



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Socialhögskola

# Vård av unga med könsdysfori och unga med intersexvariationer

En komparativ WPR-analys

Emanuel Dahlberg Skanung och Benjamin Svensson

Kandidatuppsats (SOPB63)

VT24

Handledare: Hans Knutagård

# Abstract

Author(s): Emanuel Dahlberg Skanung and Benjamin Svensson

Title: Care of young people with gender dysphoria and young people with intersex variations-  
A comparative WPR-analysis

Supervisor: Hans Knutagård

Assessor: Dawan Raof

This paper aims to investigate the policies in two documents from the National Board of Social Affairs and Health regarding healthcare for transgender youth and people with intersex variations. Using Bacchis method of analysis "What's the problem represented to be?" as well as Michel Foucault's theory of biopower and Judith Butler's theory of the heterosexual matrix, we examined the assumptions regarding norms, gender and care that can be found in the policies. We then compared the two texts with each other to make visible the different discourses that have formed them. The themes we found in the document which describes healthcare for people with intersex variations were autonomy versus parental rights, fertility and hormones. The themes we found in the document about healthcare for young people with gender dysphoria were uncertainties, fertility and risks with hormone therapy. We drew the conclusion that there are some similarities and some differences between the two policies. Both documents promote restricting the access of hormone treatment and surgery for their target demographics. As the two groups have different needs and wishes, this can have very different consequences for transgender youth compared to young people with intersex variations. The relevance and implications of the study for social work is also discussed.

Key words: WPR, heterosexual matrix, Foucault, intersex variations, transgender youth, National Board of Social Affairs and Health

# Innehållsförteckning

<b>Abstract.....</b>	<b>2</b>
<b>1. Problemformulering.....</b>	<b>5</b>
1. 1. Syfte.....	7
1. 2. Frågeställningar.....	7
1. 3. Begreppsordlista.....	8
<b>2. Kunskapsläget.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Teoretisk utgångspunkt.....</b>	<b>13</b>
3.1. Diskursanalys.....	14
3. 2. Biomakt.....	14
3. 3. Heterosexuella matrisen.....	16
<b>4. Metod.....</b>	<b>17</b>
4. 1. What's the problem represented to be?.....	17
4. 2. Metodologiska överväganden.....	18
4. 3. Tillvägagångssätt.....	19
4. 4. Urval.....	20
4. 5. Reliabilitet, tillförlitlighet och överförbarhet, trovärdighet.....	21
4. 6. Forskningsetiska överväganden.....	22
<b>5. Resultat och analys.....</b>	<b>23</b>
5. 1. Hur representeras problemet i Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD")?.....	23
5. 2. Vilka antaganden ligger till grund för problemrepresentationerna i Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD")?.....	25
5. 2. 1. Autonomi i konflikt med vårdnadshavares rättigheter.....	25
5. 2. 2. Fertilitet.....	27
5. 2. 3. Hormonbehandling.....	28
5. 3. Vad lämnas oproblematiserat i problemrepresentationerna i Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD")? Vilka tystnader finns? Kan problemet tänkas på annorlunda?.....	30
5. 3. 1. Autonomi i konflikt med vårdnadshavares rättigheter.....	30
5. 3. 2. Fertilitet.....	31
5. 3. 3. Hormonbehandling.....	31
5. 4. Hur representeras problemet i Vård av barn och ungdomar med könsdysfori?.....	32
5. 5. Vilka antaganden ligger till grund för problemrepresentationerna i Vård av barn och ungdomar med könsdysfori?.....	34
5. 5. 1. Osäkerheter.....	35
5. 5. 2. Fertilitet.....	37
5. 2. 3. Hormonbehandling.....	38
5. 6. Vad lämnas oproblematiserat i problemrepresentationerna i Vård av barn och ungdomar med könsdysfori? Vilka tystnader finns? Kan problemet tänkas på annorlunda?.....	41
5. 6. 1. Osäkerheter.....	41

5. 6. 2. Fertilitet.....	42
5. 6. 3. Hormonbehandling.....	42
<b>6. Diskussion.....</b>	<b>44</b>
6. 1. Avslutande reflektioner.....	46
<b>Referenser.....</b>	<b>48</b>

# 1. Problemformulering

”Lenas” barn säger att det inte finns någon tvekan om att den könskorrigering behandlingen är välgrundad och rätt. (Uppdrag granskning, 2019)

Denna mening är allt utrymme ”Lenas” barn får i det första avsnittet av Uppdrag granskning dokumentär *Tranståget*. ”Lena” tar däremot mycket plats i reportaget, där hon beskriver hur hennes barn plötsligt började identifiera sig som pojke, och genomgick könsbekräftande vård. I intervjuerna kallar ”Lena” sitt barn för *flicka* och *hon*, och är starkt kritisk till både transvården i allmänhet och uttrycker mycket oro kring att hennes barn kommer att ångra sitt beslut i framtiden. Samtidigt lever hennes barn som man, och baserat på vad som framkommer i dokumentären så ångrar han inte den vård han har genomgått. Efter att ha citerat ”Lenas” barn, går dokumentären raskt vidare till att beskriva och stärka farhågor om att patienter kan komma att ångra vård. Detta utdrag är typiskt för dokumentären, där föräldrars rädslor tar avsevärt mer plats än röster från de unga transpersoner som dokumentären utger sig för att handla om.

Tillgången till vård för unga transpersoner har varit en het debatt under de senaste åren, där Uppdrag granskning har varit en av de starkare rösterna. Programmet har mellan 2019 och 2022 släppt flera olika dokumentärer inom området transvård för barn och unga, där de lyfter kritiken att transvården är för lättillgänglig och farlig för barn. Farhågorna och kritiken i dessa dokumentärer återfinns i Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd från 2022: *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori*. Det nya dokumentet rekommenderar att unga med könsdysfori (obehag orsakat av att könsidentiteten inte överensstämmer med det registrerade könet vid födseln) endast i undantagsfall ska få stopphormoner och andra könsbekräftande behandlingar. Detta är en stor skillnad från kunskapsstödet från 2015, *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori*, som starkt rekommenderade att barn och unga skulle få könsbekräftande vård. Under skrivandet av vårt arbete har en ny könstillhörighetslag gått igenom, som syftar till att göra det enklare att byta juridiskt kön för de transpersoner och personer med intersexvariationer som vill göra det (RFSL, 2024). Detta kan ses som en kontrast jämfört med vad kunskapsstödet förespråkar, och det väcker frågor om vilket håll debatten om vård för transpersoner och personer med intersexvariation är på väg.

På ett liknande sätt kan Socialstyrelsens kunskapsstöd *Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD")* (2020) ses som en spegling av den mycket mindre omtalade samhällsdebatten kring personer med intersexvariationer. Här syns en strävan att röra sig bort från det tidigare synsättet på personer med intersexvariation, där normaliserande ingrepp ansågs vara det bästa för patienten, oavsett patientens egna önskemål. Genom de två kunskapsstöden synliggörs diskurser, förgivettagna sanningar, kring målgrupperna, som påverkar hur transpersoner och personer med intersexvariation behandlas, både av myndigheter och i deras vardag.

Frågor som rör transpersoner och personer med intersexvariation har länge kopplats samman. Redan i SOU 1968:28 (s. 13, passim), som ledde till könstillhörighetslagen, benämns transpersoner som *icke-somatiskt intersexuella* och personer med intersexvariationer som *somatiskt intersexuella*. Idag kopplas ofta personer med intersexvariationer ihop med det bredare HBTQ+-communityt. Sedan 2019 är personer med intersexvariationer en av RFSL:s målgrupper vars rättigheter de arbetar för (RFSL, 2021). Transpersoner och personer med intersexvariationer möter många liknande utmaningar när det kommer till samhällsstigma, autonomi och kunskapsbrist inom vården, men det finns även skillnader mellan gruppernas behov (ibid.; Föreningen för transpersoner, u.å.; Organisation Intersex International Sverige, u. å.). Medan transpersoner i många fall söker könsbekräftande vård, till exempel pubertetsblockerare, könsbekräftande hormoner och operationer, har personer med intersexvariationer ofta genomgått könskorrigering som barn som de inte har samtyckt till.

Vården av personer med intersexvariationer och transpersoner regleras delvis av Socialstyrelsens kunskapsstöd, som riktar sig till en bred grupp professionella, både inom och utanför hälso- och sjukvården. Dokumenten syftar till att vägleda professionella i frågor som rör beslutsfattning och bemötande (Socialstyrelsen, 2022, s. 12). Samtidigt bidrar kunskapsstöden till att skapa en specifik bild och diskurs av målgrupperna de berör, som professionella internaliserar och måste förhålla sig till i sitt arbete. Vård för unga transpersoner och personer med intersexvariationer har relevans för socialt arbete då dessa grupper kommer mötas av socialarbetare i olika insatser. Att dessa professioner har kunskap om vilka förhållanden och villkor individer i dessa grupper kan leva med kan ge möjlighet till ett gott bemötande. Unga med intersexvariationer upplever att det finns brist på kunskap om

dem bland professionella i skolan och vården, vilket leder till att de känner sig missförstådda och ibland blir diskriminerade (Barnombudsmannen, 2019, s. 66). Att grupperna som undersöks ofta är utsatta för diskriminering gör att det är viktigt att förstå vilka normer som diskrimineringen bygger på, för att undvika att förstärka dessa normer och agera diskriminerande själv. Att uppsatsen belyser vilka normer och diskurser som finns och som är förtryckande kan också möjliggöra förändring av normer och diskurser angående dessa grupper. Ämnena i denna uppsats handlar också om mänskliga rättigheter och allas rätt till självbestämmande över sin egen kropp, vilket är en viktig del av socialt arbete.

## 1. 1. Syfte

Syftet med uppsatsen är att undersöka vilka diskursiva teman som kan urskiljas i Socialstyrelsens dokument *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori* och *Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD")*. Genom att jämföra dessa två dokument vill vi undersöka vilka likheter och skillnader som finns i diskurserna gällande transpersoner respektive personer med intersexvariationer, och hur dessa diskurser kan påverka socialt arbete.

## 1. 2. Frågeställningar

- Vilka problemrepresentationer kan urskiljas i Socialstyrelsens dokument *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori* (2022) och *Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD")* (2020)?
- Vilka antaganden ligger bakom dessa problemrepresentationer?
- Vilka tystnader finns i dessa problemrepresentationer? Vad lämnas oproblematiserat?
- Vilka likheter och skillnader har dokumenten till varandra?

### 1. 3. Begreppsordlista

**AFAB/AMAB:** Assigned female/male at birth, tilldelat kvinnligt/manligt kön vid födseln

**Binärt kön:** En person som identifierar sig som antingen man eller kvinna har en binär könsidentitet, medan personer som inte gör det ofta identifierar sig som ickebinära

**DSD:** Differences of Sex Development. Vi kommer inte att använda begreppet mer än när vi refererar till Socialstyrelsens kunskapsstöd. Detta eftersom begreppet kan ses som ett uttryck för att medikalisera och diagnostisera personer med intersexvariationer (Organisation Intersex International Sverige, u. å.)

**Hormonblockerare/GnRH-analog:** En behandling som ges för att tillfälligt stoppa fysiska förändringar kopplade till puberteten

**Intersex:** Ett samlingsbegrepp som omfattar en variation av kroppar som finns på spekrat mellan de binära könen *man* och *kvinna*

**Könsdysfori:** Lidande som är kopplat till att könsidentiteten inte stämmer överens med det kön som en person fick tilldelat vid födseln

**Könsidentitet:** Det kön som en person identifierar sig som

**Könsinkongruens:** Upplevelsen av att könsidentiteten inte stämmer överens med det kön som en person fick tilldelat vid födseln

**Könsuttryck:** Hur personer uttrycker sin könsidentitet, frånkopplat hur kroppen ser ut, t. ex. genom kläder och kroppsspråk

**Trans:** Transpersoner är personer som inte identifierar sig med det kön de blev tilldelade vid födseln

**Unga:** Personer under 18 år



## 2. Kunskapsläget

Vård riktad mot transpersoner och personer med intersexvariation är ett underbeforskat område. Den forskning som har blivit relevant för vårt arbete har berört en av eller båda målgrupper som vi intresserar oss av, och är i någon aspekt ansluten till den vård som målgruppen får. Vi har valt att redovisa för artiklar som lyfter sociala perspektiv och inte artiklar som är strikt medicinska, utifrån studiens fokus. Eftersom en stor del av forskningen endast berör en av målgrupperna, kommer forskningen om personer med intersexvariation och den som rör transpersoner presenteras var och en för sig. Till sist kommer forskningen som berör båda målgrupperna att presenteras. De utvalda artiklarna lyfter perspektiv från brukare, vårdpersonal och vårdnadshavare med olika ansatser. Forskningen kommer att användas i vår analys som ett komplement till våra teorier, framförallt i syfte att lyfta hur vården av och diskursen kring målgrupperna ser ut i praktiken och hur målgrupperna själva upplever dessa ämnen.

För att hitta tidigare forskning har vi sökt i LUBSearch. De sökord vi har använt oss av i olika konstellationer är: transgender, healthcare, sweden, discourse, intersex, child\*, policy och health.

### 2. 1. Forskning om vård av personer med intersexvariationer

I den utvalda forskningen om vård för personer med intersexvariationer framkommer teman om professionellas synsätt, normaliseringsprocesser, vårdnadshavarnas roll samt brukarnas egna upplevelser.

Ett genomgående tema i forskningen är en strävan från vården, vårdnadshavare och samhället att få individer med intersexvariationer att genomgå normaliserande ingrepp och behandlingar (Cuadra et al. s. 541; Joy, Roen & Lundberg, 2023, s. 53; Haghghat et al., 2023, s. 3). Vårdpersonal upplever att de har en etisk skyldighet att snabbt diagnostisera och normalisera personer med intersexvariationer (Cuadra et al., s. 540). Medicinska ingripanden rättfärdigas med att de minskar barnets lidande. Socialisering till ”rätt” kön ses som en del av vårdens uppdrag. Patienten antas vilja bli ”normal”, vilket blir målet med ingreppen. (ibid., 541-542). Synen på kön inom vården av personer med intersexvariationer verkar utgå från könsnormer,

och tanken att könsorgan och hormoner styr en persons psykosociala beteende (ibid., 541-542).

Fanny Ambjörnsson (2006) beskriver hur dessa idéer om normalitet kan påverka personer som föds med intersexvariationer. Hon menar att dessa personers kroppar ofta ses som krångliga då de inte kan kategoriseras utifrån cis- och heteronormer och att barnens kroppar normaliseras genom operationer, bland annat på könsorgan. Dessa ingrepp motiveras med att personen ges möjlighet att leva med en stabil könsidentitet i en kropp som stämmer överens med omvärldens syn och förväntningar på den (ibid., s. 96-97). Huruvida en variation i könsorgan eller kromosomer ses som en störning eller bara en skillnad, avgör om variationen är ett problem som behöver lösas (Tobin, 2021, s. 71-72).

Vårdnadshavarnas roll i barnens vård är ett tema som uppkommer ur olika perspektiv i forskningen. Föräldrar kan ha flera olika sätt att resonera kring beslutet att genomföra eller inte genomföra kirurgiska ingrepp för att ta bort könskörtlarna på sina barn. Resonemangen kan främja eller kompromissa principer för reproduktiva rättigheter (Joy, Roen & Lundberg, 2023, s. 52). Vårdpersonal upplever att det är lugnande för föräldrar att kunna tilldela barnet ett kön (Cuadra et al., 2024, s. 538). Föräldrarna till barnen presenteras sällan med alternativ till kirurgi eller hormoner, och råds sällan till att söka stöd inom psykiatri (ibid., s. 540).

Personer med intersexvariationer märker tydligt av effekterna av normer i mötet med vården. Patienter beskriver att deras erfarenheter av vård har påverkat dem negativt (Cuadra et al. 541-542). Flertalet upplever att vårdpersonal bidrar till att cis- och heteronormer sprids och att patienter pressas till att genomgå medicinska behandlingar för att kunna passa in i dessa normer (Haghighat et al., 2023, s. 3). Många upplever att språket som används inom vården, att normala kroppsliga variationer beskrivs som sjukdomar och negativa avvikelser, skapar stigma (ibid., s. 5) Personer med intersexvariationer berättar att de ofta som barn inte har fått sin autonomi respekterad i medicinska sammanhang, och att de behövt genomgå smärtsamma undersökningar och ingrepp som de inte samtyckt till, som ibland leder till smärta även som vuxen (ibid., s. 4). Patienter upplever ofta bristande kunskap om intersexvariationer inom sjukvården, vilket leder till att de inte får den hjälp de behöver, eller att de själva måste utbilda vårdpersonalen (ibid., s. 6).

## 2. 2. Forskning om vård av transpersoner

Återkommande ämnen i den utvalda forskningen om vård av transpersoner har vissa likheter med vad som har beskrivits ovan när det kommer till forskning som har gjorts om personer med intersexvariation. Även här framkommer resonemang om de normer som både påverkar vården och som vården skapar eller bidrar till. Ett exempel på en skillnad är att artiklarna inte har ett lika stort fokus på medicinska ingrepp, utan snarare på mer byråkratiska aspekter av vården. Vårdnadshavares roll i den unges vård får inte heller lika stort utrymme.

Forskning visar även hur de krav som ställs på transpersoner under utredningen kan påverka vårdsökande. Paradoxen med mental ohälsa innebär att vårdsökande kan ha svårt att få tillgång till könsbekräftande behandling om de har andra problem med psykisk ohälsa (Linander et al., 2021, s. 311-313; Dewey & Gesbeck, 2017, s. 62-63; Halberstam, 2018, s. 32-33). Samtidigt visar forskning att könsbekräftande behandling i många fall förbättrar den vårdsökandes psykiska mående (Linander et al., 2021, s. 313-314). Genom att nya diagnoskriterier har fokus på *könsdysfori*, snarare än den tidigare utgångspunkten i psykisk ohälsa, betonas patientens lidande (Halberstam 2018, s. 47). Detta lidande antas vara orsakat av patientens kropp och könsidentitet, medan andra faktorer, såsom sociala problem, stigma eller svårigheter att få jobb, ignoreras (ibid., s. 32).

En annan aspekt som framkommer i forskningen är synen på kön och hur detta kan påverka vårdsökande. Transpersoner kan känna sig tvungna att passa in i specifika och binära könsroller under sin utredning (Linander et al., 2019, s. 30-33). Detta tyder på att det finns diskurser inom transvården som konstruerar två motsatta kön. Även annan forskning ger uttryck för en känsla av att behöva passa in i snäva normer. Genom den nuvarande diagnosen måste transpersoner uppfylla flera strikta kriterier, bland annat när det kommer till klädsel och könsuttryck, för att bli diagnoserade och få tillgång till vård. På detta sätt stärker kriterierna sociala normer som patienterna sedan måste följa (Dewey & Gesbeck, 2017, s. 57-58). Hur patienter ”gör kön” utvärderas i deras journaler, och är något som tillgången till vård baseras på. Genom transvården skapas en enhetlig bild av vad det innebär att vara trans, och hur en transperson ska vara (Halberstam, 2018, s. 47). Särskilt transpersoner som är marginaliserade på grund av bland annat klass eller etnicitet, blir tvungna att kämpa för att få tillgång till könsbekräftande vård (ibid., s. 49). De som inte kan göra det, blir obegripliga inom de juridiska och administrativa maktsystem som de måste förhålla sig till. En annan diskurs som

blir synlig är att kön är något linjärt och fast; många transpersoner upplever att de behöver ha känt likadant om sin könsidentitet sedan de var barn för att tas på allvar och få den vård de söker (Linander et al., 2019, s. 33-34).

Det finns röster som kritiserar bristen på självbestämmande inom den könsbekräftande vården. Ashley (2019) förespråkar att hormonbehandling för vuxna och ungdomar bör ske genom informerat samtycke. Författaren menar att eftersom könsdysfori inte kan mätas av någon annan utan bara upplevas av individen själv, ska det inte finnas några andra utvärderingar eller bedömningar av professionella (ibid., 480). Synen på könsdysfori som ett psykiatriskt, psykologiskt och psykosocialt problem gör att professionella inom fälten kan diagnostisera könsdysfori, medan den vårdsökande själv inte kan veta eller bestämma om hen har könsdysfori (Linander et al., 2021, s. 314-315). Att ta bort någons rätt att avgöra sin egen könsidentitet är avhumaniserande, enligt Ashley (2019, s. 480).

Hur problem konstrueras av policy kan bland annat granskas genom att undersöka Socialstyrelsens kunskapsstöd. I Socialstyrelsens kunskapsstöd för vård av vuxna med könsdysfori från 2015 framkommer synen på kön som linjärt och könsdysfori som ett psykiatriskt, psykologiskt och psykosocialt problem (Linander et al., 2021). Synen på könsdysfori som linjärt, som något som inte förändras över tid, gör att personer som nyligen har upptäckt att de har könsdysfori riskerar att inte bli betrodda (ibid., s. 311-313). Genom sättet som problemet konstrueras på, blir andra frågor osynliga. En kritik av cis- och heteronormativitet möjliggörs inte genom policyns formulering (ibid., s. 315). Några av effekterna av policyn blir att psykiatrisk och psykologisk vård bestämmer huruvida patienten får tillgång till könsbekräftande behandling och att vissa vårdsökare konstrueras som förtjänande av behandling medan andra inte gör det (ibid., s. 316).

### **2.3. Forskning om vård för transpersoner och personer med intersexvariationer**

Det finns, som tidigare nämnts, studier som har gjorts på både unga med intersexvariationer och på unga transpersoner. I vissa studier jämförs de två grupperna med varandra utifrån olika perspektiv, medan annan forskning har intresserat sig av grupperna som en del av det större HBTQI-communityt. Här kan de upplevelser och utmaningar som grupperna möter inom

vården, och de likheter och skillnader som finns mellan gruppernas erfarenheter, bli synliga. Här syns särskilt frågor om kroppslig autonomi, rättigheter och normer.

De bakomliggande resonemangen för vården av unga med intersexvariationer respektive unga transpersoner skiljer sig från varandra i många avseenden (Paechter, 2021, s. 845-846). För barn med intersexvariationer anses det bäst att få genomgå ingrepp så lätt som möjligt och att genom operationer, i den mån det går, passa in i det binära könssystemet. Vanligt förekommande argument för icke-livsnödvändiga ingrepp på personer med intersexvariationer är att det framöver skyddar barnet mot mobbning och trakasserier samt ger möjlighet till heterosexuellt samlag (Naezer et al., 2021, s. 883). Den vård som anses bäst för barn med transidentitet präglas däremot av hinder och restriktiva rekommendationer (Paechter, 2021, s. 847-848). Dessa barn ska inte genomgå irreversibla behandlingar utan att de fullt förstår konsekvenserna. Det argumenteras även för att pubertetsblockerare, som anses vara en reversibel behandling, inte ska ges till unga transpersoner, eftersom det ofta leder till att de senare börjar på hormonbehandling och genomgår operationer som på sikt kan påverka fertiliteten. Professionella fungerar i många fall som ”försiktiga portvakter” till vården som unga transpersoner söker (Naezer et al., s. 835). Synen på könsbekräftande vård varierar, där vissa oroar sig för de ungas utveckling och beskriver vården som medicinska och kirurgiska interventioner på friska kroppar (ibid., s. 836). Det finns även en rädsla för att den unge kommer att ångra sig i framtiden, dels för att de inte har utvecklat konsekvenstänk och dels för att vissa har autismdiagnoser (ibid., s. 837).

### 3. Teoretisk utgångspunkt

Nu vidare till uppsatsens teoretiska utgångspunkter, som agerar teoretisk bakgrund till analysen av våra resultat. Uppsatsen har en diskursanalytisk utgångspunkt, och i teoridelen nedan redogör vi för diskursanalysens grundare, Michel Foucaults, beskrivningar av diskursanalysen samt begreppet biomakt och dess könade aspekter. Vidare kommer teoridelen redogöra för Judith Butlers teorier kring kön, genus och den heterosexuella matrisen.

### 3.1. Diskursanalys

Metoden som vi kommer använda oss av, "What's the problem represented to be?" (WPR), och som kommer att förklaras närmare i metodavsnittet, tar avstamp i Foucauldiansk diskursanalys. Den franske filosofen Michel Foucault myntade diskursbegreppet, som beskrivs som en idéströmning kopplad till en specifik kontext (Svensson, 2019, s. 47). I sin redogörelse för diskursanalys utgår Foucault från att ämnen och objekt formas genom de språkpraktiker, diskurser, som omger dem. Diskursen gör även att andra konstruktioner av objektet görs omöjliga. Språk och makt blir centralt inom den Foucauldianska diskursanalysen, specifikt i relation till den kunskap som produceras av samhällsinstitutioner (ibid., s. 49). Olika diskurser är enligt Foucault inte fränkopplade från samhället utan kommer i uttryck genom olika texter. Diskurserna grundar sig inte i vår fysiska värld, men påverkar ändå vår vardag genom att skapa effekter i vår verklighet. Diskurserna påverkar oss genom att styra sätten personer tänker och agerar på (ibid, s. 48). Dessa diskurser kan hittas genom att tolka och analysera texter; detta kallas diskursanalys. Genom diskurser bildas de sanningar som anses vara självklara och etablerade inom en viss epok (ibid., s. 50). Diskurserna konstruerar även vad som anses vara normalt i en viss kontext, och vad som patologiseras eller osynliggörs (Foucault, 2002, s. 83). Normalitetsbegreppet är en viktig aspekt av biomakt, som beskrivs i nästa avsnitt. Diskursbegreppet och diskursanalys som metod kommer att användas i vår studie för att analysera de idéströmningar som finns att hitta i vårt valda material.

### 3.2. Biomakt

Kopplat till Foucaults idéer om språkbruk, makt och kunskapsproduktion, som är viktiga aspekter av diskurs och diskursanalys (Svensson, s. 46), har han även myntat begreppet biomakt, som innebär makt över livet. Enligt Foucault (2002, s. 140-141) finns det två olika typer av biomakt: en som fokuserar på kroppen som tillverkare (maskin) och en mer raffinerad biomakt som påverkar flera delar av människors liv. Den senare typen av biomakt riktar inte enbart in sig på individer utan har även ett fokus på populationen i sin helhet (ibid., s. 141). För att möjliggöra detta krävs att staten genomför diverse kartläggningar och beräkningar över befolkningen. Foucault anser att biomakt och kapitalism är sammankopplade, då kropparna som är användbara, lydiga och produktiva gynnar

kapitalismen (ibid., s. 142). Därför används politik och offentliga institutioner för att på olika sätt styra dessa kroppar (ibid., s. 142-143). Makten använder sig av kontroller, undersökningar och tester av individen, samt statistik om och insatser på befolkningen i stort, eller med inriktning på särskilda grupper inom befolkningen (ibid., s. 146). Experter och professionella får mycket makt inom detta system, då de representerar och återskapar diskurser om vad som är normalt (ibid., s. 53-54). Dessa representanter för staten ansvarar för att mäta och kategorisera befolkningen, och får tolkningsföreträde när det kommer till individers kroppar och liv.

Foucault (2002, s. 144-145) menar att staten tidigare använde lagen och hotet om döden som främsta styrmedel, men efter biomaktens utveckling har normer tagit större plats inom lagen för att på så sätt kunna styra fler delar av människors liv. Detta är en följd av biomaktens fokus på statistik och kategorisering av befolkningen. Vilka människor som styrs och på vilka sätt de styrs utgår från normer och har ofta normaliserande effekter på befolkningen. Genom kategorisering av grupper och kroppar klassas vissa som normala och andra som onormala, vissa som bidragande till och andra som last för samhället (Dean, 2010, s. 119). De som klassas som onormala eller som samhällslaster, kommer staten att försöka förändra, begränsa eller eliminera.

Kön är en viktig aspekt av biomakt; det är genom kön som staten får tillträde till kroppen och till förökningen (Foucault, 2002, s. 146). Biomakten använder kön som en matris för att reglera och disciplinera befolkningen. Kontrollen av kön, och därmed befolkningen och individen, genom olika åtgärder och kampanjer blir dels en ekonomisk och politisk fråga, och dels en fråga om moral. Detta blir bland annat tydligt i Foucaults beskrivning av hysteriseringen av kvinnokroppen (ibid., s. 112-113). Kvinnokroppen analyseras och kategoriseras, och blir en symbol med ett moraliskt samhällsansvar att föda och uppfostra barn. De kvinnor som faller utanför kategorin *moder*, som nyttiga för samhället, blir istället hysteriska.

I analysen används biomakt för att undersöka hur staten och Socialstyrelsen genom de analyserade dokumenten styr våra kroppar genom mätning, kategorisering och bedömning av vem som får vård.

### 3. 3. Heterosexuella matrisen

Nästa teoretiska begrepp som vi kommer använda oss av grundar sig i den amerikanska filosofen och genusvetaren Judith Butlers idéer om kön. Den heterosexuella matrisen bygger delvis på Foucaults diskurs- och biomaktsbegrepp. Butler (2007, s. 49-50) menar att subjekt formas genom språk och politik. För att en person ska kunna tillgodose representation, alltså för att anses legitim inom den politiska diskussionen, måste personen anses vara ett subjekt. Butlers heterosexuella matris redogör för hur könen ”man” och ”kvinna” skapas som två motsatta kategorier som är attraherade av varandra. Personer blir bara begripliga när det genus som de tilldelas sammanfaller med kulturella normer och mönster kring vad som utgör begripligt genus (Butler, 2007, s. 67). Individens genus och könsuttryck ska vara i linje med det biologiska kön personen har, män förväntas vara maskulina och kvinnor förväntas vara feminina (ibid., s. 69). De personer som blir begripliga är de som uppvisar samband mellan kön, genus, begär och sexuellt beteende, och som dessutom uppvisar sambandet över tid (ibid., s. 68). Identiteter som faller utanför den heterosexuella matrisen blir enligt Butler omöjliga, de kan inte finnas inom det kulturella sammanhanget (ibid., s. 69). Butler refererar även till Foucault, som beskriver att subjekten som representeras av juridiska maktsystem även skapas av dessa maktsystem. Enligt Butler skapas subjekt genom att exkludera vissa och samtidigt legitimera andra (ibid., s. 51).

Butler (2007, s. 56) ifrågasätter idéer om att biologiskt kön är naturligt och objektivt och att genus skulle vara socialt skapat. Enligt Butler är kön och genus sammankopplade till varandra. Kön skapas genom den kulturella företeelsen genus; kön är alltså inte något som finns oberoende av den kulturella genuskonstruktionen. Biologiskt kön är vad det görs till med utgångspunkt i kulturella och sociala förväntningar om vad biologiskt kön ska vara. Skapandet av biologiskt kön och diskursen om att det är essentiellt, naturligt och äkta ger därmed stöd till upprätthållandet av genus och könsroller, menar Butler (ibid., s. 57).

Den heterosexuella matrisen kommer att användas i vår analys i syfte att belysa idéer om kön och könsnormer, och hur de kommer till uttryck i vårt material. Detta kommer att bidra till en fördjupad förståelse av normer samt synen på kön och kroppen, och hur dessa diskurser påverkar transpersoner och personer med intersexvariation i mötet med vården och i samhället.



## 4. Metod

Utöver de ovan beskrivna teorierna, kommer även Carol Bacchis WPR-metod ("What's the problem represented to be?") att användas och appliceras på vårt utvalda material. I nedanstående metodredogörelse kommer vi att beskriva Bacchis metod och dess utgångspunkter och redogöra för metodens styrkor och svagheter. Vi kommer även redogöra för hur vi applicerade metoden i vårt arbete samt vårt urval av material och diskussioner kring tillförlitlighet och etik.

### 4. 1. What's the problem represented to be?

"What's the problem represented to be?" (WPR), som bygger på Foucauldiansk diskursanalys, är en metod som är utvecklad av Carol Bacchi för att analysera policydokument. Metoden bygger på förståelsen att policyskapande skapar och formar de problem som behandlas i policyn, i kontrast till tankesättet att policyskapare analyserar och löser problem som redan finns i verkligheten. All policy måste skapa en representation av problemet som policyn syftar till att lösa. Hur problemen presenteras i dokumentet påverkar hur vi tänker kring problemet och hur de berörda tänker på sig själva (Bacchi, 2009, s. 1). Hur problemet representeras avgör även vilka lösningar på problemet som förespråkas i policy. Huvudprinciperna i WPR är att vi styrs av problematiseringar, vi bör studera dessa istället för problemen i sig och att vi bör vara kritiska till de erbjudna problematiseringarna genom att granska premisserna och effekterna av de problemrepresentationer de innehåller (ibid., s. 26). Genom att analysera framställningen av problem i policydokument menar Bacchi att vi kan få syn på olika normer och logiker i samhället samt hur dessa påverkar oss (ibid., s. 39). Metoden tar sikte på statliga organisationer och dokument med förståelsen att staten bara är en av spelarna som formar relationer i ett samhälle (ibid., s. 26).

Frågorna WPR utgår från är:

1. Hur framställs problemet i dokumentet?
2. Vilka antaganden ligger till grund för denna framställning av problemet?
3. Hur har denna framställning av problemet framkommit?

4. Vad lämnas oproblematiserat i denna framställning av problemet? Vilka tystnader finns? Kan problemet tänkas på annorlunda?
5. Vad blir effekterna av denna problemrepresentation?
6. Hur/när har denna problemrepresentation blivit producerad, spridd och skyddad? Hur kan den bli ifrågasatt, störd och ersatt?
7. Applicera dessa frågor på era egna problemrepresentationer.

(Bacchi, 2009, s. 2; Bacchi & Goodwin, 2016, s 20, översatt av oss)

Vi valde WPR som metod eftersom vi var intresserade av att undersöka de normer som finns att hitta i våra valda officiella dokument om intersex- och transpersoner. Det är därför användbart för oss att använda oss av någon form av diskursanalys i vår metod. Utöver detta riktar sig WPR specifikt mot policydokument, vilket gör metoden relevant för vårt material.

## 4. 2. Metodologiska överväganden

WPR bygger på en förståelse att det finns normer som (åter)skapas genom problemrepresentationer i policys, och att dessa normer gynnar vissa och skadar andra. Bacchi (2009, s. 44) skriver att metoden tar parti med de som skadas av normerna och försöker belysa vilka förståelser som ligger bakom problemrepresentationen. Bacchi påstår att det finns andra sätt att tänka på problemet som på vissa plan kan minska skadan på den påverkade gruppen. Att använda metoden ger oss möjlighet att analysera och problematisera problemrepresentationer som i sin tur kommer att forma hur det sociala arbetet med grupperna utförs. Att belysa och problematisera problemrepresentationen kan skydda utsatta grupper från att behandlas på skadliga sätt på grund av restriktiva normer som kan återfinnas i styrdokumentens problemrepresentationer.

WPR är en relativt strukturerad metod, vilket gör den användbar vid textanalys. WPR skiljer sig även från andra former av policyanalys, eftersom metoden har ett bredare perspektiv än att endast undersöka staten eller själva utformningen och utförandet av policy (Bacchi, 2009, s. 26). Istället analyseras samhället och kunskap i stort. Även detta gör att WPR är passande för att undersöka normer och dess påverkan på samhället. WPR som metod är användbar inom komparativ analys, eftersom den utgör ett ramverk för att analysera samma teman i olika

texter. Genom att jämföra två olika texter kan skillnaderna mellan dem och de normer dokumenten bygger på också bli synliga (Tawell & McCluskey, 2022, s. 145). WPR ger utöver detta en möjlighet för forskaren att ifrågasätta och problematisera sin egen problemrepresentation, och därmed reflektera över sin egen partiskhet i frågan.

En möjlig nackdel med WPR är att metoden inte är intresserad av att analysera hur eller om policyn används i praktiken (Tawell & McCluskey, 2022, s. 147). Analysen blir därför avgränsad på en specifik del av frågan, snarare än att ge ett helhetsperspektiv på hur frågan ses i samhället i stort. Trots detta är det ändå relevant att undersöka de normer som kan ses i dessa specifika dokument, eftersom de riktar sig till flera olika aktörer och representerar de normer som upprätthålls av staten i samhället. WPR ger inte ett ramverk för att analysera frågor som rör specifikt intersex- och transpersoner; därför tillämpar vi ytterligare teorier, som vi har redovisat ovan.

#### 4. 3. Tillvägagångssätt

Vi började med att båda läste igenom hela dokumenten var och en för sig med WPRs frågor i åtanke och diskuterade sedan vad vi reagerade på var gällande skillnader och likheter i dokumenten. Utifrån vad vi fann intressant gällande normer valde vi ut teman att analysera. När vi bestämde vilka problemrepresentationer vi ville undersöka valde vi ut de avsnitt vi var intresserade av och gjorde en första kodning av materialet utifrån vilka av WPR:s frågor som blev relevanta. De frågor vi valde att analysera är 1, 2 och 4. Fråga 5 användes för att lyfta ett brukarperspektiv i diskussionen och vi hade fråga 7 i åtanke under hela arbetet för att vara reflexiva. Att vi valde bort fråga 3 och fråga 6 beror på att dessa hade ett mer genealogiskt perspektiv än vi ämnar att ha i vår uppsats, och att vi på grund av tidsramen för arbetet behövt anpassa studiens omfång för att kunna göra en djupare analys av de frågor som vi använder oss av. Att vi valt bort dessa frågor gör att analysen inte har ett historiskt perspektiv, vilket kan leda till att en analys om utvecklingen och förändringen av diskurser saknas i vår studie. Med utgångspunkt i vårt syfte anser vi dock att dessa frågor blir överflödiga för studien. Vissa aspekter av frågorna, såsom hur en problemrepresentation kan bli ifrågasatt, besvaras när vi applicerar de andra frågorna på vårt material.

Vidare till hur vi har genomfört vår studie. Den första kodningen gjordes genom att vi med färgpennor markerade i texten, där varje fråga vi valt fick en egen färg. Efter den första kodningen samlades liknande koder ihop under större teman. Dessa teman lades sedan in i matriser som redovisas i resultatet. För att svara på den första frågan i WPR gick vi ”baklänges”; vi undersökte vilka förändringar eller åtgärder som texterna föreslog, för att se vilka problemrepresentationer som låg bakom den rekommenderade lösningen. Den andra frågan resonerade vi kring genom att analysera vad som framkommer i texten och problemrepresentationen, samt genom att applicera våra teoretiska begrepp på representationen. För att undersöka den fjärde frågan tog vi hjälp av teorier och tidigare forskning, samt vår egen analys, för att få syn på de saker som inte tas upp i problemrepresentationen. Fråga 5 blir inte redovisad för i resultatkapitlet, utan är något som vi resonerar kring i vår slutdiskussion. Efter att ha valt ut teman i dokumenten var för sig, jämförde vi de två texterna med varandra och analyserade resultaten. De olika teman kopplas också till teorier som vi valde efter att vi gjort matriserna och tematiseringen.

#### 4. 4. Urval

Vi har valt att analysera och jämföra två av Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd, *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori* (2022) och *Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD")* (2020). Båda dokumenten innehåller rekommendationer för vilken vård som bör erbjudas de personer som ingår i grupperna. De riktar sig främst till vårdpersonal men även till andra professionella och beslutsfattande som arbetar med de psykosociala delarna av individernas liv, såsom sjukhuskuratorer och andra socialarbetare. Dokumentens rekommendationer kommer att påverka målgruppens liv, deras rätt till vård eller rätten att slippa ingrepp. Båda kunskapsstöden är relevanta ur ett tidsperspektiv; dokumentet om unga med könsdysfori publicerades vintern 2022 och dokumentet om personen med intersexvariationer publicerades våren 2020. Att ta reda på hur de skiljer sig åt och hur de är lika varandra kan säga något om vilken syn som finns på olika grupper i samhället.

För att få en mer djupgående analys och eftersom vi har begränsad tid har vi valt ut vissa delar av dokumenten som vi kommer analysera. En annan aspekt vi hade i åtanke var att de avsnitt och teman vi analyserade i de båda texterna skulle vara möjliga att jämföra med varandra. Vi

valde sedan ut avsnitt av dokumenten där dessa teman framkom tydligt. I *Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD")* (Socialstyrelsen, 2020) valde vi ut avsnitten *Utgångspunkter för vård av nyfödda med intersexuella tillstånd* (s. 20-22), *Fertilitet* (s. 75-76) och *Hormonbehandling vid DSD* (s. 46-48). I *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori* (Socialstyrelsen, 2022) valde vi ut avsnitten *Nya rekommendationer om hormonell behandling - grunder och konsekvenser* (s. 25-35), *Fertilitetsbevarande åtgärder* (s. 82-86) och *Hormonell behandling vid könsdysfori hos ungdomar* (s. 63-73).

#### 4. 5. Reliabilitet, tillförlitlighet och överförbarhet, trovärdighet

För att säkerställa hög kvalitet på forskningen bör vissa kriterier vara uppfyllda. Vi har valt att resonera kring tillförlitlighet, öppenhet, reflexivitet och trovärdighet i förhållande till vår uppsats (Vetenskapsrådet, 2017, s. 69). Genom att uppnå tillförlitlighet, öppenhet och reflexivitet, syftar vi till att säkerställa att vår studie är trovärdig. För att eftersträva tillförlitlighet kommer vi genomgående i uppsatsen att vara transparenta med vilka förutsättningar och antaganden vi utgår ifrån. Vi är i texten transparenta med vilka steg vi har genomfört och vilka beslut vi har fattat, och vi motiverar dessa beslut. En annan aspekt som är viktig för tillförlitligheten är att syftet och frågeställningarna i studien går att svara på med hjälp av metoden (ibid.), vilket vi anser att vi har uppnått. I analysen citeras utdrag från texterna för att förtydliga hur vi kommit fram till resultat och resonemang för att på så sätt öka tillförlitligheten. Att vi förklarar vår metod och de frågor vi utgår ifrån ökar tillförlitligheten ytterligare (Vetenskapsrådet, 2017, s. 25).

Öppenhet är ett viktigt begrepp inom forskning (Vetenskapsrådet, 2017, s. 25). Detta innebär bland annat att forskaren tydliggör om den är bunden till vissa organisationer genom exempelvis ekonomisk kompensation. Vi är inte bundna till någon organisation, men vi studerar vid Lunds universitet vilket framkommer på uppsatsens försättsblad. Vi är transparenta med alla resultat vi har fått. I uppsatsen har vi applicerat begreppet reflexivitet, som är ett viktigt perspektiv att förhålla oss till både med tanke på studien, och med Bacchis sjunde fråga i åtanke. Reflexivitet handlar om hur forskaren kan påverka sin studie, till följd av vem forskaren är (Eldén, 2020, s. 70). Utöver detta ska forskaren vara medveten om normer som kan ha influerat studien. Detta kan kopplas till Bacchis sjunde fråga, som handlar

om att undersöka och ifrågasätta de normer som framkommer i studiens egna problemrepresentationer (Bacchi & Goodwin, 2016, s 20). Med dessa perspektiv i åtanke är det viktigt för oss som forskare att vara medvetna om vår egen bakgrund och uppfattning om frågorna vi undersöker. Detta är något som vi har gjort genomgående under arbetet.

#### 4. 6. Forskningsetiska överväganden

Frågor om etiska frågor om datainsamling inte aktuella tas bland annat upp av Vetenskapsrådet (2017) gällande krav på information, samtycke, sekretess och integritet. Med tanke på att vi använder oss av redan befintligt material, som inte innehåller uppgifter om individers personliga förhållanden, behöver inget samtycke ges för att materialet ska kunna användas i en studie. Vi vill förtydliga att vi inte analyserar eller kritiserar upphovspersonerna till texterna, utan att vi fränkopplar dessas åsikter och värderingar från texten för att istället undersöka och analysera de problemrepresentationer och de diskurser som finns i vår samtid och som ligger bakom problemrepresentationerna som återfinns i texterna.

Att vi väljer dokumentanalys innebär att målgrupperna unga transpersoner och unga med intersexvariation inte själva kommer till tals i vårt arbete. Vi kommer försöka kompensera för detta genom att lyfta ett brukarperspektiv i vår uppsats, presentera vad brukarorganisationer lyfter för frågor i problemrepresentationer och sedan koppla detta till arbetet. Fråga 5 i WPR-analys, som berör problemrepresentationens effekter, kan ses som särskilt relevant när det som undersöks berör underrepresenterade brukargrupper, vilket transpersoner och personer med intersexvariationer kan anses vara. Detta eftersom fråga 5 ger möjlighet till att lyfta brukarperspektiv som annars riskerar att inte bli en del av forskningen (Linander et al., 2021, s. 310). Fråga 5 kommer användas i vår uppsats för att lyfta de levda effekterna för målgrupperna genom användningen av teorier och tidigare forskning grundade i brukarperspektiv. En stor andel av den tidigare forskning som vi använder oss av utgår från intervjuer med transpersoner och personer med intersexvariationer. WPR som analysverktyg går ut på att de utsatta grupperna som påverkas av problemrepresentationer och skadliga bakomliggande antaganden kan få det bättre genom att dessa antaganden ifrågasätts och förändras (Bacchi, 2009, s. 44). Genom hela uppsatsen används ett språk och ord om målgrupperna som för tillfället anses vara relevanta och respektfulla. I begreppslistan beskriver vi begreppen och motiverar vid behov varför just dessa begrepp används. Vi

kommer i citeringar att använda de ord om målgruppen som återfinns i dokumenten för att vara transparenta med språket som förekommer i vårt material.

## 5. Resultat och analys

I denna del presenteras resultaten, som sedan analyseras utifrån vald metod, teorier och tidigare forskning. Först presenteras resultaten kortfattat genom en matris och sedan mer utförligt i text. Vi presenterar först resultaten som vi hittade i dokumentet *Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD")* (2020) och sedan *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori* (2022). Efter att problemrepresentationerna har presenterats går efterföljande avsnitt in på analys utifrån WPR-metodens frågeställningar samt teori och tidigare forskning.

### 5. 1. Hur representeras problemet i *Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD")*?

Autonomi i konflikt med vårdnadshavares rättigheter	Problem 1	- Rätten till självbestämmande och kroppslig integritet i konflikt med vårdnadshavarens rätt och skyldighet
	Lösning 1	- Kirurgiska ingrepp och hormonbehandling kan bli aktuellt (men ska ske restriktivt)
Fertilitet	Problem 2	- Det är svårt eller omöjligt för vissa med intersexvariationer att bli genetiska föräldrar
	Lösning 2	- Alla med intersexvariationer ska i den mån det går få stöd i att bli genetisk förälder
Hormonbehandling	Problem 3	- Vissa med intersexvariationer har inte "tillräckligt med hormoner"
	Lösning 3	- Hormonbehandling kan ges till nyfödda/senare i livet

Vi har hittat tre problemrepresentationer i texten *Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD")* (2020): *autonomi i konflikt med vårdnadshavares rättigheter*, *fertilitet* och *hormonbehandling*. Vi kom fram till problemrepresentationerna genom att undersöka de lösningar som förespråkades i dokumenten. Dessa lösningar kommer också att presenteras.

Resonemanget kring *autonomi i konflikt* med vårdnadshavares rättigheter består av att det å ena sidan har framkommit mycket kritik mot genomförandet av medicinska ingrepp på barn som inte har haft möjlighet att uttrycka sitt samtycke, medan barnets föräldrar å andra sidan har en rättighet och skyldighet att fatta beslut kring frågan när barnet är för ungt för att ge samtycke (Socialstyrelsen, 2020, s. 21). Lösningen blir enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd att hormonbehandling och kirurgiska ingrepp kan bli aktuella även innan barnet är gammalt nog för att samtycka, men att dessa åtgärder ska användas restriktivt (ibid., s. 20-22).

När det gäller problemrepresentationen *fertilitet* skriver Socialstyrelsen att infertilitet kan förekomma bland personer med intersexvariationer, vilket beror på att funktionen av de reproduktiva organen kan variera. Rekommendationen är att alla personer med intersexvariationer ska erbjudas bedömningar av läkare angående deras fertilitet och få information om deras möjlighet att bli genetiska föräldrar samt information om relevant fertilitetsbehandling (Socialstyrelsen, 2020, s 75).

Den tredje problemrepresentationen, *hormonbehandling*, utgörs av att personer med intersexvariation i vissa fall har en "otillräcklig" hormonproduktion (Socialstyrelsen, 2020, s. 46). Lösningen som presenteras är att patienter i vissa fall kan få hormonbehandling, oftast testosteron, redan som nyfödda. Det finns även små barn som har otillräcklig erektil vävnad, och även då blir behandling med testosteron lösningen (ibid.). Hormonbehandling presenteras också som en lösning som kan bli aktuell senare i patientens liv, till exempel i samband med igångstart av puberteten, detta görs endast om patienten själv vill det (ibid., s. 47).



5. 2. Vilka antaganden ligger till grund för problemrepresentationerna i *Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD")*?

Tema	Antaganden
Autonomi i konflikt med vårdnadshavares rättigheter	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Det finns ett etiskt dilemma</li> <li>-Det finns onödiga och nödvändiga behandlingar</li> <li>-Vårdnadshavare vet vad som är bäst för sina barn och kommer välja det om de får tillräcklig information</li> </ul>
Fertilitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fertilitet är viktigt</li> <li>- Personer med spermier är män och personer med livmoder är kvinnor</li> </ul>
Hormonbehandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Det finns avvikande och normal fungerande kroppar och kroppsdelar</li> <li>-En kropp som inte följer normen exempelvis micropenis kan kräva behandling</li> <li>-Behandling syftar till att personen ska följa "den normala" utvecklingen</li> <li>-Om individen inte önskar behandlingen ska den inte sättas in</li> <li>-Behandlingen fortgår hela livet</li> </ul>

5. 2. 1. *Autonomi i konflikt med vårdnadshavares rättigheter*

Socialstyrelsen skriver i inledningen att "Nedan beskrivs det *etiska dilemma* som är upphov till en nationell och internationell debatt..." (Socialstyrelsen, 2020, s.20). Därefter beskrivs debatten, och vikten av självbestämmande och kroppslig integritet för den intersexuella själv lyfts fram. På nästa sida vägs rätten till självbestämmande mot föräldrarnas rättigheter och skyldigheter att bestämma över sina barn innan de är gamla nog att bestämma själva.

Ett viktigt antagande som ligger till grund för problemrepresentationen *autonomi i konflikt med föräldrars rätt* är att föräldrarnas rättigheter och skyldigheter i relation till barnet väger

tungt. Socialstyrelsen (2020, s. 20) hänvisar till flera organisationer, såsom internationella representanter från FN, Europarådets resolution och områdesexperter. Organisationerna förespråkar personer med intersexvariationers autonomi och att vänta med medicinska och kirurgiska ingrepp tills patienten har möjlighet att samtycka. Dessa röster vägs mot vårdnadshavarens rätt och skyldighet att fatta beslut om sådant som rör barnet (ibid., s. 21). Dessa två utgångspunkter framställs i texten som likvärdiga, vilket utgör ett etiskt dilemma enligt Socialstyrelsen. Antagandet blir att vårdnadshavare vet vad som är bäst för sina barn, och kommer att fatta det bästa möjliga beslutet så länge de får tillräcklig information. Tobin (2021, s. 72) tar upp synen på föräldrarnas rätt att bestämma över vården av barn med intersexvariationer utifrån medicinsk etik och mänskliga rättigheter, där frågan blir mer nyanserad med mänskliga rättigheter som utgångspunkt. Ett nyfött barn kan inte tala för sig själv, och föräldrarna måste därför fatta alla beslut som rör barnet. Men barnet utvecklas hela tiden, och det gör även barnets förmåga att fatta beslut. Därför måste även föräldrarnas beslutfattningsförmåga utvecklas. Med utgångspunkt i mänskliga rättigheter, blir medicinsk intervention rättfärdigad om den kan anses vara legitim och proportionerlig, alltså om åtgärden görs i syfte att säkra barnets rättigheter och är det bästa sättet att uppnå det målet (ibid., s. 76-77).

Föräldrars påverkan på sina barns kön och kroppar kan kopplas till Halberstams (2018, s. 53) teorier om hur föräldrar har makt över sina barns förkroppsligande av kön. Genom könsbekräftande vård försöker föräldrar få sitt barn att passa in i den heterosexuella matrisen och därigenom bli respekterad och begriplig för omgivningen. Att Socialstyrelsen lägger så stor vikt vid föräldrarnas bedömning ger indikation på en generell norm där vuxnas och vårdnadshavares åsikter värderas högre än åsikter som barn med intersexvariationer har och kan bilda i framtiden. I samband med denna auktoritet är det rimligt att anta att vårdnadshavare fattar beslut om sina barn utifrån den heterosexuella matrisens normer då det är en potent samhällsnorm. Vårdnadshavare kan också antas bli påverkade av det medicinska väsendets makt och således känna sig manade att fatta beslut som uppfattas som ansvarsfulla och begripliga, i linje med rådande samhällsnormer.

I texten benämner Socialstyrelsen (2020, s. 20) vissa ingrepp som medicinskt nödvändiga och andra som onödiga. För behandlingar som anses vara onödiga beskrivs två exempel: de behandlingar som inte går att återställa och de som leder till infertilitet. De fall där behandling anses vara medicinskt nödvändig är bland annat där ”barnets liv är i omedelbar fara” (ibid.).

Ett annat antagande som framkommer i texten är vikten av att möjliggöra för patienten att kunna fatta andra beslut i framtiden. Detta blir bland annat tydligt när Socialstyrelsen avråder från behandlingar som beskrivs som irreversibla, samt när områdesexperter citeras. Att Socialstyrelsen avgör vilka ingrepp som är nödvändiga och onödiga kan kopplas till biomakt. Biomakt innefattar statens vilja att kontrollera populationen, oftast genom att diktera vad som är normala och onormala kroppsfunktioner (Foucault, 2002, s. 54). Således kan vi se att Socialstyrelsen använder sin maktposition och normerar vilka ingrepp som krävs för att individer med intersexvariationer ska anses som normalfungerande. Kritik kan riktas mot sådana användningar av biomakt, då det begränsar kroppars utrymme att existera utanför statens kontroll och befäster cisnormativa antaganden om reproduktion och kroppen.

### 5. 2. 2. Fertilitet

Socialstyrelsen (2020, s. 75) skriver en sida om *fertilitet* generellt för personer med intersexvariationer, vilket görs baserat på ett antagande om att fertilitet är något att lägga vikt på. Fokus ligger på att patienter ska få hjälp att skaffa genetiska barn i största möjliga utsträckning. Texten redogör för fertilitetsbevarande åtgärder och de ställningstaganden patienten kan behöva göra när det kommer till minskad fertilitet till följd av behandlingar eller intersexvariationen. Fertilitet är en central del av biomakt; genom fertilitet och reproduktion kan staten styra populationen (Foucault, 2002, s. 141). I början av avsnittet redogör Socialstyrelsen för en studie redogörs där 1040 personer med intersexvariation var delaktiga, som beskriver hur många som hade barn och på vilket sätt. Dessa studier och vikten de ges kan förstås utifrån biomakt och statens behov av att föra statistik över sin population för att kunna styra den. Staten kan genom statistik dela upp sin befolkning i olika kategorier, som får status som normala eller avvikande (ibid., s. 146). En av de aspekter som avgör om kroppar klassas som normala eller avvikande är huruvida de är fertila, där fertilitet ses som det normala (ibid., s. 33). Om målet är att öka populationen, kan grupper som inte reproducerar i samma utsträckning som andra bli måltavlor för åtgärder för att öka fertiliteten och reproduktionen i denna grupp. Detta blir synligt i dokumentet, där fertilitetsbevarande åtgärder kan ses som ett sätt att kompensera för att målgruppens kroppar har kategoriserats som avvikande. Att fertilitet lyfts fram som ett tema i Socialstyrelsens kunskapsstöd tyder på att staten ser det som oproblemiskt eller önskvärt att denna grupp får barn.

Ett annat sätt som målgruppen kategoriseras i avsnittet är att de delas upp som män och

kvinnor. De som har spermier beskrivs som och förväntas vara män, medan de som har äggceller och livmoder beskrivs som och förväntas vara kvinnor. Föreställningen av att det finns två kön är centralt för den heterosexuella matrisen (Butler, 2007, s. 67). I kunskapsstödet blir det tydligt att personer med intersexvariation behöver benämnas som antingen män eller kvinnor för att kunna bli begripliga. Att deras kroppsliga och reproduktiva funktioner som män och kvinnor sedan antas utifrån ett cisnormativt förhållningssätt är ytterligare en effekt av den heterosexuella matrisen där alla personer förväntas ha en identitet, kropp och begär som går i samma linje (Butler, 2007, s. 69).

### 5. 2. 3. *Hormonbehandling*

Den tredje problemrepresentationen rör *hormonbehandling* (Socialstyrelsen, 2020, s. 46-48). I detta avsnitt blir flera antaganden kring vad som är *normalt* och *fungerande* tydliga. Texten redogör för fall där patientens kropp eller utveckling inte bedöms vara normal, och där hormonbehandling anses vara nödvändig. Ett exempel syns i meningen: ”Om den spontana testosteronproduktionen är *tillräcklig* brukar inte testosteronbehandling *krävas*.” (ibid., s. 46, vår kursivering), där vissa kroppar anses ha tillräcklig testosteronproduktion, och ordet *tillräcklig* blir ett normaliserande ord, ett ord för att beskriva en normal kropp. Ordet *krävas* antyder en fråga om vad som är nödvändigt och inte, vad som blir ett måste. Andra begrepp som redogör för normal och icke-normal funktion är ”fungerande testiklar”, ”otillräcklig erektil vävnad” och ”utvecklingsavvikelser”. Kroppar som är avvikande på något sätt antas vara i behov av behandling. Ett exempel på detta är ”Syftet med tidig testosteronbehandling är främst att uppnå en förbättrad tillväxt av penis” (Socialstyrelsen 2020, s. 46). Detta citat handlar om små barn som inte kan samtycka till behandling, den avvikande kroppen ska i detta fall genom testosteron bli mer liknande det som anses vara normalt. Denna syn på barn med intersexvariationer återfinns även i Ambjörnssons (2006, s 96-97) resonemang om att dessa barns kroppar ses som krångliga, då de inte passar in i den heterosexuella matrisen, och bör åtgärdas för att bli så normala som möjligt för barnens egna skull. Genom att få en kropp som passar in i den heterosexuella matrisen kan barnet få en stabil könstillhörighet som inte ifrågasätts av omgivningen eller personen själv (ibid.). Tankar om att barnets kropp är avvikande, och därför bör ordnas in i den heterosexuella matrisen genom behandlingar och operationer, förekommer även i vårt material. De ord som används för att rubricera dessa kroppar tenderar att vara patologiserande, alltså att de istället för att beskriva kropparna som att de har normala variationer tillskrivs olika sjukdomar och negativa tillstånd som behöver

justeras. Det är genom detta språket som ingrepp på kropparna sedan motiveras då det ses som positivt för individen att bli av med en sjukdom medan det inte är lika lätt att motivera att en normal variation åtgärdas utan personens samtycke.

Även behandlingar som kommer senare i patientens liv syftar till att skapa någon form av normalitet, ”Behandlingen syftar till att *imitera* den fysiska och psykiska utveckling som *vanligen* sker under inverkan av kroppsegna könshormoner i puberteten.” (Socialstyrelsen, 2020, s. 47, vår kursivering). Ordet *imitera* antyder att det inte är naturligt eller den äkta varan men att sjukvården ändå ska försöka anstränga sig för att utvecklingen ska vara så nära det som *vanligen* sker, det normala, som möjligt. I texten blir det även tydligt att hormonbehandling ska fortsätta livet ut, eller åtminstone fram tills patienten når en ålder där hormonproduktionen ”naturligt sjunker” (ibid., s. 48). Detta antas vara något som patienten önskar och vill göra. Det blir även en del av antagandet att det önskvärda målet med hormonbehandling är att skapa en *normal* kropp, som följer en normal utveckling. Personer förväntas också ha samma könsidentitet och könsuttryck under hela livet. Dessa normer och förväntningar från samhället, vården och familjen appliceras på barnets kropp och identitet. Synen på att barn bör ges behandling för att de ska passa in i normer och inte bli utsatta för mobbning eller trakasserier går också att återfinna i forskning (Naezer et al., 2021, s. 883).

Två antaganden som framkommer i texten, och som till viss del kan ses som motsägelsefulla, rör frågan om samtycke kopplat till normaliserande, irreversibla ingrepp. Frågan framkommer dels i beskrivningen av fall där det anses aktuellt att behandla nyfödda med testosteron (Socialstyrelsen, 2020, s. 46). Detta beskrivs som aktuellt främst för barn som föds med mikropenis, som då kan behandlas med testosteron i syfte att ”uppnå en förbättrad tillväxt av penis” och ”underlätta eventuella rekonstruktiva ingrepp i framtiden” (ibid.). Även här framkommer antaganden om vad som utgör en normal kropp och utveckling, samt hur personer med intersexvariationer förväntas vilja att deras kroppar ska se ut. Senare i texten redogörs för hormonbehandling hos unga i samband med puberteten (ibid., s. 47). I detta avsnitt läggs vikten istället på ungdomens samtycke, och att hormonbehandling ska stämma överens med patientens könsidentitet. Här görs inte samma antaganden om att patienten kommer att vilja anpassa sin kropp utifrån vad som anses vara normalt. Resonemanget blir en kontrast till det tidigare avsnittet, där hormonbehandling ges innan patienten är gammal nog att samtycka. Behandlingen antas vara något önskvärt för barnet och vårdnadshavaren, trots att den inte verkar gå att återställa i framtiden.

5. 3. Vad lämnas oproblematiserat i problemrepresentationerna i *Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD")*? Vilka tystnader finns? Kan problemet tänkas på annorlunda?

Vi kommer nu att redogöra för några aspekter som lämnas oproblematiserade i problemrepresentationen, samt vad som inte tas upp i texten, alltså vilka tystnader som finns. Vi kommer inte att analysera alla möjliga tystnader som kan hittas utifrån problemrepresentationer i dokumentet, utan fokuserar på de aspekter som är relevanta för vårt teoretiska perspektiv.

#### *5. 3. 1. Autonomi i konflikt med vårdnadshavares rättigheter*

I problemrepresentationen angående autonomi och vårdnadshavares rätt problematiseras inte att vårdnadshavare kan eller vill fatta beslut som går i linje med barnets bästa, utifrån den beskrivning av begreppet som finns i dokumentet. Till skillnad från utredningar som görs på barn med könsdysfori som söker könsbekräftande vård, beskrivs inte att det behövs någon slags utredning för att få insikt i vad föräldrarna baserat sitt beslut på. Samtidigt visar studier på att vårdnadshavare kan ha väldigt olika resonemang kring huruvida de anser att deras barn ska genomgå olika ingrepp. Det finns föräldrar till barn med intersexvariation som främjar sitt barns reproduktiva rättigheter, och som argumenterar för barnets kroppsliga integritet och sitt barns rätt att välja själv när de är äldre (Joy, Roen & Lundberg, 2023, s. 52). De pratar också om att de vill främja respektfulla inställningar kring kön, sexualitet och kroppsliga skillnader. Det finns andra föräldrar som kompromissar principerna för reproduktiv hälsa och använder argument som att om en kroppsdel saknar normativ funktion, eller om kroppsdelens inte ska vara där enligt normerna, kan och bör den tas bort. Föräldrarna uttryckte att deras barn inte skulle hamna mellan två kön, och ibland att de kände sig pressade att tillåta operationen (ibid., 53-55). De möjliga olikheter i föräldrars resonemang problematiseras inte i Socialstyrelsens kunskapsstöd, och föräldrarnas bedömningsförmåga ifrågasätts inte i problemrepresentationen. Vårdnadshavare beskrivs inte som bärare av normer. Det diskuteras inte att deras bild av personer med intersexvariationer inte nödvändigtvis behöver vara nyanserad, uppdaterad eller normkritisk och att de genom att få denna makten kan ta beslut som i längden skadar sina barn på grund av att deras beslut kan vara färgade av skadliga normer.

Ytterligare en tystnad i problemrepresentationen är de levda konsekvenser som ”onödiga” behandlingar får för patienterna. Personer med intersexvariationers upplevelser får begränsat utrymme i texten, medan fokuset istället ligger på vad internationella organisationer och svensk lagstiftning förespråkar. Detta går i linje med Foucaults (2002, s. 146) biomaktsbegrepp, där experter och professionella har tolkningsföreträde över patienters kroppar. I Socialstyrelsens kunskapsstöd blir det därmed synligt att makten, och de normer som makten förespråkar och stärker, blir avgörande för vilka ingrepp patienter genomgår i de fall deras kroppar bedöms vara avvikande från dessa normer.

### *5. 3. 2. Fertilitet*

I temat fertilitet finns en tystnad angående möjligheten att alla inte vill vara föräldrar. Normer om att vilja ha barn och att fertilitet är något viktigt för att klassas som normal tas upp av Foucault (2002, s. 112-113) i teorin om biomakt. Denna norm är särskilt stark i förhållande till kvinnor som förväntas ha ett ansvar gentemot samhället att vara goda mödrar. Reflektioner om att detta är en norm i samhället som inte alla vill följa lyfts inte upp i kunskapsstödet vilket kan leda till att denna norm inte störs och därför fortsätter att produceras.

### *5. 3. 3. Hormonbehandling*

En tystnad i dokumentet är att riskerna med behandlingen inte redovisas för. Det som står om eventuella biverkningar av lokal behandling med testosteron på penis för nyfödda är att det ”i regel tolereras väl” (Socialstyrelsen, 2020, s. 46). De psykologiska och känslomässiga konsekvenserna av att genomgå en behandling som nyfödd lämnas oproblematiserade i problemrepresentationen. Även här syns bristen på brukarperspektiv i texten. Behandlingen antas vara positiv utifrån de fysiska effekter den ger, medan texten inte problematiserar eller ifrågasätter huruvida behandlingen hade varit önskad av barnet. Många personer med intersexvariationer berättar att dessa ingrepp och behandlingar som genomförts på deras kroppar utan deras samtycke ofta leder till fysisk och psykisk smärta och att det upplevs som trauman (Haghighat et al., 2023, s. 4). Dessa röster gavs ingen plats i Socialstyrelsens dokument.

Det problematiseras inte heller att en person i tonåren skulle veta om den vill gå på

hormonbehandling eller inte. Angående hormonbehandling för att sätta igång puberteten skriver Socialstyrelsen (2020, s. 47): ”Innan behandlingen inleds är det viktigt att försäkra sig om att ungdomen önskar den, dvs. att den är i överensstämmelse med personens könsidentitet.”. Det ifrågasätts inte om barnet kan veta vilken könsidentitet det har. Det skrivs inte att det ska genomföras utredningar för att säkerställa ungdomens könsidentitet och för att förhindra att ungdomar ångrar sig i framtiden. De sociala påtryckningar från omgivningen att passa in i det binära synen på kön som finns i det svenska samhället idag problematiseras inte heller.

Vi har nu presenterat och analyserat de problemrepresentationerna som vi hittat i dokumentet *Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD")* och nedan presenteras och analyseras de problempresentationerna vi har hittat i dokumentet *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori*.

#### 5. 4. Hur representeras problemet i *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori*?

Osäkerheter	Problem 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Förändrad patientgrupp</li> <li>- Detransition förekommer</li> <li>- Mindre enhetlig erfarenhetsbaserad kunskap</li> <li>- För lite forskning</li> </ul>
	Lösning 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mer restriktiva rekommendationer för hormonbehandling till unga med könsdysfori än tidigare, ska endast ges i undantagsfall</li> <li>- Mer forskning bör produceras inom området</li> </ul>
Fertilitet	Problem 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Könsbekräftande behandlingar kan påverka möjligheter att få genetiska barn</li> </ul>



	Lösning 2	- Fertilitetsbevarande åtgärder ska erbjudas unga transpersoner som ska gå igenom hormonell behandling, de ska också få information om påverkan på fertilitet
Hormonbehandling	Problem 3	- Behandlingen har fler risker än nytta i många fall
	Lösning 3	-Hormonbehandling ges restriktivt -Noggrann utredning krävs -Vårdnadshavares samtycke krävs - Information till förälder och barn krävs -Bedömning av nyttan och riskerna ska ske

Problemrepresentationerna som vi hittade i Vård av unga med könsdysfori var *osäkerheter*, *fertilitet* och *hormonbehandling*. De *osäkerheter* som framkommer i dokumentet är att patientgruppen har förändrats (ibid., s. 26), medicinsk detransition förekommer (ibid., s. 27) och att experters åsikter går isär (ibid., s. 27-28). Gruppen unga transpersoner är nu mer heterogen än den har varit tidigare, fler ungdomar än tidigare upplever könsinkongruens senare i livet, och fler AFAB- än AMAB-personer söker vård för könsdysfori. Socialstyrelsen kan inte fastslå vad dessa förändringar beror på (ibid., s. 26). Det finns unga vuxna som har genomgått någon typ av detransition, men Socialstyrelsen vet inte i vilken utsträckning detta sker (ibid., s. 27). Att de professionella som arbetar med målgruppen upplever viss osäkerhet kring nytta och riskerna med behandlingarna lyfts som en ytterligare osäkerhet (ibid., s.27-28). Lösningen som ges till dessa osäkerheter är att vård med hormonell behandling till unga personer med könsdysfori ska ges mer restriktiv än det gjort tidigare (ibid., s. 25).

*Fertilitet* framkommer som ett problem i texten eftersom könsbekräftande behandlingar såsom hormoner kan göra det svårt eller omöjligt för patienten att få genetiska barn (ibid., s. 82). Lösningen som presenteras är att både ungdomen och föräldrarna informeras om hur fertiliteten kan påverkas av behandlingen, samt att patienten erbjuds fertilitetsbevarande åtgärder.

Problemrepresentationen *hormonbehandling* berör den möjliga risk och nytta som kan finnas med bland annat GnRH-analog (pubertetsblockerare) och hormonbehandling (ibid., s. 63). Behandlingarnas förväntade nytta beskrivs som ett minskat lidande, ökad livskvalitet och minskad könsdysfori (ibid., s. 66, 70). Möjliga risker enligt Socialstyrelsen är att vissa fysiska biverkningar samt att patientens könsinkongruens inte går över, vilket den annars eventuellt hade gjort. Även ånger tas upp som en risk med behandlingar (ibid., s. 67, 71). De överväganden som måste göras för att komma fram till om patienten ska få könsbekräftande vård redogörs för i dokumentet (ibid., s. 66). Lösningen blir ett individuellt övervägande av nyttan och risken utifrån patientens situation, grundlig utredning, information till patient och vårdnadshavare samt att behandlingen ges mer restriktivt än vad som tidigare har gjorts.

### 5. 5. Vilka antaganden ligger till grund för problemrepresentationerna i *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori*?

Representationer	Antaganden
Osäkerheter	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fler AFAB:s än AMAB:s söker könsbekräftande vård och det är ett problem att experter inte vet varför</li> <li>-Gruppen är mer heterogen än tidigare och experter vet inte varför, det är ett problem</li> <li>-Det är ett misslyckande och icke önskvärt att gå igenom detransition</li> <li>- Det är problematiskt att forskare saknar kunskap om vad som orsakar könsdysfori</li> <li>- Professionellas kunskap och forskning är av stor vikt</li> </ul>
Fertilitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Det är önskvärt att bli genetisk förälder</li> <li>-Patiensgruppens erfarenheter är inte tillförlitlig fakta</li> </ul>
Hormonbehandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Linjär och konstant könsidentitet tas på allvar</li> <li>-Att vara trans ska innefatta lidande</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Utredning säkerställer rätt behandling</li> <li>-Hela den unges livssituation avgör om hens könsdysfori tas på allvar</li> <li>-Vårdnadshavare behöver godkänna vården, de kan fatta bra beslut</li> <li>-Olika effekter av behandlingen värderas som risker eller nytta och kan mätas mot varandra</li> <li>-Negativt att vara "i otakt med jämnåriga"</li> <li>-Bäst för ungdomen att vara "normal", prova på kroppsegen pubertet</li> </ul>
--	--

### 5. 5. 1. Osäkerheter

Den första problemrepresentationen, *osäkerheter*, visas främst i avsnittet (Socialstyrelsen, 2022, s. 25-35) som redogör för anledningarna till varför Socialstyrelsen har ändrat sina rekommendationer när det kommer till hormonbehandling för unga med könsdysfori. Här framkommer flera antaganden och argument som används för att motivera en mer restriktiv användning av pubertetshämmande och könsbekräftande hormonbehandling. Ett antagande som blir tydligt i texten är att okunskap om målgruppen är en anledning till att inte ge hormonbehandling, vilket syns på flera sätt.

I dokumentet redogör Socialstyrelsen för bristen på forskning inom området: "Det behövs longitudinella data som kan ge en sammanhållen bild av patientgruppen, från remiss till eventuell könsdysfori diagnos och med uppföljning av patienter som erbjuds olika vårdåtgärder." (ibid., s. 25). Forskningsläget beskrivs som oförändrat sedan det förra kunskapsstödet gavs ut år 2015, samtidigt som rekommendationerna när det kommer till hormonbehandling har blivit mer restriktiva (ibid., s. 26). Forskare, professionella och experter har tolkningsföreträde, och det är deras kunskap, snarare än patienternas egna erfarenheter och önskemål, som ligger till grund för rekommendationerna. I tidigare avsnitt har vi redogjort för Foucaults (2002, s. 146) beskrivning av experternas roll inom biomakt, och hur vissa professioner blir avgörande för hur individers kroppar kategoriseras och behandlas. I kunskapsstödet som rör vård av unga med könsdysfori, syns ännu en dimension av fenomenet. Då dokumentet lyfter fram avsaknaden av forskning som ett problem och en stor osäkerhet i frågan om vård, blir experters åsikter och värderingar ännu viktigare. Detta

kan kopplas till Foucaults resonemang om den makt de som anses vara experter får inom biomakt. Socialstyrelsen (2022, s. 27-28) beskriver att experters erfarenhetsbaserade kunskap är mindre enhetlig än när det tidigare kunskapsstödet skrevs. Även detta antas vara en anledning till att färre unga ska få hormonbehandling. Här syns också antagandet att experters kunskap ska prioriteras; att professionella inte längre håller med varandra i lika stor utsträckning ses som problematiskt. Problemrepresentationen *osäkerheter* ges mycket utrymme i hela dokumentet, och antas vara en viktig anledning till att färre unga ska beviljas hormonbehandling.

En anledning Socialstyrelsen (*ibid.*, s. 27) lyfter till att behandling med hormoner och pubertetsblockerare endast ska ges i undantagsfall är att detransition har dokumenterats. Socialstyrelsen skriver att det inte står klart hur många som ändrar uppfattning om sin könsidentitet senare i livet och/eller avbryter sin behandling. Att detransition beskrivs som en anledning till att ge behandling mer restriktivt visar på att det finns en syn på att detransition är något dåligt, att det är ett misslyckande för individen eller för vården. I slutet av stycket skriver Socialstyrelsen att personer som detransitionerar kan vara i behov av vård för att reversera de effekter som behandlingarna gett. Synen på detransition som något negativt kan kopplas till den heterosexuella matrisen och synen på kön som stabilt och konstant över tid (Butler, 2007, s. 68). De som inte har en könsidentitet som uppfyller kraven på att vara stabil över tid kommer att bli obegripliga och ses som omöjliga (*ibid.*). I Socialstyrelsens dokument leder synen på kön till att personer som inte uppfyller krav på stabil könsidentitet blir normbrytande. Deras varierande könsidentitet uppfattas som osäker och problematisk, en obegriplig person utifrån heterosexuella matrisen, och de kan därför inte få den vård de söker. Många transpersoner upplever att de behöver ha haft könsdysfori över en lång tid för att tas på allvar och få tillgång till könsbekräftande vård (Linander et al., 2019, s. 33-34). Dessa upplevelser kan vara en följd av normerna som uttrycks i kunskapsstödet.

Att den växande gruppen transpersoner som söker vård består av fler AFAB:s, och osäkerheten kring varför, lyfts fram som en anledning till rekommendationen att ge behandling mer restriktivt (Socialstyrelsen, 2022, s. 26). Hypoteser lyfts fram till varför vårdsökandet kan ha ökat, ”en ökad tillgång till vård och ett ökat medvetande om könsidentitetsfrågor i samhället, minskad stigmatisering och sociala påverkansfaktorer” (*ibid.*). Dokumentet lyfter också att erfarenheterna bland de som söker vård är mer heterogena än tidigare, och även detta ses som en osäkerhet. För att förstå oron kring AFAB-personer

som framkommer i texten kan Foucaults begrepp *hysterisering* användas. Foucault (2002, s. 112-113) redogör för hysteriseringen av kvinnokroppen som en del av biomaktsbegreppet. Genom hysteriseringsprocessen analyseras och kvalificeras kroppar som anses vara kvinnliga, för att sedan sättas in i medicinska och samhällsliga kategorier. Den samhällsnytta som de kroppar som könas som kvinnliga anses kunna bidra med, har till stor del att göra med deras fertilitet. De kroppar som har tolkats som kvinnliga, men som faller utanför de kategorier som anses samhällsnyttiga, blir istället hysteriska. Detta kan kopplas till Socialstyrelsens dokument, där en oro som uttrycks är ökningen av AFAB-personer som ansöker om könsbekräftande vård. Dessa personer, trots att de inte identifierar sig som kvinnor, kategoriseras ändå inom den världssyn som Foucault (2002) beskriver genom biomakt. Att de inte kan eller vill anpassa sig till de roller som biomakten bedömer som nyttiga för samhället, blir oroväckande för beslutsfattarna, och är enligt dokumentet en anledning till att begränsa tillgången till könsbekräftande vård.

Vidare förväntas könsinkongruens enligt dokumentet ha orsakat lidande hos patienten. Det är anmärkningsvärt att det enligt kunskapsstödet blir problematiskt om könsdysforin har orsakat lidande, men inte till den grad som är förväntad. Halberstam (2018, s. 32-33) redogör för J. R. Lathams forskning kring hur transpersoners, speciellt transmäns, erfarenheter har förminskats till en enda enhetlig erfarenhet som stänger ute mångfalden av sätt som transpersoner kan uppleva sin identitet på. Författaren skriver även om kraven som sätts på personer med könsdysfori jämfört med andra grupper som söker i praktiken liknande vård, såsom de som vill genomgå plastikkirurgiska ingrepp. Dessa personer, till skillnad från transpersoner, behöver inte uppvisa att de har lidit tillräckligt mycket för att vården ska anses vara berättigad. Lidandet som krävs för att transpersoner ska tas seriöst skriver också Linander et al. (2021) om. Det finns även krav på att transpersoner inte ska lida för mycket, då ses de som instabila och inkapabla att ta bra beslut. Detta skapar en slags paradox där individen måste passa in i ett smalt fönster av lagom lidande (Linander et al., 2021, s. 313-314).

### 5. 5. 2. Fertilitet

Problemrepresentationen *fertilitet* i kunskapsstödet för unga med könsdysfori blir synlig på flera platser i texten, då minskad fertilitet beskrivs som en möjlig risk av könsbekräftande behandlingar (Socialstyrelsen, 2022, s. 67 passim). Problemrepresentationen att patienters fertilitet påverkas av behandlingen blir en stor risk som tas i beaktning under bedömningen,

och som antas vara viktig för individen och för dennes framtid. Vi har valt att fokusera på dokumentets avsnitt om fertilitetsbevarande åtgärder (ibid., 82-86), eftersom det är här textens antaganden kring fertilitet får mest utrymme.

På flera platser i texten syns antagandet att det är viktigt och önskvärt för många av patienterna att kunna bli *genetiska föräldrar*. Det antas därför vara ett problem att könsbekräftande vård kan minska fertiliteten: ”Det innebär också information om vårdens möjligheter och de aktuella begränsningarna att hjälpa personer att bli *genetiska föräldrar*.” (Socialstyrelsen, 2022, s. 82). Att vårdnadshavare och ungdomar är införstådda med att fertiliteten kan påverkas av behandling är en förutsättning för att behandlingen ska ges. Detta tyder på att fertilitet även för transpersoner anses vara viktigt, någonting som man inte vill förlora och någonting som skapar normalitet.

Ett annat antagande i texten blir tydligt i citatet: ”I vilken omfattning påverkan av testosteron på reproduktiva organ och funktion är reversibel eller irreversibel är i rådande kunskapsläge oklart även om det finns självrapporterade fall där effekten tycks vara reversibel. Det saknas dock information från längre tids uppföljning.” (Socialstyrelsen, 2022, s. 83). I detta utdrag blir det tydligt att målgruppens egna erfarenheter och upplevelser inte är lika prioriterade och ses som fakta på samma sätt som experter och information som kommer från studier, vilket vi har redogjort för i tidigare avsnitt.

### 5. 2. 3. *Hormonbehandling*

I problemrepresentationen *hormonbehandling* syns flera antaganden gällande hur det är att vara transperson samt hur kön, könsdysfori och behandling fungerar. Problemrepresentationen syns i ett avsnitt i dokumentet (Socialstyrelsen, 2022, s. 63-73) som redogör för hormonbehandling för unga med könsdysfori.

Ett antagande som ligger till grund för problemrepresentationen är att noggrann utredning är en viktig förutsättning för att bevilja vård (Socialstyrelsen, 2022, s. 63). Detta tyder på ett antagande att experter kan bedöma en persons eventuella könsdysfori. Socialstyrelsen skriver också att hela ungdomens situation ska tas i bedömning vid utredningen (ibid., s. 64). Det ställs krav på att ungdomen ska ha ”...en stabil psykosocial situation och det föreligger inga faktorer som grumlar säkerheten i de kliniska bedömningarna (neuropsykiatrisk eller

intellektuell funktionsnedsättning, obehandlad psykiatrisk problematik inklusive suicidrisk och traumatisering, substansbruk)” (ibid., s. 68). Att det ställs krav på att individer som söker könsbekräftande vård ska ha en stabil psykisk hälsa är något som återkommer i forskning (Linander et al., 2021, s. 311-313). Detta kan skapa en paradox där individen ska må dåligt över sin könsdysfori till en viss grad för att tas på allvar men om den mår för dåligt över sin könsdysfori och det skapar suicidtankar eller trauman så ses det som ett hinder att få behandling för könsdysforin. Det skapas snäva ramar för hur individen ska vara och känna för att få tillgång till vård (ibid.). Bedömningen av hela personens sociala och psykologiska, såväl som medicinska situation, kan kopplas till sättet som biomakt syftar till att kontrollera alla aspekter i medborgares liv (Foucault, 2002, s. 140-141). För att patienter ska få tillgång till den vård de önskar, behöver de redogöra för hela sina liv. Deras liv måste även falla inom den kategori som bedöms som ”rätt” för att vara berättigad könsbekräftande vård.

Att vårdnadshavare samtycker till vården ses som en viktig del för att barnet ska kunna få vård (Socialstyrelsen, 2022, s. 64). Socialstyrelsen trycker på vårdnadshavarens rätt och skyldigheter att bestämma över sitt barns sjukvård i kontrast till barnets egen kapacitet att ta beslut och förstå konsekvenserna. Praxis har blivit att vårdnadshavare måste samtycka till vården, detta eftersom att behandlingarna kan ha djup- och långtgående konsekvenser för individen. Att föräldrarnas samtycke är krav enligt praxis bygger på antagandet att vårdnadshavare kan och vill ta bra beslut för sina barn. De antas veta vad som är sitt barns bästa.

I avsnittet blir antaganden kring att kön ska vara linjärt tydliga. Ett exempel på detta är kriteriet att patienten ska ha upplevt kontinuerlig könsinkongruens sedan barndomen för att få tillgång till pubertetsblockerande hormon (Socialstyrelsen, 2022, s. 65-68). Den unges identitet antas alltså behöva vara stabil över tid för att hormonbehandling ska bli aktuellt. Socialstyrelsen påpekar även att ”Hormonersättning med östrogen eller testosteron fortsätter ofta livet ut.” (ibid., s. 70). I diskussionen om kriterierna för att beviljas hormonbehandling syns även antagandet att könsdysfori är något som orsakar lidande, och att lidandet är ett kriterium för att få tillgång till behandling. Ett av behandlingens syften är även att minska den unges lidande (ibid., s. 66). Synen på kön som linjärt gör att personer vars könsidentitet faller utanför dessa normer exkluderas från vården. Det blir tydligt hur könsbekräftande vård, och de kriterier för tillgång till vård som lyfts fram i kunskapsstödet, kan kopplas till Halberstams (2018, s. 47) resonemang om hur transvården skapar diskurser om hur en transperson ska

vara. Halberstam påpekar även hur målgruppen måste anpassa sig till denna diskurs för att få tillgång till vård, och att de som av olika anledningar inte lyckas göra det, marginaliseras och nekas behandling.

I problemrepresentationen finns också ett antagande om att nyttan och riskerna med en behandling kan vägas emot varandra: ”För varje enskild ungdom behöver den aktuella behandlingens förväntade nytta ha tydliggjorts, och nyttan bedömts överväga riskerna.” (Socialstyrelsen, 2022, s. 65). Genom uttalandet antar Socialstyrelsen att man genom utredning kan se och förutse vilka konsekvenser behandlingen hade fått. Även för en icke insatt behandling ska nyttan och riskerna vara klarlagda. I dokumentet beskrivs senare olika effekter av behandlingarna, de delas upp i två olika kategorier: effekter som anses göra nytta och effekter som ses som risker. De antar alltså att vissa effekter är önskvärda och icke-önskvärda (ibid., s. 66). De som får makten att bestämma vad som är en risk och en nytta är experterna och professionella istället för brukarna. Detta går hand i hand med den makt som Foucault beskriver att experter får gentemot befolkningen (Foucault, 2002, s. 53-54).

Antaganden kring vad som är normalt blir också tydliga i avsnittet, och att normalitet är önskvärd av både vården och ungdomen. En av de risker som beskrivs med behandling med pubertetsblockerande hormon är att ”ungdomen kommer kroppsligt och psykologiskt i otakt jämfört med jämnåriga” (Socialstyrelsen, 2022, s. 67). En annan risk är att behandlingen kan stärka könsinkongruensen hos den unge, och att könsinkongruensen möjligtvis hade gått över om den unge inte fick pubertetsblockerande hormon (ibid.). Det blir tydligt att det som i texten benämns som den ”kroppsegna puberteten” är mer önskvärd än en senarelagd pubertet och könsbekräftande hormonbehandling. Kunskapsstödet förespråkar att ”ungdomen behöver hinna exponeras för den kroppsegna puberteten innan behandlingen inleds” (ibid., s. 68), vilket också visar på antagandet att det som ses som den naturliga eller normala utvecklingen är att föredra. Detta stämmer överens med vad Paechter (2021, s. 847-848) beskriver om synen på pubertetsblockerare som en riskabel behandling trots att den kan anses vara reversibel, av anledningen att patienter som påbörjar behandling med pubertetsblockerare genomgår andra könsbekräftande behandlingar senare i livet.



5. 6. Vad lämnas oproblematiserat i problemrepresentationerna i *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori*? Vilka tystnader finns? Kan problemet tänkas på annorlunda?

#### 5. 6. 1. Osäkerheter

En aspekt som lämnas oproblematiserad i problemrepresentationer om *osäkerheter* är att samhället påverkar individerna. Denna del av dokumentet fokuserar på individen och dennes vård, men diskuterar inte de normer och strukturer i samhället som skapar kön och de ramar som könsroller konstruerar. Transvården arbetar utifrån och skapar normer som patienter måste förhålla sig till, dels i mötet med vården och i deras vardag (Linander et al., 2019, s. 30-33). Detta görs genom kriterier och bedömningar för hur en transperson ska vara och vad som behövs för att en person ska få tillgång till vård. Dessa normer riskerar en negativ påverkan på målgruppen. Det görs ingen ansats att försöka ändra de könsnormer som finns i samhället. Fokuset läggs på hur individen kan behandlas och hjälpas inom ramen för diskursen, snarare än på strukturer i samhället som kan vara skadliga eller kan behöva förändras.

En annan tystnad kopplad till hur transpersoner påverkas av problemrepresentationen är patientgruppens eller brukarorganisationers önskemål och tankar kring de ändrade rekommendationerna. Som tidigare nämnts värderas experternas bedömningar över målgruppens erfarenheter och kunskap. Socialstyrelsen skriver att experter som arbetar med målgruppen har "...frågor och oro kring de hormonella behandlingarna och under vilka förutsättningar de ges." (2022, s. 27). I denna formulering lyfts experternas känslor om frågan, målgruppens egna känslor lyser med sin frånvaro. Att experternas oro skulle väga tyngre än målgruppens problematiseras inte i dokumentet.

Vidare ligger kunskapsstödet från 2022 i linje med det nuvarande politiska synsättet kring unga transpersoner, som vi har redogjort för tidigare i dokumentet. Hur det förändrade politiska klimatet kan ha påverkat utvecklingen av de nya rekommendationerna, är en märkbar tystnad i problemrepresentationen. Det oförändrade forskningsläget diskuteras, snarare än hur samhällsdebatten har förändrats sedan det förra kunskapsstödet gavs ut. Dokumentet problematiserar inte hur Socialstyrelsen kan ha påverkats av politiska

förändringar, utan utger sig snarare för att vara en objektiv kunskapskälla, och endast fokusera på medicinska aspekter av frågan. Bacchi har med utgångspunkt i Foucault kritiserat staten och myndigheter för att utge sig för att vara objektiva, hon menar att de i sina problemrepresentationer aldrig kan vara objektiva utan att det är genom att beskriva problemen som de skapas och formas (Bacchi, 2009, s.1).

### 5. 6. 2. *Fertilitet*

En tystnad vi kan se angående problemrepresentationen *fertilitet* hos transpersoner är att transpersoner fram till 2013 blivit steriliserade i Sverige som villkor för att få byta juridiskt kön eller genomgå könsbekräftande underlivskirurgi. Socialstyrelsen skriver att det inte finns forskning om transpersoner och deras fertilitet efter hormonbehandling men nämner inte att en anledning till att det finns lite forskning inom området kan vara att transpersoner tidigare steriliserats. Som tidigare har nämnts antas fertilitet och förmågan att få genetiska barn vara något önskvärt i nuvarande kunskapsstöd. Att detta är en stor skillnad från synen på fertilitet bland personer med könsdysfori för ungefär 10 år sedan, omtalas inte alls i dokumentet. Den tidigare steriliseringen kan förstås genom biomakt och statens tendenser att vilja normalisera sin befolkning genom dess kroppar. Transpersoner kan tolkas som att ha blivit kategoriserade som avvikande, och att det därmed inte sågs som önskvärt att gruppen skulle föröka sig. Enligt Foucault (2002, s. 146) blir befolkningens sammansättning och förökning en central aspekt av biomakt, och frågan om vilka som förökar sig blir både viktigt för samhällets framgång och för dess moral. Utifrån detta blir det relevant att undersöka vilka grupper som staten anser bör föröka sig, vars fertilitet ses som önskvärd, och vilka grupper som fråntas sin fertilitet. I Socialstyrelsens kunskapsstöd blir det tydligt att transpersoner har förflyttats från den ena gruppen till den andra; där det tidigare var ett krav att transpersoner steriliserades, är gruppens fertilitet nu något som värnas om och som Socialstyrelsen oroar sig för.

### 5. 6. 3. *Hormonbehandling*

Den sista problemrepresentationen berör risker och nytta med *hormonbehandling*, och här syns flera tystnader och aspekter som inte problematiseras i dokumentet. Flera av tystnaderna har att göra med vetande och vem som anses besitta rätt typ av kunskap för att göra bedömningar kring vård av unga med könsdysfori. Diskurser skapar och skapas av en viss typ av kunskap. De experter som anses besitta rätt kunskap, berättigas att bedöma vem som får

tillgång till vård. Genom biomakt kan de som besitter rätt kunskap kontrollera den utvalda delen av befolkningen, både deras kroppar och deras liv.

En aspekt som inte tas upp är att kön inte alltid är linjärt för alla personer. Kön beskrivs som någonting som ska hålla i sig över tiden och om det inte gör det, om personen på något sätt ändrar sitt könsuttryck eller identitet, ses det som ett misslyckande eller ett tecken på att personen inte är seriös. Glädjen och euforin som kan finnas i att experimentera och utforska med sin kropp och sin identitet nämns inte. Detta går i linje med Ashleys (2019, s 480-481) artikel om könseufori och njutningen i kreativ förändring, att ändra och förvandla kroppen utan att nödvändigtvis ha erfarenhet av könsdysfori. Friheten att ändra kroppen efter sina egna önskemål begränsas av utredningar och av att läkare avgör vem som har rätt till vård. I samma artikel riktar författaren kritik mot utredningar och ifrågasätter möjligheten för en människa att avgöra en annan människas könsidentitet och behovet av könsbekräftande vård. I Socialstyrelsens dokument lyfts inte kritiska frågor om att det skulle gå för en expert att veta eller bedöma hur en annan person upplever sin könsidentitet och vad den behöver för att må bra i den.

Ytterligare en tystnad i problemrepresentationen är idén att vårdnadshavaren i vissa fall inte har möjligheten viljan att fatta beslut som är i barnets bästa intresse. Att kravet på vårdnadshavares samtycke och samförstånd i utredningen skulle vara något positivt och nödvändigt, problematiseras inte, trots att vårdnadshavaren i vissa situationer kan orsaka lidande för barnet. Halberstam (2018, s. 60) skriver om föräldrar i liberala kontexter och deras påverkan på sina barn som inte direkt passar in i den heterosexuella matrisen genom könsbekräftande vård. Andra vårdnadshavare kan bära normer som innebär att deras barn inte får tillgång till vård, barnets rätt och tillgång till vård blir alltså baserat på sina vårdnadshavare åsikter om vad som är godkänt utifrån sin kulturella kontext.

I texten beskrivs könsdysfori inte som en påverkande faktor i en persons sociala liv. Om patientens livssituation bedöms vara komplicerad eller instabil, anses det vara något som talar emot att patienten ska få tillgång till hormonbehandling. En tystnad blir hur könsdysfori kan påverka patientens livssituation och mående negativt, och hur samspelet mellan könsdysforin och andra aspekter i personens liv alltid inte är självklar. Detta blir särskilt intressant eftersom ett av kriterierna för att beviljas hormonbehandling är att könsdysforin ska ha orsakat patienten lidande (Socialstyrelsen, 2022, s. 68, passim). Vilken typ av lidande som tas in i

bedömningen, som spelar roll, lämnas oproblematiskt. Detta går i linje med forskning av Dewey och Gesbeck (2017, s. 56), där det framkommer att kraven för att få tillgång till könsbekräftande vård är höga. Halberstam (2018, s. 22) beskriver samma fenomen och problematiserar att personer får göra skönhetsingrepp utan utredning medan personer som vill genomgå könsbekräftande vård måste gå igenom utredningar med höga krav.

## 6. Diskussion

I denna del kommer resultaten av de två dokumenten att jämföras med varandra. Under analysen hittade vi både likheter och skillnader i dokumentens problemrepresentationer, och i de antaganden som ligger till grund för problemrepresentationerna. Även brukarperspektiv som framkommer i den tidigare forskningen kommer att lyftas fram, för att ge ett bredare perspektiv på problemrepresentationernas möjliga konsekvenser för transpersoner och personer med intersexvariationer.

Ånger får ta olika stor plats i de två dokumenten; i kunskapsstödet för vård av barn och unga med könsdysfori blir det en viktig aspekt, medan det knappt syns alls i kunskapsstödet för vård av personer med intersexvariationer. Detta är särskilt anmärkningsvärt eftersom vissa ingrepp som beskrivs i kunskapsstödet för vård av personer med intersexvariationer görs innan patienten är gammal nog att samtycka. Ingreppen antas vara något som patienten inte kommer att ångra i framtiden, i vissa fall eftersom vården är livsnödvändig för patienten, och därför inte något som behöver göras med samtycke eller som en patient skulle ångra senare i livet. I andra fall sker ingreppen i normaliserande syfte, såsom att skapa en kropp som passar bättre in på vad som anses vara normalt. Inte heller i dessa fall syns någon oro kring hur patienten i framtiden kan känna kring ingreppen; patienten antas vilja anpassa sin kropp efter rådande könsnormer. Som vi har redogjort för i avsnittet om kunskapsläget, visar forskning på att det nuvarande vårdssystemet och bemötandet inom vården påverkar personer med intersexvariationer negativt enligt patienterna själva (Cuadra et al., 2024, s. 540).

En tydlig skillnad vi kan se mellan de två dokumenten är den noggranna utredning som krävs för ungdomar med könsdysfori som vill ha könsbekräftande hormoner, och avsaknaden av utredning om könsidentitet som finns för personer med intersexvariationer som ska få sin pubertet igångstartad med könshormoner. Könsidentiteten hos personer med

intersexvariationer blir alltså inte utredda, hormonbehandling antas vara det bästa för individen. Detta kan bero på att personer som är födda med intersexvariationer är i en situation där deras kropp ska normaliseras. Kroppen är redan satt i en könad kategori och förväntas följa den utvecklingen och de normer som tillhör kategorin. Att unga transpersoner däremot behöver gå igenom utredningar kan bero på att de redan har en kropp som kategoriseras som normal, men önskar att gå utanför de normer som finns för kategorin. I tidigare forskning beskrivs ett motstånd mot att ge behandling, en ovilja att göra ingrepp på kroppar som kategoriseras som friska (Naezer et al., 2021, s. 836). Detta kan kopplas till att riskerna med hormonbehandling för transpersoner lyfts i kunskapsstödet, medan det för personer med intersexvariation får minimalt utrymme i texten. Det finns mindre mening i att lyfta biverkningar av en behandling som anses vara nödvändig. Behandlingen för transpersoner ses dock som icke-nödvändig och kräver därför en nytto- och riskberäkning.

I anslutning till detta syns skillnader i vad den minderårige patienten antas kunna veta om sin könsidentitet i de båda dokumenten. En intersexperson i tonåren antas kunna fatta beslut om vilken pubertet hen vill gå igenom, kopplat till hens könsidentitet. Här tas möjliga könsidentitetsutredningar inte upp, och risken att patienten senare ångrar sitt beslut nämns inte heller. Detta är en stor skillnad från kunskapsstödet för barn och unga med könsdysfori, där patienter i samma ålder måste genomgå långa utredningar för att gå igenom den hormonella pubertet som de vill. Även i de fall där hormonbehandling anses vara aktuell för unga med könsdysfori, är rekommendationen att patienten först ska prova på den ”kroppsegna” puberteten. Även här visar tidigare forskning på de negativa effekter detta bemötande kan resultera i för patienten, som kan uppleva att de själva inte har något inflytande i behandlingen (Linander et al., 2017, s. 13). Eftersom professionella har tolkningsföreträde för att diagnostisera könsdysfori, riskerar patientens egna handlingsutrymme att försvinna, vilket kan leda till att patienten känner sig begränsad i sina möjligheter att fatta beslut om sin egen behandling och kropp (Linander et al., 2021, s. 314-315). Tidigare forskning visar även på att det nuvarande vårdssystemet, med långa väntetider och utredningsprocesser, kan få starka negativa konsekvenser för unga transpersoners psykiska hälsa (Linander & Alm, 2022, s. 1002). Någon liknande rekommendation kring att vänta med hormonbehandling finns inte för unga med intersexvariationer. En skillnad mellan dokumenten är att personer med intersexvariationers autotonomi och kroppsliga integritet att slippa ingrepp tas upp, trots att den inte alltid respekteras, medan transpersoners autonomi och kroppsliga integritet i förhållande till att få behandling de önskar inte argumenteras för.

Diskussionen om fertilitet är konsekvent i båda dokumenten. Det framställs som önskvärt för både personer med intersexvariationer och för transpersoner att bevara sin fertilitet. Detta tyder på att grupperna ur ett biomaktsperspektiv anses kunna bidra till att stärka befolkningen. Enligt Foucault (2002, s. 146) regleras befolkningen och vilka som förökar sig utifrån vilka grupper inom befolkningen som har kategoriserats som normala respektive avvikande. Samtidigt som personer med intersexvariationer och transpersoner kategoriseras som avvikande, anses de utifrån vad som framkommer i kunskapsstöden ändå kunna bidra till befolkningen och därmed samhället. Det stora fokus som läggs på fertilitetsbevarande åtgärder kan även tolkas som att sätt att, genom biomaktens verktyg, göra avvikande kroppar normala. Detta eftersom fertilitet ses som det som normen, även när medicinska åtgärder krävs för att en individs kropp ska kunna anpassa sig till denna norm.

En annan likhet i dokumentens problemrepresentationer berör synen på vårdnadshavares rätt och skyldighet att fatta beslut om sina barns vård. Det problematiseras inte i något av dokumenten att alla föräldrar inte har förmåga eller vilja att fatta bra beslut för sina barn eller att de färgas av normer när de fattar dessa beslut. Föräldrars rätt att bestämma är inte lika tydlig i dokumentet om unga transpersoner som i dokumentet om personer med intersexvariationer. Resultatet liknar det som syns i tidigare forskning, där personer med intersexvariationers föräldrar fick stort utrymme i flera studier (Joy, Roen & Lundberg, 2023; Cuadra et al., 2024; Tobin, 2021), till skillnad från forskningen om transpersoner. En anledning till detta kan vara att personer med intersexvariationer ofta får behandling redan innan de kan prata och uttrycka sina åsikter. När individen själv inte kan uttrycka sina åsikter blir vårdnadshavares bedömningar avgörande. Forskning beskriver att föräldrars vilja att ge könsbekräftande vård till sitt barn som upplever könsdysfori inte ses som tillräckligt för att barnet ska få det (Paechter, 2021), vilket även syns i Socialstyrelsens kunskapsstöd (2022). Vårdnadshavares samtycke krävs för att starta behandling men är inte tillräckligt för att behandling ska sättas in, även barnet och experter behöver tycka att det är ett bra beslut.

## 6. 1. Avslutande reflektioner

Den typ av dokument som vi valt att analysera i denna uppsats, och de problemrepresentationer som framkommer, kommer att påverka socialt arbete och hur det

utförs. Om antaganden och förgivettagna sanningar inte ifrågasätts kommer det leda till att normer, som ibland kan vara skadliga, reproduceras och används inom socialt arbete. Genom att vi i denna text ifrågasätter och lyfter upp antaganden och tystnader, skapas möjlighet för socialarbetare att se på frågor om kön och vård ur nya perspektiv. Nu är det socialarbetares tur att ta vid i arbetet att ändra de normer och diskurser som finns och som bevisligen är skadliga för dessa grupper. Socialarbetare bär på en stor makt som normbärare, myndighetsutövare och som professionella som möter personer med intersexvariationer och transpersoner, både i gruppernas möte med vården och i andra instanser, där deras identitet inte är i fokus men ändå kan vara avgörande för hur de behandlas och upplever mötet med socialarbetare. Socialarbetare har därför ett stort ansvar att både vara medvetna om och förändra de normer som finns kring och kan skada grupperna. Vad kan vi göra för att ändra dessa? Hur använder vi vårt språk för att skapa mer öppenhet för olika kroppar och identiteter?

En viktig aspekt av WPR-metoden är frågan om vilka konsekvenser en viss policy får för olika grupper. Detta är något som vi har försökt spegla genom att redogöra för tidigare forskning. Under vårt arbete har det blivit tydligt att det behövs mer forskning om transpersoner och personer med intersexvariationer, och särskilt forskning som berör gruppernas egna erfarenheter. Gruppernas egna upplevelser är, tidigare har diskuterats, inte något som prioriterats av de dokument som vi har analyserat. I inledningen beskrivs hur en orolig förälder intervjuas i dokumentären *Tranståget* (Uppdrag granskning, 2019), och hur förälderns röst tillåts överrösta personen som faktiskt har genomgått könsbekräftande vård. ”Lenas” barn blir en fotnot i berättelsen om sitt liv och sin kropp. Detta är, enligt oss, i linje med hur diskursen kring grupperna ser ut i dagsläget och vad som återspeglas i Socialstyrelsens kunskapsstöd. För att kunna förändra de normer som idag skadar personer med intersexvariationer och transpersoner, krävs det därför att gruppernas röster blir hörda, och att de får bestämma över sina egna kroppar.

## Referenser

Ambjörnsson, Fanny (2006) *Vad är queer?* Stockholm: Natur och kultur.

Ashley, Florence (2019) Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*, 45(7): 480-482.

Bacchi, Carol (1999) *Women, Policy and Politics: The Construction of Policy Problems*. London: Sage.

Bacchi, Carol (2009) *Analysing Policy: What's the problem represented to be?* Sydney: Pearson Education Australia.

Bacchi, Carol & Susan Goodwin (2016) *Poststructural Policy Analysis: A Guide to Practice*. New York: Palgrave Pivot.

Barnombudsmannen (2019) *Erfarenheter från unga transpersoner samt från barn och unga med intersexvariationer*. Stockholm: Barnombudsmannen.

Becerra-Culqui, Tracy A., Yuan Liu, Nash, Rebecca, Lee Cromwell, W. Dana Flanders, Darios Getahun, Shawn V. Giammattei, Enid M. Hunkeler, Timothy L. Lash, Andrea Millman, Virginia P. Quinn, Brandi Robinson, Douglas Roblin, David E. Sandberg, Michael J. Silverberg, Vin Tangpricha & Michael Goodman (2018) Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5): 1-11.

Bergström, Göran & Kristina Boréus (2012) *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Tredje uppl. Lund: Studentlitteratur AB.

Butler, Judith (2007) *Genustrubbel: feminism och identitetens subversion*. Göteborg: Daidalos.



Cuadra, Magali, Ricardo Baruch, Andrea Lamas, Maria E. Morales, Armando Arredondo & Doris Ortega (2024) Normalizing intersex children through genital surgery: the medical perspective and the experience reported by intersex adults. *Sexualities*, 27(3): 533–552.

Dean, Mitchell (2010) *Governmentality : power and rule in modern society*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Dewey, Jodie M. & Melissa M. Gesbeck (2017) (Dys) Functional Diagnosing: Mental Health Diagnosis, Medicalization, and the Making of Transgender Patients. *Humanity & Society*, 41(1): 37-72.

Élden, Sara (2020) *Forskningsetik inom samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

European Union Agency for Fundamental Rights (2019) EU LGBTI Survey II [<https://fra.europa.eu/sv/project/2018/eu-lgbti-survey-ii>. Hämtad 24-03-27].

European Union Agency for Fundamental Rights (2020) *A long way to go for LGBTI equality*. Luxemburg: Publications Office of the European Union.

Falhammar, Henrik, Hedi Claahsen-van der Grinten, Nicole Reisch, Jolanta Slowikowska-Hilczler, Anna Nordenström, Robert Roehle, Claire Bouvattier, Baudewijntje P. C. Kreukels & Birgit Köhler (2018) Health status in 1040 adults with disorders of sex development (DSD): a European multicenter study. *Endocrine connections*. 7(3):466–78.

Folkhälsomyndigheten (2015) *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Foucault, Michel (2002) *Sexualitetens historia Band 1: Viljan att veta*. Göteborg: Daidalos.

Föreningen för transpersoner (u.å.) FPES fokusfrågor [<https://fpes.se/fokusfragor/>]. Hämtad 2024-03-27].

Haghighat, Darius, Tala Berro, Lillian Torrey Sosa, Kayla Horowitz, Bria Brown-King, Kimberly Zayhowski (2023) Intersex people's perspectives on affirming healthcare practices: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 329: 1-9.

Halberstam, Jack (2018) *Trans\*: A Quick and Quirky Account of Gender Variability*. Oakland: University of California Press.

Joy, Eileen, Katarina Roen & Tove Lundberg (2023) Reproductive justice for children and young people with gonadal variations: Intersex, queer and crip perspectives, *Aotearoa New Zealand Social Work Review*, 35(4): 45–58.

Linander, Ida, Erika Alm, Anne Hammarström & Lisa Harryson (2017) Negotiating the (bio)medical gaze – Experiences of trans-specific healthcare in Sweden. *Social Science & Medicine*, 174: 9-16.

Linander, Ida, Erika Alm, Isabel Goicolea & Lisa Harryson (2019) ”It was like I had to fit into a category”: Care-seekers’ experiences of gender regulation in the Swedish trans-specific healthcare. *Health*, 23(1): 21–38.

Linander, Ida, Marcus Lauri, Erika Alm & Isabel Goicolea (2021) Two Steps Forward, One Step Back: A Policy Analysis of the Swedish Guidelines for Trans-Specific Healthcare. *Sex Res Soc Policy*, 18: 309–320.

Linander, Ida & Erika Alm (2022) Waiting for and in gender-confirming healthcare in Sweden: An analysis of young trans people's experiences. *European Journal of Social Work*, 25(6): 995-1006.

Monro, Surya, Morgan Carpenter, Daniela Crocetti, Georgiann Davis, Fae Garland, David Griffiths, Peter Hegarty, Mitchell Travis, Mauro Cabral Grinspan & Peter Aggleton (2021) Intersex: cultural and social perspectives. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4): 431-440.

Naezer, Marijke, Anke Oerlemans, Gijs Hablous, Hedi Claahsen–van der Grinten, Anna van der Vleuten & Chris Verhaak (2021) ”We just want the best for this child”: contestations of intersex/DSD and transgender healthcare interventions. *Journal of Gender Studies*, 30(7): 830–843.

Organisation Intersex International Sverige (u. å.) *Om intersex* [<https://www.oisverige.se/info/>. Hämtad 24-05-13].

Organisation Intersex International Sverige (u. å.) *Våra åsikter* [<https://www.oisverige.se/asikt/>. Hämtad 24-03-27].

Paechter, Carrie (2021) The rights and interests of trans and intersex children: considerations, conflicts and implications in relation to the UNCRC. *Journal of Gender Studies*, 30(7): 844–854.

RFSL (2021) *Om intersex* [<https://www.rfsl.se/verksamhet/intersex/omintersex/>. Hämtad 24-03-27].

RFSL (2024) *Ny könstillhörighetslag* [<https://www.rfsl.se/verksamhet/trans/ny-konstillhorighetslag/>. Hämtad 24-05-08].

SOU 1968:28. *Intersexuellas könstillhörighet*. Betänkande avgivet av särskilda sakkunniga.

Socialstyrelsen (2015) *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori- Nationellt kunskapsstöd*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2019) *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori- Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2020) *Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD") - Kunskapsstöd med nationella rekommendationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2024) [<https://www.socialstyrelsen.se/>. Hämtad 24-03-27].

Svensson, Peter (2019) *Diskursanalys - Greppbar metod*. Lund: Studentlitteratur.

Tawell, Alice, & Gilleen McCluskey (2022) Utilising Bacchi's What's the Problem Represented to Be? (WPR) Approach to Analyse National School Exclusion Policy in England and Scotland: A Worked Example. *International Journal of Research & Method in Education*, 45(2): 137–149.

Tobin, John (2021) Medical interventions for children born with variations in their sex characteristics: what's the rights approach? *Monash Bioethics Review*, 39(1): 67–81.

Uppdrag granskning, Säsong 19, Avsnitt 12 (2019) "Tranståget och tonårsflickorna", Sveriges Television. Publicerad: 3:e april.

Uppdrag granskning, Säsong 19, Avsnitt 22 (2019) "Tranståget: del 2", Sveriges Television. Publicerad: 9:e oktober.

Uppdrag granskning, Säsong 21, Avsnitt 12 (2021) "Transbarnen", Sveriges Television. Publicerad: 24:e november.

Vetenskapsrådet (2017) *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.