

# Vårdpersonalens uppfattning om den könsbekräftande vården

# Förord

Det har under det senaste året skett stora förändringar gällande unga transpersoners könsbekräftande vård. Fler söker sig till vården, både unga och vuxna. De som söker sig till vården möts av långa kötider. Samtidigt övervägs hur hela den könsbekräftande vården ska omorganiseras. Den könsbekräftande vården har även varit omdebatterad en längre tid, och den allmänna debatten har tidvis varit intensiv. För att få en bättre förståelse för vårdens förutsättningar och utmaningar, såväl som experternas syn på de stora förändringar som pågår, har RFSL genomfört denna undersökning bland vårdpersonal inom den könsbekräftande vården.

# Sammanfattning

RFSL skickade i oktober 2021 ut en enkät till vårdpersonal inom den könsbekräftande vården. 61 personer från alla könsutredningsteam och andra vårdgivare svarade på enkäten. Ungefär hälften av de svarande möter unga transpersoner under 18 år i sitt jobb (32 svarande), cirka 20 procent jobbar enbart med patienter under 18 år (11 svarande).

De allra flesta (80 %) av de svarande upplever att den vård som erbjuds ger stor förbättrad hälsa och ökad livskvalitet till patienterna, men att det finns faktorer som påverkar vårdens kvalitet på ett negativt sätt. Bristande resurser inom vården och långa kötider upplevs av många som stora hinder både för arbetsmiljön och för patienternas välmående. Kötiderna är ofta långa, men de varierar också kraftigt mellan de olika teamen. I de flesta delarna av landet behöver en ung transperson vänta minst ett år för ett nybesök hos ett utredningsteam. Utredningstiden som följer därefter är i regel minst två år.

Enligt vårdpersonalen är gruppen som söker vård för att de ångrar delar av eller hela sin behandling liten, men den finns och behöver stöd. Vissa team har inte träffat någon alls medan andra säger att de har träffat enstaka eller en handfull personer. Flest personer har Uppsala kontakt med, sammanlagt tio, där fem personer får hjälp att fysiskt detransitionera och fem personer får stödsamtal kring frågor som rör könsbekräftande vård man är missnöjd med. Samtliga team kan erbjuda stöd till personer som ångrar hela eller delar av sin behandling.

Respondenterna är generellt sett mycket negativa till Astrid Lindgrens barnsjukhus beslut att inte erbjuda nya hormonbehandlingar för barn med könsdysfori, ett beslut som fattades under 2021. Av de som enbart jobbar med barn och unga under 18 år var 73 % mycket negativa till beslutet. Kommentarererna handlar om att de redan innan stoppet var mycket restriktiva med att förskriva hormoner till unga, att det för vissa unga är livsnödvändig behandling och att det inte finns någon evidens kring att det är bättre att inte starta behandling.

Hur ska framtidens könsbekräftande vård läggas upp för att den ska bli så bra som möjligt för så många som möjligt? Personalen inom den könsbekräftande vården

idag svarar att de behöver fler kollegor och mer resurser. De är oense om ifall en övergång till nationell högspecialiserad vård är en bra idé eller inte, men en majoritet ställer sig positiva till förändringen. Det finns både förhoppningar om bättre kvalitet på vård och forskning samt oro kring att en förändring kommer att leda till längre kötider och långa resvägar för patienterna.

## **Vi vill se en förbättrad könsbekräftande vård genom:**

### **En reformerad könstillhörighetslag**

Det behövs en ny lagstiftning för att separera medicin och juridik. Det skulle sannolikt innebära att köerna till vården kortas och därmed att vårdens tillgänglighet förbättras.

### **Mer resurser till utredningsteam**

Att korta väntetiden för förstabesök och mellan olika vårdbesök skulle ge utredningsteamerna bättre förutsättningar att göra sitt jobb, förbättra hälsan för vårdtagare och stärka vårdens kvalitet. Detta kräver ökade resurser till teamen. Hur finansieringen av vården kan nå upp till en mer rimlig nivå sett till behoven bör ingå i Socialstyrelsens överväganden kopplat till nationell högspecialiserad vård.

### **Stärka professionens roll**

Mer tid för kompetensutveckling, mer tid för möten med vårdtagare och fler kollegor behövs. Det skulle ge en mer kvalitetssäkrad och individanpassad vård som också utvecklas för framtiden. Även patientsäkerheten skulle öka.

### **Ett nationellt forskningsprogram**

Stärk forskningen om hur vårdens kvalitet och behandlingsmetoder kan förbättras samt hur unga transpersoner får rätt stöd vid rätt tillfälle. Myndigheten Forte är en lämplig myndighet för ett sådant arbete och regeringen bör ta initiativ till denna satsning.

### **Tillgång till hormonbehandling för unga**

Hormonbehandling kan behövas för att minska lidande eller att skapa betänketid i en utredningsprocess. Därför behöver unga med könsdysfori och konstaterat vårdbehov få tillgång till stopphormoner respektive könsbekräftande hormonbehandling. En förutsättning är givetvis adekvat information till vårdtagaren och närstående och regelbunden uppföljning.

### **Rätten till information och medbestämmande**

Vårdtagarnas rätt till information och delaktighet i vården bör stärkas.

### **Förstärkt kompetens i primärvården**

Transkompetens kan inte enbart finnas inom den könsbekräftande vården utan behövs i barn- och ungdomspsykiatri, hos husläkare och på vårdcentraler. Personer som behöver komma i kontakt med den könsbekräftande vården bör få stöd av primärvården i detta, samtidigt behöver kompetensen generellt stärkas för

ett förbättrat bemötande i hela primärvården. Primärvården får inte bli en flaskhals för de som vill komma i kontakt med utredningsteam.

### Tillgänglighet och utvärdering av vården

Den könsbekräftande vården bör vara mer tillgänglig. Om vården koncentreras till ett fåtal orter, bör det finnas möjlighet att bedriva en del av vården lokalt genom exempelvis underleverantörer. Det behöver finnas kapacitet att möta individer med könsdysfori på olika platser i landet utan orimligt lång restid. En eventuell omorganisering av vården bör följas av utvärdering vid en given tidpunkt, förslagsvis efter tre år, med fokus på kvalitet och tillgänglighet.

## Varför denna rapport?

Antalet som söker könsbekräftande vård ökar både på vuxensidan och för barn och unga, vilket kombinerat med bristande resurser i vården har gjort att kötiderna ökat dramatiskt. Transpersoner som behöver vård får vänta flera år för att få träffa ett utredningsteam. Därefter tar själva utredningen flera år och väntan på remisser till andra specialister såsom endokrinologer och kirurger kan även den bli årslång. Det är omvittnat att många transpersoner lider i all denna väntan.

Hösten 2021 beslutades att den könsbekräftande vården ska bli så kallad nationell högspecialiserad vård (NHV) vilket innebär att vården kommer omstruktureras och koncentreras till tre mottagningar i landet. För att bedriva nationell högspecialiserad vård krävs ett särskilt tillstånd från Socialstyrelsen. Det är osäkert när besked ges om vilka mottagningar som får detta tillstånd, det väntas bli klart tidigast under hösten 2022.

I maj 2021 beslutade Astrids Lindgrens barnsjukhus i Stockholm att i nuläget inte påbörja nya hormonbehandlingar för barn under 18 år, vilket också gjorde att andra team följde efter. Socialstyrelsen uppdaterade sitt kunskapsstöd på området och anser nu att hormonbehandling bör ges till unga personer med könsdysfori inom ramen för forskning. Till dess att forskning finns på plats kan stopphormoner och könsbekräftande hormoner ges i undantagsfall baserat på individuell bedömning.

En intensiv debatt har pågått om den könsbekräftande vården och särskilt för unga. Olika röster i debatten vill begränsa möjligheterna till vård för barn och unga med könsdysfori. Debatten har också kretsat kring personer som har ångrat den könsbekräftande vård de har fått, ibland beskrivs det som att denna grupp ökar i storlek. Men någon faktiskt uppskattning av gruppens storlek finns inte.

Samtidigt lyser en ny lag med sin frånvaro. Nuvarande lagstiftning anses bidra till en försämrad hälsa och livssituation för Sveriges transpersoner då egenmakten över deras liv är begränsad. En reformerad könstillhörighetslag har utretts och beretts sedan 2014 och under hösten 2021 remitterade regeringen ett förslag.

Utgångspunkten är att skilja på medicinsk process och ändring av ens juridiska kön, det kön som anges i folkbokföringen. Det juridiska könet ska utgå ifrån personens

självidentifikation. Många andra europeiska länder, som Norge och Portugal, har genomfört reformer av sin lagstiftning på området. Det finns ingen prognos för när ett förslag kan ligga på riksdagens bord eller när en ny lag kan träda i kraft, trots stora behov av reformerad lagstiftning.

Med detta som bakgrund ville RFSL undersöka hur den vårdpersonal som möter transpersoner i den könsbekräftande vården själva ser på situationen för personer med könsdysfori. Deras röster hörs sällan i debatten, men de har en unik position att se hur vårdens förutsättningar och organisation påverkar transpersoners mående. Därför distribuerades en enkät med frågor om dessa ämnen till vårdpersonal som arbetar inom den könsbekräftande vården i Sverige.

## Metod

### Hur spreds enkäten?

En webbaserad, anonym, enkät skickades ut via e-post till medlemmar i professionsföreningen Svensk förening för transpersoners hälsa (SFTIH) samt andra som arbetar inom den könsbekräftande vården. Dessa ombads sprida den vidare till relevanta kollegor. Insamling av svar skedde mellan 26 oktober 2021 och 26 november 2021.

### Vilka svarade på enkäten?

61 personer svarade på enkäten. Alla respondenter har erfarenhet av att möta patienter med könsdysfori, i nuvarande eller tidigare tjänster. Tre av respondenterna arbetar inte längre med könsbekräftande vård.

Respondenterna arbetar vid olika vårdgivare, på olika orter: Lund, Umeå, Uppsala, Stockholm, Linköping, Alingsås och Karlskrona. De flesta arbetar vid ett könsutredningsteam, men några respondenter arbetar med plastikkirurgi, gynekologi, logopedi eller inom andra medicinska professioner som möter transpersoner på olika sätt. De vanligast förekommande yrkesgrupperna, med cirka 10 respondenter från vardera profession, är kuratorer, psykologer, logopedier, sjuksköterskor och psykiatriker. Tre personer är kirurger, fyra personer jobbar inom endokrinologi. En person är chef och möter inte några patienter i sin roll. Ett par personer jobbar som samordnare inom den könsbekräftande vården.

Vissa tillfrågade avböjde att svara eftersom de ansåg att enkäten inte var tillräckligt anonym. I rapporten går det inte att utläsa vem som sagt vad, men vissa kände sig inte trygga nog med det och avstod därför från att svara. 45 procent av respondenterna möter vuxna transpersoner, 37 procent möter både barn och vuxna medan 18 procent enbart har patienter under 18 år.

### Definition av unga

Den könsbekräftande vården för minderåriga respektive myndiga vårdtagare ser olika ut. Socialstyrelsen har delvis olika rekommendationer för vården gällande

myndiga och minderåriga. Det är oftast olika utredningsteam som tillhandahåller utredning och vård för de olika ålderskategorierna. I denna rapport åsyftas personer under 18 år när barn eller unga används.

## Vårdens innehåll och resultat

### Nyttan av könsbekräftande vård

Vilken nytta gör den könsbekräftande vården? Det är en helt central fråga. I enkäten ställs en fråga om hur väl respondenterna anser att den könsbekräftande vården fungerar för att öka hälsa och livskvalitet hos patienterna.

De allra flesta som svarat på enkäten ser att den vård som ges förbättrar hälsa och livssituation för de transpersoner som de möter, även om många också lyfter att den könsbekräftande vården inte är svaret på alla problem en person kan ha i livet. Många lyfter att väntetiderna är problematiska och de som möter unga känner en frustration över att inte kunna ge den vård som de anser behövs, som hormonbehandlingar för personer under 18 år.

60 av respondenterna svarade på frågan och de flesta hade en positiv bild av hur väl vården hjälper för personer med könsdysfori. På en skala från noll till tio skattade 78,3 procent av respondenterna vården till 7 eller högre, med ett medelvärde på 7,5.

Tabell 1. Nyttan av könsbekräftande vård. Samtliga respondenter.

Skattning	Antal svarande	Procent
0-2	0	0
3-4	2	3,3 %
5-6	11	18,3 %
7-8	36	60,0 %
9-10	11	18,3 %

Hur väl upplever du att den könsbekräftande vård som ni erbjuder i ditt team ger en förbättrad hälsa och ökad livskvalitet till patienterna? (0=inte alls, 10=helt och hållet). Tabellen innehåller svar från alla respondenter.

Tabell 2. Nyttan av könsbekräftande vård. Vårdgivare för unga.

Skattning	Antal svarande	Procent
0-2	0	0
3-4	1	9 %
5-6	3	27 %

7-8	4	36 %
9-10	3	27 %

Hur väl upplever du att den könsbekräftande vård som ni erbjuder i ditt team ger en förbättrad hälsa och ökad livskvalitet till patienterna? (0=inte alls, 10=helt och hållet). De 11 av de svarande som enbart jobbar med unga under 18 år svarar så här.

Flera respondenter gav kommentarer angående vårdens nytta. Av de fritextsvar från de som arbetar enbart med unga innefattar fyra av sju svar en frustration över att Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm har beslutat att stoppa den hormonella behandlingen och att de därmed tycker att det känns hopplöst eller oklart om vilken vård de kan erbjuda, eller att de inte kan erbjuda den vård de skulle önska att de kunde. Efter att enkäten skickades ut har även Socialstyrelsen uppdaterat sina riktlinjer på området.

De flesta av respondenterna som möter vuxna patienter var positiva kring vårdens nytta för patienterna; de nämnde förbättrad hälsa, att livskvaliteten ökar och att många är nöjda. Vissa nämner att det finns patienter som är besvikna över komplikationer eller resultatet av behandlingar eller kirurgi, samt att det skulle behövas mer resurser för att göra vården ännu bättre och för att kunna erbjuda mer hjälp än idag. Många nämner att kötiderna påverkar vården i negativ riktning. Vissa nämner att den könsbekräftande vården hjälper patienterna i deras könsdysfori, men att det kan finnas andra faktorer som gör att patienten mår dåligt och att dessa också måste tas om hand på ett bra sätt.

Enbart fem respondenter anser att vården inte gör så stor nytta (de svarade 5 eller lägre i skattningen). En av dessa angav att kötiderna påverkar vården väldigt negativt. En annan nämner att hen upplever att den könsbekräftande vården bara hjälper cirka hälften av patienterna och att resterande fortsätter må dåligt även efter vård.

Exempel på kommentarer från de som möter vuxna patienter:

*Upplever generellt en stor patientnytta gällande den könsbekräftande vården. Det är inte alla som får en förbättrad hälsa per se, då många andra faktorer också påverkar deras mående, men de allra flesta upplever jag är nöjd med att de genomgått den könsbekräftande behandling som erbjuds.*

*Det är individuellt om det ökar livskvaliteten, för de allra flesta ökar den. Sambällsnormer gör att andra problem uppstår. Komplikationer av medicinsk/ kirurgisk behandling kan minska livskvaliteten.*

*Jag upplever de vårdinsatser som erbjuds som bidragande till en förbättrad hälsa och livskvalitet, däremot finns det fler saker som skulle kunna komplettera det utbud som idag kan erbjudas - vårdinsatserna är alltså inte fulltäckande och därför uppskattar jag detta till en åtta.*

*Jag uppfattar att de allra allra flesta patienterna mår bättre av vården och att deras könsdysfori minskar på ett påtagligt vis. Viktiga brister är väntetiderna, kravet på att vara över 23 år för att få genomgå underlivskirurgi och det faktum att ickebinära med dysfori över livmodern ej tillåts ta bort den.*

*De flesta är mycket nöjda med könsbekräftande vård. Det kan ibland finnas besvikelse över resultatet, man kan inte få ansiktskirurgi ex. Psykiatrisk samsjuklighet samspelar, de flesta är dock väldigt nöjda.*

*Jag upplever att många mår bättre när jag träffar dem 6 månader efter diagnos. Längre fram i tiden träffar jag dem oftast inte, så det kan jag inte uttala mig om.*

*Jag upplever att vården som erbjuds ger ökade förutsättningar för förbättrad hälsa och ökad livskvalitet, men att det med andra förutsättningar (såsom väntetid inom mottagningar och mellan olika delar av vårdgivare) att utföra vården hade kunnat höjas ytterligare.*

## Köer till utredningsteamet

De är svårt att få tillgång till aktuell information om hur långa kötiderna är för olika delar av den könsbekräftande vården. Kötiderna kan snabbt förändras av enskilda händelser, till exempel om en specialistläkare säger upp sig eller blir sjukskriven. RFSL har i denna rapport samlat information om teamens förutsättningar och kötider men från vissa team har det inte varit möjligt att få fram aktuella uppgifter.

## Aktuella kötider i den könsbekräftande vården för barn och unga under 18 år

Väntetiden inför nybesök för personer under 18 år varierar kraftigt över landet. Den kortaste väntetiden för nybesök är för unga i Region Västerbotten som får en tid hos teamet i Umeå efter tre-fem månader. Den längsta väntetiden har teamet i Linköping, där är väntetiden för nybesök cirka tre år. Det vanligaste är att väntetiden för ett nybesök är över 1 år. Hos de flesta teamen tar utredningen två till två och ett halvt år, men individuella förhållanden kan göra att utredningstiden bli längre.

### Barn- och ungdomspsykiatrimottagning könsidentitet Lund

Utredningsteamet i Lund för personer under 18 år har under ett års väntetid just nu, nio-tio månader, men man tror att kötiden kommer att öka då man har många utredningar som är igång. Utredningen tar minst ett år, men tar ofta längre tid. Hur mycket längre är individuellt. Teamet i Lund består av en läkare på 20%, en psykolog på heltid och två kuratorer på 80% respektive 50%.



### **BUP Könsinkongruens och könsdysfori, KID , Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm**

Väntetiden för nybesök till KID-teamet i Stockholm är cirka tolv månader. Utredningen tar cirka två till tre år. Utredningsteamet består just nu av flera psykologer (550%), flera sjuksköterskor (200%), en kurator/socionom på heltid, flera barn och ungdomspsykiatriker (230%) samt administrativ personal. Personalstyrkan är just nu utökad tack vare projektmedel från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. KID-mottagningens består i vanliga fall av ett mindre team.

### **KID-teamet, Universitetssjukhuset i Linköping**

Linköpings utredningsteam för personer under 18 år erbjuder ett första nybesök inom 30 dagar, men därefter är det cirka tre års väntetid för att få påbörja den faktiska utredningen. Utredningstiden därefter är cirka två år. Teamet består av två läkare på 20% respektive 30%, en psykolog på 40% och en socionom på 40%.

### **KIT på BUP-mottagningen, Umeå**

Utredningsteamet i Umeå har idag cirka tre till fem månaders väntetid för nybesök. De patienter som inte tillhör Region Västerbotten måste dock först genomgå en övrig BUP-bedömning innan de remitteras till teamet, vilket kan innebära att väntetiden för den enskilde kan bli längre på grund av väntetider i hemlandet. Utredningstiden är minst två år, men kan bli längre på grund av individuella förutsättningar. Två till två och ett halvt år är vanligast. Utredningsteamet består av en psykolog på heltid, två kuratorer på 100% respektive 30% samt en läkare på 20-25%.

### **Könsidentitetsmottagningen för barn och ungdom, Akademiska sjukhuset i Uppsala**

Utredningsteamet för barn och unga i Uppsala tar emot personer under 17 år. Personer från 17 år tas emot på Könsidentitetsmottagningen för vuxna på samma sjukhus. Teamet har en väntetid för nybesök på cirka två år. Utredningstiden är alltid minst två år. Det är endast om inga komplicerande individuella faktorer föreligger som utredningen är klar efter två år. Teamet består av en kurator på 100%, läkare på 25-30% samt psykologtjänst på totalt 220%.

### **Lundströmmottagningen i Alingsås**

Aktuella uppgifter om kötider för unga saknas från Lundströmmottagningen i Alingsås.

## **Aktuella kötider i den könsbekräftande vården för vuxna**

Eftersom kötiderna för vården för personer under 18 år är långa är det inte ovanligt att en ung person som ställer sig i kö inte hinner få vård innan den har fyllt 18 år. Utredningar som börjar hos ett av teamen för unga kan även fortsätta hos ett team för vuxna, liksom att vård som påbörjas före 18 års ålder flyttas över till ett av teamen för vuxna. Därför redogörs här för kötider, utredningstider och teamens sammansättning även gällande vuxna.

Sammanfattningsvis kan sägas att kötiderna är långa, där den kortaste kötiden för att få ett nybesök för vuxna är tolv månader i Umeå och 36 månader i Uppsala. Linköping tar inte emot nya patienter alls, medan resterande team har cirka två års väntetid.

Köerna till endokrinolog och överkroppskirurgi varierar över landet. Kötiden för ingrepp i könsorganen är generellt sett mycket lång, ofta flera år. Det faktum att Rättsliga rådet vid Socialstyrelsen måste ge tillstånd innan ingrepp kan innebära att kötiden är ännu längre.

### **Psykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset Linköping**

Linköpings utredningsteam har i nuläget inte kapacitet att över huvud taget erbjuda ett första besök för personer som remitterats dit, så kötiden är i nuläget obestämmd. De som kommer fram till ett nybesök 2022 har ofta väntat i två till två och ett halvt år. Teamet tar emot remisser från sydöstra sjukvårdsregionen, som är Kalmar, Jönköping och Östergötland. De uppmanar patienter att göra egenremiss till annan mottagning för att kunna få hjälp. Själva utredningstiden är ofta ungefär två år, men det är mycket individuellt och varierar mellan två och fyra år. Efter diagnos är väntetid till endokrinolog sex till tolv månader. Till mastektomi är väntetiden cirka ett år och till könsbekräftande kirurgi är väntetiden ett till två år efter att Rättsliga rådet gett tillstånd. Teamet består av en specialistläkartjänst på halvtid. Man har för närvarande varken psykiatriker eller psykolog. Teamet försöker rekrytera ny personal, men det har varit svårt. På grund av denna personalbrist kan man inte starta nya utredningar i nuläget.

### **Lundströmmottagningen, Alingsås**

Väntetiderna för nybesök är 24 månader för vuxenteamet. Utredningstiden är minst ett år lång, beroende på personens behov. Efter diagnos är väntetid till endokrinolog cirka två år. Väntetiden till mastektomi är inte lång, det är däremot kön till könsbekräftande underlivskirurgi. Teamet består för närvarande av åtta psykologer, sju socionomer, två läkare, två sekreterare och en enhetschef.

### **Affektiva mottagningen, Akademiska Sjukhuset i Uppsala**

Väntetiderna för nybesök för vuxna är cirka två och ett halvt år. Utredningstiden är ett och ett halvt år lång och uppåt, beroende på personens behov. Väntetiden från diagnos till att få träffa en endokrinolog är mindre än tre månader. Väntetiden för överkroppskirurgi är cirka ett och ett halvt år och väntetiderna för underlivskirurgi är flera år långa efter att Rättsliga rådet gett tillstånd. Anställda är en specialistläkare på deltid, två psykologer, två kuratorer och en chef på deltid.

### **ANOVA, Karolinska Sjukhuset, Stockholm**

Väntetiden för ett nybesök är cirka två år. Teamet hoppas få in fler personer i personalen för att kunna korta köerna under 2022. Utan interna köer var snitttiden för utredningens längd cirka sju månader. Nu gör interna väntetider att utredningens längd fram till diagnos blir cirka 20-24 månader. Väntetiden från diagnos till att få träffa en endokrinolog är cirka fyra till sex veckor. Väntetiderna till mastektomi uppskattas till cirka 12-18 månader, för bröstförstoringar måste man ha

använt hormoner i två år innan remiss kan skickas. Antalet som arbetar varierar stort på grund av personalomsättning.

### Könsidentitetsmottagningen, Umeå universitetssjukhus

Väntetiden för ett nybesök vid mottagningen är minst ett år i nuläget. Utredningstiden är minst två år lång men på grund av resursbrist och individuella faktorer går det inte att ange en mer exakt tid. På grund av resursbrist vid endokrinologen i Umeå så remitteras patienterna till ANOVA i Stockholm där kötiden är cirka två månader. Underlivskirurgi har en väntetid på ett till fyra år beroende på vilket centra som tar emot remissen. Fyra personer jobbar i teamet; en kurator & samordnare, två psykologer samt en läkare på 75%.

### Vuxenpsykiatrimottagning könsidentitet, Lund

Den aktuella väntetiden för ett nybesök är cirka 24-26 månader. Anställda är två deltidskuratorer (sammanlagt 170%), man har även 150% psykologtjänst, två psykiatertjänster på 20% vardera och en sekreterare.

## Personalens åsikter om kötiderna

Enkäten innehöll en öppen fråga om kötidernas påverkan på patienterna, vilken ledde till 59 fritextsvar. Det är tydligt att en överväldigande majoritet anser att de långa kötiderna är ett stort problem som påverkar patienterna mycket negativt.

Några exempel på svar som är återkommande:

*De är desperata när de väl kommer till oss. Förtvnlade och desperata. Folk söker sig till vårt team från hela Sverige pga de extrema kötiderna i övriga Sverige och vi har ändå lång tid!*

*På flera sätt! För mycket få personer finns det något positivt med kötiderna, detta då detta är en passiv tid som ej kan nyttjas till exempelvis förlängd reflektionstid vid behov eller liknande. Frustration är mycket vanligt och helt begripligt, vilket även inverkar negativt på förmågan att under utredning stanna upp och reflektera kring behov - vilket i sig sannolikt påverkar behandlingsresultat negativt.*

*Ja, i allra högsta grad. I alla led. Det är en jättefråga som också tar mycket energi från oss, i att svara på frågor kring väntetider, hantera oro och sorg över långa väntetider.*

*Negativt. Stor psykisk påfrestning med all väntan. Stor andel som startar självmedicinering.*

*De mår naturligtvis dåligt. En del har dock använt väntetiden till konstruktiva saker som att hantera samsjuklighet eller dylikt då har väntetiden fyllt en bra funktion.*

*En risk med de långa kötiderna kan också vara att tiden på vänt cementerar uppfattningar och funderingar som annars kanske kunnat fångats upp och funderats kring på ett mer öppet förutsättningslöst sätt. Det är svårt att föra några utforskande eller mer öppet nyfikna och förutsättningslösa samtal med någon som väntat i flera år, de har liksom redan kommit fram till vad som gäller för dem.*

*Samtal om transition, omgivningens reaktioner, behandlingarnas effekt och bieffekter och om framtiden kommer ofta för sent och inte när de hade kunnat vara till större hjälp.*

*Fruktansvärt! Många lider i flera år. Vi får rapporter om suicidförsök och självkastring under väntetiden. Dessutom blir det svårare att ha ett förutsättningslöst utforskande med patienten under utredningen när de måste vänta så länge till första besök, och även under utredningen.*

## Inga nya hormon- behandlingar på Karolinska

Våren 2021 antog ledningen på Astrid Lindgrens Barnsjukhus (Karolinska Universitetssjukhuset) i Stockholm en riktlinje för hormonbehandling för personer under 18 år med könsdysfori. Riktlinjen gäller enbart personer som utreds vid och får behandling via Mottagning för könsinkongruens och könsdysfori (KID-mottagningen) i Stockholm. Som skäl angav man att det behövs mer forskning för att säkerställa nyttan med behandlingen.

Den nya riktlinjen innebär att behandling, såväl stopphormoner som könsbekräftande hormoner, för personer under 18 ska ske inom ramen för forskning. Det betyder att inga nya behandlingar med hormoner inleds då ingen sådan forskningsstudie finns på plats. Stopphormoner och könsbekräftande hormoner kommer fortsatt att förskrivas till dem som redan har en behandlingsplan.

Såväl RFSL och RFSL Ungdom som andra transorganisationer var kritiska till begränsningarna. Beslutet har även kritiserats skarpt av SFTH, Svensk Förening för Transpersoners Hälsa, en förening för alla yrkeskategorier som i sin profession arbetar med transpersoner.

Vad anser personal inom den könsbekräftande vården om Astrid Lindgrens barnsjukhus beslut i maj 2021 att inte påbörja nya hormonbehandlingar för unga under 18 år?

Cirka hälften av respondenterna anger att de är mycket negativa till beslutet, enbart en person ställer sig mycket positiv till sjukhusets beslut. Av de som enbart jobbar med barn och unga under 18 år var 73 % mycket negativa till beslutet.

Farhågor som ökad psykisk ohälsa bland unga transpersoner lyfts, såväl som att beslutet var dåligt underbyggt, att vården fungerade bra och att hormonbehandling är en livsnödvändig behandling för vissa. Vissa lyfter frågan att de anser att det är nödvändigt med mer forskning på området och att det därför är bra att hormoner i framtiden ska ges inom ramen för kliniska studier. Cirka en tredjedel avstod att svara på frågan, då de inte själva jobbar direkt med målgruppen eller har en yrkesroll som gör att de känner att de saknar kunskap nog för att uttala sig.

Tabell 3. Inställning till hormonstoppet.

	Samtliga respondenter (N=59)	De som möter barn och vuxna (N=21)	De som enbart möter barn (N=11)
Mycket positiv	1,7 % (1)	4,8 % (1)	0 % (0)
Något positiv	6,8 % (4)	4,8 % (1)	9 % (1)
Något negativ	10,2 % (6)	19,0 % (4)	0 % (0)
Mycket negativ	50,8 % (30)	52,4 % (11)	73 % (8)
Vet inte/Vill ej svara	30,5 % (18)	19 % (4)	18 % (2)

Ledningen på Karolinska sjukhuset/Astrid Lindgrens barnsjukhus, som behandlar barn och unga med könsdysfori, beslutade i maj 2021 att stoppa nybehandling med pubertetsblockerare och könskonträra hormoner till barn som lider av könsdysfori. Detta ledde till att andra regioner som behandlar barn/unga med könsdysfori fattade samma beslut. Hur ställer du dig till beslutet?

Ett urval av kommentarer från de som enbart träffar barn under 18 år:

*Det drabbar individer som söker hjälp mycket hårt i vissa fall. Det kan till och med anses oetiskt enligt mig att förvägra vissa av våra patienter den vård som skulle kunna hjälpa dem så mycket. Det blir också ojämlig vård över landet.*

*Det var redan innan restriktivt med stopphormoner och att sätta in könsbekräftande hormonbehandling från sexton på patienter med early onset av könsinkongruens där föräldrar av överens borde inte vara kontroversiellt. Vi försöker stabilisera måendet så mycket det går och ge stöd för andra svårigheter. Det här är behandlingar som gjorts länge och det finns ändå mycket forskning.*

*Det är för många en livsnödvändig behandling och det för att barn och unga blir väldigt lidande.*

*Drabbar hela Sverige.*

Flera av dem som möter både unga och vuxna eller enbart vuxna kommenterade också:

*Jag ser stor risk för ökad psykisk ohälsa hos de som nu måste gå igenom en felaktig pubertet som orsakar stort lidande. Dessutom dyrare och svårare vård som kommer krävas.*

*Beslutet togs utan samverkan med utredningsteamet, som är de som sitter på mest kompetens inom området. Beslutet grundar sig i stort på många missuppfattningar om könsbekräftande vård och forskningsläget som råder.*

*Behandlingen i sig har man lång erfarenhet av, men det är inte studerat på denna patientgruppen. Tycker absolut att behandlingen ska erbjudas, men i studieform, så att det går att utvärdera vetenskapligt.*

*Det behövs mer forskning på hur det påverkar hjärnans utveckling och det psykiska måendet och kognition i förlängningen. Men samtidigt ställs det mot allt lidande som behandlingsstopp orsakar i nuläget. Jättesvår fråga. För att forska behövs ju underlag. Personligen så tycker jag att frågan är aktuell men att beslutet kom hastigt och var dåligt underbyggt.*

*Det finns absolut ingen evidens för att det skulle vara bättre att inte behandla alls. De verkar inte alls väga in risken att många kan få det än sämre. Evidensbaserad vård är en sammanvägning mellan befintlig vetenskap och erfarenhet som ger grund för bedömning i varje enskilt fall. Alla skall inte behandlas exakt lika utan skall ha den vård de behöver mot basis av denna samlade kunskap. Det är den vård vi som professionella skall bedriva, och att stoppa behandlingsalternativ försvårar det arbetet.*

## Uppdaterat kunskapsstöd från Socialstyrelsen

Sedan enkäten genomfördes så har Socialstyrelsen publicerat ett delvis uppdaterat kunskapsstöd för vård av barn och unga vid könsdysfori. Ett helt uppdaterat kunskapsstöd väntas senare under 2022. Socialstyrelsen rekommenderar i det delvis uppdaterade kunskapsstödet att stopphormoner och så kallat könsbekräftande hormoner (testosteron och östrogen) bör ges till unga personer med könsdysfori inom ramen för forskning. Tills dess att forskning finns på plats kan stopphormoner och könsbekräftande hormoner ges i undantagsfall baserat på individuell bedömning. RFSU och RFSU Ungdom är kritiska till detta beslut. En brist är att konsekvenserna av utebliven vård inte tas i beaktande. Beslutet har även tagits till intäkt för att forskningsläget skulle tyda på att behandlingen inte har effekt, vilket inte är korrekt. Beslutet grundar sig på att det finns för lite forskning på området, inte på slutsatserna av den forskning som finns.

# Erfarenheter av att ångra behandling

Hur ser erfarenheterna ut av personer som ångrar sin behandling? I enkäten ställs en öppen fråga om hur många personer som respondenterna träffar som behöver hjälp för att de är missnöjda med den vård de fått eller för att de vill detransitionera, det vill säga att genomgå ytterligare en transition efter att transitionerat en tidigare gång.

Det är tydligt att den grupp som vänder sig till ett könsutredningsteam för att de ångrar hela eller delar av sin behandling är mycket liten, men att den finns och behöver stöd. Vissa team har inte träffat någon medan andra säger att de har träffat enstaka personer. Flest personer har teamet i Uppsala kontakt med, sammanlagt tio, där fem personer får hjälp att fysiskt detransitionera och fem personer får stödsamtal kring frågor som rör könsbekräftande vård man är missnöjd med.

Tidigare var vårdprocessen betydligt mer standardiserad än vad den är idag. Det innebär att om en person önskade den största delen av ingreppen eller behandlingarna som genomfördes, men inte alla, så gick det inte att individanpassa behandlingen. Dessutom krävdes sterilisering, från det att lagen infördes på 70-talet fram till 2013. Vårdens uppbyggnad och krav kan sannolikt bidra till att personer ångrar delar av sin könsbekräftande vård idag. Nu är situationen delvis en annan, med större möjligheter till individanpassning, men finns självklart en fortsatt risk att personer inte får den vård som är rätt just för dem. Det finns säkerligen vissa personer som ångrar delar av eller hela sin könsbekräftande vård som inte uppsöker vård för detta. Dessa fångas inte upp i den här undersökningen.

Vilket stöd erbjuds de som söker hjälp för att de är missnöjda med hela eller delar av sin behandling? Alla som svarade på frågan anger att de har beredskap att hjälpa personer som ångrar hela eller delar av sin behandling och anser sig ha blivit felbehandlade. En respondent angav att hens team prioriterar dessa patienter och att väntetiden kunde vara så kort som två veckor för de som söker hjälp. Alla som svarat på frågan säger att det är mycket individuellt vad det är personer ångrar och söker stöd för, därför behöver vårdprocessen vara individuellt anpassad.

Tabell 4. Antal personer som ångrar behandling

Team	Antal
KIM Umeå	Tre personer
Lundströmmottagningen Alingsås	“En handfull”
BUP Uppsala	0
Affektiva mottagningen Uppsala	Tio personer de senaste

	tre åren
Psykiatriska kliniken, Linköping	Några enstaka
KID BUP Linköping	0
ANOVA Stockholm	Uppskattningsvis 2 %
KID Stockholm	0

Ingen av de respondenter som möter enbart barn och unga anger att de är i kontakt med någon som ångrar hela eller delar av sin vård. Nedan syns kommentarer i urval bland de som möter vuxna eller vuxna och unga.

*Ånger kan bestå av många olika aspekter. Det är bara vissa som ångrar hela processen. De flesta ångrar vissa delar, inte att de genomgått processen. Vi ger stöd under utredningstiden på två år för att byta tillbaka juridiskt kön. Vi har enstaka "ångrare".*

*Jag tänker att vi kan ge ett gott stöd och att det är viktigt att personerna i så fall vänder sig till mottagningen, att de inte drar sig för att kontakta mottagningen utan känner sig välkomna även då. Och att det är något vi kan prata om redan under utredningen, hur skulle det bli för dig om detta visade sig bli fel, hur ska du hantera det etc. Så att ämnet blir pratbart. Vet ej hur många som får detta stöd, har inte själv kontakt med någon.*

*Vi har ett fåtal, men inte många. Det är en indikation på att ngt i processen möjligen brustit, men inte alltid. Alla sådana exempel som skulle komma specifikt från vår mottagning är en indikation om att vi måste se var i processen/bedömningen det gått fel. Sen är dessa försvinnande få med tanke på hur många hundra som på olika sätt berörs av vår mottagning.*

*Vi tar alltid emot patienter som hör av sig med funderingar kring könsidentitet eller könsbekräftande behandlingar efter avslutad utredning om patienterna önskar detta. Om personen önskar könsbekräftande vård på nytt, genomförs ny könsdysforiutredning, i övrigt erbjuds stödsamtal. Ånger är ett svårdefinierat begrepp, då de personer som återkommit till oss har uppgett en bredd av orsaker, från att ha avbrutit behandlingar då önskat resultat uppnåts eller att inte ha samma könsidentitet som under utredning, men inte heller tilldelad könsidentitet och alltså inte "går tillbaka" till något utan vidare till något nytt och de som åter identifierar sig med tidigare könsidentitet. De senaste tre åren har ca 5 patienter genomgått ny könsdysforiutredning och ytterligare ca lika många som enbart önskat stödsamtal. Givetvis förstår vi att det inte är givet att man som patient som upplever att könsbekräftande vård inte blev rätt insats vänder sig tillbaka till könsidentitetsmottagningen, och att våra ca 10 patienter därmed inte utgör hela underlaget för personer med någon form av ånger.*



# Att arbeta inom den könsbekräftande vården

## Personalens arbetssituation

Hur nöjda är respondenterna med sin egen arbetssituation?

De flesta verkar vara rimligt nöjda med sin arbetssituation, men svårigheter som lyfts är personalbrist och resursbrist. Många nämner de långa kötiderna som ett problem, eftersom deras arbetssituation försämras då transpersoner som söker vård mår sämre för att de fått vänta länge på att få hjälp. En del ser etisk stress som en försvårande faktor för att må bra på jobbet.

57 av respondenterna svarade. På en skala från noll till tio skattade 56,1 procent av respondenterna sin arbetssituation till 7 eller högre, med ett medelvärde på 6,5.

Tabell 5. Personalens arbetssituation

Skattning	Antal svarande	Procent
0-2	4	6,0 %
3-4	5	8,8 %
5-6	16	28,1 %
7-8	24	42,1 %
9-10	8	14,0 %

Hur nöjd är du med din egen arbetssituation? (0=inte alls, 10=helt och hållet)

44 personer lämnade kommentarer om sin arbetssituation. Några teman var framträdande i kommentarerna.

Nio personer påtalade att ett stort problem var resursbrist på arbetsplatsen, lika många nämnde att det skulle behövas mer personal. En annan aspekt som många av respondenterna (13 personer) lyfte var att kötiderna för patienterna påverkade deras arbetssituation negativt.

Fem personer nämner etisk stress som en faktor, där det kan handla om den etiska stress det innebär att ha så långa väntetider och bristande resurser. Ett par av de som svarade lyfte frågan om etisk stress kring själva behandlingarna och utredningarna; de lyfte en oro för ånger och svårighet att veta om könsbekräftande vård är den rätta lösningen för patientens mående.

En talande kommentar gällande arbetssituationen i den könsbekräftande vården:

*Jag tycker om arbetet, det är något jag valt att göra och jag tycker att det är ett viktigt arbete. Men det är utmanande och ansträngande på många sätt. Dels den etiska stress som kommer ifrån de långa väntetiderna och de bristande resurserna. Samt den etiska stress det innebär att sitta på det ansvar som följer av att vara i just ett utredningsteam och utreda behov och förutsättningar av könsbekräftande vård. Skulle personen ångra könsbekräftande vård så ligger ju felet, bristen och ansvaret hos oss.*

*Ibland känns det som att alla är emot en, och det en gör. Media kritiserar oss för att vi gör "för mycket, för fort och med för lite forskning i ryggen". Patienter och anhöriga kritiserar oss för att vi gör för sakta, har för långa köer och är gatekeepers. Det gör det också svårt att rekrytera nya medarbetare, få verkar våga ge sig in i det här fältet.*

## Anledningar att sluta arbeta med könsbekräftande vård

De tre som inte längre arbetar med könsbekräftande vård anger att de slutat på grund av underbemanning, etisk stress och ohållbar arbetsmiljö. En person angav att en otillfredsställande omorganisering var anledningen och att hen slutade för att hen inte ville se en bra mottagning bli allt mer dysfunktionell.

## Övergång till högspecialiserad vård

Den könsbekräftande vården är i stor förändring. Vården ska bli så kallad nationell högspecialiserad vård (NHV), där det krävs tillstånd från Socialstyrelsen för att få ge vård och det finns strikta regler kring hur vård ska ges och följas upp. Det innebär att den könsbekräftande vården ska omstruktureras och koncentreras till tre enheter. Alla dessa enheter ska utöver könsdysforiutredning kunna utföra könsbekräftande underlivskirurgi, medan viss annan könsbekräftande behandling också kan komma att ges i andra regioner.

Troligtvis kommer ett system införas där de tre valda enheterna är ansvariga för vårdens kvalitet och uppföljning, men att såväl utredning som behandling ges av dessa tre team tillsammans med underleverantörer som genomför vissa delar av utredning och behandling närmare vårdtagaren. Det finns ännu ingen konkret information om i vilken utsträckning vården kommer att begränsas till dessa tre enheter. Vilka tre regioner som kommer att få tillstånd är i nuläget inte fastställt, ett beslut från Socialstyrelsen förväntas komma tidigast under hösten 2022.

Vad anser vårdpersonalen om att vården vid könsdysfori kommer att bli nationell högspecialiserad vård? En majoritet av respondenterna (53,4 %) är mycket eller något positiva till förändringen, medan en mindre andel (31,6 %) var något eller

mycket negativa till förändringen. Cirka 15 % visste inte eller avböjde att svara på frågan.

Tabell 6. Inställning till högspecialiserad vård

Svar	Antal svarande	Procent
Mycket positiv	6	10,0 %
Något positiv	26	43,4 %
Något negativ	14	23,3 %
Mycket negativ	5	8,3 %
Vet inte/Vill ej svara	9	15,0 %

Hur ställer du dig till att viss vård vid könsdysfori ska övergå till att vara nationell högspecialiserad vård och därmed koncentreras till färre antal platser i landet?

Positiva aspekter av en övergång till nationell högspecialiserad vård som nämns av vårdpersonalen är:

1. Vården blir mer likvärdig i landet
2. Enheterna blir större och får bättre förutsättningar
3. Större fokus på forskning och kunskapsutveckling inom vården
4. Vården kan få högre status och därmed bli lättare att rekrytera personal till.

Risker som lyfts fram med nationell högspecialiserad vård i enkäten är:

1. Långa resor för vårdtagare
2. Ännu längre kötider
3. Nationellt kompetenstapp om personal med specialistkompetens inte vill flytta om enheter läggs ned

Citat ur enkäten till vårdanställda:

*Om det är som jag förstått det att det blir färre huvudmän men med möjlighet att behålla satellitmottagningar runt om i landet är jag positiv till högspecialisering. Vi behöver ha ett nationellt helhetsgrepp på transvården för att få dem mer likvärdig. Dock ser jag mycket negativt om man skulle koncentrera vården helt till färre orter.*

*Tydligt att beslutet är fattat från toppen och ej förankrat bland oss med kompetensen. Exv. skulle sannolikt inte närheten till underlivskirurgi vara en faktor om beslutet vore förankrat, då det ju endast är en mycket liten del av utredningen/vården, som dessutom om/när den väl sker inte sker i nära samband med utredningen utan oftast med flera års glapp.*

*Finns fördelar, men då inga pengar kommer med uppdraget så är det svårt att visualisera hur fördelarna ska bli verklighet.*

*Argument om "tillräckligt många patienter" för att bibehålla kunskapsnivå är svåra att ta till sig, om nuvarande utredningsteam redan är överbelastade, och därtill har väl utarbetade rutiner och vårdkedjor och mångårig kunskap om könsbekräftande vård.*

*Högspecialiserad vård brukar få status, dvs kunna säkra resurser, bemanna samt rekrytera, så det är bra. Bra också med tydliga markeringar kring vad denna högspecialiserade vård skall erbjuda i form av kvalitet för patienterna.*

## Hur kan vården förbättras?

Respondenterna fick frågan vilka tre förändringar de skulle vilja se av den könsbekräftande vården. 53 svar inkom. Det är tydligt att de faktorer som respondenterna tycker behövs för att förändra vården är ökade resurser och kortare väntetider.

Respondenterna fick även svara på hur de i övrigt anser att vården behöver utvecklas. Här nedan listas några svar som var återkommande.

*Att det är väldigt viktigt med ökade resurser för att anpassa sig utefter hur behovet ser ut idag och att kunna tillmötesgå det. Tror att ökade resurser även i längden hade kunnat resultera i möjligheter kring att ge även mer anpassat stöd och insatser utifrån individens behov.*

*Utöver detta mer forskning och långtidsuppföljningar för att utvärdera utredning och vård så att vi vet mer om vad vi gör som blir bra och inte.*

*Könsdysfori är för vissa livslång som kan mildras i och med vissa behandlingar. Vården får inte glömma att det däri också finns behov av kompetent samtalsstöd som kan vara under ett livsperspektiv och bemöta allt utifrån relationer, åldrande, sexuell hälsa, familjebildning, arbete, minoritetsstress, "komma ut"-processen livet ut, osv.*

*Viktigt är även att möjliggöra för transmän att spara äggceller utan långa väntetider. Då de remitteras först efter diagnos och väntetiden då är ca 1 år för att spara ägg väljer många att ej göra detta eftersom de redan har väntat länge på hormoner (pga generellt långa väntetider) och inte orkar vänta ytterligare. Därmed äventyras deras fertilitet.*

*Önskar också att ställningstagande till juridiskt könsbyte skulle vara fristående från vården, och en frivillig process, som ju andra länder provat med framgång. Detta framför allt för personerna det gäller, men också för att få fokusera könsidentitetsmottagningarnas resurser på de delar i utredningen som har med vård att göra.*

*Min upplevelse är att all klinisk personal gör sitt bästa för att bidra till en bra vård. Vi som vårdgivare hamnar ofta klämda mellan de som vill liberalisera vården mer och de som vill strama åt den. Det är en svår position som jag inte erfarit i något annat område jag jobbat i. Fokus måste alltid ligga på patienterna, på deras behov och hälsa.*

*Bygger idag på att eldsjälarna håller vården levande. Det skrämmer mig att vården utifrån detta blir mycket skör då ingen övergripande organisation tar ansvar. Vad händer när dessa personer går i pension eller inte orkar längre?*

*I dagsläget skäms jag för den. Det är en oerhört viktig vård och den blir inte tagen på allvar.*

## Slutsatser

Det är uppenbart att de allra flesta som svarat på enkäten ser att den vård som ges förbättrar hälsa och livssituation för de transpersoner som de möter, även om många också lyfter att den könsbekräftande vården inte är svaret på alla problem en person kan ha i livet. Antalet som uppsöker vård för att de ångrar hela eller delar av sin vård är mycket litet i nuläget.

Det största problem som vårdpersonal lyfter är att utredningsteamerna behöver mer resurser och personal för att kunna korta köerna, ge individbaserat stöd och korta väntetiderna mellan olika vårdbesök. Dagens situation gör arbetsmiljön ohållbar för vårdpersonalen och försämrar den psykiska hälsan hos de transpersoner som behöver vård.

Respondenterna är generellt sett mycket negativa till Astrid Lindgrens barnsjukhus beslut att inte påbörja nya hormonbehandlingar för barn med könsdysfori. Kommentarererna handlar om att de redan innan stoppet var mycket restriktiva med att förskriva hormoner till unga, att det för vissa är livsnödvändig behandling och att det inte finns någon evidens som stödjer att det är bättre att inte starta behandling. Det finns en frustration bland vårdpersonalen att inte kunna ge behandling till de minderåriga som behöver.

Det finns olika åsikter bland personalen om beslutet att vården vid könsdysfori ska bli nationell högspecialiserad vård. Det finns en förhoppning om att en omstrukturering ska leda till bättre jämlikhet i landet, mer forskning och att det ska bli högre status att jobba inom den könsbekräftande vården, eftersom det i nuläget är svårt att rekrytera kompetent personal. De oroar sig om att det blir ett längre avstånd för patienterna för att besöka vården, att kötiderna ska bli ännu längre och att vården kommer tappa viktig kompetens när flera enheter läggs ner. Det är något som kräver noga uppföljning.

# Om rapporten

Rapporten har författats av RFSL under våren 2022. Cal Orre, Mire Åsell och Sharon Wagiella har arbetat med rapporten.