

Linköpings Universitet
Tema Hälsa & Samhälle, IHS
Campus HU, Hälsans hus
Linköpings Universitet, 581 83 Linköping

IDENTITET UNDER OBSERVATION-

En diskursanalytisk studie, utifrån åtta patienters berättelser om deras möte med psykiatrisk och medicinsk expertis, inom ramen för dagens svenska könskorrigering behandling av transsexualism.

Magisterutbildning i Hälsa&Samhälle, 40p
Uppsats, 10p
Vårterminen 2006
Signe Bremer
Handledare: Kristin Zeiler

ABSTRACT

The aim with this study has been to critically scrutinise the informant's tellings of their meeting with psychiatric and medical expertise within today's Swedish sex reassignment treatment, with emphasis on how power operates within this meeting. The material consists of in-depth interviews with eight patients, both men and women, all involved in sex reassignment treatment.

The results points at importance of separating the process of investigation from the surgery. Each informant tells the story of an authoritarian health-care-practise, led by the head investigator as in total charge of the future directions of the transsexual patient's lives. The discourse-positions given in the process of investigation is the one as subordinated, observed and powerless, which stands against a more visible and autonomous position, given in the process of surgery. Finally, the result points at a lack of psychosocial support. Circumstances that now force the patients to help themselves and each other. An internal aid, mainly shaped and maintained by the new media-room and modern communication technologies.

Keywords: transsexualism, discourse, power, doctor-patient communication, gender identity

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|--------|
| 1. INLEDNING | sid. 1 |
| 1.1 <i>Bakgrund</i> | 1 |
| 1.2 <i>Syfte</i> | 2 |
| 1.3 <i>Teoretiska Perspektiv</i> | 3 |
| 1.4 <i>Material & Metod</i> | 8 |
| 1.5 <i>Källkritisk diskussion</i> | 10 |
| 1.6 <i>Tidigare forskning</i> | 11 |
| 1.7 <i>Disposition</i> | 12 |
| 2. DET FÖRSTA STEGET | 14 |
| 3. EN TREDIMENSIONELL TS-VÅRD | 18 |
| 3.1 <i>Under observation</i> | 18 |
| 3.1.1 <i>I händerna på utredningsteamet</i> | 18 |
| 3.1.2 <i>Testad identitet</i> | 23 |
| 3.2 <i>Efter Socialstyrelsens Rättsliga Råd</i> | 27 |
| 3.2.1 <i>Rättsliga rådet som "gatekeeper"</i> | 27 |
| 3.2.2 <i>Det kirurgiska vårdsammanhanget</i> | 30 |
| 3.3 <i>En reflexiv egenvård</i> | 34 |
| 3.3.1 <i>En emancipatorisk lucka</i> | 34 |
| 3.3.2 <i>Nätverkande motstrategier</i> | 40 |

| | |
|---------------------------------|----|
| 4. EN BINÄR VÅRDSITUATION | 46 |
| 5. AVSLUTANDE DISKUSSION | 56 |
| 6. KÄLLOR & LITTERATUR | 61 |
| 7. BILAGOR | |

1. INLEDNING

1.1 Bakgrund

I denna studie fokuseras vardagstillvaron och vårdssituationen för den transsexuella patientgruppen, vilket syftar på individer som söker vård på grund av deras starka upplevelser av en könsidentitet i konflikt med den anatomiska kroppen. Transsexualism betecknas inom svensk såväl som internationell vård som ett psykiskt tillstånd och medicinsk klassifikation, i behov av psykiatrisk och medicinsk utredning och undsättning. I svensk lag definieras transsexualism som: ”Den som sedan ungdomen upplever att han tillhör annat kön än det som framgår av folkbokföringen och sedan avsevärd tid uppträder i enlighet härmed samt måste antagas även framdeles leva i sådan könsroll” (SFS: 1972:119). World Health Organisation klassificerar transsexualism på följande vis: ”A desire to live and be accepted as a member of the opposite sex, usually accompanied by a discomfort with, or inappropriateness of, ones anatomic sex and a wish to have hormonal treatment and surgery to make one’s body as congruent as possible with the preferred sex” (ICD-10, WHO:s klassificeringsverktyg, F.64.0).

Den transsexuella patientgruppen utgörs således av individer, som förenas kring det faktum att de söker professionell hjälp, för att via medicinsk och kirurgisk assistens hävda rätten till vad de upplever som sina autentiska jag¹. För att få denna assistens krävs det att den vårdsökande individen ges status som genuint transsexuell, vilket sker via en ingående utredningsprocess² på minimum två år (dock oftast längre). I dagsläget bedrivs utredningar av transsexualism i första hand på fem orter, dvs. Umeå, Uppsala, Stockholm, Linköping och Lund. Utredningen utgår i sig från direktiv som socialstyrelsens rättsliga råd och aktiva läkare i Sverige anser vara adekvata riktlinjer för hur en könsidentitetsutredning bör gå till. Detta är dock gemensamma riktlinjer snarare än officiella direktiv, medförande att praktiserande utredare/psykiatriker kan förhålla sig till dem på lite olika sätt (www.rfsl.se, 2004-11-07). Den slutgiltiga utredningsrapporten vidarebefordras därefter till socialstyrelsens rättsliga råd. Ett råd som efter sammanträde, och vanligen också ett möte med den specifika individen, förklarar sitt godkännande eller nekande av patienten som ett genuint fall av transsexualism. För att patienten skall ges godkännande kräver lagen därtill att den sökande ska vara svensk medborgare, ogift, över arton år och sakna förmåga

¹ Begreppet autentiskt jag förstås här som en erfarenhet situerad i tid och rum, kringskuren av historiska, kulturella och samhälleliga krafter i en diskursivt producerad verklighet. Likväl är begreppet autentiskt jag en ofrånkomlig dimension i diagnosen. Det är därför viktigt att se på de transsexuella patienternas hävdanden som både diskursiva produkter situerade i tid och rum, likaväl som erfarenheter och känslor i högsta grad verkliga för de individer som väljer att söka professionell hjälp.

till fortplantning (SFS: 1972:119). Sverige var först i världen att legalisera könskorrigering av transsexualism, en vård som också infattas av den allmänna sjukförsäkringen. Sedan ”*Lagen om fastställelse av könsidentitet i vissa fall*” (Ibid.) trädde i kraft 1972 har omkring femhundra personer genomgått fullständig könskorrigering behandling. Idag beräknas omkring trettio personer genomgå fullständig könskorrigering varje år, varav cirka sextio procent beräknas identifiera sig som kvinnor, och cirka fyrtio procent som män (www.foreningenbenjamin.se). I uppsatsen refererar jag till könskorrigering behandling av transsexualism via begreppet ts-vård, ett i Sverige relativt etablerat begrepp som syftar på förkortningen av transsexualism som ts.

I Sverige, såväl som internationellt har forskningen främst riktats mot medicinska, kirurgiska och psykiatriska aspekter av tillståndet transsexualism. Den transsexuella patientgruppen utgör därför en grupp människor i en vårdssituation som det svenska samhället inte vet särskilt mycket om. Genom att lyssna till informanternas berättelser har jag framförallt strävat efter att skapa ökad insyn i ett relativt slutet vårdssammanhang. Ett vårdssammanhang, där vardagstillvaron och vårdssituationen för den transsexuella patientgruppen har hamnat i skymundan, till förmån för kirurgiska och medicinska teknikaliteter och förklaringsmodeller till tillståndet transsexualism. Min avsikt är dock inte att söka teckna en fullständig bild av den transsexuella patientgruppens möte med vården. Studien kan istället ses som en del i synliggörandet av en marginaliserad och osynlig patientgrupp, där uppsatsen utgör en version av en social verklighet berättad av några av de individer i den patientgrupp som studien fokuserar.

1.2 Syfte

Syftet med studien är att *kritiskt granska informanternas berättelser om deras möte med psykiatrisk och medicinsk expertis inom dagens svenska ts-vård, via fokus på hur detta möte genomsyras av makt.*

För att besvara syftet används följande frågeställningar: Vilka diskurspositioner tilldelas informanterna i mötet med ts-vården? Hur och i vilken mån skildras upplevelser av underordning respektive handlingsutrymme i informanternas berättelser om överlag asymmetriskt ordnade omständigheter? Vilka konsekvenser innebär mötet med vården för informanternas vardagsliv?

² Då behandlingsgången för transsexualism är lång och komplex har jag valt att lägga en kortfattad förklaring av denna, samt de av Socialstyrelsens Rättsliga Råd angivna utredningsdirektiven, i form av bilagor i uppsatsens slut.

1.3 Teoretiska perspektiv

Studien utgår från en poststrukturalistisk teoribildning, med betoning på kritisk diskursanalys, följt av socialkonstruktivismen. Detta innebär framförallt en syn på kunskap och sanning som historiskt, kulturellt och socialt situerade, och föränderliga genom tid och rum. Identiteter och kategorier förstås därmed som flytande och under ständig omförhandling. En kritisk diskursanalytisk metod innebär vidare att det empiriska materialet tolkas i termer av en textuellt producerad version av en social verklighet, där informanterna i intervjusituationen aktivt skapar mening och framställer representationer av en viss social värld via det talade ordet. Dessa representationer tolkas inte i termer av autentiska referat. Betoningen ligger på informanternas utsagor som just versioner av en social verklighet, kringskurna av de strukturella omständigheter som informanternas sociala världar springer ur (Fairclough, 2003. s.3). Implicit i detta ligger därför också att det existerar andra versioner av ts-vårdens sociala verklighet. Syftet med studien är dock att särskilt lyssna till och föra fram patienternas versioner, för att på så vis nyansera bilden av en version i allmänhet berättad av individer med maktpositioner inom det institutionella vårdssammanhang som studien ämnar granska. Det bör därtill understrykas att den sociala världen kring intervjusituationen också den är kringskuren av normer och riktlinjer för vilka slags versioner av verkligheten som informanterna framställt, i mötet med mig som magisterstudent och del av ett större forskningssammanhang.

En diskursanalytisk ansats

Det diskursanalytiska fältet syftar i huvudsak till att problematisera och analysera det språkliga mönster vi människor följer när vi agerar inom olika sociala domäner. Diskurser kan beskrivas i termer av förståelseramar för det vi människor känner, gör, tycker, tänker etc. Dessa grundläggande förståelseramar har som konsekvens att de framställer vissa sätt att vara människa som mer trovärdiga och möjliga än andra. En central poäng och strävan utgörs här av att demonstrera att tingens ordning som idag verkar falla naturligt och givet, för en viss grupp människor i ett viss kulturellt och samhälleligt system, kunde ha varit annorlunda.

Diskursbegreppet diskuteras utifrån följande definition:

”One (or more) particular, internally coherent set(s) of values and orientations, which is/are held to be normative, persuasive or simply unexceptional within specific groups or movements, which guides practical action, but which is configured around and through a finite set of claims, statements or accounts, amounting to a stance or (particular) worldview” (Coupland & Gwyn, 2003. s.6).

Diskurser producerar alltid olika legitimeringstekniker för att kunna hålla sig som sanna och naturliga för oss. Dessa tekniker benämns i termer av *diskursiva praktiker*, vilka tjänstgör som upprätthållande strategier av den påstått normala och naturliga ytan av de representationer som figurerar inom dess gränser. Det vill säga de handlingssätt som diskursen genererar, vilka producerar tolkning och agens och som har blivit allmänt accepterade och rutiniserade (Neumann, 2003). Exempelvis kan avvikelser från det till synes normala och naturliga leda till särskilda praktiker, till för att ”rädda” normaliteten från krackelering, då en avvikelse tydliggör temporariteten och historiciteten hos våra egna meningssystem. Avgörande för vad som i en diskurs ges tonen av naturligt resp. onaturligt, normalt resp. onormalt är *representationer*. Representationer är socialt reproducerade modeller. De är ting och fenomen så som de framträder för oss via språket, om hur det är och hur det bör vara. I och med studiens uttalade maktperspektiv utgörs en viktig dimension av huruvida ideologiska representationer kan identifieras i materialet eller ej. *Ideologi* förstås här i enlighet med Norman Fairclough och avser de aspekter av den sociala världen som på olika vis kan ses bidra till etablerandet, upprätthållandet och förändringen av samhällliga relationer kopplade till makt, dominans och exploatering (Fairclough, 2003. s.3-9). Något som också ligger i linje med det kritiskt diskursanalytiska projektet, att via kritisk forskning av makt och hegemoni bidra till samhälllig förändring i riktning mot ett mer jämlikt samhälle³ (Jørgensen&Philips, 2000. s. 70).

Två grundläggande element i detta språkliga mönster är *”the signifier”* och *”the signified”*, dvs. det betecknande och det betecknade (Ibid. s.18, 19). I studien avser jag att fokusera relationen mellan dessa, och vidare titta närmare på hur denna relation genomsyras av makt. Diskurser producerar även en rad *diskurspositioner*. Med diskursiv position menas en position inom en viss diskurs som inte enbart bärs upp av enskilda individer, och som har en viss varaktighet och tröghet. Det avser det skeende där språket konstituerar en viss diskursposition för individer och/eller grupper, och som därmed gör oss till subjekt (Neumann, 2003). En diskursposition kan således ses som resultatet av diskursers betecknande egenskaper, där betecknandet begripliggör människor och sociala grupper inom ramen för ett socialt etablerat och vedertaget språkligt mönster. Ytterligare relevanta begrepp i analysen är *interdiskursivitet*. Begreppet syftar på de dimensioner i materialet där fler än en diskursiv röst kan identifieras. Med andra ord, en situation där flera diskursiva delar är närvarande och inkorporerade i en specifik text (Fairclough, 2003. s.218). Via interdiskursivitet som analytiskt redskap är det möjligt att peka på den diskursiva

³ ”Kritisk diskursanalys uppfattar sig därför inte som politisk neutral (som objektivistisk samhällsvetenskap gör) utan som ett kritiskt angreppssätt som är politiskt engagerat i social förändring. Kritisk diskursanalytiska angreppssätt ställer sig – i frigörelsens namn – på de undertryckta samhällsgruppernas sida. Kritiken ska avslöja den roll som en diskursiv praktik spelar för upprätthållandet av ojämlika maktförhållanden”(Jørgensen&Philips, 2000. s.70).

komplexiteten i ett visst material, och på så vis lyfta fram de genomkorsande delarnas inbördes kamp i en viss text. I analysen kommer jag exempelvis att undersöka hur och i vilken mån materialet genomkorsas av röster från olika sociala världar och diskurser, för att på så vis titta närmare på de olika rösternas inbördes relationer samt vilka röster som ges tolkningsföreträde i informanternas textuella versioner av den sociala världen kring ts-vården.

Makt

Utgångspunkten för studien går i linje med Talcott Parsons ställningstagande till mötet mellan patient och läkare som en i grunden asymmetrisk relation där läkaren oberoende av omständigheterna ges en överordnad position. Den sjuke beskrivs i detta sammanhang i termer av en institutionaliserad roll, vilken är positionerad långt ner i en sjukvårdshierarki med läkaren på topp. Vidare benämner Parsons patienten som institutionellt exploaterad. Detta syftar på det faktum att patienten på grund av teknisk okunnighet och en situation av känslomässig oro och stress⁴, kan beskrivas som relativt hjälplös (Parsons, 1991. s.445, 446).

I analysen används en kritisk diskursanalytisk inriktning med betoning på Michael Foucaults tolkning av maktbegreppet. Det avser en betoning på positiv produktivitet, i den betydelse att makt alltid genererar och alstrar olika praktiker och diskurspositioner. Makt i detta avseende bryter därmed mot mer konventionella förståelser av makt som kopplat till en avgränsad instans och utövad uppifrån. Via en betoning på ”*the polymorphous techniques of power*” (Foucault, 1990. s. 294) omvärderar Foucault den konventionella förståelsen av makt och riktar istället ljuset på makt som grundat i den lilla människans vardagliga praktiker. Makt förstås här som ständigt närvarande i alla situationer och sammanhang, inbäddat i språket, handlingarna och sinnena hos en hel befolkning eller grupp. En foucaultiansk tolkning av maktbegreppet syftar vidare på själva utövningen av makt som ”*an institutional incitement to speak*” (Ibid. s.302), vilket verkar i form av maktkedjor⁵: Diskursers tröghet och hegemoni⁶ är således en produkt av de polymorft förankrade

⁴ Utifrån denna diskussion vill jag hävda att det är möjligt att se på patienter inom behandlingsgången för ts-vården som särskilt utsatta och sårbara. I ”*Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for Working with Gender-Variant People and Their Families*” (Lev, 2004) argumenterar exempelvis Arlene Istar Lev för hur själva diagnosen Gender Dysphoria återspeglar rådande socialt accepterade sätt att gestalta och förstå kategorierna man/manligt och kvinna/kvinnligt (Ibid. s.176, 178).

⁵ ”Power is exercised through a net-like organisation. And not only do individuals circulate between its threads; they are always in the position of simultaneously undergoing and exercising this power. They are not only its inert or consenting targets; they are always also elements of its circulation. In other words, individuals are the vehicles of power, not its points of application” (Foucault, 1980. s.82).

⁶ I uppsatsen används den kritiska diskursanalysens syn på hegemoni: ”Hegemoni är inte bara dominans utan en förhandlingsprocess vari man skapar betydelsekonsensus. De konkurrerande elementens existens bär fröet till motstånd, eftersom de element som ifrågasätter de dominerande betydelserna förser människor med resurser till motstånd. Hegemonin är därmed aldrig stabil utan skiftande och ofullbordad, och konsensus är alltid bara en gradfråga – en motsägelsefull och instabil jämvikt” (Jørgensen & Phillips, 2000. s.80).

maktkedjorna och teknikerna verksamma i vardagen, snarare än i det mer uppenbara och synliga maktutövandet mellan exempelvis en stat och dess befolkning.

Min ståndpunkt är dock att Foucaults maktkoncept innebär en alltför hårddragen struktur-determinism, med föga utrymme för agens och motstånd. Den analytiska utgångspunkten är därför att det finns en inneboende relation mellan agenskap och makt, där maktutövande utvecklas kring aktörers kapacitet till att ingripa i en serie av situationer för att på så vis modifiera deras kurs. Aktörer förstås här som kompetenta, i betydelsen att de är medvetna om situationers och sammanhangs krav (Cordella, 2004. s.15). Fram träder således en ”*duality of structure*” (Ibid.), där strukturer förstås som skapade och omskapade via individers handlingar. Därtill vill jag understryka agenters *resurser* och *möjligheter* som inbäddade i ett socialt historiskt och kulturellt situerat sammanhang, där mötet mellan patient och läkare innebär ett sammanhang där resurser distribueras på ett i grunden ojämnt vis (Ibid. s.15, 17). Via denna utgångspunkt avser jag att via ett uttalat patientperspektiv både åskådliggöra informanternas handlingskraft i vardagen, likaväl som jag också vill betona diskursers verklighetskonstituerande effekter, och därmed understryka att de i allra högsta grad framställer vissa sätt att vara människa som mer eller mindre möjliga än andra.

Identitet

Ytterligare utgångspunkter är en socialkonstruktivistisk tolkning av begreppet identitet, vilket betyder att kategorier som exempelvis manligt/kvinnligt förstås som kulturellt konstruerade tankemodeller, vilka fungerar som mallar för människors ständiga gestaltande via dem (Elvin-Nowak & Thomsson, 2003, s.23). Identitet ses här som förenade med Butlers tankar om begreppet *performativitet*, det vill säga förståelsen av identitet som ett verb, ett ”görande” och en ständigt pågående process i alla människors liv. Könsidentiteter ses vidare som installerade genom ständiga imitationer⁷, med följderna att könsidentitet kan imiteras rätt eller fel utifrån det socialt accepterade och vedertagna sättet att imitera könsidentitet. Blickpunkten läggs på hur människor via sociala praktiker i vardagen aktivt skapar sociala kategorier som exempelvis kön/genus, sexualitet, etnicitet etc. (Rosenberg, 2005. s.14-17). Ytterligare ett begrepp i Butlers socialkonstruktivistiska resonemang är den *heterosexuella matrisen*, vilket syftar på en historiskt, kulturellt och samhälleligt förankrad modell för hur mänskligt begär bör framställas för att uppnå

⁷Butler skriver exempelvis: ”I denna mening är heterosexuella identiteters verklighet performativt konstituerad genom en imitation som ger sig ut för att vara ursprunget till och grunden för alla imitationer. (...) Just därför att detta misslyckas, och ändå strävar efter att lyckas, drivs det heterosexuella identitetsprojektet in i en ändlös återupprepning av sig självt. [...] Med andra ord är obligatoriska, heterosexuella identiteter, dessa ontologiskt konsoliderade skenbilder av ”man” och ”kvinna”, teatraliskt producerade effekter som poserar som grunderna, ursprunget och den normativa måttstocken för det verkliga” (Rosenberg, 2005. s.72,73).

samhälleligt godkännande. Denna modell förutsätter två gentemot varandra tydligt polariserade genus, resulterande i ett i samhället djupt rotat heterosexuellt imperativ. Dessa två genus är vidare hierarkiskt ordnade och begripliggörs via en föreskriven heterosexualitet, med följden att individers kroppar tolkas utifrån en skenbart naturlig heteronormativitet (Ibid. s.10, 11). Butlers teorier om könsidentitet utgör en relevant analytisk ingång till vårdsituationen för könskorrigering. Dominerande och heteronormativa förståelser av kategorierna man/manligt och kvinna/kvinnligt utgör normativa mallar för hur människor ”bör” iscensätta och uppleva könsidentitet för att inte riskera att tilldelas negativt laddade sociala positioner. Den heterosexuella matrisen kan tolkas som inbäddad i diagnosen transsexualism, då diagnosen på grund av brist på objektiva mätinstrument förutsätter en tvåkönsmodell. I analysen kommer jag bland annat undersöka vilka konsekvenser den heterosexuella matrisen, tillsammans med dominerande förståelser av man/manligt och kvinna/kvinnligt, har för den transsexuella patientgruppens upplevelser och erfarenheter av utredningstiden.

Senmodernitet och det nya mediarummet

En viktig dimension i det insamlade materialet har visat sig vara det så kallade *nya mediarummet*, främst representerat av internet, som plattform för informanternas diskursiva motstrategier mot de ordnande strukturerna i vardagen. Det nya mediarummet kan beskrivas som en ny rumslig företeelse, som tillsammans med den mediala globaliseringen skapat nya förutsättningar för rörelser som definierar teman i globala termer (Thörn, 1997):

”... ett platslöst, visuellt mediarum, där händelser, erfarenheter, konflikter, berättelser och identiteter konstrueras. Detta mediarum har skapat nya och vidgade kulturella horisonter och givit en ny form åt separationen av kulturell identitet och geografisk plats” (Ibid.)

Detta rum tolkas därtill som möjliggjort via den moderna kommunikationsteknologin, och framväxt i vad jag väljer att benämna som ett *senmodernt tillstånd*. Det senmoderna tillståndet syftar bland annat på en förlängning av det för moderniteten kännetecknande kommunikations- och informationsflödet. Omständigheter som, utifrån en kulturvetenskaplig och socialkonstruktivistisk tolkning, har resulterat i ett nutida samhälle alltmer präglad av gränsers uppluckring, och en ökad medvetenhet om etablerade sanningars temporaritet. Det nutida samhället vill jag påstå är ett explosivt pluralistiskt samhälle försatt i kulturell förvirring, där frågor om mening och verklighet är högaktuella. Den krackelering och relativisering av för människan förut tämligen väldefinierade gränser och rum som utmärker det nutida samhället, kan i kraft av sin gränsöverskridande dimension, till viss del ses som en öppning för sociala grupper

handlingsutrymme (Dreger, 2003. s.) (Jfr. Lyon⁸, 2003). Utöver detta kännetecknas det senmoderna samhället av en problematisering av den förmyndarmentalitet som inbegrips i den traditionella bilden av läkaren. Det vill säga, en föreställning om läkaren som en objektiv och rationell hjälte, som i kraft av medicinsk expertis och teknologi ges ett exklusivt tolkningsföreträde i vårdsituationen. Patienter i senmoderniteten benämns ofta i termer av sjukvårdskonsumenter, vilket betonar patienters nutida roll som subjekt snarare än som passiva objekt i vårdsituationen (Dreger, 2003. s.172).

Slutligen beskrivs patienters sjukdomsnarrativ i senmoderniteten som koloniserade av ett hegemoniskt organiserat sjukvårdssystem, resulterande i att ickenormativa identiteter i senmoderniteten ofta delar en känsla av att deras kroppar och identiteter har koloniserats av samhälleliga och politiska maktinstanser. Begreppet ”reclaiming” ges därmed en särskild innebörd, vilket syftar på sociala gruppers återerövrande av kollektiva narrativ tidigare i händerna på institutionell makt (Dreger, 2003. s. 171, 172, 177, 187). Den transsexuella patientgruppen utgör en social grupp som på olika vis kan dra nytta av det nya mediarummet och det senmoderna tillståndet. I analysen kommer jag exempelvis att undersöka det nya mediarummets betydelse för informanterna, samt hur och i vilken mån de använder sig av detta som meningsskapande verktyg i vardagen.

1.4 *Material & Metod*

Den empiriska grunden för studien utgörs av djupintervjuer med åtta individer som alla befinner sig inom någon av ts-vårdens faser. Valet av djupintervjuer som metod grundas i studiens syfte, som fokuserar på människors berättelser om ett kvalitativt möte och en kvalitativt upplevd och erfaren diskursiv verklighet. Den kontakt som informanterna har med ts-vården är olika, några befinner sig i utredningsprocessen, och andra har mer eller mindre slutfört behandlingen. Informanterna är individer av olika bakgrund och åldrar, där åldrarna löper från tjuugoårsåldern till fyrtiofemårsåldern. Både identitetsgrupperna ”kvinna till man” och ”man till kvinna” figurerar i studien, varav fyra personer identifierar sig som män och fyra som kvinnor. Informanterna är

⁸ Gianni Vattimo är en aktuell teoretiker i detta sammanhang. Vattimo ser på massmedier som element i samhällets pluralisering, vilken i sig är omöjlig att hindra på grund av kommunikationens oavbrutna expansion. Resultatet är att olika minoriteter lyckas gripa tag i mikrofonerna, för att föra fram tidigare osynliggjorda berättelser på den globala politiska arenan. Vattimo ser en frigörande potential i denna pluralism, där ”*längtan efter ett stabilt förflutet, efter auktoritativa verkligheter*” (Ibid., s.66) tolkas som problematiskt. Istället uppmanar han oss till att söka frihet i det instabila, som han menar väcker en medvetenhet om temporäriteten och historiciteten hos våra egna identiteter och meningssystem (Lyon, 2003. s.66).

utöver detta spridda mellan tre av fem befintliga utredningsorter. Av forskningsetiska skäl har jag avidentifierat de orter som figurerar i studien, då uppsatsen annars riskerar att peka ut såväl specifika informanter som utredare och kirurger. Specifika utredningsorter benämns i texten i form av bokstavsbenämningar, det vill säga staden X/Y/Z. Urvalet av informanter har skett via snöbollsmetod, där jag använt mig av kriteriet att de medverkande ska befinna sig inom någon av ts-vårdens faser. Två av informanterna har kontaktats av mig personligen, då dessa sedan tidigare befinner sig inom mitt kontaktnät. Övriga informanter har själva valt att höra av sig till mig, och därmed också själva tagit ställning till sin medverkan. Detta efter att en kontaktperson förmedlat en kort presentation av mig, anledningen till mitt intresse och studiens övergripande syfte via ”e-post-listor” i anslutning till olika nätverk. Två informanter har även tillkommit efter att andra medverkande informanter, efter möte med mig, vidareförmedlat min kontakt. En hög grad av anonymitet har eftersträvats, och alla informanter går därför under fingerade namn.

Intervjuerna har haft en semistrukturerad form, vilket innebär att jag innan intervjuerna har ställt samman en rad tämligen breda frågor eller teman som fått fungera som riktlinjer för samtalen. Intervjuerna har alltså haft en relativt öppen karaktär, där jag intagit rollen som samtalsdirigerare utifrån de teman som jag haft med mig, för att ge så stort utrymme som möjligt till informanternas egna berättelser. Intervjuerna har därtill ägt rum i avskilda och relativt ostörda miljöer. Fyra intervjuer gjordes i informanternas hem, två intervjuer i mitt eget hem, en annan intervju i informantens kontor och slutligen en i ett grupprum i RFSL:s lokaler. Längden på intervjuerna har varit allt från ca. en timme och tjugo minuter till drygt två och en halv timme. Vissa av intervjuerna har därtill varit väldigt tunga och känslösa och jag har då försökt försäkra mig om att informanterna har haft någon att vända sig till efter de att vi skiljts åt. För att ytterligare öka insynen i materialets tillkomst har jag valt att lägga intervjuguiden som en bilaga i uppsatsens slut.

Alla intervjuer är inspelade på band och transkriberade efter urval. När intervjuer används i den löpande texten är dessa redigerade så lite som möjligt. Citaten är inga omskrivningar av informanternas utsagor, redigeringen gäller sådana delar som gör citaten lättare att läsa. Nedskrivet talspråk har en svårtillgänglig karaktär, samtidigt som direkt talspråk i citaten kan framställa informanterna på ett sätt som inte gör dem rättvisa. Därtill innebär redigeringen sådana delar där individerna bakom pseudonymerna riskerar att avslöjas, exempelvis ortnamn och dialektalt färgat språk. När jag sedan har handskats med materialet är min analytiska metod en kritisk diskursanalytisk sådan. Det vill säga att jag ser på materialet i termer av diskursiv text, vilken i sig utgör en dimension av en social verklighet och ett sammanhang situerad i tid och rum.

1.5 Källkritisk diskussion

En faktor som kan tänkas påverka studien är min egen position som magisterstudent. Via en reflexiv medvetenhet om att jag som magisterstudent är en del av den moderna vetenskapliga kunskapsdiskursen, med tillhörande riktlinjer för hur kunskap bör framställas och se ut för att den skall ges legitimitet, kan forskningsprocessen ges en ökad dimension av respektfullhet och ödmjukhet. Med studien vill jag titta närmare på situationen och omständigheterna för människor som redan har en mycket utsatt position. Jag bör därför akta mig för att via studien bli ytterligare en i ledet att reproducera och generera inadekvata representationer av transsexuella individer, och på så vis bli en del av den maktstruktur jag vill studera. Gruppen transsexuella är dessutom en tämligen liten grupp individer i det svenska samhället, vilka i kraft av ett allmänintresse ofta är eftersökta för olika studieändamål, mediala intressen etc. Studien kan därmed ses som ytterligare ett försök att gräva i utsatta och sårbara människors vardag. Via en respektfull inställning till informanterna, både i den färdiga uppsatsen samt i själva intervjusituationen, har jag strävat efter att behandla informanternas berättelser på ett sådant sätt som ger rättvisa åt det förtroende och det ansvar som deras medverkan innebär.

Flera av informanterna har förövrigt ett identitetspolitiskt engagemang som aktiva i olika transpolitiska sammanhang. De är individer som i flera avseenden har intagit rollen av språkrör för den transsexuella gruppen, och har tidigare medverkat i flera liknande projekt. Utsagorna är därför till viss del resuméer från något som informanterna av olika anledningar har tvingats reflektera över många gånger i sina liv, samt även låtit åtskilliga andra ta del av i vardagliga möten, olika studieändamål, medial kommunikation etc. Studien belyser dock frågeställningar som sällan tagits upp, då fokus istället legat på behandlingsmässiga teknikaliteter, kirurgi och förklaringsmodeller till fenomenet transsexualism. Kännetecknande för alla informanter är en uttalad vilja och ett starkt engagemang för att föra fram just de aspekter som studien ämnar belysa, vilket också framfördes som den huvudsakliga anledningen till deras val att medverka. Resultatet skulle därför kunna påverkas på så vis att informanterna redan vid intervjun sätter in sig själva och sin situation i teoretiska och identitetspolitiska perspektiv. Resultatet i att de vid intervjuerna levererar en berättelse präglad av egenhändigt valda perspektiv, och därmed en identitetspolitiskt präglad uppsats starkt färgad av informanternas egna analyser.

Ytterligare bias utgörs av uppsatsens teoribildning. Inbäddat i det kritiskt diskursanalytiska projektet ligger ett uttalat politiskt engagemang, med avsikt att föra fram marginaliserade och undertryckta röster. Via kritisk granskning av diskursiva krafters roll i ojämlika maktförhållanden, vill man här bidra till social förändring. Teoribildningens underliggande politiska budskap kan

därmed ses som en del i det faktum att jag ställer mig på informanternas sida, vilket jag heller inte har för avsikt att dölja. Mötet mellan patient och läkare innehåller dock alltid en ofrånkomlig maktdimension, makt som analytisk ingång bör därför snarare ses som en styrka än svaghet.

Ytterligare påverkan utgörs av det faktum att fem av åtta informanter är kopplade till en och samma utredningsort, det vill säga stad X. Då övriga utredningsorter är bristfälligt representerade riskerar därför uppsatsen att präglas av berättelser om främst vårdsituationen på denna ort. Materialet ger dessutom indikatorer på utredningsprocessen i stad X som särskilt påfrestande. En studie baserad på berättelser från andra utredningsorter skulle därför sannolikt ha skänkt uppsatsen en till viss del annan karaktär.

1.6 Tidigare forskning

Under de senaste åren har framförallt queerfältet utmärkts av en mängd texter kring transpersoner, kön och performans. Detta är dock texter som visat föga intresse för de individer som identifierar sig inom någon utav undergrupperna i paraplybegreppet transpersoner⁹. Viviane K. Namaste, professor i ”semiotics”, erbjuder en kritik riktad till denna forskningstradition. I *”Invisible lives: The erasure of transexual and transgendered people”* (Namaste, 2000) beskriver Namaste forskningen om transpersoner i första hand som en forskning till för forskningssamhället, snarare än för de människor som utgör studiernas forskningsobjekt. Fokus har begränsats till medicinska och psykiatriska institutioner, med konsekvensen att den komplexitet som präglar transpersoners liv och kroppar osynliggjorts (Ibid. s. 9, 35). Istället efterlyser Namaste en forskning med fäste i vardagsverkligheten, fokuserad på personerna och livet bakom benämningarna. Teoretiker som exempelvis Judith Butler benämns därtill som institutionellt självblinda. Via ett snävt fokus på produktiv makt istället för vardagslivet, har forskningen ignorerat den egna rollen i ett teoretiskt producerande av transpersoner som objekt i den akademiska kunskapsdiskursen (Ibid. s. 22, 35).

I dagsläget bedriver endokrinologmottagningen, plastikkirurgiska och psykiatriska kliniken på Karolinska institutet i Stockholm en forskningsstudie med fokus på ”uppföljning av kroppslig och psykiskt hälsa samt livskvalitet hos personer som har genomgått ett könsbyte” (www.rfsl.se, 2006-03-27). Studien leds av Cecilia Dhejne, som för övrigt är en av de ansvariga utredarna i Stockholm. Det huvudsakliga syftet med studien är att se över rutiner för utredning, behandling

⁹ ”Transpersoner är en paraplyterm som omfattar alla individer vars könsidentitet och/eller könsuttryck tidvis eller alltid skiljer sig från normen för det kön som registrerats för dem vid födseln. Lite enklare uttryckt kan man säga att det handlar om människor som av andra inte uppfattas som ”riktiga” män eller kvinnor. Att transperson är en paraplyterm betyder att det finns olika sätt att vara transperson på. Begreppen och definitionerna är många, problematiken och livssituationerna olika” (Diskrimineringskommittén, 2005–03–08).

och uppföljning av den transsexuella patientgruppen. Problematiskt är dock att studien utförs av personer som själva har ledande positioner inom ts-vården. Initiativet är i sig efterfrågat, dock kan man fråga sig huruvida resultatet påverkas av att informanterna berättar om omständigheter som huvudansvarig forskare själv är en del av. Studien startades för övrigt under år 2005 och beräknas vara slutförd under år 2007 (Ibid.). Utöver detta har regeringen i dagsläget tillsatt en utredningsgrupp för att se över lagen om fastställelse av könsidentitet i vissa fall. Via en översikt ämnar man uppdatera den på många sätt föråldrade lag som ligger till grund för huruvida transsexuella patienter kan få godkännande från socialstyrelsens rättsliga råd eller inte. Utredningens deadline är satt till förste februari 2007 (www.foreningenbenjamin.se, 2006-01-27).

I Sverige, såväl som internationellt, är forskning om transsexuellas vardagstillvaro fortfarande marginell. Mikael Landén är dock en aktuell person inom den medicinska och psykiatriska inriktningen i Sverige, och disputerade 1999 med sin avhandling ”*Transsexualism: epidemiology, phenomenology, regret after surgery, aetiology and public attitudes*” (Landén, 1999a). Artikeln ”*Bytt är bytt - kommer aldrig igen*” (Landén, 2001b) kan ses som ett typexempel på den forskning som enligt Namaste länge har dominerat forskningen kring transsexuella. Artikeln beskriver medicinska, kirurgiska och psykiatriska aspekter av behandlingen av tillståndet transsexualism. De organisationer som idag intresserar sig för transsexuellas vardagstillvaro i Sverige är i första hand RFSL och patientföreningen Benjamin. Via denna diskussion vill jag framförallt lyfta fram den kunskapslucka som karakteriserar det fält som studien fokuserar. En huvudsaklig strävan med är därför att bejaka Namastes forskningskritik, för att på så vis lyssna till och höja rösterna från människorna bakom den medicinska benämningen transsexualism.

1.7 *Disposition*

För att underlätta läsningen presenterar jag här en plattform för studiens analytiska genomförande. Det vill säga en kortfattad redogörelse för de analytiska ambitionerna i de olika kapitlen, samt därtill en introduktion av de olika diskurser som diskuteras i texten.

I det introducerande analyskapitlet ”*Det första steget*” presenteras informanternas upplevelser av den första kontakten med vården, innan remittering och vidarebeslutning till det övergripande systemet för svensk ts-vård. Genom att titta närmare på vilka diskurspositioner informanterna ges, vill jag komma närmare dimensioner som bemötande och tillgodoseende av den transsexuella patientgruppens behov, i en vårdsituation som i fallet transsexualism ofta har en förhållandevis akut karaktär. I kapitlet ”*En tredimensionell ts-vård*” tittar jag närmare på den underliggande

frågeställningen kring vilka diskurspositioner informanterna ges i mötet med ts-vården, följt av ett underliggande vardagsperspektiv. På detta vis vill jag komma närmare relationen mellan det betecknande och det betecknade, och därmed undersöka vilka konsekvenser denna relation för med sig i form av olika diskurspositioner och praktiker. I det avslutande analyskapitlet ”*En binär vårdssituation*” fokuseras ytterligare en dimension i den transsexuella patientgruppens möte med vården. Med rubriken binär vårdssituation vill jag peka på mötet mellan patient och ts-vården som påfallande bekövat. Genom att granska detta möte utifrån ett könsperspektiv vill jag undersöka hur dominerande förståelser av kategorierna man/manligt och kvinna/kvinnligt inverkar på informanternas positionering i främst utredningsprocessen.

Slutligen presenteras uppsatsens diskursiva plattform, det vill säga de aktuella diskurser som jag identifierat i materialet. Den övergripande helheten, inom vilka de betecknande diskurserna är inbegripna, utgörs först och främst av en komplex medicinsk diskursordning. Det betecknande diskurserna utgörs i första hand av en hegemonisk och ideologiskt belastad medicinsk diskurs, artikulerade i samklang med en diskurs utgjord av dominerande förståelser av kategorierna man/manligt och kvinna/kvinnligt. Två diskurser, som tillsammans utgör grunderna för de riktlinjer och den vårdpraxis som enligt min tolkning formar den svenska ts-vård som tecknas i informanternas berättelser. Vid sidan av detta identifierar jag även en reflexiv identitetsdiskurs, i opposition mot den medicinska diskursens verklighetskonstituerande befogenheter. Via benämningen reflexiv identitetsdiskurs vill jag peka på informanterna som inlemmade i ett senmodernt sammanhang, främst kännetecknat av ett reflexivt och kritiskt förhållningssätt till identitet och institutionella auktoriteter.

2. DET FÖRSTA STEGET...

Med undantag för två av informanterna vill jag påstå att det första initiala mötet med vården kan beskrivas som relativt friktionsfritt, då majoriteten av informanterna inte uttrycker någon större problematik i anslutning till den första vårdkontakten. Informanterna har dock olika vårdmässiga ingångar, varav någon generell slutsats kring kompetens och bemötande av den transsexuella patientgruppen inom svensk primärvård är problematiska att dra. Fyra informanter har gått via vårdcentraler, en person via studenthälsan, en person via öppenpsykiatri, en via företagshälsovården, och ytterligare en person via psykiatri och mottagningen för homosexuella män. Patienter som söker för en transsexuell sjukdomsbild är dock främst hänvisade till primärvården och närmaste vårdcentral. Ytterligare skillnader ligger i de föreliggande omständigheterna som drev informanterna till att söka vård. Två av informanterna skildrar omständigheter kopplade en betydande psykisk ohälsa. Johanna, som är en av dessa två informanter, var i mycket dåligt skick då hon ringde det initiala samtalet till vårdcentralen. Ett på många sätt avgörande samtal som Johanna skildrar i termer av positivt bemötande:

Johanna¹⁰- Sen ringde jag till vårdcentralen, som guidade mej rätt till vart jag skulle vända mej. För dom visste, tacka gud vart jag skulle vända mej. Inte med en gång, dom ringde upp efter ett par timmar och talade om vart jag skulle vända mej...Dom hörde av sej, och räddade på det sättet kanske mitt liv också på många sätt och vis. Jag fick jättefint bemötande [...] Sen ringde jag huvudutredaren, och trodde det skulle bli jättebra att möta henne...Ja, sen började cirkusen...

I citatet ges en tydlig föräning om vad som komma skall, vilket framträder i form av att Johanna som textproducent i den sociala världen för intervjusituationen polariserar sammanhanget kring utredning och primärvård mot varandra. En polarisering mellan två dikotomt ordnade sociala världar, visserligen förenade under en övergripande medicinsk diskursordning, men som jag tolkar som två olika sammanhang där Johanna positioneras på olika vis. Något som går att spåra i citatets underliggande struktur, utgjord av dikotomier som exempelvis ordning/kaos, autonom/underordnad, omhändertagen/utelämnad. Texten ger tydliga signaler på Johannas positionering som relativt synlig och trovärdig i kontakten med vårdcentralen, vilket i citatets slut ställs mot en antydd position som underordnad och maktlös i ts-vårdens utredningsprocess. Ett positionsskifte som framträder i citatets avslutande meningar, som resultatet av ett diskursivt maktskifte mellan de hierarkiskt ordnade sammanhangen kring svensk primär- och specialistvård.

¹⁰ Johanna. Intervju 2006-03-30

Denna positiva skildring av det initiala mötet med vården är dock inte en generell tendens i det övergripande materialet. Övriga informanter med undantag för Kristian skildrar detta möte i mer neutrala termer där det initiala mötet främst beskrivs som just en vidarelussning till det övergripande ts-vård-systemet. Grundläggande i detta möte ser jag främst som vårdpersonalens förmåga till ett empatiskt omhändertagande och snabb vidareremittering, vilket i materialet framställs som tämligen problemfritt. Materialet signalerar inte några större problem med vilja till vidareremittering av de vårdsökande individerna, vilket kan tolkas som att majoriteten av informanterna har fått gensvar på sina dåvarande främsta behov och intressen. Viktigt att påpeka är dock att remissen till utredningsteamet måste vara skriven av en psykiater, vilket har inneburit problem för tre informanter. Exempelvis berättar Kim om hur han efter flera års köande på öppenpsyki i hemkommunen i dagsläget ännu inte fått en kallelse, vilket kunde lösas via möte med en psykiater på studenthälsans mottagning. Ytterligare problematik i Kims första vårdkontakt var bristande ts-kompetens hos den aktuella psykiatern, med följden att Kim först själv fick utbilda den aktuella psykiatern i vad transsexualism innebär¹¹. För Emanuel räknades de första remisserna, skrivna av företagshälsovården, som ogiltiga. Lösningen blev istället en kontakt med psykmottagningen för homosexuella män¹². Informanten Kristian, som även han var i mycket dåligt psykiskt skick vid den första vårdkontakten, kan ses som ett undantag från de ovan beskrivna skildringarna. Likt Johanna vände sig Kristian till sin närmaste vårdcentral. Det möte som sedan inträffade beskriver Kristian såhär:

Kristian¹³- Jag fick total oförståelse från honom, han fattade absolut ingenting [...] Så jag försökte förklara för honom vad jag trodde att det var för fel på mej, och vad jag behövde för hjälp, och att jag behövde hjälp [...] Dessutom så mådde jag förfärligt dåligt när jag besökte honom. Så jag sa till honom att ”Jag mår väldigt dåligt, jag har hjärtklappning och jag bara skakar hela tiden. Jag har slutat äta och jag vet inte vad jag ska ta mej till, det här går inte. Jag kan inte stå upprätt längre”. Jag fick ingen hjälp utav honom alls [...] Han sa att ”Det här är inte min avdelning, men jag skriver en remiss till psyk. Och någon medicinering för din del det vill jag inte skriva ut heller”. Han förklarade heller inte vad han trodde att det kunde vara. Det var ju fråga om panikattacker. Och han kunde ju ha sagt till mej att det var panikattacker det var fråga om. Men han talade ju inte om det heller så jag fick gå hem och klara mej på egen hand. Sen fick jag vänta i fjorton dagar tills jag fick en kallelse från psyk... Och under dom här fjorton dagarna så var väl livet kanske inte fullt så kul som sagt [...] Ja, som jag uppfattade det så vart jag utvisad, från sjukan [...] Jag klamrade mej hem och jag mådde ännu sämre faktiskt utav det samtalet [...] Det tog väl kanske en femton minuter [...] Det var inget bra samtal. Framförallt så var han väldigt ointresserad [...] Jag satt sen och tittade på internet för att se om jag kunde hitta någon symptom som stämde överens med hur jag mådde [...] Och jag hittade att det stod panikattacker. Och sen kollade jag vilken behandling man fick, och det stod ju de att det var inte medicinering som hjälpte där utan

¹¹ Kim. Intervju 2006-03-14

¹² Emanuel. Intervju 2006-03-13

¹³ Kristian. Intervju 2006-03-02

det var samtalsterapi. Så att i brist på psykolog och samtalsterapeut så skrev jag på nätet en massa saker och försökte få ur mej så mycket som möjligt[...] Jag upptäckte det att jag får låtsas att det var en terapeut framför mej [...] och i och med att jag fick ur mej det så försvann panikattackerna. Det kunde han talat om för mej...

Citatet med Kristian vittnar om en strikt underordnad och osynlig position som vårdsökande patient, där den tjänstgörande läkaren visar stora brister i förmågan att se människan bakom patienten. Citatet innehåller utöver detta en diskursiv kamp om rätten till att definiera mötet mellan läkare och patient som meningsfullt. En diskursiv maktkamp mellan vad jag identifierar som tre diskursiva röster: Den dominerande rösten kan ses som den från en medicinsk diskurs med starka verklighetskonstituerande befogenheter, i konflikt med en reflexiv identitetsdiskurs. Min poäng här är att lyfta fram Kristian, och de övriga informanterna, som delaktiga i ett senmodernt sammanhang, främst kännetecknat av ett reflexivt och kritiskt förhållningssätt till identitet och institutionella auktoriteter.

Jag vill dessutom påstå att denna diskursiva röst till viss del står i konflikt med ett överordnat sammanhang kring svensk specialistvård. Resultatet är att Kristian hamnar i kläm mellan två hierarkiskt ordnade system, då läkaren inser sin bristande kompetens och remitterar patienten till psykiatrin. Den vårdsökande och psykiskt högst instabila patienten Kristian kan därmed tolkas som diskursivt tillrättavissad, via utebliven hjälp och information om sitt eget hälsotillstånd i en förhållandevis akut vårdsituation. Utöver detta framträder den senmodernistiska och reflexiva dimensionen i citatet både via Kristians aktiva agentskap i den sociala världen för intervjusituationen, samt även i den sociala värld som citatet återger. Via ett kritiskt förhållningssätt till den medicinska auktoriteten intar Kristian rollen som en reflexiv vårdkonsument. Något som framträder i Kristians kritiska förhållningssätt till den medicinska auktoriteten, där han via information på internet kan ställa sin egen diagnos och därmed också bedriva en temporär egenvård. Denna temporära egenvård bedrivs med hjälp av modern kommunikationsteknologi och det nya mediarummet, som i kraft av sin lättillgänglighet och informationsmängd fungerar som ett meningsskapande och egenvårdande verktyg i vardagens praktiker. Det nya mediala rummet ges således rollen som en platslös virtuell samtalsterapeut och informationsbank, som hjälper Kristian att härda ut de återstående fjorton dagarna i väntan på kallelse från psykiatrin.

För att ytterligare nyansera bilden av det första mötet med vården har jag valt att lyfta fram ytterligare ett exempel. Detta med Elin, vars första vårdkontakt var med öppenpsykiatri. Ett möte som Elin skildrar som präglad av bra och seriöst bemötande. Problemen dök istället upp i kontakten mellan öppenpsykiatri och utredningsteamet:

Elin¹⁴- Remissen gick iväg till stad X. Jag har ingen anledning att betvivla öppenpsyk. Jag ringer och kollar i stad X ”Har den kommit?” ”Nä den har inte kommit”. Jag ringer igen, jag ringer igen och tillslut så ringer jag upp öppenpsyk och frågar ”Har ni skickat remissen? För dom säger i stad X att den har inte kommit fram”...Då skickar dom en remissförnyelse och överläkaren skickar en bilaga till remissförnyelsen med en ska vi säga skarp notering. Då plötsligt dyker det upp en remissbekräftelse. Det tog tre och en halv månad. Jag kan säga att hade jag inte haft mina vänner och hade jag inte under den tiden kunnat göra så mycke som jag gjorde med mitt liv då...då hade jag kraschat faktiskt. Dom tre och en halv månad hade dödat mej bokstavligen. I den remissbekräftelsen står det väntetid sex till tolv månader från remissdatum. Remissdatumet blev satt till det ursprungliga [...] Det tog elva månader och två veckor innan jag kom till första mötet med utredaren och ansvariga läkaren och psykiater.

Fram träder ett tydligt maktskifte mellan två hierarkiskt ordnade sammanhang, där Elins positionering skiftar mellan relativt autonom och synlig till strikt underordnad, maktlös och tämligen osynlig. Ett positionsskifte som dessutom infaller innan Elin formellt sett beviljats inträde i den sociala världen för ts-vården, till följd av en diffus och fördröjd remitteringsprocess där sammanhanget kring ts-vården sitter inne med starka verklighetskonstituerande befogenheter. Elin kan därtill benämnas som diskursivt tillrättvisad av ett exklusivt vårdsammanhang, i form av ett temporärt nekande av henne som meningsfull medlem av den transsexuella patientgruppen. Fram träder en diskursiv maktkamp, där sammanhanget kring den övergripande psykvården och det exklusiva sammanhanget kring ts-vården, tillsammans strider om rätten till att definiera patienten som meningsfull. Konsekvensen blir att Elin hamnar i kläm mellan två sjukvårdssammanhang, en slags diskursiv väntplats med allvarliga följder för Elins dåvarande vardagstillvaro.

Avslutningsvis vill jag framhålla den initiala kontakten med vården innan inträde i den sociala världen för ts-vården som relativt positiv och friktionsfri, ett sammanhang där informanterna visserligen kan stöta på problem i form av bristande ts-kompetens men där den tjänstgörande personalen utifrån materialets tendenser också erkänner den bristande kompetensen via vidareremittering till en mer kvalificerad och kompetent instans. Det problematiska ligger enligt min tolkning istället till viss del i tillgången till remitteringskvalificerad psykiater och bristande kommunikation mellan olika sjukvårdssystem. En fördröjningsprocess i den initiala vårdkontakten riskerar allvarliga följder för de vårdsökande patienternas psykiska hälsa, i en vårdsituation som i fallet transsexualism många gånger har en förhållandevis akut karaktär. Något som också tydliggörs i Elins ord: ”När jag väl har kommit fram till att min kropp ska korrigeras då är det faktiskt bråttom”¹⁵.

¹⁴ Elin. Intervju 2006-03-22

3. EN TREDIMENSIONELL TS-VÅRD

Vid ett närmare betraktande av informanternas berättelser blir det för mig omöjligt att se på ts-vården som ett entydigt sammanhang förenat kring en övergripande och likformig organisation med gemensamma normer och riktlinjer. Ts-vård framträder istället som ett mångtydigt begrepp där det framförallt blir viktigt att skilja på själva utredningstiden före det att utredningsrapporten skickas in till socialstyrelsens rättsliga råd och tiden efter.

Med stöd i informanternas berättelser vill jag således argumentera för en tredimensionell förståelse av begreppet ts-vård. Den första dimensionen utgörs av själva utredningstiden på minimum två år (vilket ofta pågår längre), innehållande diagnostisering, ett ettårigt så kallat ”Real Life Test¹⁶”, hormonbehandling, samt vanligen också logopedbesök¹⁷ och epilering¹⁸. Den andra dimensionen utgörs av den könskorrigering kirurgin, sterilisering, namnbyte och juridisk korrigering av könsidentitet, efter klartecken från socialstyrelsens rättsliga råd. Ytterligare en tredje och parallell dimension utgörs av vad jag väljer att benämna som en reflexiv egenvård, bedriven av den övergripande transsexuella gruppen, vid sidan av den vård som kan kopplas till svensk institutionell sjukvård. Sammanhangen kring utredningen och kirurgi förenas visserligen av en övergripande medicinsk diskursordning, dock vill jag hävda de olika sammanhangen som parallellt existerande sociala världar med tillhörande mer eller mindre separata normsystem och riktlinjer. Informanternas berättelser ger dessutom starka indikationer på att de sociala positioner som ges skiljer sig åt mellan de olika sammanhangen, samt till viss del också mellan de olika utredningsorterna.

3.1 *Under observation...*

3.1.1 *I händerna på utredningsteamet*

Synnerligen slående är hur sammanhanget kopplat till utredningsprocessen skildras som ett psykiskt påfrestande och frustrerande tillstånd, där patienterna ges en maktlös och underordnad social position i förhållande till den huvudansvariga utredaren. Ett tillstånd, till följd av patienternas utredningsmässiga status som under observation, samt en inneboende maktlöshet

¹⁵ Elin. Intervju 2006-03-22

¹⁶ Vilket innebär att patienten förväntas börja leva helt i den könsroll som hon/han önskar korrigera sin kropp till. Detta är ett sätt för utredningsteamet att testa patientens mentala stabilitet i relation till det sociala ”bytet” och de potentiella psykiska påfrestande detta skulle kunna tänkas innebära.

¹⁷ Enligt praxis remitteras ts-kvinnor till logoped för hjälp med en röstmässig korrigering. Ts-män anses inte behöva detta, då hormonbehandlingen i sig ger en djupare stämma.

över det egna livet. Relationen mellan läkare och patient har visserligen en ofrånkomlig maktrelation, dock vill jag peka på maktrelationen mellan psykiater/utredare och den transsexuella patientgruppen som särskilt påfallande. I kraft av sin expertis tilldelas utredaren den uteslutande rätten till att definiera patienterna som trovärdiga transsexuella män respektive kvinnor.

Med stöd i samtliga informanters berättelser vill jag därför argumentera för den transsexuella patientgruppens liv och kroppar, under utredningstiden, som temporärt institutionellt kolonialiserade av ett auktoritärt sammanhang. Via benämningen kolonialiserad vill jag peka på ts-vården som en vårdtradition som i en utpräglad förmyndaranda tvingar patienter under utredning till att tillfälligt avsäga sig makten över sina liv och kroppar. I intervjun med Kim beskrivs detta tillstånd som att ”makten över mitt liv ligger i någon annans händer. Jag kan inte bestämma själv hur jag vill leva utan det är någon annan som kommer att bestämma det åt mej”¹⁹. Denna så kallade kolonialisering beskrivs vidare som mer eller mindre påfrestande beroende på den personliga relationen till ansvarig utredare. Johanna är en av de fyra informanter som skildrat relationen med utredaren som särskilt svår, vilket också visar sig i hennes sätt att reagera då utredaren först kommer på tal i intervjun: ”När jag pratar om henne så blir jag väldigt stressad och upprörd...det...det låser sig i huvet på mej”²⁰. Att tala om utredaren upplevs av Johanna som så pass jobbigt att hon därefter ber mig att ställa en annan fråga. Lars, däremot, beskriver det första mötet med utredaren som positivt och motiverande, en bild som dock kom att ändras med tiden:

Lars²¹- Sen så visade sig emellertid att han varannan gång pratade som att ”Ja, du har ingen chans, du kommer ingen stans här med utredningen”. Och varannan gång lät det som ”Jaa”, kanske i alla fall. Så jag pendlade mellan hopp och förtvivlan. Jag såg honom bara ungefär en gång varannan månad. [...] Man är ju i en absolut beroendeposition, och därför blir ju ens minsta tolkning av vad han säger naturligtvis något uppförstorad.

För att ytterligare illustrera detta tillstånd låter jag Kristian fortsätta:

Kristian²²- Man blir på nåt vis bunden. Man sitter där, man väntar, man väntar och de gäller att hålla god min i elakt spel för att spelet är elakt så att säga...Man vet inte [...] Det kan se hur snällt ut som helst på ytan men man vet ju ingenting. Man vet inte vad som pågår där [...] Och sen så finns det ju vissa som säger att det går alldeles utomordentligt bra att höra sej för om processen. Om hur det går och när eventuellt man ska få

¹⁸ Borttagning av hårväxt, vilket endast blir aktuellt för ts-kvinnor.

¹⁹ Kim. Intervju 2006-03-14

²⁰ Johanna. Intervju 2006-03-30

²¹ Lars. Intervju 2006-03-08

²² Kristian. Intervju 2006-03-02

hormoner och såna saker. Men sen när man ställer såna frågor så märker man också att nej...Det får man inte veta ”Det är inte meningen att du ska veta förstår du”...

Inskränkt autonomi och ovetenskap om riktningen på den pågående utredningen är beskrivningar som löper som en röd tråd genom samtliga informanternas berättelser om utredningstiden. Som patient under utredning tilldelas Lars och Kristian den sociala positionen som konsekvent otrygg, ovetande betraktad och synnerligen underordnad den huvudansvarige utredaren. I de ovanstående två citaten framstår utredningens organisation därtill som högst diffus, ett slags osynligt och svårgripbart system som förstärker och låser fast Lars och Kristian i den sociala positionen som underordnad patient i ett auktoritärt system. Citaten tolkar jag som ideologiskt belastade, där diskurspositionen som otrygg, ovetande och betraktad fungerar som diskursiva praktiker och tekniker i upprätthållandet av en medicinsk diskurs, kännetecknad av en strikt asymmetrisk relation mellan läkare och patient.

Citaten innehåller därtill en diskursiv maktkamp om rätten att definiera utredningstiden och läkar- och patientrollen som meningsfull. En textuell dialektik mellan den medicinska och reflexiva identitetsdiskursen, vilka ligger i tydlig konflikt utifrån en hierarkiskt ordnad plattform. Detta framträder framförallt i informanternas aktiva ifrågasättande av den medicinska diskursens verklighetskonstruerande befogenheter i mötet med främst utredaren. På så vis vill jag också understryka den interdiskursiva dimensionen i citatet som en kamp mellan två världsbilder. Vilket å ena sidan avser tanken om läkaren som förmyndare och en strikt överordnad auktoritet, som med hjälp av utredning och teknologi ges makten att definiera patienterna som befintligt transsexuella eller inte. Omständigheter som å andra sidan kontrasteras av informanternas berättelser om koloniserade kroppar och livsöden, framförda i opposition mot ett hegemoniskt sjukvårdssystem (Domurat Dreger, 2003. s.184). Maktkampen framträder vidare i form av ett dialektiskt förhållande mellan tre röster; Det vill säga den underordnade positionen som patient under utredning; Den överordnade positionen som psykiater/huvudutredare. Samt ytterligare en tredje utanförstående röst som i intervjusituationen framstår som en temporärt autonom röst i opposition mot den medicinska diskursens verklighetskonstituerande befogenheter. Den tredje rösten är således rösten från textproducerarna Lars och Kristian, som i den sociala världen för intervjusituationen ges utrymme att aktivt skapa en version av en social verklighet annars präglad av underordning. Detta är för övrigt något som utmärker samtliga informanternas berättelser, i den betydelse att de alla anammar intervjusituationens utrymme, för att på så vis återta rätten till att skildra ett tidsförlopp och en social verklighet som annars ligger i händerna på institutionell makt. I intervjun med Elin visade sig den ovan beskrivna otryggheten också i det att hon aldrig riktigt fick information om när hennes utredning började:

Elin²³- Jag gick därifrån med en känsla att jag hade ingen aning om fortsättningen. Jag hade ingen känsla för att nu var min utredning påbörjad utan jag hade mer en känsla av, Jaha...Nu får vi se om jag kommer att få en utredning påbörjad överhuvudtaget. Och så säger hon att du kommer att bli kallad till en kurator, och det skulle ta ett par veckor. Det kom ingen kallelse...och det kom ingen kallelse. Det gick en, två, tre, fyra veckor och sen ringde jag och kollade [...] Ja, då visade det sig att hon hade blivit sjuk [...]Det är inte konstigt, jag menar man kan bli sjuk [...] Varför fick inte jag ett brev om att så var fallet? Och sen så fick jag tillslut träffa henne då. Och hon är bra. Kuratorn är underbar [...] Och när vi hade pratat vid i en och en halv timme så sa hon ”Nu har jag fått fram det jag behöver för min bedömning. Behöver du prata och så, så får du ta kontakt med mej för jag har inga speciella önskemål om inte du vill att vi ska ha återkommande tider”. Nä, tänkte jag, jag kan ju ringa när jag känner att jag behöver. Och efter en månad så hade det snurrat i huvudet på mej för jag blev aldrig klok på vad hon menade egentligen. Med att hon hade gjort sin bedömning. Så jag bad om en tid, och frågade henne rent ut ”Vad menade du då?”, ”Jamen för mej är det ju klart. Du är ju transsexuell”... Och det var som bara (pustar ut en lättnadens suck) Så hon var helt klar med sitt. Men utredarens agerande har sen konsekvent gjort att jag känt mej hängandes i luften. För även om kuratorn tillstyrker utifrån sitt perspektiv så är det ansvarig utredare som sitter med hela makten i handen. Och jag kan säga att hela vägen fram till den dan som rättsliga rådet gav sin tillstyrkan, så kände jag en fruktansvärd destruktiv press...Ja det, det...Ja (suck) (tystnad)..Man ska inte utsätta en människa för det...faktiskt. Man gör inte så.

Med stöd i ovanstående diskussion tolkar jag således citatet med Kristian såväl som Elin som exempel på institutionell exploatering och dominans. Inbäddat i Parsons diskussion om patientrollen och institutionell exploateringen ligger vidare en relativ dimension av hjälplöshet. Utifrån både Kristians och Elins berättelser vill jag understryka diskurspositionen i mötet med utredaren som inte bara relativt utan avsevärt hjälplös. En av de huvudsakliga praktiker som positionen utredare producerar, i såväl de ovanstående citaten som i övriga informanternas berättelser, är en konsekvent diskursiv tillrättavisning av patienterna via utebliven information om den pågående utredningsprocessen. För Elin blir detta särskilt tydligt, som utöver en känsla av att hänga i luften under hela utredningstiden upplever stor stress och oro över ovetskapen om huruvida hon har ansetts som lämplig nog att utredas eller inte.

Kännetecknande för samtliga informanternas utsagor är dock ett aktivt opponerande mot en institutionellt exploaterad roll som patient inom ramen för intervjusituationens sociala verklighet. Fram träder visserligen bilden av en social verklighet med synnerligen ideologiska dimensioner, vilket dock kontrasteras via informanternas aktiva agentskap som diskursiva textproducerare. Via aktivt meningsskapande i intervjusituationen återtår de därmed till viss del rätten till sin egen historia, i muntliga skildringar av högst asymmetriskt ordnade omständigheter. Det är dock viktigt att understryka att denna agens befinner sig utanför ramarna för det institutionella sammanhang som deras berättelser springer ur. Den dominerande rösten i citaten, samt även i det

²³ Elin. Intervju 2006-03-22

övergripande materialet, bör därför ses som den från en medicinsk diskurs med stora verklighetskonstituerande befogenheter. Materialet innehåller många exempel på ovanstående diskussion av det underordnade tillstånd och den institutionellt exploaterade position som ovanstående citat skildrar. Relationen mellan det betecknande och det betecknade måste under utredningstiden därför ses som i synnerhet genomsyrad av makt och dominans, vilket vidare resulterar i en temporär institutionell exploatering och kolonialisering av den transsexuella patientgruppens liv och kroppar. Denna så kallade exploatering och kolonialisering är dock mer eller mindre tydlig i informanternas berättelser, där berättelser kopplade till stad Z till viss del framstår som mindre ideologiskt belastade.

En av informanterna kan dock ses som ett undantag från det annars förhållandevist likformiga mönster som präglar berättelserna om utredningstiden. Sannah beskriver sig själv som lyckligt lottad och skildrar till skillnad från övriga informanter utredningsförloppet som positivt och relativt problemfritt. Vid sidan av detta uttrycker hon dock en medvetenhet om att det finns många andra som har blivit dåligt behandlade av samma utredare²⁴, en form av dubbelhet som har fått vissa konsekvenser:

Sannah²⁵- Många som jag har kontakt med har ju stämplat mej, att ”Ja, det är ju väldigt vad du har haft det lätt genom din utredning” ...som att” Varför kom du så bra överens med din?”. Det är till och med folk som trott att jag på nåt sätt [...] att jag fjäskar för utredningsteamet. Jag har vart mej själv och sagt och gjort som man ska göra, jag har inte gjort nåt annat[...] Kommer du inte överens med din utredare, ja då måste du se till att få en ny utredare [...] Det måste ses individuellt med. Man kan inte säga ”Varför har du kommit igenom din psykologiska utredning på åtta månader, min tog minsann femton”. Det kan inte jag svara på [...] Det är ju individuellt hur din utredare har bedömt dej [...] Det är lätt att i våran grupp, att de blir också lite avundsjuka och lite... Ja, lite catfight liksom...

Citatet kan ses som både en skildring av en upplevd maktkamp inom den transsexuella patientgruppen, samtidigt som det går att identifiera en underliggande medicinsk diskurs, som så att säga ”sätter käppar i hjulen” även för de individer som upplever utredningstiden som relativt positiv. En problematik genererad av den medicinska diskursens exklusiva tolkningsföreträdare, i form av en diskursiv maktkamp mellan textproducent och den övergripande transsexuella patientgruppen inom ramen för intervjusituationen. En maktkamp framställd via en textuell dialektik mellan tre hierarkiskt ordnade diskurspositioner. Det vill säga, den som strikt underordnad patient, den som den duktiga patienten, och slutligen den som huvudansvarig utredare. Min avsikt här är inte att peka på en övergripande transsexuell patientgrupp som dåliga

²⁴ Sannah. Intervju 2006-03-02

²⁵ Sannah. Intervju 2006-03-02

patienter. Istället vill jag lyfta fram Sannahs ord om att hon ”har sagt och gjort vad man ska göra”²⁶ som ett uttryck för en normativt mall för den duktiga transsexuella patienten under utredning, definierad av ett ideologiskt belastat sammanhang. I intervjun med Emelie uttrycks liknande tankar: ”Jag har agerat som en bra patient. Jag har aldrig ringt och klagat, aldrig ringt och tjatat. Och tänkt att det kanske kommer ligga till min fördel framöver [...] Som sagt det funkade. Jag har gjort vad jag ska göra. Apa ser, apa gör liksom”²⁷. I citaten med Sannah och Emelie läggs stor vikt på att göra och säga, det som man som transsexuell patient upplever att man förväntas göra och säga under utredningsprocessen. Fram träder en implicit bild av hur man som patient under utredning skall bete sig för att uppfattas som duktig av utredaren. En normativ bild av hur man som patient bör agera för att få en så smärtfri utredningsprocess som möjlig, skapad inom den transsexuella patientgruppen till följd av utredarens auktoritära ställning i vårdsituationen.

Citatet med Sannah tecknar därtill en patient i kläm mellan två sociala världar, resulterande i diskursiva tillrättavisningar från två håll. Genom att infoga sig själv inom ramen för vad hon upplever som en skötsam och regelrätt patient under utredning söker hon få en så smärtfri utredningstid som möjligt, samtidigt som denna strategi resulterar i misstänksamhet och ifrågasättande praktiker från den egna gruppen. En misstänksamhet och ett ifrågasättande som jag tolkar som resultatet av den medicinska diskursens verklighetskonstituerande befogenheter, samt det faktum att utredningsprocessen ofta upplevs som problematisk och psykiskt nedbrytande för så många andra. En problematik som därtill förstärks av inneboende svårigheter för de patienter som önskar byta utredare: ”Teoretiskt så finns de möjligheter om man byter landsting. Därför att stad X har bara en utredare [...] Till och börja med så hade jag fått mantalsskriva mej i den regionen [...] sen hade jag fått ställa mej i kö igen. Så min utredning hade ju blivit tvärnitad i avvaktan på att jag kommer in i systemet igen. Kanske hade jag fått börja räkna om från noll. Jag vet ju dom som har gjort det [...] Det har fått precis den effekten, dom har i princip fått börja om från början”²⁸.

3.1.2 *Testad identitet...*

I anslutning till ovanstående resonemang vill jag även peka på testdimensionen i utredningstiden som ytterligare ett led i den transsexuella patientgruppens underordning. Kännetecknande för flertalet av informanterna är ifrågasättande skildringar av de olika undersökningar som patienter

²⁶ Sannah. Intervju 2006-03-02

²⁷ Emelie. Intervju 2006-04-12

²⁸ Elin. Intervju 2006-03-22

under utredning måste genomgå. Ett ifrågasättande som också förstärks av informanternas generella upplevelser av bristande information och motivering av de olika undersökningarna. Som exemplifiering låter jag Kim berätta:

Kim²⁹- Intelligenstestet känns ju helt meningslöst [...] Det är ingenting man gör för diabetiker eller en cancerpatient [...] Det är väl också ett insamlande av information [...] för att bedriva någon sorts forskning utan att man gett sin tillåtelse till det [...] Men då borde dom ju också säga att det är därför dom gör det...

I intervjun med Lars uttrycks liknande tankegångar: ”Jag menar både min utredare och min kirurg publicerar det dom kommer fram till medan dom behandlar en, och därför är vi ju också labbråttor”³⁰. Benämningen labbråtta vill jag påstå kan tolkas som en symbolisk gestaltning av den sociala position som tidigare skildrats i kapitlet. Det vill säga den som underordnad, oinformerad, och observerad transsexuell patient under utredning. Utredningen kan därför, enligt min tolkning, beskrivas som en ideologiskt belastad sjukvårdstradition, med inskränkande konsekvenser för de testade patienternas upplevelser av autonomi och handlingsutrymme. I citaten med Kim och Lars framträder således en medicinsk diskurs, som i kraft av en paternalistisk utredningspraxis temporärt koloniserar den transsexuella patientgruppens liv och kroppar under utredningstiden. Materialet ger många exempel på oförståelse kring de diagnosföreliggande testerna och kan därför inte ses som enstaka åsikter från ett fåtal av informanterna. I intervjun med Emelie skildras detta på ett slående vis:

Emelie³¹- Allmänbildningstestet man gjorde, det kändes jättekonstigt [...] Om inte jag vet hur långt Sverige är, är jag inte transsexuell då? Och om jag inte kan räkna ordentligt, eller lägga dom här pusslarna. Vad säger det egentligen? [...] Eller när jag låg och magnetröntgade mej i fyrtiofem minuter [...] Det var nog en av dom mest obehagliga upplevelserna jag nånsin har vart med om [...] Jag frågade både människan som magnetröntgade mej och hon som satte EEG på mej ”Vad får ni ut av det här egentligen? Hur kan det här vara nödvändigt?” Och dom svarade att ”Det vet vi inte. Men utredaren krävde att det skulle genomföras och då gjorde vi det”

Den dominerande rösten i ovanstående citat kan identifieras som en medicinsk diskurs med starka verklighetskonstituerande befogenheter, resulterande i en osynlig och maktlös positionering av patienterna inom ramen för ett auktoritärt sjukvårdssystem. Ytterligare paternalistiska dimensioner ligger också i det faktum att Emelie tidigare i intervjun berättat om hur hon har fått tjata sig till information om resultaten på de olika tester som hon genomfört³². Citatet kan således ses som en illustration av en idé om att utredaren i kraft av sin psykiatriska

²⁹ Kim. Intervju 2006-03-14

³⁰ Lars. Intervju 2006-03-08

³¹ Emelie. Intervju 2006-04-12

och medicinska expertis, tillsammans med psykologiska och neurologiska tester, kan identifiera en "autentisk" könsidentitet i de transsexuella individerna under utredning (Jfr. Dreger, 2003³³). Undersökningarna är visserligen också till för att identifiera psykiska sjukdomar, vilket dock överskuggas av flera av informanternas ifrågasättande av undersökningarna som meningsfulla mätinstrument av såväl psykisk sjukdom som av tillståndet transsexualism. Testerna framstår således som upprätthållande diskursiva tekniker och praktiker av den medicinska diskursens hegemoni, vilket framträder i de ovanstående citatens påfallande interdiskursiva dimension. En diskursiv maktkamp mellan en överordnad medicinsk diskurs och en reflexiv identitetsdiskurs, där den medicinska diskursen ges ett konsekvent tolkningsföreträde i vårdsituationen.

Avslutningsvis vill jag dock ta upp ytterligare ett exempel, i anslutning till de fysiska kroppsundersökningar som transsexuella patienter måste genomgå. Dessa fysiska kroppsundersökningar motiveras med att utredningsteamet vill undersöka och kontrollera patientens generella hälsotillstånd. En dimension av den fysiska kroppsundersökningen utgörs av inspektion av patientens könsorgan, utförd av huvudansvarig utredare eller gynekolog. Denna inspektion är dock enligt praxis inte enbart en visuell sådan utan innehåller vanligtvis "lite klämma och känna också"³⁴. Detta försätter patienten i en särskilt utsatt situation, förstärkt av att den som utför inspektionen ofta är ansvarig utredare själv. Jag låter Emelie berätta:

Emelie³⁵- En gång då hade hon kallat mej till ett möte [...] Helt plötsligt så ställde hon sig upp och sa att "Vänta ett tag" och så gick hon iväg, till ett annat rum och så kollade hon om det var ledigt. Och så sa hon att "Ja, vi ska kolla på dina könsorgan"... "Jaha?"... "Ja, eller har du några problem med det?"... Det var väl kanske det som vart jobbigast under hela utredningen. Just den processen den kändes verkligen "Vad håller hon på me nu?" Det kändes som om hon skulle sätta mej ur spel helt och hållet och jag tänkte att vad händer om jag vägrar? [...] Inte ens kirurgen som skulle operera bort det var och kände på som hon gjorde [...] Hon sa att "Det behövs för utredningen så att vi vet att dina genitalier är intakta" [...] Jag kände mej väldigt utsatt (tystnad) Ja, då hatade jag verkligen utredaren...

Det bör därtill påpekas att dessa undersökningar är något som huvudansvarig utredare vid stad X endast utför på ts-kvinnor, till skillnad från ts-män som remitteras till gynekologen med motiveringen att det inte är utredarens avdelning³⁶. Eller för att citera Kristian : "Jag har frågat henne om hon nånsin har sett en transsexuell kille utan byxor överhuvudtaget [...] Men nej det

³² Emelie. Intervju 2006-04-12

³³ I boken "*Hermaphrodites and the medical invention of sex*" (Dreger, 2003) diskuteras visserligen fallet intersexualism, dock vill jag påstå detta tankesätt som snarlikt ts-vårdens utredningsförfarande: "Intersex doctors presume sexual anatomy to be easily measurable as normal or not. They also tell parents of intersex newborns an excessively simple, straightforward, modernist narrative which claims that the intersex child has a real true female or male sex and that the doctor only need to discover which one it is" (Dreger, 2003. s. 184-185).

³⁴ Elin. Intervju 2006-03-22

³⁵ Emelie. Intervju 2006-04-12

hade hon inte gjort. Och det förvånar mej, för hon har ju uppenbarligen sett åtskilliga transsexuella tjejer utan brallor³⁷.

Den fysiska inspektion av könsorganen som Emelie skildrar i citatet ovan framträder för mig som en omotiverad maktdemonstration, styrkt av det faktum att könsorganen också var den enda delen av kroppen som inspekterades vid det aktuella tillfället³⁸. Att huvudutredaren därtill inte utför inspektioner av könsorgan konsekvent på alla patienter under utredning innebär att inspektionerna kan tolkas i termer av institutionella kränkningar, vilket förstärks av att handlingarna utförs på individer som är låsta i en strikt underordnad beroendeposition till utredaren. Följden av denna praxis blir att ts-kvinnor kan tolkas som diskursivt tillrättavisade av ett auktoritärt sjukvårdssystem, något som i Emelies fall förstärks av utebliven information om den aktuella agendan för mötet. Den strikt underordnade positionen som patient gentemot den ansvariga utredaren lämnar föga utrymme för Emelie att neka eller ifrågasätta utredarens handlande. Då handlingen i sig därtill upplevs och skildras som en omotiverad inspektion på diffusa och lösa grunder är den ideologiska dimensionen i form av institutionellt förankrad makt, dominans och exploatering svår att blunda för. Viktigt att påpeka är dock att de ts-kvinnor som figurerar i studien endast är knutna till stad X, vilket gör det problematiskt att binda denna praxis enbart till denna utredningsort. Jag står dock fast vid tolkningen av incidenten som ett institutionellt kränkande av patientgruppen ts-kvinnor, i och med att den tjänstgörande utredaren kunde ha valt att remittera även denna grupp till annan instans för utföring av den fysiska kroppsundersökningen.

Ytterligare exempel på obehagliga upplevelser av de fysiska kroppsundersökningarna ges i intervjun med Elin:

Elin³⁹- Hade hon försökt att pressa mej då hade jag framhärdat att det vill jag göra under narkos med en neurolog. Jag vill inte att hon ska göra det, för det blir väldigt knepigt för mej att hon som var min utredare ska se mej och röra vid mej på det sättet. Det funkar inte alls, och hon förstod det och sa att "Går de bra om jag bara tittar" [...] Jag fick stålsätta mej men det funkade. Där visade hon faktiskt respekt. Men det var nog fasen enda gången tror jag (skrattar till) Faktiskt...Det var enda gången...

Trots att citatet skildrar ett visst mått av handlingsutrymme vill jag även här peka på den fysiska kroppsundersökningen som en institutionell kränkning. Den dominerande rösten, i både citatet med Emelie och Elin, är således rösten från medicinsk diskurs, som i kraft av sina starka verklighetskonstituerande befogenheter tilldelar utredaren ett handlingsutrymme och en

³⁶ Kristian. Intervju 2006-03-02

³⁷ Kristian. intervju 2006-03-02

³⁸ Emelie. Intervju 2006-04-12

överordning omöjlig för patienterna att värja sig mot. Detta förtydligas också i det faktum att både Emelie och Elin uthärdar proceduren som en upplevt nödvändig del i den medicinska auktoritetens observerande av deras kroppar och identiteter som fullvärdiga könskorrigering behandling eller inte. Citatet med Elin bör dessutom ses som en spegling av en överlag problematisk utredningsprocess, en social värld som hon beskriver som att:

Elin⁴⁰- Man befinner sig i en social vardag där man ska umgås med andra människor. Det är en enorm anspänning. Att hitta sin identitet som den man eller kvinna man egentligen är med ett ursprung i fel biologi [...] Och sen samtidigt inte få en trygghet i just värden [...] Man söker sig dit för att få hjälp. Och det känns som att man blir utsatt för en rättegång...Men vad är man anklagad för? Ja, det är en hemsk känsla...

Med stöd i ovanstående diskussion och det övergripande materialet tolkar jag testdimensionen i utredningen som diskursiva praktiker och tekniker, genom vilka den medicinska diskursen kan upprätthålla en strikt asymmetrisk relation mellan patienter och psykiatrisk och medicinsk expertis. Något som tydliggörs i de ovanstående diskuterade citatens inneboende diskursiv kamp, om rätten till att definiera den transsexuella patientgruppens kroppar och liv som meningsfulla i vårdsituationen. Problematik som resulterar i att patienterna inom ramen för utredningstiden fräntas rätten till egenhändiga tolkningar av sina liv och kroppar.

3.2 *Efter Socialstyrelsens Rättsliga Råd...*

3.2.1 *Rättsliga rådet som "gatekeeper"*

Skildringarna av den ts-vård som bedrivs efter passage via socialstyrelsens rättsliga råd präglas av en uttalad lättnad och frihet. Denna lättnad och frihet är både förbundet med patienten som nu berättigad till juridiska och kirurgiska könskorrigering, samt att patienten nu också slipper den ofta påfrestande beroendepositionen till huvudansvarig utredare. Vid intervjutillfällena hade fem informanter passerat socialstyrelsens rättsliga råd, samt också genomgått de största kirurgiska ingreppen. Med stöd i dessa informanternas berättelser vill jag således peka på tiden efter socialstyrelsens rättsliga råd som ett inträde i en ny social verklighet med tillhörande nya riktlinjer, normer och sociala positioner för såväl vårdpersonal som patienter. Denna nya sociala värld bör dock ses som inbegripen i den medicinska diskursen och den sociala världen för svensk institutionell sjukvård. Det är dock tydligt hur denna verklighet till viss del ändrar riktning, i form av mindre strikt asymmetriskt ordnade omständigheter och diskurspositioner. Likt

³⁹Elin. Intervju 2006-03-22

utredningstiden innebär även det kirurgiska sammanhanget en tydlig maktdimension, men där ideologiska dimensioner i form av dominans och exploatering framstår som mindre påtaglig i informanternas berättelser. Den befriande dimensionen utgörs främst av godkännandet från socialstyrelsens rättsliga råd, något som också hela utredningstiden strävat mot. Att då slutligen passera denna så kallade ”gatekeeper” och därmed också bli förskonad från beroendepositionen till utredaren beskrivs som just befriande. För Elin blev övergången från utredningen extra påfrestande, och därför också extra tydlig:

Elin⁴¹- För mej så handlar utredningen om att Jag ska kunna komma till Rättsliga Rådet och få min tillstyrkan, så jag får min operation, så jag slipper betala själv⁴² [...] Så en förhaling där det var ju jättejobbigt[...] För då sa hon i januari ”Ja i april så kan vi börja titta på papperna och se om vi kan börja skicka dom till rättsliga rådet”. När jag kommer tillbaka i april så säger hon att ”Nä det är inte aktuellt. Vi får prata igen i juni?”. Hon bara avfärdar ett löfte (tystnad) [...] Ja, i juni i alla fall då var jag på henne ”Men du sa såhär”. Ja då skrev vi ihop papprena då och skulle skicka dom i början på juli, och papprena blev bara delvis inskickade. Och socialstyrelsen begärde komplettering, och fick ingen komplettering...eller fick felaktiga [...] Det tog socialstyrelsen tre månader av ytterligare begäran om att få ut material tills dom skulle få ut allting som tillhörde själva utredningsmaterialet. Och det fanns ingen anledning, det hände ingenting under den tiden som skulle kunna förklara att det fanns någon anledning att dröja utan det va bara att ta allting som hade hänt fram tills första juli och skicka, för efter första juli då hände det ju inget mer i utredningen. De hände inte ett skit [...] Och så höll det på, och månaderna gick...

Citatet präglas av en diskursiv kamp med starka ideologiska dimensioner. Den dominerande rösten tillfaller således en medicinsk diskurs, där huvudansvarig utredare tilldelas ett exklusivt tolkningsföreträde i vårdssituationen. Denna röst står vidare i opposition mot å ena sidan en reflexiv identitetsdiskurs representerad av patienten Elin, samt å andra sidan det medicinska sammanhanget kring den könskorrigering kirurgin. Utredarens fumlande med vidarebefordrandet av den slutgiltiga utredningsrapportens framträder i citatet som en form av slutgiltig maktdemonstration, då både utredare och patient är väl medvetna om socialstyrelsens rättslig råd som en passage till en social värld där utredarens makt förlorar i mark. Elins kropp och liv tolkar jag därmed som institutionellt kolonialiserad och i kläm mellan två sociala världar, vilket medför att Elins psykiska hälsa försvåras. Denna maktlöshet förstärks därtill av en oro kopplad till en diffus och omotiverad tidsram för den fullständiga rapportens vidarebefordran till

⁴⁰ Elin. Intervju 2006-03-22

⁴¹ Elin. Intervju 2006-03-22

⁴² I Sverige ges dock inte tillgång till könskorrigering behandling utan genomgången utredning och passage via Socialstyrelsens Rättsliga Råd. För behandling utanför svensk såväl institutionell som privat sjukvård krävs att patienten vänder sig till utlandet.

socialstyrelsens rättsliga råd. Johanna uttrycker en liknande problematik kring det så kallade maktskiftet mellan den sociala världen kring utredningstiden och den könskorrigering kirurgin:

Johanna⁴³- Sista halvåret har varit det värsta i mitt liv. För då är man så nära...så nära. Du kan sträcka ut handen, du känner...men du når inte fram. Du har en dörr bakom dej, den är stängd [...] Dit du vill, den dörren är stängd också. Men där inne kan du se in. Du kan känna, men du är inte välkommen. Därför att du är ju inte du...Den lilla detaljen mellan benen är en värld emellan...

Johanna berättar dessutom om en fördröjd rapporteringsprocedur. Då skilsmässan föll i kraft först dagen efter det möte då utredaren och Johanna tillsammans skulle fylla i de slutgiltiga papperna, valde utredaren att vänta ytterligare tre månader med att skicka in utredningsrapporten⁴⁴. För att ytterligare visa på skiftet mellan dessa två sociala världar låter jag Elin berätta vidare om sina upplevelser kring det slutgiltiga godkännandet hos socialstyrelsens rättsliga råd:

Elin⁴⁵- Jag ringde i januari tvåtusenfem. Och det var sista försöket för mej [...] Och när jag då ringde handläggningsssekreteraren där uppe på socialstyrelsens rättsliga råd, då hade hon kallelsen till mej på sin skärm [...] Hade hon sagt att dom ännu inte hade hört nåt ...då vet jag inte vad som hade hänt faktiskt, för då var jag i dåligt skick [...] Och då var ändå mitt liv, så när på kirurgin så var ju hela mitt liv omställt. Mitt gamla liv var ju fullständigt borta. Och att då ändå sväva i någon slags osäkerhet att ”Kommer de här nånsin att bli?” [...] Att varje gång som man går på toaletten, konfronteras med det mest förhatliga på sin kropp. Det är som att varje morgon, middag och kväll så får du en rejäl snyting, så känns det [...] Sen gick de fort [...] Ja, i och med att jag fick tillstyrkan, sen har det varit raka spåret bara. Och då är ju dessutom alltsammans bortanför utredarens räckvidd.

Kontrasterna i de ovanstående citaten är slående. Rättsliga rådet blir för Elin och Johanna en passage till en ny social verklighet, som i kraft av friare band till utredaren positionerar dem som mindre strikt underordnad i det medicinska sammanhanget. Citatet ger även exempel på ett tydligt diskursivt maktskifte mellan den sociala världen kring utredningen och sammanhanget kring den könskorrigering kirurgin. Samtidigt går det därtill att skymta ett ”ljus i tunneln”, i form av en gradvis övergång till en framtida position som autonom i en social värld bortom ts-vården. Med stöd i de ovanstående citaten vill jag vidare argumentera för de sociala positioner som ges inom de två olika sammanhangen förbundna med begreppen tid och information, vilket också är möjligt att tolka som en övergång mellan två sociala världar via en så kallad trikotomi. En trikotomi utgjord av å ena sidan maktlöshet/överskådlighet/kontroll, genererande tillhörande

⁴³ Johanna. Intervju 2006-03-30

⁴⁴ Johanna. Intervju 2006-03-30

⁴⁵ Elin. Intervju 2006-03-22

trikotomt ordnade diskurspositioner som underordnad/relativt underordnad/överordnad. Modellen kan ses som en symbolisk skildring av tidsförloppet och maktaspekten inom den övergripande ts-värden, från påbörjad utredning fram till slutförd kirurgisk och juridisk korrigerande av patienternas könsidentitet.

Via trikotomin som analytiskt verktyg vill jag framförallt peka på tid som en del av ett större hegemoniskt sammanhang. Kontroll av information och tid inom utredningstiden, ges därmed en upprätthållande funktion inom ramen för ett auktoritärt sjukvårdssystem i påfallande förmyndaranda. Skillnaden mellan de båda sammanhangen utgörs dock av en paternalistisk gradskillnad. Något som också styrks av samtliga informanternas skildringar av utredaren som exklusiv dirigent av när och hur de olika momenten i utredningen skall inträffa. En problematik som också är påtagligt i ovanstående citat med Elin och Johanna, där utredaren i missar, respektive väljer att inte skicka in, viktiga delar av utredningsrapporten till rättsliga rådet, resulterande i en betydande försening av Elins och Johannas behandlingsprocess.

Genom trikotomin som analytisk ingång vill jag framförallt illustrera det maktskifte som alla informanter på olika vis vittnar om. Relationen mellan det betecknande och det betecknade kan därmed tolkas som temporärt genomsyrad av makt och ideologiska dimensioner, i form av institutionell dominans och exploatering. Jag vill dock peka på vårdssammanhanget under såväl utredningsprocessen som den könskorrigering kirurgin som präglad av en påfallande förmyndarmentalitet. Något som också förstärks av den inneboende fordran att patienterna överlämnar sina kroppar i kirurgens händer, där kirurgen därefter via medicinsk expertis och avancerad teknologi förväntas omskapa patienternas kroppar utifrån riktlinjer satta från en tydligt polariserad och ofrånkomlig tvåkönsmodell.

3.2.2 *Det kirurgiska vårdssammanhanget*

Med utgångspunkt i ovanstående diskussion kring maktskiftet mellan utredning och kirurgi vill jag framhålla det kirurgiska vårdssammanhanget som kännetecknat av en paternalistisk maktlättnad, vilket också är tydligt i samtliga informanternas berättelser. Denna så kallade maktlättnad tolkar jag med stöd i materialet som en produkt av ett generellt sätt bättre bemötande, åtföljt av ett för patienterna mer överskådligt tidsförlopp och bättre information om de olika moment som den könskorrigering kirurgin innebär. Elin uttrycker exempelvis att: ”Kirurgerna är ju underbara [...] Dom är jättebra, verkligen”⁴⁶. I intervjun med Emelie kom också tidsperspektivet i den kirurgiska vårdprocessen fram:

⁴⁶ Elin. Intervju 2006-03-22

Emelie⁴⁷- Det var så skönt med andra människor [...] Det här var lite mer effektivt, det hände saker och människor som brydde sej framförallt [...] Det var definitivt en mycket mer positiv upplevelse [...] Hela behandlingsgrejen efter att utredaren hade lämnat vidare

Den dominerande rösten i citatet med Emelie framstår här som tillhörande Emelie själv, som i kraft av inträde i ett nytt vårdssammanhang frångått den underordnade och utsatta positionen som patient under observation. Det ökade handlingsutrymme som citatet skildrar kan därtill ses som en produkt av en vårdpraxis mer lyhörd för den transsexuella patientgruppens särskilda behov och intressen. I intervjun med Emanuel framträder den paternalistiska maktlättnad tydligt: ”Ja, kirurgen har vart väldigt lyhörd. Och han har tagit del av senaste forskningsresultaten om hur man gör snygga mastektomier till exempel. Det är väldigt svåra operationer. Han visar verkligen att han är engagerad och intresserad”⁴⁸. De ovanstående citaten med Emelie och Emanuel kan visserligen ses som uppbyggda från den medicinska diskursens premisser, som i kraft av en mer empatiskt, effektiv och engagera vårdpraxis till viss del frångår den strikta förmyndarmentalitet som präglar informanternas skildringar av utredningsprocessen. Dock ger materialet även här exempel på incidenter med högst ideologiska dimensioner. Jag låter Lars berätta om hur det gick till vid en av hans nedre operationer:

Lars⁴⁹- Sist slängdes jag ut medan jag fortfarande hade morfin, till att trots att jag var opererad mellan benen sitta tio timmar på tåg. Och det gick nog bara därför att jag inte hade hämtat mej från morfinet, och inte riktigt visste var jag var nånstans [...] Och biljetter hade jag inte heller, dom fick jag beställa Online från en läkarekandidats dator [...] Ja, det var på morgonen efter operationen [...] Alltså jag hade opererats dag a, ett, och på natten till dag två på morgonsidan hade jag fått morfin[...] Jag var inte så begeistrad av det kan man ju säga. Fast jag lyckades kräva åt mej en sittring, det gjorde jag [...] Jag minns ju det, men det är mer sådär som i en dimma. Man är ju inte så väldigt klar när man har morfin...

Citatet med Lars kan ses som uppbyggd från en underliggande medicinsk diskurs, med starka verklighetskonstituerande befogenheter i vårdssituationen. Resultatet är således en vårdssituation med synnerligen ideologiska förtecken, där den empati och det engagemang som de tidigare citaten vittnat om lyser med sin frånvaro. Incidenten skildrar framförallt en hegemoniskt positionerad ansvarig läkare med stora brister i förmågan att se människan bakom den opererade kroppen. Då Lars dessutom var ensam i situationen, utan exempelvis någon närstående att luta sig mot, innebär detta en särskilt utsatt position. Trots ett citat uppbyggt från den överordnade medicinska diskursens premisser vill jag peka på den dominerande rösten i citatet som den från

⁴⁷ Emelie. intervju 2006-04-12

⁴⁸ Emanuel. Intervju 2006-03-13

⁴⁹ Lars. Intervju 2006-03-08

en reflexiv identitetsdiskurs representerad av patienten själv. Citatet kan med andra ord ses som uttryck för å ena sidan en patient i ett omtöcknat och tämligen hjälplöst tillstånd, å andra sidan en patient som i den sociala världen för intervjusituationen, aktivt problematiserar och återtar rätten till att skildra ett sammanhang annars i händerna på institutionell makt. Fram träder således rösten från den senmoderne vårdkonsumenten Lars, som visserligen inte får tillgång till den vård han önskar konsumera men som ändå kan ses som ett tydligt exempel på det kritiska förhållningssätt till medicinska auktoriteter som utmärker den senmoderna patienten.

Utskriften av en nyopererad och morfinpåverkad patient tolkar jag därtill som en del i en institutionell kolonialisering av den transsexuella patientgruppens liv och kroppar. Viktigt att påpeka är därtill att Lars är den informant som vittnat om särskilt problematiska erfarenheter av det kirurgiska sammanhanget. Övriga informanter beskriver dock kirurgerna som professionella, empatiska, inkännande och engagerat bemötande. För Lars upplevs just operationsdimensionen som särskilt svår, i och med än så länge sex operationer, varav ytterligare korrigeringar av urinerörsfunktionen krävs för att Lars utan svårigheter ska kunna fungera i vardagen. De tre utförda korrigeringarna har vid sidan av hygienmässiga komplikationer i vardagen medfört en fördröjning av behandlingstiden på fyra år, vilket Lars upplever som högst frustrerande, då korrigeringarna är det sista som fortfarande binder honom till ts-vården och därmed också förlänger hans sociala position som underordnad i ett auktoritärt vårdssystem⁵⁰.

Ytterligare exempel på ideologiskt belastade praktiker ges i intervjun med Emelie:

Emelie⁵¹- När man låg på sjukhuset, och kirurgen kom och man hade plockat bort bandagen... Att han inför övriga rondpersonalen tar på vaginan och säger "Känner du nånting?" "Ja" "Känner du var jag tar nånstans?". Och jag kände att jag kunde inte säga det här [...] Jag tror inte att han menade någonting illa med det men det kändes verkligen "Vänta nu. Är det här okej?" [...] Och sen när han plockade bort stygnen på mej, då var det också en sköterska med. Men hon kom på sej själv och frågade "Är det okej om jag är med?" Och då låg jag ju redan med benen isär (skrattar till) Jag tror någonstans att kirurgen inte tänker på vad han sysslar med. Så på det sättet så känns det ju lite bättre än det huvudansvarig utredare utsatte mej för [...] Jag tror nånstans att han inte tänker, alltså han ser det som att han har gjort ett hantverk. Men för mej så är det ju en del utav min kropp. Det är en sån intim del av min kropp dessutom, och jag hade ju inte själv sett hur resultatet såg ut då. Så jag hade inte en aning om vad dom tittade på.

Utmärkande för Emelies skildring är det overseende som hon uttrycker i talet om kirurgens praktiker. Detta tolkar jag som återspeglade ett sammanhang som Emelie tidigare beskrivit som präglad av ett överlag professionellt och engagerat bemötande. Med andra ord omständigheter med förmildrande effekter i bedömningen av vad som faktiskt hände. Den dominerande rösten i

⁵⁰ Lars. Intervju 2006-03-08

citatet tolkar jag som rösten från ett överordnat kirurgiskt sammanhang med en tillhörande förmyndarmentalitet. En hegemonisk problematik som dels framträder i den överordnade kirurgens tolkning av en förhållandevis känslig och intim vårdsituation, samt dels i talet om kirurgen som en hantverkare. Konsekvensen blir att människan Emelie hamnar i skymundan, till förmån för kirurgens uppdrag att via medicinsk teknologi och expertis omskapa hennes kropp till en så trovärdig och fungerande kvinnokropp som möjligt. Ytterligare dimensioner i citatet utgörs av det kirurgiska vårdsammanhanget som polariserat mot utredningstiden, vilket framträder i Emelies benämning av den ovan beskrivna incidenten som till viss del mer legitim än utredarens plötsliga kroppsundersökning som tidigare skildrats i kapitlet. Citatet skildrar därtill ett kirurgiskt vårdsammanhang i konflikt med en reflexiv identitetsdiskurs, representerat av Emelie själv. Med benämningen reflexiv identitetsdiskurs vill jag peka på hur Emelie i den sociala världen för intervjusituationen aktivt opponerar sig mot ett institutionellt kolonialiserande av hennes kropp, där citatet framställs som en kritisk och problematiserande version av den sociala världen kring den könskorrigering kirurgen.

Citatet innehåller därtill ytterligare komplexitet i form av diskursiva vändningar. Dessa vändningar avser de punkter i texten där Emelie å ena sidan uttrycker situationen som präglad av underordning, samtidigt som hon å andra sidan skildrar situationen som en produkt av en professionell fackmannamässighet och den kirurgiska yrkesidentiteten. Genomgående är dock ett kritisk förhållningssätt till den medicinska auktoriteten, där Emelies utsaga utgör ett aktivt ifrågasättande av kirurgens bristfällande förmåga att se människan bakom det kirurgiska hantverket. Den ideologiska dimensionen kan med andra ord tolkas som inbäddad i den agerande kirurgens yrkesidentitet, snarare än som resultatet av en medveten handling utförd mellan två hierarkiskt ordnade positioner. Dessa positioner bör istället ses som inbegripna i ett större nätverk och meningssystem, i detta fallet en medicinsk diskurs med stora brister i synliggörandet av människan. På så vis blir både Emelie som patient och den ansvarige kirurgen delar av samma maktnätverk, där deras diskurspositioner fungerar som nyckelverktyg i upprätthållandet av en övergripande hegemonisk ordning.

Med undantag från Lars skildringar av mötet med sammanhanget kring den könskorrigering kirurgen vill jag slutligen peka på detta sammanhang som i kraft av ett generellt sett bättre bemötande och personligt inkännande tilldelar informanterna diskurspositioner som betydligt mer autonoma, synliga och framförallt trovärdiga än i utredningsprocessen. Jag låter ett kort avsnitt ur intervjun med Emanuel belysa:

⁵¹ Emelie. Intervju 2006-04-12

Emanuel⁵²- Kirurgen till exempel han är väldigt empatisk [...] Dom skickade paper faktiskt när jag var inlagd, till alla mina läkare, att jag har varit inlagd [...] på psyket. Så då visste han redan det när jag kom, ”Ja, säj inte att du mår bra nu, jag vet nog hur de ligger till” [...] Han är väldigt varm...

Den empati som Emanuel skildrar i citatet är beskrivningar som är betydligt mer förekommande i informanternas skildringar av det kirurgiska vårdsammanhanget än den kring utredningsprocessen. Trots det faktum att Lars ställer sig utanför dessa skildringar vill jag därför lyfta fram det kirurgiska sammanhanget som en social värld med mindre strikt asymmetriskt ordnade relationer mellan patient och huvudansvarig kirurg/läkare. Detta bör vidare ses i relation till den tidigare diskussionen kring tid och information, då informanterna vid inträde i denna sociala värld träder in i en mer överskådlig verklighet och därmed får en större känsla av autonomi. Det är dock viktigt att understryka även det kirurgiska sammanhanget som en del av en medicinsk diskurs med starka intressen att upprätthålla och bevara en strikt asymmetrisk ordning i förhållandet mellan läkare och patient. Materialet ger både exempel på ett generellt sett bättre och mer empatiskt bemötande, samtidigt som det även ger exempel på incidenter och situationer med ideologiska dimensioner av makt, dominans och exploatering.

3.3 *En reflexiv egenvård*

3.3.1 *En emancipatorisk lucka...*

Materialet visar utöver ovanstående diskussion signaler på stora brister i nuvarande riktlinjer och praxis för psykosocial stödverksamhet. I och med den process som ts-vården innebär vill jag understryka att det också implicit bör antas att patienter under utredning och kirurgisk behandling är i behov av någon form av psykosocial stödverksamhet. Informanterna kan visserligen inte beskrivas som generellt sett en homogen grupp individer kännetecknade av psykisk ohälsa, jag vill dock påstå att de alla skildrar ett sjukvårdssystem med stora brister i omhändertagandet av de vårdtagande patienterna. Utöver detta ger materialet starka signaler till att själva utredningstiden som social värld i sig riskerar att generera en betydande psykisk ohälsa och mental instabilitet hos de patienter som är under utredning. Positionen som strikt underordnad, maktlös och exploaterad kan därför beskrivas som en position och ett tillstånd genererat av ett sammanhang utan adekvat kapacitet till omhändertagande av dessa ofta självgenererade omständigheter.

⁵² Emanuel. Intervju 2006-02-13

Psykolog och kurator finns visserligen att tillgå som del i två av de aktuella utredningsorternas ts-team, dock är det tydligt att kopplingen till den övergripande bedömningsprocessen resulterar i att patienterna ser stora risker i att öppna upp sig för dessa personer. Att tala öppet med dessa personer skildras av samtliga informanter i termer av ett risktagande. En problematik resulterande i att flertalet informanter trots behov exempelvis valt att avstå från återkommande möten med den inblandade kuratorn eller psykologen. Exempelvis uttrycker Kim att ”det känns som att deras uppgift är att bedöma om jag är kvalificerad eller inte. Och att då söka stöd hos den som har makten, det blir väldigt dubbelt”⁵³. Liknande problematik är genomgående i materialet och kan därför inte ses som kopplat till enstaka informanter. Elin skildrar förvisso kuratorn som ett avgörande stöd, ett stöd som hon på grund av rädsla för att bli avvisad inte nyttjade till fullo:

Elin⁵⁴- Huvudproblemet som jag upplevde, det var att de fanns nog hjälp att få men jag vågade inte ta vara på dom möjligheterna i den utsträckning som jag kanske hade velat och behövt. Därför att jag var rädd att det skulle [...] ligga mej i fatet i bedömningen utav mej. Så att jag gjorde mitt bästa för att hålla en stark front uppe. Så att ja, möjligheterna fanns nog där i teorin men som jag kände mej betraktad, behandlad, ifrågasatt så vågade jag inte ta vara på dom. Det skulle ju kunna komma dom till kännedom och då vävas in i den totala bedömningen. Och om jag då sviktar psykiskt så befarade jag att det skulle läggas mej till last och fördröja min process...

Den osäkerhet som Elin ger uttryck kan därtill ses som förbunden med utredningstidens diffusa organisation och vårdpraxis, samt den konstanta känsla av att hänga i luften som Elin och de andra informanterna alla vittnar om i skildringarna av utredningstiden. Disklurspositionen som strikt underordnad, betraktad och oinformerad medför därmed att informanterna avstår från samtal som på något sätt kan tolkas som tvivel i mötet med ts-teamets vårdpersonal. Den dominerande rösten i ovanstående citat med Kim och Elin utgörs således av en medicinsk diskurs, vars verklighetskonstituerande befogenheter producerar praktiker i form av rädsla och oro för att utredaren ska diskvalificera dem som lämpliga för behandling.

I intervjun med Johanna kom denna rädsla också till uttryck vid reflektioner kring stödverksamhet till närstående, vilket för övrigt enbart som flyktigast erbjudits en informant i anslutning till den obligatoriska anhörigträff som inbegrips i utredningsprocessen⁵⁵. Johanna, som har en förhållandevis ung dotter, ställde sig tvekan till en potentiell möjlighet till stödverksamhet för patienters närstående:

⁵³ Kim. Intervju 2006-03-14

⁵⁴ Elin. Intervju 2006-03-22

⁵⁵ Kim. Intervju 2006-03-14

Johanna⁵⁶- Det där är ett tveeggat svärd. Det där är väldigt känsligt. Återigen, vad hon berättar och säger. Med tanke på vad vi har för utredande läkare skulle min dotter kunna skjuta mej i sank fullständigt [...] I och med att utredaren vänder allting emot mej. Så vad min dotter skulle ha berättat skulle hon ha kunnat säkert utnyttja. För att vad jag har vart livrädd för hela tiden [...] Det är att jag är rädd att jag ska bli anklagad för nånting, att pedofili och blablaba. Man vet ju aldrig vad utredaren hittar på [...] För hade hon lyckats hitta nåt sånt som hon kunde ha hittat på så är ju jag fullständigt död i vattnet [...] Man blir tillslut totalparanoid för att man är så rädd. Och då får ju hon (dottern) lida stackars kraken igen för att jag inte finns där...så rädd så rädd så rädd...

Citatet är ett slående exempel på den ambivalens som alla informanter skildrar gentemot stödverksamhet bedriven inom ramen för det sjukvårdssystem som också avser bedöma dem. Likt det tidigare citatet med Elin vittnar Johanna om diskursiva praktiker, där den medicinska diskursen genererar en avsevärd rädsla för att utredaren ska diskvalificera henne som genuint transsexuell. Därtill visar citatet också på hur ett ideologiskt belastat sjukvårdssystem inte bara tillrättavisar den vårdtagande patientgruppen utan också patienternas närstående, med följden att Johannas dotter hamnar i kläm mellan ts-vården och sin förälder. Detta samtidigt som också Johanna själv hamnar i kläm mellan kärleken till sin dotter och rädslan för att bli avvisad.

Det bör därtill påpekas att majoriteten av informanternas skildringar ger uttryck för brister i uppmärksammandet av närstående som involverade i den könskorrigering processen. Exempelvis berättar Sannah: ” Dom hade ju verkligen behövt ha någon att prata med, någon professionell [...] Som sagt, det har tagit några år för dom att smälta allt det här”⁵⁷. Även Lars skildrar brister i uppmärksammandet av närstående som delaktiga i den könskorrigering processen: ”Närstående nämndes inte i annat avseende än att man skulle tala om vilka deras reaktion var. För det var en del i bedömningen av huruvida jag skulle klara av processen psykologiskt och socialt. Men deras reaktion som ett problem...som att dom hade ett problem. Och det hade dom ju, speciellt min mor. De togs inte upp. Nej, det nämndes inte”⁵⁸. Likaväl som den könskorrigering behandlingen är en omvälvande och ibland svår process för den vårdtagande patienten vittnar flera informanter om att samma sak också ofta gäller för närstående. Materialet ger således signaler på ett behov av att också erbjuda stödverksamhet, utanför bedömningsprocessen, till just närstående.

Psykisk instabilitet och ohälsa kan dock inte ses som gällande för samtliga informanter. Exempelvis berättar Kim om hur han upplever att man inom ts-teamet ser honom som avvikande just för att han mår så pass bra som han gör: ”Det känns som att dom skulle vilja att man skulle må sämre än vad man gör. Dom har ifrågasatt att jag mår bra också, för att det ska vara ett tecken på att jag egentligen inte skulle vara i behov av vård för att jag håller mej över

⁵⁶ Johanna. Intervju 2006-03-30

⁵⁷ Sannah. Intervju 2006-03-02

ytan”⁵⁹. Citatet kan tolkas som ett uttryck för en normativ bild av ett förväntat psykiskt hälsotillstånd hos patienter med en transsexuell problematik. Något som dock framstår som paradoxalt vid en närmare titt på ts-vårdens vårdpraxis och omhändertagande av denna så kallade förväntade psykiska ohälsa. Även Lars, Emelie och Sannah betonar att dom mår just förhållandevis bra, samtidigt som de också uttrycker behov av stödverksamhet, främst i anslutning till utredningsprocessen. Av åtta informanter vittnar Johanna, Kristian och Elin om särskilt svåra omständigheter, då dessa samtal var särskilt präglade av psykisk ohälsa. En psykisk ohälsa som dessutom skildras som direkt kopplad till en problematisk och emotionellt tung utredningsprocess. Exempelvis upplever Elin att hon har blivit så illa behandlad att hon nu funderar på att anmäla utredaren. Funderingar som bottenar i Elin upplevelser av att ”man blir medvetet pressad och provocerad för att se vad man tål”⁶⁰. Liknande problematik återges i intervjun med Johanna: ”Dom måste lära sej när dom ska sätta stopp. När dom ska sluta pusha och trycka emot, och när dom ska ta om hand istället [...] Och ta emot dej. Möta dej... fånga upp dej [...] Och ge dej en liten kram i alla fall. Inte uppmuntrande utan snarare som att -Vi måste pressa dej för att förstå att du verkligen är äkta. Men det är inte så att vi ska plåga livet ur dej”⁶¹. En problematik som i Johannas fall medfört flera självmordsförsök, i direkt samband med känslor av maktlöshet och uppgivenhet i utredningsprocessen och relationen till utredaren. När jag ställde frågan om hur hon ändock orkade med utredningsprocessen och relationen till utredaren svarade Johanna:

Johanna⁶²- Det har jag inte... Jag har ju försökt flera gånger och ta livet av mej så jag har inte gjort det [...] Har du sett den här, med Loffe Karlsson, den här båtresan... Dom här sitter där och så har dom Anderssons grund där utanför [...] Så sitter dom där och tittar på det här grundet och så när det är någon som går på så drar dom ett streck... Där sitter huvudutredaren och där ute är jag och så går jag på grund och dör... Hon fick inte de där strecket på att en till har dött så har de känts

I intervjun med Kristian ges ytterligare uttryck för betydande uppgivenhet och frustration i anslutning till utredningsprocessen:

Kristian⁶³- Mina spontana reaktioner är väl det att ts-vård frågetecken? Jag undrar fortfarande vad som menas med ts-vård [...] Jag finner inte att jag har fått någon vård. Jag har fått vårda mej själv bäst sjutton jag vill. Det

⁵⁸ Lars. Intervju 2006-03-08

⁵⁹ Kim. Intervju 2006-03-14

⁶⁰ Elin. Intervju 2006-03-22

⁶¹ Johanna. Intervju 2006-03-30

⁶² Johanna. Intervju 2006-03-30

⁶³ Kristian. Intervju 2006-02-02

har inte varit någon särskild efterfrågan om hur jag har mått [...] att man har koll på hur jag klarar mej. Det har inte gjorts överhuvudtaget. Tvärtom man får gå själv...man får klara sej bäst sjutton man vill.

Materialet ger många exempel på denna bristande empati som ovanstående citat med Johanna och Kristian skildrar. Materialet ger därför signaler på ett stort behov av förbättrad kapacitet att fånga upp människorna bakom det medicinska tillståndet transsexualism. Det ovanstående citaten är visserligen uppbyggda från premisser av en medicinsk diskurs, ett auktoritärt system som ofta får förödande konsekvenser för patienternas psykiska hälsa. Dock vill jag lyfta fram såväl det tunga citatet med Johanna som det med Kristian som uttryck för en reflexiv identitetsdiskurs, artikulera i tydlig opposition mot den medicinska diskursens verklighetskonstituerande befogenheter. Citaten utgör tydliga uttryck för den senmoderna patienten, där både Johannas och Kristians utsagor ger exempel på aktivt problematiserande av den medicinska auktoriteten. Poängen här bör inte ses som ett försök att förmildra informanternas skildringar av ett ideologiskt belastat sjukvårdssystem, snarare vill jag lyfta fram det engagemang och det agentskap som kännetecknar samtliga informanternas agerande i den sociala världen för intervju-situationen. Informanterna är visserligen inte en homogen grupp människor med enbart negativa och svåra upplevelser av ts-vården, dock står det klart att de alla anammat intervjuernas utrymme för framställandet av kritiska och problematiserande skildringar av ett möte med föga utrymme för patienters autonomi och agens.

Utöver detta visar materialet också på skillnader mellan de tre aktuella utredningsorterna. För Kristian som är ansluten till stad X ges möjligheten att kontakta huvudansvarig utredare på dennes fastslagna telefontid, det vill säga mellan klockan ett och halv två varje tisdag⁶⁴. Rekommendationen som ges är dock att patienterna själva tar kontakt med någon form av psykosocial stödverksamhet. Lars, kopplad till stad Y, blev även han rekommenderad att söka psykosocial stödverksamhet under utredningstiden. Detta visade sig dock för dyrt för Lars privata ekonomi och han valde därför att avstå⁶⁵. På utredningsort Z tolkar jag bilden som till viss del ljusare. Emanuel berättar exempelvis att han vid akut behov av stöd kan vända sig till ansvarig utredare för att boka tid för möte, och att ett möte dessutom går att få relativt snabbt. Dock är den hjälp han erbjuds i huvudsak utskrivning av lugnande eller antidepressiva tabletter⁶⁶. Utöver detta har samma utredningsteam hört sig för om intresse för en patientstödgrupp, en stödgrupp som trots visat intresse ännu inte blivit av⁶⁷. Den emancipatoriska frånvaro som ovanstående diskussion behandlar tolkar jag därför ses som till viss del mindre i anslutning till stad Z. Jag vill

⁶⁴ Kristian. Intervju 2006-02-02

⁶⁵ Lars. Intervju 2006-03-08

⁶⁶ Emanuel. Intervju 2006-03-13

⁶⁷ Kim. Intervju 2006-03-14

trots detta påstå att hjälp i exempelvis tablettform endast kan ses som en temporär och därför relativt bristfällig stödverksamhet.

Materialet visar således signaler på behov av samtalsmässig och professionell hjälp utanför ts-teamets granskande blickar. Något som också styrks av informanternas överlag positiva inställningar till ett hypotetiskt tillsättande av någon form av psykosocial stödverksamhet utan rapporteringsplikt till ts-teamet. Emanuel är en av de informanter som lyckats skaffat sig en tillfredställande psykologkontakt, något som dock krävde ett visst mått av personlig ansträngning:

Emanuel⁶⁸-Dom fixar ju bara själva könsbytet. Om man till följd av sin transsexualism mår dåligt, då skickar ju dom en vidare till sin lokala psykmottagning. Problemet är att när dom gör det, i mitt fall så kom jag till den psykologiska mottagningen, där har dom egna problem tycker dom. ”Vi har massa människor som har vart utsatta för tortyr som är här på psykosteamet”. Problem verkligen! Och så kommer den här människan som till följd av ett könsbyte har ångest och depression...”Kan inte dom på könsbytesutredningen ta hand om det där själva” säger dom och så bollar dom tillbaks en[...]Lyxproblem kallar dom det för ”Nä, bort” liksom ”ta de där själva”...

Utöver detta berättar Emanuel om att han i jakten på stödverksamhet därtill blev utskälld av sin husläkare. En utskällning baserad på husläkarens åsikter om att psykproblematik skall tas om hand på psykmottagningen, vilket framstår som paradoxalt då psykmottagningen hänvisade honom till just husläkaren för stödverksamhet som de själva inte kunde erbjuda⁶⁹. Emanuel bollar därför tillbaka till psykmottagningen, där följande stödverksamhet erbjöds: ”Då ringde jag tillbaks till psykmottagningen. Och då sa dom att -Jaja, men du får väl gå tillbaks till din gamla psykiater som du hade förut men han är på semester”⁷⁰. Emanuel utgör ett tydligt exempel på hur informanterna ofta hamnar i kläm mellan olika sjukvårdssystem och sociala världar. Den dominerande rösten kan därmed identifieras som den från en medicinsk diskurs, som till följd av en inbördes maktkamp definierar människan bakom tillståndet transsexualism som tämligen ointressant, inom såväl svensk primärvård som specialistvård. Resultatet är därmed en institutionell tolkning av Emanuels psykiska ohälsa som lyxproblematik. En tolkning som diskvalificerar honom från professionell psykosocial stödverksamhet. Citatet utgör därmed ett tydligt exempel det övergripande materialets signaler på ts-vården som inkapabel till omhändertagande av sina patienter. Praktiker som, med stöd i uppsatsens övergripande diskussion, ofta kan benämnas som genererade av just det sjukvårdssystem som den transsexuella patientgruppen sökt stöd hos.

⁶⁸ Emanuel. Intervju 2006-03-13

⁶⁹ Emanuel. Intervju 2006-03-13

⁷⁰ Emanuel. Intervju 2006-03-13

Med utgångspunkt i ovanstående diskussion vill jag därför understryka den känslomässiga och medmänskliga dimensionen av ts-vård, som en bristvara inom aktuell vårdpraxis, såväl för den transsexuella patientgruppen som för deras närstående. Det faktum att Kristian och Johanna inte känner att det finns någon i ts-teamet som bryr sig om hur de mår kan inte ses som bundet till just dessa fall, utan är något som mer eller mindre genomsyrar samtliga informanternas skildringar av främst utredningsperioden och relationen till huvudansvarig utredare. En av de huvudsakliga konsekvenser som det institutionella sammanhanget för svensk ts-vård innebär för informanternas vardag, utgörs därför av upplevelser av bristande omtanke från vårdpersonal, samt en inneboende rädsla för diskvalificering från fullständig könskorrigering behandling.

3.3.2 *Nätverkande motstrategier*

I anslutning till ovanstående resonemang vill jag trots ett ideologiskt belastat material lyfta fram informanterna som inte bara strukturella offer, utan också som aktiva agenter som på olika vis brottas och kämpar mot de ordnande strukturerna i vardagen. Det är således dags att argumentera för den tredje dimensionen i begreppet ts-vård. Något som jag i början av detta kapitel benämner som en parallell ts-vård bedriven av patienterna själva, via aktivt nätverkande i vardagens praktiker. Detta avsnitt kan vidare ses som en konsekvens genererat av den sociala världen för ts-vården, och berör därför med andra ord framförallt syftets underliggande frågeställning om vilka konsekvenser mötet med vården innebär för informanternas vardagsliv.

Samtliga informanter vittnar om diskursiva motstrategier med avsikt att lätta på den emancipatoriska bristvara som ovanstående diskussion skildrar. Dessa strategier kan benämnas i termer av ”empowerment”, det vill säga diskursiva motstrategier med avsikt att skapa ökat handlingsutrymme i den annars strikt asymmetriskt ordnade sociala verkligheten för den övergripande ts-vården. Informanterna utgör tydliga exempel på det som jag i inledningen benämnde som en institutionell kolonisering av patienters sjukdomsnarrativ. Materialet visar tydliga signaler på det så kallade nya mediarummet som en viktig plattform för informanternas ”empowerment”. Det nya mediarummet utgörs av ett flytande virtuellt mediarum, som i kraft av sin gränsöverskridande karaktär har skapat nya möjligheter för sociala grupper skapande av nätverk (Thörn, 1997). Informanterna kan beskrivas som en grupp individer som på olika vis finner en öppning i det nya mediarummet. Ett rum både ges funktionen av vårdmässig informationsskälla, men också framförallt som en källa till kontakter och nätverkande med individer i liknande situationer och problematiker. Via exempelvis internationellt och nationellt förankrade e-postlistor, egenhändigt skapade webbsidor och communitys har informanterna

utvecklade strategier för att bemöta den emancipatoriska bristvara som tidigare i texten beskrivs som kännetecknande för den svenska ts-vård som framträder i informanternas berättelser. Via internet som plattform vill jag därtill argumentera för informanterna som medskapare av en alternativ social verklighet med tillhörande alternativa normer och riktlinjer.

Viktigt att påpeka är dock att denna alternativa sociala verklighet också är resultatet av ett auktoritärt sjukvårdssystem. Då informanternas upplevelser och erfarenheter i hög grad betecknas som ointressanta inom det system som är till för att hjälpa dem, tvingas informanterna till att ta hand om sig själva. Denna sociala verklighet kan således beskrivas som en parallell och alternativ social värld i opposition mot, och genererat av, ett strikt asymmetriskt sammanhang kännetecknat av underordnade och exploaterade sociala positioner för den transsexuella patientgruppen. Ett alternativt egenvårdsprojekt, och en omvärdering av den institutionella ts-vårdens förståelse av den transsexuella patientgruppens liv och kroppar. Med andra ord, diskursiva motstrategier, i form av en temporär återerövring av den transsexuella patientgruppens sjukdomsberättelser, via nätverkande praktiker i vardagen. Informanternas skildringar av detta så kallade parallella egenvårdsprojekt tecknar bilden av en mer jämlik och emancipatorisk värld, där de annars underordnade patienterna positioneras som relativt autonoma, synliga och framförallt trovärdiga. För att visa på hur detta kom till uttryck i intervjuerna låter jag Kristian berätta:

Kristian⁷¹- Utan nätet alltså, då hade man ingenting [...] Jag skulle nog knappast ha kommit i kontakt med så mycket transsexuella om jag inte hade haft nätet. Det ligger liksom till grund för det [...] Det finns knappt någon litteratur, om man inte vet vad man letar efter exakt [...] och så vidare...Så att mycket utav det här det har kommit via nätet på nåt vis. Och dom kontakterna som man kan få där dom är ovärderliga...

Signe- Kan man säga att ni bedriver eran egna ts-vård via nätet?

Kristian- Ja, det kan man nog säga. Vi försöker att stötta varandra så gott det går. Det är inte helt lätt men det är bra att det finns folk som bryr sej om andra...Det försöker jag också, att bry mej om folk som mår dåligt. Dom har jag en förmåga att kontakta på nåt vis...söka upp, skriva ett mejl till eller någonting för att se om dom vill ha någon att prata med. Och det har fungerat väldigt bra [...] De är ts-vård ts-personer emellan så att säga [...] Jag vänder mej nog till mina egna så att säga...jaa...absolut [...]För att vi har oftast ingen annanstans att vända oss...ingen att prata med.

Ovanstående utdrag ur intervjun med Kristian är ett tydligt exempel på hur informanterna via vardagens nätverkande praktiker använder sig av det nya mediarummet som trygghetsskapande och meningsskapande verktyg, i en social verklighet färgad av underordning i ett auktoritärt sjukvårdssystem. Den dominerande rösten identifierar jag som en reflexiv identitetsdiskurs,

artikulerad i tydlig opposition mot ett ideologiskt belastat vårdssammanhang. Detta framträder framförallt i citatets sista stycke, där den inbördes stödverksamhet som Kristian skildrar utgör ett aktivt ifrågasättande av den medicinska auktoriteten. Citatet vittnar också om ett givande och tagande inom den transsexuella gruppen. Nätverkandet kan därmed beskrivas som möjliggjort via ett aktivt och ömsesidigt alternativt vårdprojekt, där de inblandade både ges tillgång till andras berättelser och information, samtidigt som det finns en uttalad vilja att också hjälpa andra.

Jag vill dessutom påstå att internet i kraft av en meningsskapande och nätverksgrundande funktion på olika vis fungerar som ett alternativt andrum i vardagen. I artikeln ”*Qruiser är mitt samhälle på nätet: Skärningspunkter mellan teknik och bbt-kultur*” (Johansson, 2004/2005) benämner Annika Johansson Skandinaviens största internet-community⁷² för homo-, bisexuella och transpersoner i termer av just ett virtuellt *andrum* i vardagen. Ett rum som i kraft av sin lättillgänglighet inbjuder medlemmar till nätverkande och meningsskapande praktiker i en förhållandevis accepterande och trygg miljö (Ibid.). Benämningen andrum är en träffande beskrivning av den roll som internet ges i ovanstående citat med Kristian, som tidigare har talat om just ”Qruiser”. En av funktionerna som ges på quisern är exempelvis möjligheten att skapa olika diskussionsklubbar, vilket fungerar som en förlängning av en relativt trygg miljö, då klubbarna ofta har en tydlig identitetsinriktad prägel. Utöver detta kan klubbarna också utformas som öppna, privata eller hemliga med särskild medlemsansökan. Medlemmarna kan således aktivt skapa egna klubbar och rum utformade efter just deras särskilda behov, syften och intressen. Existerande klubbar på quisern är exempelvis ”ts-öppenklubb”, ”ts-privatklubb”, ”FtM” och ”ts-killar” (www.qruiser.se). Det vill säga, klubbar utformade för särskilda behov och intressen, kopplade till både den övergripande transsexuella gruppen samt även särskilt för utbyte av erfarenheter mellan ts-killar. Den trygghetsskapande funktionen i internet ligger vidare i dess tillgänglighet, vilket dock förutsätter tillgång till dator (Jfr. Johansson, 2004/2005⁷³). I Intervjun med Kim ges ett tydligt exempel på denna diskussion:

Kim⁷⁴- Dom klubbar som jag besöker på quiser, det är ju transklubbar [...] Dom är otroligt peppande [...] Det finns ju några såna transcaféer och ungdomscaféer [...] Men det är ändå en annan sak och ha internet också som komplement. Man kan ställa andra frågor, och det finns fler människor som är inne på dom sidorna och kan svara på ens frågor [...] Det är ju där man får sitt stöd, det är där man får svar på frågorna som man har [...] Andra som ser dej, och läsa om andras upplevelser och känna igen sej och hitta rätt. Och då precis i

⁷¹ Kristian. Intervju 2006-03-02

⁷² ”Ett virtuellt community karaktäriseras av delade värderingar, mål, angelägenheter, rutiner, procedurer, vanor, ritualer, symboler, artefakter, historia och institutioner. Ett community utgörs också av ömsesidigt engagemang och ansvar för samfundet och dess medlemmar” (Johansson, 2004/2005. s.50).

⁷³ ”Man kan när som helst öppna andrummet och detta förändrar känslan av närvaro för medlemmarna ” (Johansson, 2004/2005. s. 49).

⁷⁴ Kim. Intervju 2006-03-14

början så var jag ju inte säker på att jag skulle byta kön [...] Då var det väldigt viktigt att läsa andras berättelser och hitta saker som man kunde känna igen sej i.

Längre fram i intervjun berättar Kim också om en egen hemsida, vilken är utformad som en samlade informationssida om själva den könskorrigeringens vårdprocessen⁷⁵. I anslutning till detta kom vi också in på den ömsesidighet som tas upp i ovanstående citat med Kristian, det vill säga vikten av att också hjälpa andra med information och stöd:

Kim⁷⁶- Det känns väldigt viktigt. Eftersom att jag ändå har fått en massa information från dom som är äldre [...] Det känns som det är nånting som man vill föra vidare till dom som kommer efter en...

Citatet med Kim är ett tydligt exempel på det nya mediarummets meningsskapande funktion i informanternas vardag. Internet fungerar här både som en virtuell informationsbank, samtalspartner och identifieringsverktyg. Ett virtuellt andrum i vardagen, i form av en kollektiv narrativ tradition uppbyggt och möjliggjord av den transsexuella gruppens ömsesidiga givande och tagande. Detta tydliggörs också i Kims uttalade ansvarskännande gentemot den information som en gång tilldelats honom. Vidarebefordran av kunskap till identitetsmässigt och vårdmässigt nyanlända individer ges därmed en inkorporerande funktion för nya individers inträde i den transsexuella gruppens sociala verklighet. Citatets dominerande röst kan återigen identifieras som den från en reflexiv identitetsdiskurs, artikulerad i tydlig opposition mot ts-vårdens nuvarande vårdtradition. Den reflexiva dimensionen framträder i Kims kritiska förhållningssätt gentemot medicinska auktoriteter, samtidigt som det även går att spåra ett kritiskt förhållningssätt till innehållet i det mediala rummet. Det mediala rummet beskrivs här som en virtuell och lättillgänglig informationsbank och samtalspartner, där Kim aktivt kan rikta in sig på de bitar av det virtuella utbudet som passar in på just hans specifika behov och intressen. Eller för att citera Johanna, som dock uttrycker reella möten och telefonsamtal som mer betydelsefulla än just internet: ”Man plockar ju inte rakt av någon annans råd. Utan, Hur känner jag för det här? Vad är jag? [...] Man känner efter väldigt mycket. Vad är du? Vad finns inom dej? Hur vill du ha det här pusslet hoplagt? Vad speglar dej?”⁷⁷.

Informanterna kan således tolkas som å ena sidan inlemmade i ett auktoritärt sjukvårdssystem, framförallt präglad av de huvudansvariga utredarnas förmyndarmentalitet. Å andra sidan, som reflexiva vårdkonsumenter, i en alternativ social värld upprätthållen och skapad av den transsexuella patientgruppen själva, via en narrativ nätverkstradition i vardagens praktiker.

⁷⁵ Kim. Intervju 2006-03-14

⁷⁶ Kim. Intervju 2006-03-14

⁷⁷ Johanna. Intervju 2006-03-30

Dessa praktiker bör dock ses som resultatet av en medicinsk diskurs, som på grund av bristande empati och stödverksamhet driver patienter under utredning till alternativa lösningar. Denna tradition bör heller inte endast ses som uppburen via det mediala rummet, flera informanter uttrycker exempelvis telefonkontakt och reella möten med individer i samma situation som mer betydelsefullt än just internet. Dock visar materialet påfallande signaler om just internet som en avgörande plattform för skapandet och upprätthållandet av kontakter, en lättillgänglig mötesplats för människor i liknande situationer, som många gånger leder till kontakter också utanför den virtuella världen.

En av de åtta informanterna kan dock ses som ett undantag från den ovanstående diskussionen. I intervjun med Emelie uttrycks ett tydligt avståndstagande från just den kontakt med människor i liknande situationer som samtliga informanter beskriver som så viktig. Ett avståndstagande som främst grundar sig i ett uttalat vänsterinriktat och feministiskt politiskt engagemang. Idéer och ideal som för Emelie resulterar i känslor och upplevelser av att vara en outsider i den övergripande transsexuella gruppen:

Emelie⁷⁸- Det är så hysteriskt, jag förstår inte vad det är för fel på transsexuella kvinnor. Hela världen är emot dom hela tiden, alltid. Och skulle någon få för sej att kritisera, och säga att ”Men du kanske ska tänka så här istället” så får man verbala käftsmällor [...] Men däremot så har jag funkat som stöd för andra transsexuella som har mått sämre än vad jag har gjort...men själv aldrig sökt stöd hos någon...

Trots Emelies avståndstagande från kontakt med den transsexuella gruppen vill jag påstå att hon ändock till viss del kan ses som medskapare av den alternativa sociala verklighet som ovanstående diskussion skildrat. Citatet framställer Emelie som delvis delaktig i den ömsesidiga narrativa tradition som citaten med Kristian, Kim och Johanna skildrat, då hon uttrycker liknande ansvarskänslor och engagemang för transsexuella patienter i behov av stöd. Då Emelie därtill beskriver sig som i förhållandevis god psykisk och mental hälsa blir den nätverkande stödverksamheten heller inte lika grundläggande som för exempelvis Kristian, Johanna och Elin, vilka är de informanter som vittnat om särskilt svåra omständigheter. Vid behov av stöd vänder sig Emelie till nära vänner i den hennes vardagstillvaro. Med undantag för Emelie visar materialet likväl på att den ovan beskrivna nätverkstraditionen och egenvården i form av såväl internet, som exempelvis lokala rfsl-avdelningar, telefonkontakter och reella möten, fyller en mycket viktig funktion för majoriteten av informanterna. För att ytterligare illustrera hur detta kom till uttryck i intervjuerna låter jag Sannah berätta:

⁷⁸ Emelie. Intervju 2006-04-12

Sannah⁷⁹- I större fallet är det ju ts-föreningar på quiser i såna fall [...] Ja, det blir ju att man stöttar upp varandra om det är någon som mår väldigt dåligt [...] Och det har blivit ett rätt stort kontaktnät [...] Många hämtar hjälp därifrån [...] Och det har ju skett en stor förändring, för att jag gick nyligen med i quiser igen [...] Och det har verkligen skett en upprykning mot förra året [...] Det tycker jag är väldigt positivt. För att det finns ju många som faktiskt bor även på landsbygden där dom kanske inte har möjlighet till någon kompetens inom sin distriktsvård [...] Och som ändå har tillgång till datorn och tillgång till telefon [...] Att dom kan få stöd genom det här. Med dels att quiser finns, och att det finns vissa personer som ställer upp med telefonjournsverksamhet, som kanske har varit färdiga i flera år men som ändå vill göra någonting tillbaka.

Citatet är ett tydligt exempel på det nya mediala rummet som ett alternativt andrum i vardagen. En trygghetsskapande stödverksamhet som i kraft av sin lättillgänglighet trätt in i den transsexuella patientgruppens hem och vardag i form av modern kommunikationsteknologi, där medlemmar spridda över ett större geografiskt område positioneras som delar i ett större betydelsefullt sammanhang. Den dominerande rösten i citatet identifierar jag som den från en reflexiv identitetsdiskurs representerad av patienten Sannah. En diskursiv, röst artikulerad i tydlig opposition mot en medicinsk diskurs och ett sjukvårdssystem med stora brister i omhändertagande av sina patienter. Sannahs diskursiva röst bör därför ses som resultatet av en ideologiskt belastad vårdpraxis, en underordnad tillvaro som driver patienterna till egenvård. Citatet med Sannah utgör därför ett av många exempel på informanternas aktiva agenskap i intervjusituationen, samt exempel på hur ett aktivt nätverkande i vardagens praktiker gör det möjligt för patienterna att temporärt återta den autonomi och det agenskap som det övergripande ts-vård-systemet fråntagit dem.

Avslutningsvis vill jag lyfta fram den reflexiva egenvården som ett kritiskt projekt artikulerad i tydlig opposition mot den medicinska auktoritetens exklusiva tolkningsföreträdare. Informanterna kan således benämnas som reflexiva och problematiserande individer, som via nätverkande praktiker i vardagen temporärt återtar rätten till sjukdomsnarrativ annars kontrollerade av institutionell makt. Därmed vill jag också peka på den sociala världen för ts-vården som i kollision med ett senmodernt platslöst sammanhang. En konflikt mellan två världsbilder i form av en diskursiv kamp om rätten till att definiera det könskorrigeringe vårdssammanhanget som meningsfullt. Slutligen vill jag lyfta fram informanternas nätverkande egenvård som strategier med avsikt att kompensera för den besvikelse över ts-vården som alla informanter på olika sätt ger uttryck för. De konsekvenser som mötet med vården innebär för informanternas vardagsliv utgörs därmed främst av utredningstiden som resulterande i en oviss och oöverskådlig vardagstillvaro, där bristande förmåga i att se människan bakom tillståndet ofta driver informanterna till egna nödlösningar. Ett egenvårdsprojekt till följd av en generell besvikelse på

⁷⁹ Sannah. Intervju 2006—03-02

det sjukvårdssystem som informanterna har vänt sig till för att få stöd och vård hos. För att visa på hur denna besvikelse kom till uttryck väljer jag att avsluta detta avsnitt med en träffande och på många vis sammanfattande kommentar från Emelie:

Emelie⁸⁰- Någonstans så har jag ändå föreställt mej att människor som arbetar med transsexuella, dom gör det för att dom brinner för det...att dom vill hjälpa [...] Men nej. Det var ju inte så...

4. EN BINÄR VÅRDSITUATION

I detta avslutande analyskapitel har jag för avsikt att lyfta fram ytterligare en dimension i den transsexuella patientgruppens möte med vården. Denna dimension bottenar i den binära tvåkönsmodell som ligger till grund för diagnosen transsexualism, vilket med stöd i informanternas berättelser också påverkar och kringskar deras möte med vården på olika vis. Detta tolkar jag som följden av en ofrånkomlig binär dimension och heterosexuell matris inbäddad i diagnoskriterierna för transsexualism. En medicinsk diagnos som på grund av avsaknad av objektiva mätinstrument mer eller mindre förutsätter en tydligt polariserad tvåkönsmodell. Med rubriken binär vårdsituation vill jag således peka på mötet mellan patient och psykiatrisk och medicinsk expertis inom ts-vården som ett synnerligen bekönat möte, där patienternas underordningen, inom främst utredningstiden, förstärks av en bekönad maktstruktur i bedömningsprocessen. Flera av informanterna vittnar exempelvis om könsstereotypa och ifrågasättande kommentarer i just utredningssammanhanget. För att visa på hur detta yttrade sig i intervjuerna låter jag Kristian berätta:

Kristian⁸¹- Det är ett bra exempel när hon faktiskt kläckte ur sig att det skulle vara lättare att ha att göra med biologiska kvinnor än biologiska män därför att dom klagar mindre [...] Och då funderar man [...] Är det så ni resonerar? Det skulle ju innebära i så fall att då blir man sedd som mindre än dom som är födda biologiska kvinnor än dom som är födda biologiska män. Då får biologiska män förtur [...] Därför att vi biologiska kvinnor vi gnäller inte lika mycket för vi är snällare och mesigare att ha med att göra, lättare att avpollettera och lättare att kunna dra ut på tiden och strunta i...

Längre fram i intervjun berättar Kristian utöver detta om hur det första mötet med vad han benämner som underutredaren hade en tydlig könsstereotyp dimension:

⁸⁰ Emelie. Intervju 2006-04-12

⁸¹ Kristian. Intervju 2006-03-02

Kristian⁸²- Det första hon sa när jag kom innanför dörren var ”Ja, du ser ju inte särskilt manlig ut”. Det är inte mitt fel. Jag har klätt mej manligt så mycke jag kan. Jag har kortklippt mej och så vidare. Mer kan inte jag göra... sorry. Och är det det som är könsidentiteten, ja då är den ju ganska ytlig eller hur. Och det höll hon ju med om så att hon gav sej [...] Och jag kan inte linda bort dom här (brösten) heller, det finns inga möjligheter. Dom sitter där, och jag har inte satt dom där. Jag har inte bett om att få dom [...] Det finns ju andra transsexuella killar som har råkat ut för att utredarn har sagt att ”Ja, du ser ju inte så värst maskulin ut. Inte med dom där brösten”. Att dom har påpekat att dom syns för mycket. Det är ju vad man vill höra som kille. Det är väldigt oprofessionella saker...

Viktigt att tillägga är dock att Kristian själv inte upplever att han har fått höra så många könsstereotypa kommentarer. Ovanstående citat ger dock exempel på att könsstereotypa kommentarer under utredningstiden inte är helt ovanligt förekommande i den transsexuella patientgruppens möte med vården. Något som också styrks av att även övriga informanter berättar om liknande upplevelser. Citaten med Kristian tolkar jag som uppbyggda från den medicinska diskursens premisser, tillsammans med dominerande förståelser av kategorierna man/manligt och kvinna/kvinnligt. Citaten ger vidare exempel på praktiker genererade av ett sammanhang som förutsätter två mot varandra tydligt polariserade kön, med konsekvensen att Kristian till följd av sin biologiska kvinnokropp betecknas som omanlig i vårdsituationen. Detta framstår dock som paradoxalt, i och med att Kristian som transsexuell man söker vård på grund av sina starka upplevelser av att befinna sig i fel kropp. Utöver detta innehåller citatet en påtaglig diskursiv kamp, där den medicinska diskursen och den reflexiva identitetsdiskursen strider om rätten till att definiera mötet mellan patient och utredare som meningsfullt. Kristian utgör ett bra exempel på det kritiska förhållningssätt till den medicinska auktoriteten som kännetecknar den senmoderna patienten. Trots ett citat uppbyggd från den medicinska diskursens premisser identifierar jag således den dominerande rösten som den från Kristian själv, där han anammar intervjusituationens utrymme för att skapa en kritisk version av en social verklighet som annars ligger i händerna på institutionell makt. Kontentan blir dock att Kristian blir diskursivt tillrättavisad och betecknad som icke trovärdig man i vårdsituationen, på grund av just den biologi som han önskar korrigera.

Liknande resonemang återfinns i de andra ts-männens berättelser, dock mer som en övergripande känsla, ett tonfall och intryck i mötet med utredaren. Exempelvis berättar Kim om upplevelser av att inte passa in i en föreställd bild av en genuint transsexuell individ. Något som delvis beror på att Kim på grund av bristande kirurgisk teknik för tillverkandet av en penis, inte ser de nedre operationerna som primärt i den könskorrigerande behandlingen⁸³. Emanuel nämner

⁸² Kristian. Intervju 2006-03-02

⁸³ Kim. Intervju 2006-03-14

visserligen inte något specifikt exempel i intervjun, dock är det tydligt att utredaren vid flera möten har fått Emanuel att känna sig avvikande: ”Det är ju inte så kul, för han får mej att känna mej avvikande. Det är hans mål. Man ska minsann inte tro att ja får bli en riktig man, det går inte⁸⁴”. I samband med detta berättar Emanuel också om en medvetenhet om att andra ts-män blivit utsatta för onödiga kommentarer av samma utredare⁸⁵. Liknande exempel ges i intervjun med Lars: ”Det är ännu mer efterhand som jag har fått intrycket av att han tror inte på det här, han tror fortfarande inte riktigt på det här...att vi verkligen är män [...] Det känns som om han tror att det är en produkt som han själv skapar”⁸⁶. Dessa skildringar, tillsammans med ovanstående citat med Kristian, tolkar jag som uttryck för en normativ och imaginär manlig exklusivitet, där informanternas biologiska kroppar betecknar dem som icke trovärdiga män i mötet med utredaren.

Ovanstående skildringar utgör tydliga exempel på mötet mellan patient och utredare som påfallande bekövat, där informanterna i kraft av utredarens exklusiva tolkningsföreträde i vårdsituationen tillfälligt fråntas rätten till egenhändiga tolkningar av könsidentitet. Utöver detta tolkar jag ovanstående problematik, som praktiker i direkt anslutning till en heterosexuell matris och binär tvåkönsmodell, där den biologiska kroppen tilldelas ett särskilt tydligt symbolspråk. Att artikulera en identitet motsatt den biologiska kroppen kan således tolkas som ett identitetsprojekt i strid mot det heterosexuella identitetsprojektet. Med andra ord, identiteter i konflikt med ”ontologiskt konsoliderade skenbilder av man och kvinna” (Rosenberg, 2005. s. 73). Dominerande förståelser av man/manligt och kvinna/kvinnligt kan således tolkas som inskriven i människors kroppar (Jfr. Foucault⁸⁷, 1990), resulterande i att en allt för framträdande kvinnlig biologi riskerar att positionera ts-män som icke trovärdiga diagnosen.

Resultatet kan dessutom ses som en förstärkning av den osäkerhet och den underordning som samtliga informanter berättar om kring utredningsprocessen. Diskursiva praktiker och tekniker som för Kristian resulterade i en så kallad performativ osäkerhet i mötet med utredaren: ”Man visste inte riktigt hur man skulle sitta för att man ska duga så att säja. Så att man kan se något nervös ut...faktiskt”⁸⁸. För Lars hade detta ifrågasättande därtill starka heteronormativa⁸⁹ uttryck i mötet med utredaren:

⁸⁴ Emanuel. Intervju 2006-03-13

⁸⁵ Emanuel. Intervju 2006-03-13

⁸⁶ Lars. Intervju 2006-03-08

⁸⁷ ”Discourse, therefore, had to trace the meeting line of the body and the soul, following all its meanderings: beneath the surface of the sins, it would lay bare the unbroken nervure of the flesh” (Foucault, 1999. s.303).

⁸⁸ Kristian. intervju 2006-03-02

⁸⁹ Med heteronormativitet menas det vidsträckt ideologiska system, vars strävan utgörs av förankrandet av en allmängiltig överenskommelse av heterosexualiteten som det enda möjliga sättet att vara människa. Med andra ord en föreställning om heterosexualitet som den sexualitet som bara ”är” (Bhattachryya, 2002, s. 18).

Lars⁹⁰- Det är precis som att han uppenbarligen är helövertygad om att det här är en sexuell avvikelse. Vilket dels uttryckte sig så att han definitivt har nåt emot om man blir homosexuell efteråt [...] I efterhand har jag levt tillsammans med en man och det talade jag också om långt efter att utredningen var färdig. Och det fann han mycket upprörande. Och det andra som det framkommer på det är... Ja, han försöker leva på de här också i forskningssyfte så att säga. Så att vid ett flertal tillfällen har jag fått frågeformulär man skulle fylla i. Dom frågorna koncentrerar sig på två ämnen. Ens sexualliv och sexuella preferenser, och å andra sidan ens förhållande till sina föräldrar

Liknande heteronormativa skildringar är dock inte förekommande i övriga informanternas skildringar. Dock utgör citatet med Lars ett tydligt exempel på mötet mellan utredare och patient som påtagligt bekönat, varför det också är viktigt att lyfta fram. Citatet utgör därtill ett tydligt exempel på den tidigare diskuterade auktoritära vårdtradition som med stöd i materialet präglar ts-vården. En auktoritär och könsstereotyp problematik som för Lars resulterar i att han på grund av ett samkönat kärleksförhållande betecknas som en ofullständig man i utredarens ögon, samt den tydliga sexualisering⁹¹ som framträder i de frågeformulär som ligger till grund för utredarens egen forskning. Citatet utgör ett tydligt exempel på transsexuella identiteter som i konflikt med det heterosexuella identitetsprojektet. En konflikt som jag tolkar som utlöst av den transsexuella identitetsproblematikens normativa övertramp, som stöter till gränserna för en normativ måttstock för en imaginär och socialt vedertagen och accepterad bild av ”riktiga” män respektive kvinnor. Resultatet i diskursiva praktiker och tekniker, av ifrågasättande och könsstereotyp karaktär i mötet med främst utredaren. Ett samkönat förhållande innebär i fallet med Lars ytterligare övertramp, i och med en obligatorisk heterosexualitet inbäddad i begripliggörandet av mans- respektive kvinnokroppar.

Ytterligare exempel på den sexualisering som citatet med Lars vittnar om ges i ett uppföljande samtal med Johanna, i anslutning till utredarens frågeställningar kring en sjukskrivning. En sjukskrivning som Johanna uttrycker som konsekvensen av en betydande psykisk ohälsa på grund av vantrivsel i den biologiska kroppen. Ett mentalt sammanbrott utlöst då Johanna vid ett toalettbesök på en nattklubb konfronterades med hennes dåvarande manliga könsorgan. Samtalet med utredaren hade en påfallande sexualiserad prägel, då utredaren insisterade Johannas psykiska ohälsa som främst kopplad till påstådda svårigheter med tillfälliga sexuella förbindelser⁹². Johannas och Lars skildringar ger således stöd för den övergripande argumentationen om mötet med utredaren som påfallande bekönat och ideologiskt präglat.

⁹⁰ Lars. Intervju 2006-03-02

⁹¹ En central paradox i heteronormativiteten är att framställningen av det mest önskvärda och naturliga sexuella valet karaktäriseras av en tydlig avsexualisering. I talet om ickenormativa sexualiteter, fokuseras det sexuella utövandet istället för den känslomässiga relationen två individer emellan, vilket i sig ofta framställer utövarna som monstruösa, smutsiga och översexuella (Bhattacharyya, 2002. s. 21, 22).

⁹² Johanna. Telefonsamtal 2006-05-30

Johannas skildring bör dock ses som särskilt ideologiskt belastad, då beroendepositionen och hennes psykiska tillstånd gav föga utrymme för autonomi och agentskap, i mötet med den utredare som hon önskade bli sjukskriven av. Ytterligare exempel på könsstereotypa kommentarer ges också i intervjun med Sannah:

Sannah⁹³- Det kommer såna där plumpa kommentarer ibland, och det är väl också rätt genomskinligt [...] För att det är också ett test för att se hur du reagerar [...] Kanske använder fel könsuttryck gentemot mej, han istället för hon [...] Psykologen hävde ur sej en kommentar, när jag var och gjorde alla dessa psykologiska tester [...] Jag hade på mej kjol en dag när jag kom dit, och hon la någon sån där slutkläm innan jag åkte hem att ”Jaha du har kjol, går du ofta i kjol?”... ”Ja”, sa jag. ”Ja det gör väl jag om jag känner för det”, ”Men du vet väl om att kvinnor och mäns utseende på knän är annorlunda, att du tänker på det?”, ”Ja”, sa jag, ”Det är möjligt men jag bryr mej inte i såna fall” [...] Men jag har hört liknande, att det finns andra som har fått sådana kommentarer [...] Många kan ta väldigt illa upp [...] Jag kan bli lite irriterad på vissa såna kommentarer faktiskt. Jag tycker att det är onödigt. Men samtidigt så kan jag förstå att det är en testning från deras sida...

Citatet med Sannah skiljer sig dock från ovanstående exempel på könsstereotypa kommentarer i samband med utredningen. Påfallande i citatet är Sannahs ambivalenta inställning till utredningsteamets praktiker. En ambivalens i form av diskursiva vändningar, vilket avser de punkter i texten där Sannah vänder mellan ett å ena sidan kritiskt förhållningssätt till den medicinska auktoriteten. Å andra sidan inordnar Sannah sig i ett auktoritärt sjukvårdsystem, vars verklighetskonstituerande befogenheter framställer könsstereotypa och ifrågasättande praktiker som till viss del naturliga och nödvändiga delar av bedömningsprocessen. Citatet kan därför ses som uppbyggt via en växelverkan mellan tre diskurser, där en medicinsk diskurs, tillsammans med dominerande förståelser av man/manligt och kvinna/kvinnligt står i tydlig konflikt med en reflexiv identitetsdiskurs. Trots en viss tvekan och ambivalens identifierar jag den reflexiva identitetsdiskursen som den dominerande rösten i citatet. I den sociala världen för intervjusituationen anammar Sannah således situationens utrymme, för att inom ramen för denna sociala verklighet leverera en kritiskt granskande version av en social verklighet präglad av underordning. Skildringen bör dock ses som sprungen ur en social verklighet, där vårdpersonalen i kraft av ett exklusivt tolkningsföreträde, ges utrymme till att, i enlighet med Sannahs och övriga informanternas upplevelser, testa patienter under utredning via könsstereotypa nedlåtande och ifrågasättande kommentarer. Citatet utgör ett tydligt exempel på kroppens betecknande egenskaper, där dominerande förståelser av man/manligt och kvinna/kvinnligt kan tolkas som inskriven i Sannahs kropp. En beteckning resulterande i diskursiva praktiker, vilket i ovanstående

⁹³ Sannah. Intervju 2006-03-02

citat yttrar sig i form av en diskursiv tillrättavisning då psykologen betecknar Sannahs knäskålar som avvikande och okvinnliga.

Utöver detta ger materialet signaler på skillnader mellan ts-män och ts-kvinnors positionering i vårdsituationen. Tendenser som främst visar på att normativa övertramp från ett föreställt normalt kvinnligt könsidentitetsuttryck tillsammans med en manlig biologi riskerar att beteckna ts-kvinnor som transvestiter i mötet med främst utredaren. Beteckningen transvestit skulle inte bara innebära en felaktig förståelse av deras könsidentitet, utan också diskvalificera dem från könskorrigering och behandling. Exempelvis berättar Elin om hur utredaren i initialläget tillskrev henne prognosen som transvestit⁹⁴, vars grunder hon dock aldrig fått veta. I intervjun med Johanna uttrycks liknande problematik, via en lättnad över att hon nu kan klä sig som hon vill:

Johanna⁹⁵- Det är det som är så skönt nu att man äntligen kan välja utan att fråga huvudutredaren om lov. För det har hon också anmärkt på...att jag tydligen har varit för flashigt klädd. Det tycker hon inte om. Hon har påstått att jag har transvestitdrag. Det tycker inte jag, för att jag har alltid sett mej som en välsminkad och välklädd kvinna...

Utöver detta vittnar även de medverkande ts-killarna om medvetenhet om just ts-kvinnor som riskerande att stämplas som transvestiter. Exempelvis berättar Kim om vetskap om hur hans egen utredare bemöter patienter olika beroende på just könsidentitet: ”Jag har en kompis som går hos samma utredare, men som är biologisk man [...] Där är bemötandet helt annorlunda [...] Det är som någon sorts könsrollsskola mer. Hon får frågor som om hon tänker på att klä sig i kvinnokläder. Jag har aldrig fått frågan om jag tänker på att klä mej i manskläder”⁹⁶. I intervjun med Kristian kom vi in på liknande teman:

Kristian⁹⁷- Enligt någon annan så har hon klassat en patient som transvestit. Och det var ju felaktigt. Hon övertalades sen och gjorde om det tydligen, så att vederbörande är klassad som transsexuell istället. Det är en jävla skillnad. Har hon klassat patienter som transvestiter då får inte dom någon utredning [...] Det är just det att utredarna bestämmer va [...] Det kanske räckte med att patienten i fråga hade klätt sej på ett lite väl utmanande vis. För det är ju nånting som transsexuella tjejer får höra ständigt och jämt utav sina utredare...att dom ska inte klä sej för utmanande [...]

Signe- Men heller inte för okvinnligt ?

⁹⁴ Elin. Intervju 2006-03-22

⁹⁵ Johanna. Intervju 2006-03-30

⁹⁶ Kim. Intervju 2006-03-14

⁹⁷ Kristian. Intervju 2006-03-02

Kristian- Nej, nej. Absolut inte okvinnligt. Nej, nej kvinnligt ska man vara klädd, men inte för mycket. Då tror jag att man kan bli klassad som transvestit faktiskt [...] Det är en snäv balansgång där. Lite för långa naglar, kanske lite för målåd, ”Aj aj aj, transvestit”. Det är möjligt...

Citatet är återigen uppbyggd från den medicinska diskursens premisser, som i samspel med dominerande förståelser av kategorierna man/manligt och kvinna/kvinnligt sitter inne med starka verklighetskonstituerande befogenheter i mötet mellan patient och ts-vårdens personal. Inbäddat i dessa premisser ligger en tydlig heterosexuell matris, som på grund av behovet av två mot varandra strikt polariserade kön tenderar att beteckna normativa övertramp från ett kvinnligt könsidentitetsuttryck tillsammans med en manlig biologi som transvestism. Utöver detta ger citatet exempel på en reflexiv identitetsdiskurs i tydlig opposition mot den medicinska auktoritetens ofta könsstereotypa och hegemoniska tolkning av patienter under utredning. Framträder således vårdkonsumenten Kristian, som i kraft av ett kritiskt förhållningssätt till medicinska auktoriteter och seglivade representationer av manligt och kvinnligt, utgör ett bra exempel på den senmoderna patientens agentskap.

Citatet ger således ytterligare stöd för dominerande förståelser av man/manligt och kvinna/kvinnligt som inskrivna i informanternas kroppar. Praktiker som dock framstår som tämligen paradoxala, då informanterna söker professionell hjälp just på grund av deras starka upplevelser av att leva i fel kropp. Jag vill därför lyfta fram detta avslutande analyskapitel som en viktig dimension i ett institutionellt exploaterande och koloniserande av den transsexuella patientgruppens kroppar. Intressant är därtill Kims uttalande om hur hans väns vårdbehov till skillnad från hans eget betecknas som potentiellt sexualiserat av utredaren. Jag vill därför påstå att kategorin man/manligt framstår som en särskilt exklusiv beteckning, i den mening att gränserna för man/manligt i alla de ovanstående citaten skildras som särskilt snäva och lätta att hota. Med benämningen exklusiv avser jag inte att lyfta fram man/manligt som något särskilt åtråvärt, snarare som en kategori vars gränser lättare hotas, och vars tillträde och frånträde är svårare att uppnå i det granskande mötet med utredaren.

I intervjun med Johanna framkom diskussionen om diskurser som inskrivna i människors kroppar på ett tydligt sätt:

Johanna⁹⁸- Det finns ju vissa av oss som har turen att se...alltså det finns inte en chans i denna värld att det här inte är äkta. Utseendemässigt, redan från början innan du ens börjar med hormoner och alltihopa så ser du att det här är en kvinna. Det finns dom. Det finns en i stan just nu som går under utredning [...] För att citera min vän ”Det finns inte en chans i helvete att hon är fel” [...] Och hon får hjälp. För min vän pratar ju med dom

⁹⁸ Johanna. Intervju 2006-03-30

om hur dom blir bemötta. Det är det första man pratar om [...] Och hon har ju rena, det är ju rena rälsen, det är gräddfil. Hon har inte något problem...ingenting...utredare är underbar säger hon...

Liknande exempel ges i intervjun med Kristian. I samtalet frågade jag exempelvis om han trodde att en uppenbar manlig yta skulle innebära beröm i mötet med utredaren: ”Ja, så har hänt. Det har utredaren sagt också, till en utav ts-killarna där, att -Du ser ju så manlig ut...Och han ska ju opereras nu...”⁹⁹. Citaten med Johanna och Kristian innehåller en dimension, som jag trots en svag representativitet i det övriga materialet, ser som intressant och viktig att lyfta fram. Vid en närmare blick på avsnittets föregående citat vill jag dock påstå att liknande tendenser går att spåra även i den ovanstående diskussionen. Min poäng här är således att visa på vikten av just kroppen som symbolik och betecknare i mötet med utredaren, där kroppsligt symbolspråk i samverkan med den heterosexuella matrisens yrkande på könsidentitetsuttryck i samklang med den biologiska ytan, tenderar att inverka på patientens positionering i mötet med främst utredaren. Med stöd i den ovanstående diskussionen och det insamlade materialet vill jag därmed hävda, att det inom den transsexuella patientgruppen existerar en bild av hur man som transsexuell individ ska uppträda och se ut för att få ett så friktionsfritt och bra bemötande av utredaren som möjligt. Något som i förlängningen också innebär en bild av hur man som transsexuell patient under utredning ska uppträda och se ut för att få en så skyndsamt utredningsprocess som möjligt. Detta tolkar jag som diskursiva praktiker producerade av ett diffust och oöverskådligt sammanhang, där positionen som strikt underordnad, ovetande och betraktad ofta driver patienter till spekulationer kring utredningens bedömningskriterier.

Slutligen vill jag lyfta fram ytterligare en dimension i den binära vårdsituationen inom ts-vården, nämligen de tester och undersökningar som ligger till grund för en slutgiltig diagnostisering av den observerade patienten som befintligt transsexuell eller inte. I intervjuerna med Sannah och Kristian ges tydliga exempel på hur testerna kan ses som formulerade utifrån två mot varandra strikt polariserade kön. Exempelvis berättar Kristian: ”Att kvinnor skulle ha ett bredare seende . Att män är bättre på att avgöra konturer än vad kvinnor är. Att kvinnor är bättre på färger [...] Så att hittar man sen några män som är bättre än andra kvinnor på det med färger. Tillexempel att dom ser bredare och att dom är dåliga på att urskilja konturer. Då är det nåt fel på dom, för dom passar inte i standardmodellen”¹⁰⁰. Jag låter Sannah berätta ytterligare:

Sannah- Det är just dom här väldigt könsstereotypa frågeställningarna Tycker du om att skruva? Tycker du om att hamra? Tycker du om att bygga saker? Tycker du om att sy? Tycker du om att virka? Tycker du om att laga mat? [...] Jag tycker det är en rätt otidsenlig frågeställning [...] Det går ju att göra på ett mindre larvigt eller

⁹⁹ Kristian. Intervju 2006-03-02

¹⁰⁰ Kristian. Intervju 2006-03-02

nedlåtande eller nedvärderande sätt [...] Det är barnsligt och sexistiskt [...] Fäller du såna kommentarer på en arbetsplats, du kan bli sparkad och bli av med jobbet och bli åtalad. Men som transsexuell patient får du finna dig i [...] Då har vi en lagstiftning som gäller på ett ställe i samhället, men i våran lilla värld, du får tåla det helt enkelt [...] En utredning när de gäller även transsexuella måste ju följa samhället, hur samhället ser ut och fungerar idag [...] Hur sociala livet bland människor ser ut idag, och inte på sextiotalet...

Ovanstående citat ger tydliga exempel på utredningsprocessen som uppbyggd från premisser av en auktoritär världsbild, kopplad till en inneboende tanke om att utredaren i kraft av sin medicinska och psykiatriska expertis, med hjälp av psykologiska och neurologiska tester, kan identifiera en ”autentisk” könsidentitet inom de transsexuella individerna under utredning. Citaten tecknar därmed bilden av en vårdssituation producerad av den ideologiskt belastade medicinska diskursens verklighetskonstituerande befogenheter. En problematik som för Sannah exempelvis resulterade i osäkerhet i utförandet av de psykologiska testerna: ”Så tänkte man ju att -Ja ska jag fylla i att jag är intresserad av bilar. Nä, jag gör inte det, det kanske blir negativt. Och så tänkte jag tanken med att -Ja, visst jag tycker om att pyssla med heminredning och sy. Men det är klart att då stämplas ju det som väldigt kvinnligt”¹⁰¹.

Det går därtill att spåra en tydlig diskursiv maktkamp i de båda citaten. En kamp som jag tolkar som ett paternalistiskt präglad sjukvårdssystem, i konflikt med en reflexiv identitetsdiskurs i opposition mot en auktoritär och könsstereotyp tolkning av den transsexuella patientgruppens liv och kroppar. Citatet med Sannah utgör ett tydligt exempel på den agens, och det kritiska förhållningssätt till den medicinska auktoriteten, som kännetecknar samtliga informanternas utsagor. Intervjusituationen kan därför beskrivas som en social verklighet som informanterna på olika sätt använt sig av, i framställandet av kritiska versioner av en vårdssituation som annars ligger i händerna på institutionell makt. De tester som transsexuella individer måste genomgå ser jag således som uppbyggda från en strikt ordnad tvåkönsmodell, följt av en heterosexuell matris, till följd av en brist på objektiva mätinstrument av tillståndet transsexualism. En bekömd problematik som förstärker informanternas underordnade position i vårdssituationen. Som avslutande exemplifiering låter jag Emelie berätta om det slutgiltiga mötet med socialstyrelsens rättsliga råd:

Emelie¹⁰²- Jag går in, och fick sätta mej på en stol. Och sen sätter dom igång och tittar på mej. Och så säger han att ”Ja, hej det är jag som är ordförande för rättsliga rådet” ”Jaha” sa jag...”Och du är här för att vi ska titta på dej”...”Jaha” sa jag. Och så tittade dom på mej. Och så sa dom ”Ja, har du några frågor?”...”Nej”...”Nä, då får du lov och gå ut”. Så gick jag ut. Och så fick jag komma in igen efter två

¹⁰¹ Sannah. Intervju 2006-03-02

¹⁰² Emelie. Intervju 2006-04-12

minuter och så sa dom att ”Ja, vi har fattat beslut, och du kommer få lov att göra det här”...Ja, ”Tack” sa jag och så gick jag...

Ovanstående exempel är visserligen något som endast kom på tal i intervjun med Emelie. Via exemplet med Emelie vill jag dock lyfta fram utredningstiden, fram till den slutgiltiga prövningen hos socialstyrelsens rättsliga råd, som ett påfallande bekönat sammanhang, där informanterna tilldelas strikt underordnade positioner i vårdsituationen. Citat med Emelie tolkar jag som diskursiva praktiker och tekniker, i form av en slutgiltig maktdemonstration vid skiftet mellan två sociala världar och vårdsammanhang. Viktigt är dock att Emelie påpekar detta möte som annorlunda från andras berättelser, där hon berättar att samma möte, i samtal med andra individer som passerat rättsliga rådet, har skildrats som betydligt längre och ofta utformats som långa utfrågningar¹⁰³. Mötet med socialstyrelsens rättsliga råd är dock ett möte som de transsexuella patienterna kan välja att avstå från, då beslut i dessa fall sker utan patientens närvaro och meddelas per telefon eller brevlades.

Avslutningsvis vill jag peka på den bekönade maktstruktur som ovanstående diskussion skisserar, som en struktur med stort inflytande på såväl informanternas vardagstillvaro som vårdsituation. Kapitlet visar framförallt på diagnostiseringen som uppbyggd från könsstereotypa och heteronormativa premisser, resulterande i en förstärkning av den underordnade och betraktade diskursposition som karaktäriserar utredningstiden. Med stöd i tidigare diskussioner och det övergripande materialet, vill jag därmed lyfta fram mötet mellan patienter och ts-vårdens vårdpersonal, som ett möte kringskuret av seglivade och normativa representationer av kategorierna man/manligt och kvinna/kvinnligt.

5. AVSLUTNING

Syftet med studien har varit att *kritiskt granska informanternas berättelser om deras möte med psykiatrisk och medicinsk expertis inom dagens svenska ts-vård, via fokus på hur detta möte genomsyras av makt*. För att besvara syftet har följande frågeställningar används: Vilka diskurspositioner tilldelas informanterna i mötet med ts-vården? Hur och i vilken mån skildras upplevelser av underordning respektive handlingsutrymme, i informanternas berättelser om överlag asymmetriskt ordnade omständigheter? Vilka konsekvenser innebär mötet med vården för informanternas vardagsliv? Syftet har därefter analyserats via ett kritiskt diskursanalytiskt maktperspektiv, följt av begreppet senmodernitet och ett socialkonstruktivistiskt könsperspektiv.

Genom att först titta närmare på hur informanterna positioneras i den första kontakten med vården, har jag velat belysa hur svensk primärvård handskas med den transsexuella patientgruppens behov. Informanterna har dock olika vårdmässiga ingångar, varav någon generell slutsats kring kompetens och bemötande av den transsexuella patientgruppen inom svensk primärvård är problematisk att dra. Med undantag för en informant tolkar jag den initiala positioneringen i vårdsammanhanget som förhållandevis synlig, då majoriteten av informanterna inte skildrar någon större problematik eller svårighet med vidareremittering till ts-vårdens utredning. Problematiskt är dock till viss del tillgången på remitteringskvalificerad psykiater, då bristande ts-kompetens hos primärvården försätter den transsexuella patientgruppen i en särskilt sårbar position. En problematik, som för Kristian resulterade i att han efter ett femton minuter långt möte med läkaren skickades hem med tydliga symptom på panikångest, och en två veckor lång väntan på kallelse från psykiatrin. Dessutom vittnar Elin om en utdragen remitteringsprocess, som tillsammans med en över elva månader lång väntetid på möte med utredaren, innebär ett betydande överskridande av den lagstadgade vårdgarantin på tre månader. Med tanke på den ofta akuta problematik som den transsexuella patientgruppen söker för, vill jag därför understryka vikten av ett så skyndsamt och friktionsfritt omhändertagande av den transsexuella patientgruppen som möjligt.

Merparten av uppsatsen utgörs därefter av en argumentation för en tredimensionell förståelse av begreppet ts-vård. Ts-vård förstås här som ett mångtydigt begrepp, där det framförallt är viktigt att skilja på utredningsprocessen och den könskorrigering kirurgin. Ytterligare en tredje och parallell dimension utgörs av ett reflexivt egenvårdsprojekt, bedrivna av patienterna själva. Sammanhangen kring utredning och kirurgi förenas visserligen av en hegemonisk medicinsk diskurs, dock vill jag lyfta fram de olika sammanhangen som parallellt

¹⁰³ Emelie. Intervju 2006-04-12

existerande sociala världar med förhållandevis separata normsystem och riktlinjer. En tes som också ges stöd i informanternas berättelser, som med undantag från Lars, indikerar på stora skillnader i bemötande och diskurspositioner mellan de olika vårdssammanhangen.

Inskränkt autonomi och ovetskap om riktningen på den pågående utredningen är beskrivningar som löper som en röd tråd genom informanternas berättelser om utredningstiden. Den diskursiva positioneringen i utredningsprocessen skildras, med visst undantag från en informant, som konsekvent otrygg, ovetande, betraktad och synnerligen underordnad utredaren. Utredningens organisation och vårdpraxis beskrivs därtill som diffus, ett slags osynligt och svårgripbart system som förstärker och låser fast patienterna i positionen som strikt underordnade i ett auktoritärt system. En underordning som också förstärks av inneboende svårigheter med byte av utredare på de orter med enbart en utredare, då detta riskerar att resultera i en betydande fördröjning av den könskorrigering processen. Positionerna som ges inom båda de sociala världarna kring utredningstiden och den könskorrigering kirurgin tolkar jag dessutom som förbundna med begreppen tid och information. Skillnaderna mellan de båda sammanhangen kan tydliggöras via en trikotomi kopplad till just tid och information. En trikotomi utgjord av å ena sidan maktlöshet/överskådlighet/kontroll, vilket producerar tillhörande trikotomt ordnade diskurspositioner som underordnad/relativt underordnad/överordnad. Modellen kan ses som en symbolisk skildring av tidsförloppet och maktaspekten inom den övergripande ts-vården, från påbörjad utredning fram till slutförd kirurgisk och juridisk korrigering.

Via trikotomin som analytiskt verktyg vill jag framförallt peka på tid som en del av ett större hegemoniskt sammanhang. Kontroll av information och tid, under utredningsprocessen, fungerar därmed som upprätthållande tekniker och strategier av ett ideologiskt belastat sjukvårdssystem präglad av en påfallande förmyndarmentalitet. Fram träder bilden av utredaren som en maktfullkomlig auktoritet, som i kraft av sin profession ges ett exklusivt tolkningsföreträde i vårdssituationen. Med stöd i materialet vill jag därför lyfta fram utredaren som en nyckelperson i en större maktkedja. En person som i kraft av psykiatrisk och medicinsk expertis, tillsammans med medicinsk teknologi och en rad psykologiska och neurologiska tester, ges makten att identifiera en påstått autentisk könsidentitet inom patienter under utredning. Därtill uttrycker flera informanter en tydlig oförståelse inför flera av de aktuella tester som transsexuella patienter under observation måste genomgå, styrkt av det faktum att testerna sällan blir tillräckligt motiverade och redovisade. Övergången mellan utredning och kirurgi kan med stöd i materialet ses som ett skifte mellan två sociala världar med en mer eller mindre ideologisk prägel, där det kirurgiska sammanhanget utgör en social värld med mindre strikt asymmetriskt ordnade relationer mellan patient och läkare. Adjektiv som empati, engagemang och värme är exempelvis

ofta förekommande i informanternas skildringar av det kirurgiska sammanhanget, ord som med undantag för Sannah lyser med sin frånvaro i talet om utredningsprocessen. Den maktlätnad som kännetecknar informanternas berättelser om det kirurgiska sammanhanget framstår dessutom som en produkt av en vårdpraxis mer lyhörd för patienternas särskilda behov och intressen. En problematik som dessutom bör ses i relation till diskussionen kring tid och information, då informanterna här träder in i en mer överskådlig social verklighet, och därmed får en större känsla av autonomi.

Utöver den generella diskussionen kring makt visar materialet därtill på mötet mellan den transsexuella patientgruppen och ts-vården som ett påfallande bekönat möte, vilket förstärker den underordning som präglar informanternas skildringar av utredningsprocessen. Omständigheter som jag tolkar som följderna av en ofrånkomlig binär dimension och heterosexuell matris inbäddad i diagnoskriterierna för transsexualism. En diagnos som på grund av avsaknad av objektiva mätinstrument förutsätter en tydligt polariserad tvåkönsmodell, och som med stöd i materialet resulterar i ett konsekvent misstänkliggörande av patienter under utredning. Samtliga informanter vittnar om att könsstereotypa och ifrågasättande kommentarer under utredningstiden inte är helt ovanligt förekommande. Utöver detta ger materialet signaler på skillnader mellan ts-män och ts-kvinnors positionering i vårdsituationen. Flera av informanternas skildringar visar tecken på att normativa övertramp från ett kvinnligt könsidentitetsuttryck, tillsammans med en manlig biologi, riskerar att beteckna ts-kvinnor som transvestiter i mötet med utredaren. Min poäng här är att visa på vikten av just kroppen som symbolik och betecknare i mötet med utredaren. Den biologiska kroppens symbolspråk, i samverkan med den heterosexuella matrisens yrkande på könsidentitetsuttryck i samklang med kroppen, tenderar därmed att inverka på patientens diskursiva positionering i mötet med främst utredaren. Informanternas skildringar av utredningsprocessen visar utöver detta tecken på att det inom den transsexuella patientgruppen existerar en bild av hur man som transsexuell individ bör uppträda och se ut, för att få ett så friktionsfritt och bra bemötande av utredaren som möjligt. Detta kan tolkas som produkten av ett diffust och överskådligt sammanhang, där positionen som strikt underordnad, ovetande och betraktad resulterar i att patienter under utredning ofta drivs till spekulationer kring utredningsteamets bedömningskriterier.

Ovanstående diskussion går hand i hand med den rädsla för att bli avvisad som samtliga informanter på olika sätt skildrar i talet om utredningsprocessen. En rädsla som ofta medför att informanterna värjer sig från att tala om känslor och upplevelser som i något avseende kan tolkas som signaler på tvivel inför ts-teamets vårdpersonal. Viktigt att lyfta fram är således materialets starka signaler på att själva utredningstiden som social värld, i sig, riskerar att generera en

betydande psykisk ohälsa och emotionell instabilitet hos patienter under utredning. Jag vill därför särskilt lyfta fram psykosocial stödverksamhet och den mer medmänskliga dimensionen av ts-vård som en betydande bristvara inom aktuell vårdpraxis. En alvarlig problematik, som ofta får förödande konsekvenser för patienternas vardagstillvaro. Något som också stöds av det faktum att alla utom en av informanterna upplever utredaren som mer eller mindre ointresserad av deras psykiska och mentala hälsa. Materialet ger därför signaler på behov av upprustning av en nu förhållandevis obefintlig psykosocial stödverksamhet. Flera informanter har exempelvis uttryckt en önskan om utanförstående stödverksamhet, till för just patienternas behov snarare än som medel i bedömningsprocessen. En till viss del utanförstående psykosocial stödverksamhet, som i kraft av tystnadsplikt till det övriga ts-teamet skulle ge den transsexuella patientgruppen en större trygghet i såväl vardagen som i vårdsituationen.

Slutligen avser jag besvara syftets två underliggande frågeställningar om: Hur och i vilken mån skildras upplevelser av underordning respektive handlingsutrymme? Vilka konsekvenser innebär mötet med vården för informanternas vardagsliv? Den röda tråd som löper genom samtliga informanternas berättelser är en iögonenfallande underordning. Fram träder en auktoritär vårdtradition, som tvingar patienter under utredning att tillfälligt avsäga sig makten över sina liv och kroppar. En tydlig konsekvens av mötet med vården är således att patienter under utredning tillfälligt, och på en på många sätt obestämd tid, mister kontrollen över vardagen och framtiden. Tydligt är också hur utredningsprocessen som social värld genererar en hög grad av oro, vilket med stöd i materialet ofta förstärks av utredarens ofta ambivalenta signaler om riktningen på utredningsprocessen. Kännetecknande för samtliga informanter är dock ett aktivt anammande av intervjusituationens utrymme, som ett medel i återtagandet av rätten till skildringar av ett tidsförlopp och en social värld som annars ligger i händerna på institutionell makt. Jag vill därför, trots ett ideologiskt belastat material, lyfta fram informanterna som inte bara strukturella offer, utan också som aktiva agenter som på olika vis brottas och kämpar mot de ordnande strukturerna i vardagen.

Samtliga informanter vittnar om diskursiva motstrategier med avsikt att lätta på den emancipatoriska bristvara som tidigare skildrats i texten. Strategier i form av en parallell ts-vård, bedriven av patienterna själva, via aktivt nätverkande i vardagens praktiker. Informanternas utsagor utgör med andra ord diskursiva röster, artikulerade i tydlig opposition mot en medicinsk diskurs och ett sjukvårdssystem med stora brister i omhändertagande av sina patienter. Materialet visar därtill på internet och den moderna kommunikationsteknologin som en viktig plattform för informanternas ”empowerment”. Till följd av en meningsskapande och nätverksgrundande dimension, kan internet och den moderna kommunikationsteknologin beskrivas som ett

alternativt andrum i vardagen. Ett virtuellt andrum och alternativ social verklighet, i form av ett kollektivt egenvårdsprojekt och narrativ tradition, uppbytt och möjliggjord av den transsexuella gruppens ömsesidiga givande och tagande. Informanternas utsagor kan därmed tolkas som både enskilda versioner av en social verklighet, samt också som fragment från ett kollektivt narrativ under konstruktion. Viktigt att påpeka är dock att denna alternativa sociala verklighet också är resultatet av ett auktoritärt sjukvårdssystem. Då informanternas upplevelser och erfarenheter i hög grad betecknas som ointressanta inom det system som är till för att hjälpa dem, tvingas informanterna till att ta hand om sig själva. Den sociala världen för ts-vården tolkar jag slutligen som i kollision med ett senmodernt platslöst sammanhang. En konflikt mellan två meningssystem, i form av en diskursiv kamp om rätten till att definiera det könskorrigeringssammanhanget som meningsfullt.

Avslutningsvis vill jag lyfta fram det uttalade engagemang, behov och den vilja som samtliga informanterna uttryckt för de aspekter som uppsatsen fokuserar på. Ett engagemang som samtliga informanter också framförde som huvudsaklig anledningen till medverkan. Informanternas vittnesmål ger därför signaler på upplevelser och erfarenheter av mötet med vården som frågeställningar som den transsexuella patientgruppen har ett stort behov att tala om. Uppsatsen utgör därmed en fruktbar ingång i ett forskningsfält karakteriserat av en påfallande kunskapslucka, där än mer djupgående forskning och penetration av vardagstillvaron och vårdssituationen för den transsexuella patientgruppen har ett viktigt syfte att fylla. Slutligen vill jag också lyfta fram den besvikelse över utredningsprocessen som samtliga informanter uttrycker. Det slutgiltiga ordet ger jag därför till Elin:

Elin¹⁰⁴- Jag hade faktiskt förväntat mig lite mer värme. Lite mer medmänsklig värme och empati faktiskt [...] Och jag tycker att man kanske kunde ha sagt till mig att -Vi vet att det här är jobbigt...Att på något sätt tala om att -Vi ser att du försöker vara stark och det är bra. Men du får vara svag, det gör ingenting...Det hade jag behövt höra...

6. KÄLLOR & LITTERATUR

Otryckta källor

Intervjuer: Varav alla är inspelade och förvaras hos författaren

1. Pseudonym: Sannah

Ålder: trettioårsåldern

Könsidentitet: Kvinna

Behandlingsstatus¹⁰⁵: Under utredning-

Utredningsort: stad X

Intervjuns längd: ca. 140min

Plats för intervju: Sannahs bostad

Intervjun utförd av: Författaren

Datum: 2006-03-02

2. Pseudonym: Kristian

Ålder: fyrtioårsåldern

Könsidentitet: Man

Behandlingsstatus: Under utredning

Utredningsort: stad X

Intervjuns längd: ca. 120min

Plats för intervju: Kristians hem

Intervjun utförd av: Författaren

Datum: 2006-03-02

3. Pseudonym: Lars

Ålder: fyrtioårsåldern

Könsidentitet: Man

Behandlingsstatus: I slutfasen

Utredningsort: stad Y

Intervjuns längd: ca. 80min

Plats för intervju: Lars kontor

Intervjun utförd av: Författaren

¹⁰⁴ Elin. Intervju 2006-03-22

¹⁰⁵ Med behandlingsstatus avses den fas av ts-vården som informanten befann sig i vid intervjutillfället.

Datum: 2006-03-08

4. Pseudonym: Emanuel

Ålder: trettioårsåldern

Könsidentitet: Man

Behandlingsstatus: I slutfasen

Utredningsort: stad Z

Intervjuns längd: ca. 80min

Plats för intervju: RFSL

Intervjun utförd av: Författaren

Datum: 2006-03-13

5. Pseudonym: Kim

Ålder: tjugoårsåldern

Könsidentitet: Man

Behandlingsstatus: Under utredning

Utredningsort: stad Z

Intervjuns längd: ca. 90min

Plats för intervju: Kims hem

Intervjun utförd av: Författaren

Datum: 2006-03-14

6. Pseudonym: Elin

Ålder: fyrtiofemårsåldern

Könsidentitet: Kvinna

Behandlingsstatus: I slutfasen

Utredningsort: stad X

Intervjuns längd: ca 140min

Plats för intervju: Författarens hem

Intervjun utförd av: Författaren

Datum: 2006-03-22

7. Pseudonym: Johanna

Ålder: fyrtioårsåldern

Könsidentitet: Kvinna

Behandlingsstatus: I slutfasen

Utredningsort: stad X

Intervjuns längd: ca 120min

Plats för intervju: Författarens hem

Intervjun utförd av: Författaren

Datum: 2006-03-30

Därtill ett kompletterande telefonsamtal i ca femton min (2006-05-30)

8. Pseudonym: Emelie

Ålder: tjugofemårsåldern

Könsidentitet: Kvinna

Behandlingsstatus: I slutfasen

Utredningsort: stad X

Intervjuns längd: ca 90min

Plats för intervju: Emelies hem

Intervjun utförd av: Författaren

Datum: 2006-04-12

Tryckta källor och litteratur

Bhattachacaryya, Gargi, 2002. *Sexuality and society: An introduction.*

London: Routledge

Butler Judith, 2005. *Könet Brinner! Judith Butler: Texter i urval av Tiina Rosenberg.*

Köping: Bokförlaget Natur och Kultur

Cordella Marisa, 2004. *The Dynamic Consultation: A discourse analytical study of doctor-patient communication.* Amsterdam/Philadelphia: John Benjamin's Publishing Company

Coupland Justine & Gwyn Richard (Ed), 2003. *Discourse, the Body, and Identity.* New York:

Palgrave Macmillan

Diskrimineringskommittén (2005-03-08): *Transpersoner och diskriminering: Seminarium för diskrimineringskommittén onsdag 26 januari 2005.* Stockholm.

- Domurat Dreger Alice, 2003. *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*.
Cambridge & London: Harvard University Press
- Elvin- Nowak Ylva, Thomsson Heléne, 2003. *Att göra kön: Om vårt våldsamma behov av att vara kvinnor och män*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag
- Fairclough Norman, 2003. *Analysing Discourse: Textual analysis for social research*.
London & N.Y.: Routledge
- Foucault Michael, 1980a. *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*.
London: Harvester Books
- Foucault Michael, 1990b. *The History of Sexuality. Volume 1, The will to knowledge*.
Harmondsworth: Penguin
- Föreningen Benjamin. *Faktaruta*. (Elektronisk) BENJAMIN: Patientföreningen för transsexuella.
Tillgänglig: <<http://www.foreningenbenjamin.se>
- Föreningen Benjamin. *Lagen om fastställelse av könstillhörighet utreds*. (Elektronisk)
BENJAMIN: Patientföreningen för transsexuella.
Tillgänglig: <<http://www.foreningenbenjamin.se> (2006-01-27)
- Johansson Annica, 2004/2005. "Qruiser är mitt samhälle på nätet: Skärningspunkter mellan teknik och bbt-kultur". I: Lambda Nordica. 2004-2005: 1-2
- Landén Mikael, 1999a. *Transsexualism: epidemiology, phenomenology, regret after surgery, aetiology and public attitudes*. Göteborg: Göteborgs Universitet (Diss)
- Landén Mikael, 2001b. *Bytt är bytt kommer aldrig igen: Könshbyte för närvarande bästa hjälp för transsexuella*.
I: Läkartidningen 2001:30/31
- Lev Istar Arlene, 2004. *Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for Working with Gender-Variant People and Their Families*. New York/London/Oxford: The Haworth Clinical Practise Press
- Lyon David, 1998. *Postmodernitet*. Lund:
Studentlitteratur
- Namaste Viviane K. (2000) *Invisible Lives: The Erasure of Transexual and Transgendered People*.
Chicago and London: The University of Chicago Press
- Neumann Iver B., 2003. *Mening, materialitet, makt: en introduktion till diskursanalys*. Iver B. Neumann;
översättning: Peter Dükler. Lund: Studentlitteratur
- Parsons Talcott, 1991. *The social system*.
London: Routledge
- Qruiser. *The Nordic Gay and Queer Online Community*. (Elektronisk) Qruiser.
Tillgänglig: <<http://www.qruiser.com>
- RFSL. *TS-vård: Här kan du läsa basfakta om TS-vård*.

- (Elektronisk) RFSL: Riksförbundet för sexuellt likaberättigande.
Tillgänglig:< <http://www.rfsl.se/?p=382> (2004-11-07).
- RFSL. *Intresseanmälan för deltagan i forskningsstudie.* (Elektronisk)
RFSL: Riksförbundet för sexuellt likaberättigande.
Tillgänglig:<<http://www.rfsl.se/?p=2980> (2006-03-27)
- SFS,1972-04-21. *Lag 1972:119, fastställelse av könstillhörighet i vissa fall.*
(Elektronisk) Rättsnätet/Notisum AB.
Tillgänglig:<http://rixlex.riksdagen.se/htbin/thw?%24%7BOOHTML%7D=SFST_DOK&%24%7BSNHTML%7D=SFSR_ERR&%24%7BBASE%7D=SFST&BET=1972%3A119&%24%7BTRIPSHOW%7D=format%3DTHW
- Thörn Håkan, 1997a. *Rörelser i det moderna. Politik, modernitet och kollektiv identitet i Europa 1789-1989.* Stockholm: Tiden Atena
- Winther Jørgensen Marianne & Louise Phillips, 2000. *Diskursanalys som teori och metod.*
Lund: Studentlitteratur
- WHO:s klassificeringsverktyg. *The ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* (Elektronisk) Wikipedia: Den fria encyklopedien.
Tillgänglig:< <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

BILAGA NR:1

Intervjuguide

- Berätta kortfattad livshistoria med fokus på identitet och vad som slutligen fick dig att söka hjälp.
- Berätta om din första kontakt med vården, dvs. inte företrädevis det första faktiska mötet. Hur skulle du beskriva bemötandet? Känner du att du blev tagen på alvar? Kunde dina behov tillgodoses? Vilka följder fick denna första kontakt för din övergripande vardag?
- Vilka förväntningar hade du när du först tog kontakt? Har de förväntningarna förändrats? Om ja, varför? Om nej, varför inte?
- Berätta i stora drag om själva utredningen som skulle fastställa dig som ”äkta” transsexuell och dina upplevelser och tankar kring detta. Oroade du dig någonsin för att riskera att inte bli fastställd? Om ja, varför? Om nej, varför inte?
- Vad är dina spontana upplevelser och reflektioner gällande ts-vården i dagsläget?
- Upplevelser och reflektioner kring det faktum att det enligt svensk lagstiftning krävs av dig att du som transsexuell, och därmed också fastställd, skall vara ogift och steriliserad för att få genomgå den fullständiga behandlingsgången inom ts-vården
- Berätta om det generella och övergripande vardagliga mötena med vården. Hur skulle du beskriva bemötandet? Känner du att du blir tagen på alvar? Upplever du att dina behov tillgodoses på ett tillfredställande vis? Upplever du att du får det stöd som just du behöver?
- Tycker du att man har lyssnat på dig och dina erfarenheter, känslor och upplevelser tillräckligt? Om inte, vad skulle kunna göras bättre?
- Upplevelser och reflektioner kring det faktum att du tvingas ha kontakt med vården under resten av ditt liv?
- Hur har behandlingen, utredningarna och allt vad det innebär påverkat din vardag?
- Upplever du att du erbjudits och fått tillgång till tillräcklig psykologisk hjälp och rådgivning? Upplever du att det har erbjudits tillfredställande psykologisk hjälp, stöd och rådgivning till aktuella närstående? Om inte, vad skulle kunna göras bättre? Hur har detta påverkat din och dina närståendes vardag?
- Har du någon gång haft upplevelser/erfarenheter/känslor av uppgivenhet och maktlöshet i direkt anslutning till ts-vården? Om ja, utveckla. Om nej, utveckla.

- Upplever du att du fått tillräcklig och tillfredställande information om de medicinska moment och kirurgiska ingrepp som behandlingen inom ts-vården innebär? Som till exempel risker och biverkningar...För att därmed kunna ta bästa möjliga beslut gällande den egna kroppen och framtida livet.
- Hur skulle du beskriva relationen till din närmaste utredare?
- Hur ser du på framtiden?

BILAGA NR:2

Behandlingsgång/ Utredningsgång

Samtliga regionenheter (Lund accepterar dock s.k. egenanmälan) kräver remiss från primärvården för att ta emot patienter. Remissen skall komma från en psykiatrisk primärvårdsenhet eller från en privatpraktiserande psykiatriker. Efter ett första inskrivningssamtal påbörjas vanligen den utredning som skall mynna ut i det läkarutlåtande som Rättsliga Rådet kräver skall ingå i en ansökan om fastställelse av ny könstillhörighet. Vården gör ingen skillnad på utredning och behandling och antalet samtalsbesök under året varierar kraftigt i landet. Likaså varierar det när patienten erbjuds epilering, mastektomi, hormoner och logopedhjälp, både beroende på vilket utredningsteam patienten hör till och beroende på individuella faktorer i varje enskilt fall.

Nedan följer en redogörelse för hur utredning och behandling av transsexuella kan se ut. Notera att tidsintervallerna kan variera kraftigt beroende på läkarens praxis och patientens enskilda behov. Tabellerna är skrivna efter de gemensamma riktlinjer som Rättsliga Rådet och regionenheterna kommit fram till, de är inga absoluta regler.

Första året

Det första året är i huvudsak ett år med fokus på utredning snarare än behandling. Momenten som ingår är:

- Samtal med utredare (som är en psykiatriker)
- Psykologiska test (MMPI, Rorschach, WAIS eller motsv.)
- Kontroll av blod, hormon och levervärden.
- EEG (dock ej praxis)
- Utredning av patientens sociala situation (kurator)
- Utredning av patientens psykiska stabilitet

Den behandling som ges kan vara i form av stödsamtal.

Andra året

Det andra året är det behandlande året men det finns även några moment av utredning kvar:

- Patienten förväntas börja leva i sin nya roll (Real Life Test/Experience)
- Fortsatta samtal med och observation av patienten
- Fastställande av diagnos eller uppföljande fastslagning av diagnos

Behandlingen startas och består av:

- Hormonterapi, när det är sannolikt att patienten kommer att fullfölja könsbytesprocessen
- Hårborttagning med epilering för MTF
- Bröstreducering i form av mastektomi för FTM
- Logopedhjälp (ges generellt inte till FTM)

Efter två år

Ansökan till Socialstyrelsens rättsliga råd om tillstånd att få sin nya könstillhörighet fastställd. Samtidigt ansöker man om tillstånd till könskorrigeringar, avlägsnande av könskörtlar, namnändring, och om patienten är under tjugofem även om sterilisering.

Tidigast efter 2,5 år

Juridiskt könsbyte.

Tidigast efter två år och nio månader

Den första könskorrigeringar operationen av yttre och inre genitalier.

Källa

RFSL. *TS-vård: Här kan du läsa basfakta om TS-vård.*

(Elektronisk) RFSL: Riksförbundet för sexuellt likaberättigande.

Tillgänglig: < <http://www.rfsl.se/?p=382> (2004-11-07).

BILAGA NR:3

UTREDNINGSGÅNG FÖR TRANSSEXUELLA - SOCIALSTYRELSENS RÄTTSLIGA RÅD

Inledning

Inför den praxis som utvecklats i Sverige bör den som önskar könsbytande åtgärder ha kontakt med utredningsläkaren/teamet under minst två år innan ansökningshandlingar går in till Socialstyrelsen. Det då bifogade läkarutlåtandet bör vara utfärdat av en specialistkompetent psykiater.

Med tanke på könsbytesärendenas låga numerär blir det få psykiatrer som får ingående erfarenhet på detta så speciella område. Det har därför bedömts oundgängligt med en expert på området inom varje sjukvårdsregion. Det kunde ur flera synpunkter bedömas vara optimalt om dessa experter svarade för samtliga utredningar. Detta är dock av tidsmässiga och geografiska skäl knappast möjligt, utan i många fall måste en annan läkare hålla i utredningen. Den regionala experten kan då fungera som konsult och endast träffa den sökande vid kanske ett eller två besökstillfällen.

Psykiatrisk bedömning

Under utredningstiden skall den undersökande läkaren träffa den sökande tillräckligt många gånger för att kunna skaffa sig fördjupad kunskap om förutsättningarna för ett könsbyte. Det handlar bland annat om:

- diagnosen; är kriterierna för genuin transsexualism uppfyllda?
- graden av psykisk och social stabilitet
- förutsättningar både i den fysiska och psykiska framtoningen för övergång i motsatt könsroll
- grad av insikt om vad ett könsbyte innebär i olika avseenden

Psykologisk undersökning

Den psykometriska utredningen syftar till att kartlägga fyra variabler:

- Psykiatrisk diagnos (Axel I). Instrument: ICD-10 och DSM-IV
- Allmänintellektuell nivå. Instrument:WAIS
- Personlighetsbedömning (Axel II). Instrument: MMPI, SASB, KSP, Projektiv metod: DMT alternativt Rorschach

- Global skattning av funktionsförmåga (Axel V). Instrument: GAF alternativt General Well-Being scale

Ovanstående fyra variabler skall i utredningen bedömas. Valet av metoder och instrument måste dock vara fritt för respektive utredningsteam och är självfallet i viss utsträckning avhängigt av lokal tradition och erfarenhet. För att verksamheten i landet skall få en bred erfarenhetsbas för framtiden är det ett önskemål att hela batteriet ovan bjuds.

Råd och tolkningshjälp kan erhållas enligt följande

Umeå (Owe Bodlund)

SASB (självbilda-inventorium, självskattning)

DIP-Q (personlighetsinventorium baserad på DSM-IV, självskattning. Finns på diskett)

DMT (projektivt test med subliminal bjudning av bilder)

Uppsala (Lisa Ekselius)

KSP (Karolinskas personlighets-skattning)

Linköping (Jan Åström)

MMPI

Mölndal (Annelie Dufmats)

Livskvalitet

MMPI

DAP (Draw a person test)

Lund (Annika Sjöström)

Wartegg (projektivt rittest)

Somatisk utredning

Somatisk u:s inkl genitalia är obligat. Endokrina stigmata?

Kvinnor: Remittera till gyn u:s. "Normala kvinnliga genitalia?"

Laborationer: TSH, LH, FSH, PRL, TESTOSTERON, ÖSTRADIOL, SHBG

EEG

Kromosomodling om misstanke om Klinefelter.

Plastikkirurgisk konsult

Bedömning inför ts-kirurgi. Remiss till plastikkirurgiska kliniken, Karolinska sjukhuset. Patienter remitteras på ett relativt tidigt stadium till plastikkirurg. Kirurgen ger då också information om vad som kan respektive inte kan åstadkommas med ingreppen. Denna konsult bör ske innan hormonbehandlingen startar (se nedan). En lämplig tidpunkt för denna remiss kan vara c:a nio månader efter utredningens början. Tveksamma fall bör dock inte remitteras så här tidigt - möjligen senare om tveksamheten blivit mindre. Riksklinik för denna kirurgi är Plastikkirurgiska kliniken, Karolinska sjukhuset.

Behandling

Hormonbehandling

Om efter c:a ett år i utredning mycket talar för att könsbyte kan komma att tillstyrkas inleds nu behandlingen med det konträra könets hormoner. Det är viktigt att informera den sökande om hormonbehandlingens effekter; vad den kan förväntas medföra respektive inte medföra; att det terapeutiska svaret växlar mellan olika individer. Hormonbehandling påbörjas aldrig utan samråd med specialistteam:

- Östrogen respektive testosteron ges i samma situationsdoser som vid hypogonadism.
- FASS-rekomendationer gäller, inga överdoseringar. (Stora doser östrogen har centralstimulerande effekt)
- Utsätt östrogen fyra veckor innan operation! Detta sköts av kirurgen.
- Testosteron kan ge gynekomasti. Ej rutin att mäta S-konc. Ej behov att monitorera levern. Ampullen skall vara rumsvarm, annars för viskös = gör ont.

Epilering

Sjukvården skall stå för kostnaden. Epilering medelst diathermi blir ofta aktuell. För finansiering, åberopa dokument från Landstingsförbundet Dnr Lf 289/95. Skriv intyg och åberopa konsensus i sammanträdande expertgrupp att epilering lämpligast göres i samband med hormoninsättning.

"Detta syftar till fastställande..."

Ansökningsgången

Efter de två årens utredning har den ansvarige läkaren att ta ställning till om det nu är dags att låta ansökningarna om könsbytande åtgärder gå in till Socialstyrelsens Rättsliga Råd. Vid sidan av de tidigare nämnda variablerna diagnos etc skall nu vägas in resultaten av psykologundersökningen, den somatiska utredningen, plastikkirurgiska konsulten samt de objektivt och subjektivt skattade resultaten av hormonbehandlingen. Den sökande skall konsekvent ha uppträtt i den nya könsrollen ute bland andra människor (inte bara hemma i enskildhet) och upplevelsen av detta är ytterligare en faktor som bör vägas in i den samlade bedömningen. Läkaren skall i ett utförligt utlåtande beskriva anamnes (med särskild tonvikt på den psykosexuella utvecklingen), status, de somatiska undersökningarna, den psykologiska undersökningen, observationer under utredningstiden. I ett sammanfattande omdöme skall läkaren lägga fram sin syn på den sökandes önskemål om könsbytande åtgärder.

Till läkarutlåtandet fogas en ansökan på fastställt formulär. Blanketten ifylls av läkaren och undertecknas av den sökande. Personbevis där svenskt medborgarskap och sökandens civilstånd framgår, bifogas ansökan. Ansökan1 ställs till Socialstyrelsen, Rättsliga Rådet Stockholm och omfattar:

- namnbyte - byte av förnamn
- sterilisering - krävs för sökande under 25 år
- ingrepp i könsorganen
- borttagande av könskörtlarna
- fastställande av könstillhörighet i det nya könet

Man ansöker formellt alltid om samtliga tillstånd. I tveksamma fall kan Socialstyrelsen i en första omgång tillstyrka endast namnbyte och begära ytterligare observation under något år. Självfallet kan intygsskrivande läkare i sitt utlåtande föreslå om allt skall beviljas genast eller om tillstånd skall ske i två steg.

Socialstyrelsen strävar att hålla handläggningstiden kortare än sex månader.

Stockholm november 1996

För Socialstyrelsens Rättsliga Råd

Stefan Arver

Gunnar Hambert
Bengt Lundström
Jan Wälinder

För regionteamen

Owe Bodlund - Umeå
Lisa Ekselius - Uppsala
Ulla Holmlund - Linköping
Thorvald Höjerback - Lund
Mikael Landén - Göteborg

För Plastikkirurgiska kliniken, Karolinska Sjukhuset

Jan Eldh
Marc Bygdeman

1 Fastställt formulär (SoSB 68501 1996-01) rekvireras från Socialstyrelsen, Rättsliga Rådet, 106 30 Stockholm.

Detta en direkt avskrift från RFSL:s webbplats

Källa

RFSL. *Utredningsgång för transsexuella - Socialstyrelsens Rättsliga Råd.*

(Elektronisk) RFSL: Riksförbundet för sexuellt likaberättigande.

Tillgänglig: < <http://www.rfsl.se/?p=674> (2004-03-04).