. *God vård av vuxna med könsdysfori: nationellt kunskapsstöd*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

37. van Anders S. Beyond sexual orientation: Integrating gender/sex and diverse sexualities via sexual configurations theory. *Archives of Sexual Behavior*. 2015; 44 (5).
38. Mosack V, Steinke E. Trends in Sexual Concerns after Myocardial Infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2009; 24(2): 162–170.
39. Rasmusson E-M, Plantin L, Elmerstig E. Did they think I would understand all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 2013; 22(3): 361–369.
40. Gazzola S, Morrisson M. Cultural and personally endorsed stereotypes of transgender men and transgender women: Notable correspondence or disjunction? *International Journal of Transgenderism*, 2014; 15: 76–99.
41. Norton AT, Herek GM. Heterosexuals' attitudes toward transgender people: Findings from a national probability sample of U.S. adults. *Sex Roles*. 2013; 68: 738–753.
42. Rolfe G. Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; 53(3), 304–310.
43. O'Neil Green D, Creswell JW, Shope RJ, Plano Clark VL. Grounded Theory and racial/ethnic diversity. I: A Bryant, K Charmaz (Red.). *The SAGE Handbook of Grounded Theory*, s.472–492. Los Angeles: SAGE Publications; 2010.

Denna rapport handlar om transpersoners upplevelser och beskrivningar av sexuell hälsa och baseras på en kvalitativ intervjustudie. Utgångspunkten för studien är Folkhälsomyndighetens arbete med nationella strategin mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (proposition 2005/06:60) samt uppföljningen av hälsan bland transpersoner inom regeringens strategi för lika möjligheter och rättigheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck.

Resultatet innehåller transpersoners egna beskrivningar och utsagor kring möjligheter och hinder till sexuell hälsa samt berör sexuellt risktagande och erfarenheter av möten med personal inom hälso- och sjukvården. Resultaten visar att respekt är centralt för upplevelsen av sexuell hälsa – respekt för sig själv, sin kropp och sina känslor samt respekt från andra i intima relationer och relationer med personal inom hälso- och sjukvården.

Rapporten riktar sig till främst till personal inom hälso- och sjukvården, kommuner landsting, relevanta myndigheter och ideella organisationer inom området. Förhoppningen är att rapporten kan bidra med insikt och kunskap om transpersoners livssituation i relation till sexualitet, sexuell hälsa och sexuellt risktagande samt ge underlag avseende hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.



Folkhälsomyndigheten