SOSIAALILÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSLEHTI 2024: 61: 93–106

Artikkeli

Ånger och missnöje efter könsbekräftande behandling: En systematisk litteraturöversikt

Könsdysfori (DSM-5) innebär en upplevelse av att könsidentiteten inte motsvarar det kön man tilldelats vid födseln. Denna inkongruens kan orsaka betydande lidande och nedsatt psykisk och social funktionsförmåga. Könsdysfori kan behandlas medicinskt med bland annat hormonella och kirurgiska ingrepp. Tidigare studiers resultat tyder på att ett litet antal personer upplever ånger eller missnöje efter könsbekräftande behandling. Syftet med denna litteraturöversikt är att undersöka förekomst av ånger och missnöje efter könsbekräftande behandling i studier publicerade åren 2009–2021, samt att undersöka möjliga orsaker till detta. Litteratursökningen gjordes i databaserna PsycINFO (Ebsco) och PubMed och tio studier inkluderades. Resultaten från denna översikt tyder på att det är ovanligt att ångra sin könsbekräftande behandling, och att ånger främst varit kopplat till inadekvat diagnostisering och negativa psykosociala faktorer. Dessutom har antalet personer som ångrar sig minskat under de senaste decennierna, samtidigt som det skett en ökning i antalet personer som genomgår könsbekräftande behandling. Resultaten tyder även på att en del personer upplever missnöje eller övergående ånger över vissa aspekter av behandlingen, främst i koppling till kirurgiska resultat. Resultaten bör tolkas med viss försiktighet på grund av att ånger och missnöje definierats och mätts på olika sätt i de inkluderade studierna. Mera forskning krävs för att undersöka faktorer kopplade till ånger och missnöje.

NYCKELORD: transperson, könsdysfori, könsbekräftande behandling, ånger, missnöje

ANNA RINTA-RAHKO, KATARINA ALANKO

KÄRNINNEHÅLL

- I de inkluderade studierna var prevalensen för ånger 0–2,2 %.
- Missnöje över kirurgiska resultat var den mest rapporterade orsaken till missnöje och ånger i studierna
- Resultaten tyder på att ånger minskat över tid, samtidigt som antalet personer som får könsbekräftande behandling har ökat.

INLEDNING

Könsinkongruens syftar till en upplevelse av diskrepans mellan det kön man tillskrivits vid födseln och den könsidentitet man har. En del transpersoner kan uppleva könsdysfori, vilket innebär ett omfattande lidande som könsinkongruens kan ge upphov till (1). Transsexualism är den nuvarande medicinska diagnosen i ICD-10 för att beskriva tillståndet (2). I ICD-11 ersätts diagnosen med könsinkongruens och flyttas från kapitlet för psykiatriska diagnoser till sexuella diagnoser. Även i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) ersattes diagnosen könsidentitetsstörning med könsdysfori för att undvika stigmatisering och patologise-

ring av könsinkongruens och i stället lyfta fram den dysfori som könsinkongruens kan ge upphov till (3). Prevalensen av individer som möter diagnostiska kriterier för transsexualism (ICD-10 eller tidigare upplagor) eller könsdysfori (DSM-5; könsidentitetsstörning i tidigare upplagor) har ökat under de senaste 50 åren och uppskattas vara kring 4,6 per 100 000 personer; 6,8 för transmän och 2,6 för transkvinnor (4). Variationen i hur prevalensen av transpersoner identifierats i olika studier är stor.

Könsdysfori kan behandlas medicinskt för att uppnå bättre överensstämmelse mellan kroppen och könsidentiteten samt för att minska individens subjektiva lidande. Behandling av könsdysfori kräver en diagnos och baserar sig ofta på en modell bestående av tre delar (”Triadic Theory”): att leva i den önskade könsrollen, könsspecifik hormonbehandling och kirurgi av genitalier och andra könskarakteristika (5). Det bör noteras att alla inte önskar att genomgå behandling på alla tre nivåer. Könsbekräftande medicinsk behandling har påvisats minska könsdysfori och öka livskvaliteten hos transpersoner (5,6).

Transfrågor är aktuella i den samhälleliga debatten på flera plan. Enligt ILGA Europes 2022 årsrapport om LGBTI-personers mänskliga rättigheter, framkommer att det skett en ökning av hatretorik mot transpersoner och ökad självmordsfrekvens och våld i Europa och Finland (7). Den omstridda translagen förnyades i Finland så sent som våren 2023. Debatten om vård och rätt till juridiskt byte av kön hos minderåriga transpersoner är pågående. För många handlar oron om att unga skulle ångra (det juridiska men framför allt) den könsbekräftande behandlingen. Således är det viktigt att sammanställa vetenskaplig forskning inom ämnet för att veta hur vanligt ånger och missnöje är, samt för att förbättra transpersoners ställning i samhället och utveckla vård av könsdysfori.

Trots att könsbekräftande behandling ökar livskvaliteten hos de flesta upplever en liten andel av de behandlade ånger. Prevalensen för ånger har i en tidigare litteraturöversikt uppskattats vara under 1 % hos transmän, det vill säga Female-to-Male (FTM) -transpersoner, och 1–1,5 % hos transkvinnor, det vill säga Male-to-Female (MTF) -transpersoner (8). Pfäfflin (7) differentierar i sin litteraturöversikt mellan djup ånger (eng. major regret) och liten ånger (eng. minor regret). Liten ånger definieras som svårigheter eller indirekta tecken på ånger som inte ifrågasätter resultaten av behandlingen i sin helhet. Djup ånger definieras som könsdysfori i den nya könsrollen efter könsbekräftande behandling som tar sig uttryck i åtgärder (8). Pfäfflin (7) beskriver att personer som genomgått könsbekräftande kirurgisk behandling kan uppleva en period av missnöje som hos vissa leder till känslor av ånger, men att detta ofta försvinner inom ett år och inte kräver behandling. Han menar dessutom att dessa känslor vanligen beror på olika komplikationer till följd av specifika kirurgiska ingrepp eller andra orsaker såsom förlust av familjekontakter eller arbete efter ändrad könstillhörighet (8). I en senare litteraturöversikt identifierade Pfäfflin och Junge (9) tre betydande orsaker till ånger: inadekvat diagnos med närvaro av en annan betydande komorbid sjukdom, frånvaro av eller en misslyckad upplevelse av att leva i den önskade könsrollen och otillfredsställande kirurgiska resultat (estetiska eller funktionella). I en annan litteraturöversikt kom man fram till samma slutsats gällande orsaker till ånger (5). I en litteraturöversikt av De Cuypere och Vercruysse (10) drog man slutsatsen att inadekvat diagnostisering och allvarliga psykiatriska komorbiditeter är riskfaktorerna för ånger efter könsbekräftande behandling. Kärnä m.fl. (11) behandlade i en narrativ översikt missnöje och ånger efter könsbekräftande behandling samt det aktuella läget och möjlighet till detransition i Finland. Kärnä m.fl. identifierade funktionella problem efter medicinsk behandling och psykiatriska störningar innan påbörjad behandling som riskfaktorer för ånger. Dessutom lyfte de fram betydelsen av socialt stöd och negativa attityder på utvecklandet av missnöje eller ånger. I en studie med 88 deltagare som genomgått könsbekräftande behandling i Finland innan den tidigare translagen trädde i kraft 2003, hade fem deltagare valt att avbryta sin behandling och tre (3,4 %) uttryckte ånger över sina vårdbeslut (11).

I flera studier har upplevelsen av att leva i den önskade könsrollen identifierats som en viktig faktor för ett positivt utfall av könsbekräftande behandling. Att leva i den önskade könsrollen före den kirurgiska behandlingen kan ge patienten möjlighet att utvärdera inverkan av den könsbekräftande behandlingen på omgivningen

och den psykologiska stress som förändringen kan medföra (12). Pfäfflin och Junge (9) hävdar att ånger efter könsbekräftande kirurgi kunde reduceras med att leva i den önskade könsrollen före de kirurgiska ingreppen. Andra studier rapporterar att oförmåga att leva i den önskade könsrollen kunde vara kopplat till ånger efter könsbekräftande kirurgi (13,14).

Faktorer som kunde predicera utfall av könsbekräftande kirurgi har undersökts i tidigare studier med varierande resultat. Enligt Green och Fleming (15) är en tillräcklig förståelse av de kirurgiska ingreppen och vilka resultat som är möjliga att uppnå med hjälp av dem en prediktor för positivt utfall. De Cuypere och Vercruysse (10) identifierar faktorer som i flera artiklar associerats med negativa utfall av könsbekräftande behandlingar och som potentiellt kunde predicera ånger. Till dessa faktorer hör: heterosexuell sexpartner relaterat till det vid födelsen tillgivna könet innan könsbekräftande behandling, könsinkongruens i kombination med transvestism eller autogynefili, första ansökan om könsbekräftande kirurgi i över 30 års ålder, psykiatriska komorbiditeter, bristande social funktionsförmåga, otillräckligt stöd av familjen, missnöje med sekundära könskarakteristika vid den första utvärderingen och otillfredsställande kirurgiska resultat (10). Lawrence (16) ifrågasätter det prediktiva värdet av information som samlas in före den kirurgiska behandlingen och menar att det fysiologiska resultatet av könsbekräftande kirurgi är den bästa prediktorn för tillfredsställelse hos MTF-patienter.

SYFTE

Syftet med denna litteraturöversikt var att undersöka förekomst av ånger och missnöje efter könsbekräftande behandling i studier publicerade åren 2009–2021, samt att undersöka möjliga orsaker till detta. År 2009 valdes eftersom De Cuypere och Vercruysse publicerat en litteraturöversikt året 2009 (10). Kärnä m.fl. (11) har publicerat en narrativ översikt av ånger och missnöje efter könsbekräftande kirurgi, men det saknas en systematisk genomgång av studier som behandlar ånger och missnöje efter året 2009. Det sker förändringar i diagnoser kopplade till könsdysfori och behandlingsformerna utvecklas ständigt. Prevalensen av personer som söker sig till könsbekräftande vård har ökat och det är viktigt att undersöka förekomst och orsaker kopplade till missnöje efter medicinsk behandling (4).

Ett mål med litteraturöversikten var att undersöka hur de inkluderade studierna förhåller sig till tidigare publicerade litteraturöversikter inom forskningsområdet. Till skillnad från tidigare litteraturöversikter, som endast undersökt utfall av könsbekräftande kirurgisk behandling, kommer denna litteraturöversikt även att inkludera personer som inte valt att genomgå könsbekräftande kirurgi.

METOD

Nedan följer en beskrivning av litteratursökningen för den systematiska litteraturöversikten, dess inklusions- och exklusionskriterier samt procedur.

LITTERATURSÖKNING

Litteratursökningen gjordes vid ett tillfälle i databaserna PsycINFO (Ebsco) och PubMed den 21 januari 2021. Sökströngen bestod av olika termer för att hitta artiklar som behandlade ånger av könsbekräftande behandling och eventuella orsaker till detta. Olika termer för könsdyfori, könsbekräftande behandling, ånger och missnöje användes. Sökströngen i sin helhet var: (Transsexual* OR transgender OR gender incongruence OR gender identity disorder OR gender dysphoria) AND [(“gender- affirming treatment” OR “sex reassignment” OR “sex reassignment surgery” OR “genital surgery”) AND (“surgery outcome” OR regret OR detransition* OR dissatisfaction OR “gender identity reversal”)]. En bibliotekarie konsulterades vid skapandet av sökströngen. Sökströngen skapades och litteratursökningen utfördes i enlighet med rekommendationer för utförande av systematisk litteraturgenomgång (17).

För att möta inklusionskriterierna krävdes det att 1) studierna var kollegialt fackgranskade, 2) att de var primärstudier, 3) att de redogjorde för ånger och missnöje efter könsbekräftande behandling och 4) att de rapporterade om förekomst och eventuella orsaker till ånger och/eller missnöje. På grund av tidigare nämnda litteraturöversikter (5,9,10) som behandlat samma ämne begränsades sökningen till åren 2009–2021. Fallstudier exkluderades. I databasen PsycINFO (Ebsco) valdes begränsningarna ”Peer Reviewed”, engelska som språk och publikationsår 2009–2021. I PubMed begränsades publikationsåren till 2009–2021.

Den första sökningen med sökträng gjordes i PsycINFO (Ebsco) enligt tidigare nämnda kriterier och resulterade i 26 artiklar. På basen av rubriken exkluderades tre artiklar eftersom de inte var primärstudier, två artiklar för att de inte behandlade ånger eller missnöje och tre för att de var fallstudier. Abstraktet av de 18 resterande artiklarna lästes igenom och två artiklar exkluderades för att de inte var primärstudier, en för att det var en fallstudie och fyra för att de inte behandlade ämnet i fråga. De resterande elva studierna lästes igenom i sin helhet för att avgöra om de fyllde inklusionskriterierna. Tre artiklar uppfyllde inte kriterierna, vilket resulterade i att sju artiklar inkluderades. Därefter gjordes en sökning enligt samma kriterier i PubMed, vilket resulterade i 61 artiklar. På basen av genomgång av titlarna exkluderades 29 artiklar eftersom de inte behandlade ämnet i fråga. Fyra studier exkluderades eftersom de var duplikat av träffar i PsycINFO. Abstraktet av de resterande artiklarna lästes igenom och fem studier exkluderades för att de inte var primärstudier och 13 artiklar för att de inte behandlade ånger eller missnöje efter könsbekräftande behandling. Totalt resulterade sökningen i sju artiklar från PsycINFO och ytterligare två nya artiklar från Pubmed. Referenserna till de inkluderade artiklarna och andra artiklar som inkluderats i denna litteraturöversikt lästes igenom för att hitta ytterligare relevanta artiklar. Detta resulterade i att en studie lades till. Det slutliga antalet studier som inkluderades i litteraturöversikten var tio.

Artiklarna kvalitetsgranskades enligt principerna i American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Practice Parameters (18), så att olika nivåer av evidens bestämdes från den starkaste till den svagaste: a) meta-analyser och systematiska översikter, b) studier med randomiserade kontrollerade upplägg, c) kontrollerade undersökningar och delvis kontrollerade upplägg (så som icke randomiserade studier). Alla studiers design var lika, de var primärstudier utan kontrollgrupp. Därför användes i tillägg "Standard quality assessment criteria for Evaluating Primary Research Papers fromma a Variety of Fields" (19) för att utvärdera studiernas kvalitet. Resultaten för kvalitetsgranskningen presenteras i Appendix 1.

Artiklarnas innehåll analyserades så att relevanta textstycken och relevant information extraherades. Därefter skapades följande relevanta tema-helheter: prevalens av ånger och missnöje, orsaker till ånger, orsaker till missnöje, samband till sexuell läggning och early/ late onset dysfori. Relevant information ur varje enskild artikel presenteras under respektive tema.

GENOMGÅNG AV LITTERATUREN

I följande avsnitt och tabell 1 presenteras de tio studier som inkluderats i litteraturöversikten i kronologisk ordning. Resultaten av enskilda artiklar beskrivs i detalj efter tema och med hjälp av statistik som presenteras i originalartiklarna. Av de inkluderade studierna var nio av tio utförda i Europa och en i USA. Resultaten speglar således en västerländsk behandlingstradition.

PREVALENS AV ÅNGER OCH MISSNÖJE I STUDIERNA

I fyra av de tio inkluderade studierna uppgavs helhetsmässig ånger av transitionen till det önskade könet. I studien av Dhejne m.fl. undersöktes det totala antalet ansökningar om ändring av juridiskt kön och könsbekräftande kirurgi, samt ansökningar om ändring till ursprungligt kön. Forskarna gick igenom alla ansökningar mellan åren 1960 och 2010 i Sverige. Totalt ansökte 767 personer om ett nytt juridiskt kön och om kirurgisk könsbekräftande behandling. Ånger definierades som en ansökan om återgång till det ursprungliga juridiska könet. Åren 1960–1972 ansökte sammanlagt 15 personer om könsbekräftande behandling av vilka 4 (27 %) senare ångrade sig. Åren 1972–1980 ansökte 103 personer om könsbekräftande behandling av vilka 6 (5,8 %) personer senare ångrade sig. Åren 1981–1990 ansökte 76 personer om könsbekräftande behandling av vilka en person (1,3 %) senare ångrade sig. Åren 1991–2000 ansökte 127 personer om könsbekräftande behandling av vilka 3 (2,4 %) senare ångrade sig. Åren 2001–2010 ansökte 360 personer om könsbekräftande behandling av vilka en person (0,3 %) senare ångrade sig. Av de 681 personer som tillskrivits ett nytt juridiskt kön under hela tidsperioden 1970–2010 ansökte sammanlagt 15 personer (2,2 %) om att juridiskt återgå till det kön som tilldelats dem vid födseln (2,0 % av FTM-patienter och 2,3 % av MTF-patienter). Ånger av könsbekräftande behandling minskade signifikant under hela tidsperioden ($p < 0,001$, Fisher's exact test) (20). I en studie av Wiepjes m.fl. (21) ångrade sammanlagt 14 (0,5 %)

Tabell 1. Översikt över de inkluderade studierna

Författare och år	Sampelstorlek och ålder	Land	Behandlingsår och uppföljningstid	Mått på ånger/ missnöje	Resultat: ånger och missnöje	Övriga resultat
Imbimbo m.fl. (2009)	MTF N = 139 M= 31,36 (åldersspann 21–59 år)	Italien	1999–2006 12–18 mån efter könsbekräftande kirurgi	Frågeformulär om den kirurgiska behandlingen.	6 % missnöjda och ångrade könsbekräftande kirurgi	22 % rapporterade missnöje över utseendet av sin neovagina medan 44 % rapporterade missnöje över djupet.
Vujovic m.fl. (2009)	Deltagare: N = 147 MTF: 71 Medianålder: 25,4 ± 2 år FTM: 76 Medianålder: 25,5 ± 2,1 år	Serbien	1987–2006 Uppföljningstid rapporterades inte.	Information som fanns tillgänglig på kliniken i fråga.	Ingen rapporterade ånger eller missnöje.	
Weyers m.fl. (2009)	Deltagare MTF: N = 50	Belgien	2007 Minst 6 månader efter könsbekräftande kirurgi.	Frågeformulär om den kirurgiska behandlingen.	Ingen ångrade sin könsbekräftande behandling.	På frågan om man ångrat sin kirurgiska behandling svarade 96 % att de aldrig gjort det och 4 % att de ibland gjort det.
Dhejne m.fl. (2014)	Deltagare: N = 681 Medianålder vid första ansökan om nytt juridiskt kön hos MTF: 35 år (27–49) Medianålder vid första ansökan om nytt juridiskt kön hos FTM: 22 år (18–52)	Sverige	1960–2010 Minst 6 månader efter behandling.	Ansökan om att återgå till det ursprungliga juridiska könet.	2,2 % (15 personer), 2,0 % FTM-transpersoner och 2,3 % MTF-transpersoner ansökte om att få återgå till sitt ursprungliga juridiska kön.	Ånger av könsbekräftande behandling minskade signifikant under hela tidsperioden ($p < 0,0001$, Fisher's exact test).
Papadopulos m.fl. (2017)	MTF: N = 47	Tyskland	Det rapporteras inte under vilka år patienterna fått könsbekräftande behandling. Minst 6 månader efter behandling.	Frågeformulär om den kirurgiska behandlingen.	Ingen rapporterade ånger över sin könsbekräftande kirurgi.	Patienterna rapporterade att de med stor säkerhet (8,1 %) eller fullständig säkerhet (91,5 %) skulle genomgå könsbekräftande kirurgi igen och 89 % skulle rekommendera det till andra transpersoner.

Wiepjes m.fl. (2018)	Deltagare: N = 2 627 MTF: 1 742 FTM: 885	Nederländerna	1972–2015 Uppföljningstid rapporteras inte. Data samlats från patientjournaler efter 2015.	Beskrivningar av ånger i patientjournaler.	Sammanlagt ångrade 0,5 % (14 personer) av de som genomgått kirurgi av genitalierna sin könsbekräftande behandling, av vilka 0,6 % var MTF- och 0,3 % var FTM-patienter.	De som rapporterat ånger kategoriserades efter orsak. Fem personer kategoriserades i gruppen ”social ånger”, sju personer i gruppen ”sann ånger”, och en person upplevde sig vara icke-binär.
Zavlin m.fl. (2018)	Deltagare MTF N = 40 Ålder: M =38,6 ± 12,6 år	Tyskland	Första könsbekräftande kirurgiska ingreppet utfördes mellan 2009 och 2014. 6 månader efter senaste kirurgiska ingreppet.	Frågeformulär om den kirurgiska behandlingen.	Ingen ångrade den könsbekräftande behandlingen i sin helhet.	I frågeformuläret (T1) svarade 39 personer ”nej” på frågan om de ångrade sig, medan en person svarade ”ibland” och ingen svarade ”ja”.
Van de Grift m.fl. (2017)	Deltagare N = 136	Nederländerna, Belgien och Tyskland	2013–2014 Uppföljningstid rapporteras inte.	Frågeformulär om allmänt missnöje och missnöje över de kirurgiska resultaten.	Ingen rapporterade djup ånger eller önskan om att återgåtillbaka till det ursprungliga könet.	Åtta personer rapporterade lite ånger eller missnöje efter könsbekräftande kirurgi (5 MTF och 3 FTM).
Johansson m.fl. (2019)	Deltagare N = 42 MTF: 25 FTM: 17	Sverige	Deltagarna hade fått könsbekräftande kirurgi minst två år tidigare eller hade fått annan könsbekräftande vård i minst 5 år.	Intervju och frågeformulär.	Ingen ångrade den könsbekräftande behandlingen i sin helhet eller identifierade sig efter sitt vid födseln tillskrivna kön.	I samplet var 95,2 % (40 av 42) deltagare nöjda medan två personer (1 FTM och 1 MTF) var missnöjda på grund av upplevda brister sin genitalkirurgi.
McNichols m.fl. (2020)	Deltagare N = 246	USA	Datainsamlingen skedde 2016. Behandlingarnas tidpunkt specificerades inte.	Frågeformulär om den kirurgiska behandlingen.	1% ångrade könsbekräftande kirurgi och 2 % rapporterade missnöje.	18 % rapporterade om komplikationer efter kirurgisk behandling. 10% rapporterade att deras beslut att genomgå kirurgisk behandling inte accepterades av andra. 14% rapporterade att de inte passerade socialt. 5 % rapporterade vanvård av någon i vårdpersonalen.

personer av 6793 den kirurgiska könsbekräftande behandlingen, av vilka 7 (0,1 %) uppgav att de ångrade transitionen i sin helhet. Individerna i fråga var 25–54 år då de började hormonbehandling och uttryckte ånger 46 till 271 månader efter den första behandlingen (21). I en studie av van de Grift m.fl. (22) rapporterade ingen av 136 deltagare djup ånger eller önskan om att återgå till sitt ursprungliga kön. Likaså rapporterade ingen av 60 deltagare i en studie av Johansson m.fl. (23) ånger över transitionen i sin helhet.

De övriga studierna hade inkluderat mått på ånger och missnöje av könsbekräftande vården, eller kirurgin, men inte transitionen i sin helhet. Bland deltagarna i studierna var missnöjet över behandlingen i allmänhet lågt: 0 % (24–27), 0,5 % (21), 4 % (23), 2 % (28), 5,9 % (22) och 22–44 % (29). I fyra av studierna rapporterades ånger av specifikt den kirurgiska behandlingen enligt följande: 1 % i en studie av McNichols m.fl. (28), 4 % i en studie av Weyers m.fl. (21), 6 % i en studie av Imbimbo m.fl. (29) och 0,525 % av Wiepjes m.flm.fl. (21) sampel.

ORSAKER TILL ÅNGER

Wiepjes m.fl. studerade orsakerna till ånger utifrån beskrivningar i klienternas patientjournaler. Ånger av könsbekräftande behandling delades in i tre kategorier baserat på orsak: social ånger (fem personer), sann ånger (sju personer) och upplevelse av att vara icke-binär (en person). De MTF-patienter som tillhörde kategorin ”social ånger” identifierade sig som kvinnor men rapporterade att de ville återgå till sitt vid födseln tilldelade kön bland annat på grund av att de upplevde att omgivningen ignorerade dem och att förlusten av släktingar varit en för stor uppoffring. De personer som klassificerades i kategorin ”sann ånger” rapporterade att de trodde att den könsbekräftande behandlingen skulle fungera som en lösning på något annat självupplevt problem, till exempel homosexualitet eller självacceptans, men att de ångrade beslutet i efterhand. Bland de 14 personer som ångrade genitalkirurgin hade 13 personer påbörjat den könsbekräftande behandlingen åren 1987–1997 och en år 2004. I medeltal ångrade patienterna sin könsbekräftande behandling 103 månader efter påbörjad behandling. Det är möjligt att det finns patienter som påbörjat sin behandling under de tio sista åren och som inte hunnit uttrycka ånger vid tidpunkten då studien utfördes. (21.)

ORSAKER TILL MISSNÖJE

Missnöje och ånger över den kirurgiska behandlingen förekom i studien av Imbimbo m.fl. Trots att endast 6 % uttryckte ånger av kirurgiska behandlingen i sin helhet rapporterades missnöje över specifika aspekter av behandlingen. Av deltagarande rapporterade 22 % att de var missnöjda med utseendet av sin neovagina och 44 % rapporterade missnöje över djupet av sin neovagina. (29.)

I en uppföljningsstudie av van de Grift m.fl. undersöktes tillfredställelse, livskvalitet, ånger och orsaker till missnöje hos personer som diagnostiserats med könsdysfori och ansökt om könsbekräftande vård i Nederländerna, Belgien och Tyskland. Bland MTF-patienter var 96–100 % nöjda med den kirurgiska behandlingen och endast en person rapporterade missnöje över sin stämbandsoperation. Bland FTM-patienter var komplikationer i koppling till könsbekräftande kirurgi vanligare än hos MTF-patienter. Trots detta rapporterade 94 % (mastektomi) till 100 % (peniskonstruktion) av FTM-patienterna att de var nöjda med behandlingen. Ingen rapporterade djup ånger eller önskan om att återgå till sitt ursprungliga kön, medan åtta personer (5 MTF och 3 FTM) bestående av patienter från alla tre kliniker, rapporterade liten ånger och/eller missnöje efter könsbekräftande kirurgi. Tre personer rapporterade missnöje efter vaginoplastik, två efter mastektomi, en efter stämbandsoperation, en efter hysterektomi och en efter bröstaugmentation. En person var allmänt missnöjd över den kirurgiska behandlingen, men även över hormonbehandlingen. Två patienters missnöje var kopplat till utdragna komplikationer, främst smärta, medan de resterande fem personerna rapporterade missnöje i koppling till andra estetiska och funktionella resultat. (22.)

Johansson m.fl fann att bland studiens 42 deltagare, var trettiofem (89,7 %) personer nöjda med hormonbehandlingen, tre personer rapporterade att de varken var nöjda eller missnöjda och en rapporterade missnöje eftersom hen varit tvungen att avsluta sin hormonbehandling på grund av en allergisk reaktion. Tjugotvå personer (66,7 %) rapporterade att de var nöja med

den kirurgiska behandlingen, 7 (21,2 %) var varken nöjda eller missnöjda och 4 (12,1 %) var missnöjda (3 FTM, 1 MTF). Resultaten tyder på att deltagarna i allmänhet var mycket nöjda med den könsbekräftande behandlingen i sin helhet, utan skillnader mellan MTF- och FTM-patienter. Majoriteten av deltagarna (95,2 %; 40 av 42) rapporterade att de var nöjda medan två personer (en FTM och en MTF) var missnöjda på grund av brister i genitalkirurgin. (23.)

I studien av McNichols m.fl. (N= 246 FTM-transpersoner) rapporterade 18 % av deltagarna komplikationer efter den kirurgiska behandlingen. Av deltagarna upplevde 10 % svårigheter med sociala förväntningar eller bristande acceptans från andra gällande sitt beslut att genomgå kirurgisk behandling och 14 % rapporterade problem med att passera socialt. Upplevelser av vanvård av någon i behandlingsgruppen rapporterades av 5 % av deltagarna. (28.)

SAMBAND MED SEXUELL LÄGGNING OCH EARLY/LATE ONSET DYSFORI

I studien av Johansson m.fl. undersöktes resultat av könsbekräftande behandling bland personer vars könsdysfori börjat i barndomen (eng. early-onset gender dysphoria, n= 26, 62 %) och personer vars könsdysfori börjat efter barndomen (eng. late-onset gender dysphoria, n= 16, 38 %), samt sexuell läggning före könsbekräftande behandling (n= 29, 69 % var homosexuella (i relation till tilldelat kön) och n= 13, 31 % var icke-homosexuella). Studien fann ingen signifikant skillnad i utfall mellan ”early onset” och ”late onset” eller mellan homosexuell och icke-homosexuell läggning. MTF-patienterna påvisade i allmänhet mera positiva resultat än FTM-patienterna. Icke-homosexuell läggning definierades i studien som sexuell attraktion till det motsatta könet i relation till könsidentiteten. (23.)

DISKUSSION

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva förekomst och orsaker till ånger och missnöje efter könsbekräftande behandling i studier publicerade åren 2009–2021. De inkluderade studierna undersökte resultat av könsbekräftande behandlingar i olika länder med varierande sampel och uppföljningstid. Samtliga studiers sampel bestod i huvudsak av personer som genomgått kirurgisk behandling (20–29). Fyra av studierna undersökte endast MTF- patienter (24–26,29), medan de resterande sex studierna inkluderade både MTF- och FTM- patienter (20–23,27,28). Ånger och missnöje definierades i studierna på olika sätt och kunde handla om missnöje över vissa aspekter av den könsbekräftande behandlingen eller om ånger av transitionen i sin helhet. De flesta studier var uppföljningsstudier där endast data efter den könsbekräftande behandlingen togs i beaktande, men några studier jämförde även data före inledning av behandling med data vid uppföljningstillfället.

ÅNGER EFTER KÖNSBEKRÄFTANDE BEHANDLING

Då man talar om ånger och missnöje efter könsbekräftande behandling är det viktigt att skilja mellan personer som ångrar den könsbekräftande behandlingen och personer som upplevt missnöje över vissa aspekter av sin behandling. Pfäfflin (8) skiljde mellan djup ånger (major regret) och liten ånger (minor regret). De som upplever djup ånger ifrågasätter enligt honom den könsbekräftande behandlingen i sin helhet, medan liten ånger kan ses som missnöje eller övergående ånger. Två av studiernas resultat tyder på att det fanns personer som ångrade könsbekräftande behandlingen enligt följande: 2,2 % (20) och 0,1 % (21). I dessa studier ångrade personerna transitionen i sin helhet, vilket kunde jämföras med det som i en tidigare litteraturöversikt definierats som djup ånger. I studien av Dhejne framkom det även att patienterna vidtagit åtgärder för att återgå till sitt vid födseln tillskrivna kön, vilket kan ses som en tydlig indikator på att personerna starkt ångrat sig (20). I de andra studierna framkommer inte om de som ångrat sig vidtagit några åtgärder för att återgå till det vid födseln tillgivna könet. I flera av studierna fanns deltagare som upplevde missnöje eller ånger över vissa aspekter av behandlingen (23,28,29) och i fyra av studier rapporterades varken ånger eller missnöje bland deltagarna (24–27).

I studien utförd av Wiepjes m.fl. (21) identifierades orsaker till ånger. Majoriteten av de som ångrat sig i studien hade feldiagnostiserats och trodde att behandlingen skulle vara en lösning på något annat självupplevt problem, såsom homosexualitet eller självacceptans, och en person ansåg sig vara icke-binär. Bland de som ångrat sin behandling rapporterade fem personer (35,7 %) att ångern berodde på sociala orsaker, bland an-

nat på upplevelsen av att inte bli accepterad av sin familj. Dessa personer återgick följaktligen till sitt vid födseln tillgivna kön på grund av psykosociala orsaker, vilket kunde tyda på att andra faktorer än utfall av behandling och upplevelsen av den egna könstillhörigheten kunde spela en roll i ånger av behandling.

Antalet personer som ångrat sin könsbekräftande behandling minskade över tid i studierna av Dhejne m.fl. (20) och Wiepjes m.fl. (21). Bland de som påbörjat könsbekräftande behandling eller ansökt om ett nytt juridiskt kön efter år 2000 rapporterade endast en person ånger i vardera studien. Trots att resultaten tyder på att antalet personer som ångrat sig minskat signifikant under tidsperioden 1960–2010, har antalet personer som genomgår könsbekräftande behandling ökat under de senaste 50 åren. En möjlig förklaring till minskad ånger kunde vara förändringar i vård- och utvärderingspraxis. I Finland infördes år 2003 riktlinjer för vård av transpersoner, vilket påverkat utvärderingen av vårdbehov och utveckling av behandlingsmetoder (30). Motsvarande förändringar har genomförts inom andra länders vårdpraxis. Denna utveckling har möjligtvis lett till att färre personer får en felaktig diagnos och/eller till förbättringar inom behandlingsåtgärder. En annan möjlig orsak kunde vara att samhälleliga attityder till könsminoriteter och könsbekräftande behandlingar har ändrat över tid, vilket potentiellt minskat antalet personer som ångrar sig på grund av psykosociala faktorer.

MISSNÖJE EFTER KÖNSBEKRÄFTANDE BEHANDLING

I sex av de tio studierna rapporterades personer som upplevt missnöje eller liten ånger över sin könsbekräftande behandling (22–24,26,28,29). Dessa personer upplevde missnöje eller ånger över vissa aspekter av könsbekräftande behandlingen men ångrade inte transitionen i sin helhet.

Missnöje över kirurgiska resultat var den mest rapporterade orsaken till missnöje och ånger i studierna (22,23,29). Missnöje var kopplat till estetiska och funktionella resultat efter könsbekräftande behandling eller komplikationer som bland annat lett till smärta. Detta stämmer överens med tidigare litteraturöversikter som identifierat de kirurgiska resultaten som en faktor kopplad till missnöje och ånger (9,10,31).

I studien utförd av Van de Grift m.fl. (22) hittades en koppling mellan missnöje efter könsbekräftande behandling och ett större antal psykiska symtom före inledning av behandling. Detta resultat kunde, i varje fall delvis, hänga ihop med resultat i tidigare studier som tyder på att psykiatriska komorbiditeter är kopplade till ånger (8,10). Detta kunde reflektera det faktum att en del psykiatrisk symptomatologi kvarstår även efter den könsbekräftande behandlingen och kan påverka hur personen upplever behandlingen i sin helhet. Däremot framkom inte en koppling mellan utfall av behandling och medvetenhet om risker gällande ingreppen före könsbekräftande behandlingen, trots att detta tidigare identifierats som en möjlig prediktor för utfall av könsbekräftande behandling (15).

I studien utförd av Johansson m.fl. (23) hittades inget samband mellan missnöje och specifika undergrupper. I en tidigare litteraturöversikt har heterosexuell läggning före könsbekräftande behandling identifierats som en faktor kopplad till missnöje (10), men Johansson m.fl. (23) fann inte någon signifikant koppling mellan sexuell läggning och missnöje.

I en av studierna rapporterade en liten andel av deltagarna att de upplevt missnöje men orsakerna till detta specificerades inte (28). I två av studierna rapporterade några personer att de ibland upplevde eller hade upplevt ånger, utan ytterligare beskrivning av orsaker (25,28).

BEGRÄNSNINGAR

De inkluderade studiernas upplägg var av varierande karaktär, vilket gör det svårt att jämföra studierna sinsemellan. Definitionerna av ånger varierar kraftigt mellan studierna. I studierna utförda av Dhejne m.fl. (20) och Wiepjes m.fl. (21) framkom att patienterna vidtagit åtgärder för att återgå till sitt vid födseln tillgivna kön, vilket kunde ses som en tydlig indikator på att personerna starkt ångrat sig och valt att återgå till det vid födseln tillgivna könet. Däremot är det svårare att utifrån frågeformulär avgöra styrkan av ånger och missnöje.

I studierna där data samlats med hjälp av olika fråge- och självskattningsformulär är det sannolikt att individerna tolkat frågorna på olika sätt, vilket gör det svårt att jämföra svaren och graden av ånger eller missnöje bland deltagarna (22–26,28,29). Ett ytterligare problem med fråge- och självskattningsformulären som användes

i studierna är att de inte är validerade och skiljde sig mellan studierna, vilket påverkar jämförbarheten av dessa studier. Däremot kan en styrka i användningen av fråge- och självskattningsformulär vara att patienterna ofta hade möjlighet att specificera orsaker till missnöje och ånger, medan detta inte var möjligt för deltagare i studier där informationen inte samlades direkt av individerna. I studien utförd av Vujovic m.fl. (27) rapporterades varken vilken metod som använts vid insamling av data eller hur ånger definierats, vilket gör att det är svårt att avgöra om resultaten kan tänkas på ett adekvat sätt representera förekomst av ånger.

En begränsning i litteraturöversikten är att sampelstorlekarna i vissa studier är små och begränsar sig till specifika kliniker vilket potentiellt kan påverka representativiteten av dessa sampel. I studier där man använt sig av frågeformulär har samplen troligtvis påverkats av att endast vissa individer velat delta i studierna. En annan begränsande aspekt är att samplen av personer som ångrat sig är små, vilket gör det svårt att identifiera faktorer kopplade till ånger på populationsnivå. Detta kunde vara en orsak till att man inte fann samband mellan vissa faktorer som i tidigare litteratur varit kopplade till ånger. En annan möjlig orsak till detta kunde vara att inverkan av vissa faktorer potentiellt ändrat över tid och inte har samma inverkan som det framkommit i tidigare studier.

En ytterligare begränsning i studierna var att uppföljningstiden i flera studier var relativt kort. I studien av Wiepjes m.fl. (21) uttryckte deltagarna ånger i medeltal 103 månader efter behandling och i studien av Dhejne m.fl. (20) rapporterade deltagarna ånger 75–137 månader efter behandling. Detta kunde betyda att deltagare i flera av studierna med kort uppföljningstid inte hunnit uttrycka sin ånger vid uppföljningstillfället.

SAMMANFATTNING OCH REKOMMENDATIONER

Studierna i litteraturöversikten tyder, i enlighet med tidigare litteraturöversikter, på att de flesta som genomgår könsbekräftande behandling är nöjda och att det är mycket få som ångrar sin könsbekräftande behandling. I de inkluderade studierna var prevalensen för ånger av transitionen 0–2,2 %. I de inkluderade studierna bestod samplen av personer som genomgått varierande behandlingar, men personer som genomgått kirurgiska ingrepp var överrepresenterade. Resultaten tyder på att ånger främst var kopplat till psykosociala faktorer och inadekvat diagnostisering. Dessutom tyder resultaten på att ånger minskat över tid, samtidigt som antalet personer som får könsbekräftande behandling har ökat. I studierna framkom att det fanns individer som upplevde känslor av missnöje efter könsbekräftande behandling, trots att de inte ångrade den könsbekräftande behandlingen i sin helhet. Studierna tyder på att detta missnöje främst beror på missnöje i koppling till de kirurgiska resultaten. Resultaten tyder även på att flera psykiska symtom före behandlingen kunde vara kopplade till missnöje. Eftersom vissa könsbekräftande behandlingar är irreversibla är det viktigt att ta i beaktande möjliga faktorer kopplade till ånger, trots att resultaten tyder på att väldigt få personer ångrar sig.

Det förekom en del variation i mätinstrumenten och det saknas validerade frågeformulär som mäter upplevelser av missnöje och ånger efter könsbekräftande behandling. Dessutom krävs det mera forskning som undersöker faktorer kopplade till missnöje och ånger i tillräckligt stora och representativa sampel. Det vore bra att undersöka individer som endast genomgår enskilda könsbekräftande ingrepp och individer som identifierar sig utanför det binära. Det vore även viktigt att undersöka noggrannare hur psykiatriska symtom före könsbekräftande behandling hänger ihop med missnöje och ånger efter behandlingen. Specifika faktorer under vårdprocessen, såsom bemötandet av vårdpersonal och stöd under behandlingen, skulle även vara relevanta faktorer att undersöka i samband med ånger av könsbekräftande behandling. Sociala och samhälleliga faktorers inverkan på upplevelser av missnöje och ånger bör även tas i beaktande i framtida forskning.

FINANSIERING:

Studien mottog ingen finansiering.

FÖRFATTARNAS KONTRIBUTION:

Rinta-Rahko har skrivit artikeln under Alankos handledning som en kandidatavhandling. Rinta-Rahko och Alanko har båda deltagit i redigeringen av artikeln till publiceringsformat.

SUKUPUOLTA VAHVISTAVAN HOIDON JÄLKEINEN KATUMUS JA TYYTYMÄTTÖMYYS: SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Sukupuolidysforia (DSM-5) viittaa ristiriitaan henkilön sukupuoli-identiteetin ja hänelle syntymässä määritellyn sukupuolen välillä. Voimakas sukupuoliristiriita ja kehodysforia voivat aiheuttaa merkittävää psyykkistä kärsimystä, jota voidaan hoitaa muun muassa hormonaalisin ja kirurgisin menetelmin. Aiemmat tutkimukset viittaavat siihen, että pieni osa sukupuolta vahvistavia hoitoja saaneista henkilöistä kokee katumusta tai tyytymättömyyttä. Aiemmissa tutkimuksissa on tarkasteltu, mitkä seikat liittyvät sukupuolta vahvistavien hoitojen jälkeiseen katumukseen ja tyytymättömyyteen. Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on koostaa sukupuoliristiriidan hoidon jälkeistä tyytymättömyyttä ja katumusta käsittelevät vertaisarvioidut tutkimukset vuosilta 2009–2021, sekä tarkastella mahdollisia syitä katumukselle ja tyytymättömyydelle. Kirjallisuushaku tehtiin PsycINFO (Ebsco) ja PubMed -tietokannoissa, ja kymmenen artikkelia valikoituivat sisällytettäviksi. Kirjallisuuskatsauksen tulokset viittaavat siihen, että katumus sukupuolta vahvistavien hoitojen jälkeen on harvinaista, ja että hoitojen jälkeinen tyytymättömyys usein on kytköksissä vajavaiseen diagnosointiin ja psykososiaalisiin seikkoihin. Viimeisten vuosikymmenten aikana katuvien henkilöiden määrä on vähentynyt samalla kuin sukupuolta vahvistaviin hoitoihin hakeutuvien henkilöiden määrä on kasvanut. Tulokset viittaavat myös siihen, että osan kokema katumus on ohimenevää, ja että tyytymättömyys usein on kytköksissä epätoivottuihin hoitotuloksiin, etenkin kirurgisten hoitojen osalta. Tuloksia on tulkittava kriittisesti, sillä sukupuolta vahvistavien hoitojen jälkeistä katumusta ja tyytymättömyyttä on määritelty vaihtelevin kriteerein sisällytetyissä tutkimuksissa. Aiheesta tarvitaan lisää tutkimusta erityisesti katumukseen ja tyytymättömyyteen liittyvien syiden ymmärtämiseksi.

ASIASANAT: transsukupuolisuus, sukupuolidysforia, sukupuolenkorjaushoito, katumus, pettymys

Rinta-Rahko, A., Alanko, K. ***Regret and dissatisfaction following gender affirming treatment: A systematic literature review.*** **Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2024: 61: 93–106.**

Gender dysphoria (DSM-5) is defined as the experience of one's gender identity differing from the sex assigned at birth. This incongruence can lead to suffering and impairment of an individual's psychological and social functioning. Gender affirming treatment, usually consisting of hormonal and surgical treatment alone or combined, has been shown to decrease suffering caused by one's anatomical gender characteristics, which are associated with gender incongruence. Previous research indicates that some experience regret or dissatisfaction following treatment. The purpose of this literature review was to compile research from the years 2009–2021 on factors associated with regret and dissatisfaction associated to gender affirming treatment. The literature search was done in the databases PsycINFO (Ebsco) and PubMed, and ten peer-reviewed articles were included. The results indicate that post-treatment regret is rare, although experienced by some, and is commonly associated with inadequate diagnosis and psychosocial factors. In addition, post-treatment regret has significantly decreased during the last decades, while the number of people applying for gender affirming treatment has increased. Further, the results indicate that some individuals experience dissatisfaction or passing regret, most commonly associated with specific factors related to the surgical results. These results should be interpreted with caution due to differing definitions and measures of regret and dissatisfaction in the included studies. More research is needed on the factors associated with dissatisfaction and regret following gender affirming treatment.

Keywords: transgender, gender dysphoria, gender affirming treatment, regret, dissatisfaction

Saapunut (05.09.2022)
Hyväksytty (26.06.2023)

(1) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5:e utgåvan. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596

(2) World Health Organization. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41:1403–1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K

(3) Zucker K J, Lawrence A A, Kreukels B P. Gender dysphoria in adults. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12:217–247. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093034

(4) Arcelus J, Bouman WP, Van W ym. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. Eur Psychiatry 2015;30: 807–815. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.04.005

(5) Gijs L, Brewaeys A. Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. Annu Rev Sex Res. 2007;18:178–224. doi: 10.1080/10532528.2007.10559851

(6) Heinonen L, Suominen T, Mattila A ym. Transsukupuolisten henkilöiden elämäntyytyväisyys ennen sukupuolen korjausprosessia, sen aikana ja sen jälkeen. Sosiaalilääk Aikak 2013;50.

(7) ILGA-Europe. Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People in Europe and Central Asia 2023. Hämtad 10.3.2023 från: https://www.rainbow-europe.org/annual-review

(8) Pfäfflin F. Regrets after sex reassignment surgery. J Psychol Human Sex. 1993;5(4). doi: 10.1300/j056v05n04_05

(9) Pfäfflin F, Junge A. Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. 1:a utgåvan. Stuttgart: International Journal of Transgenderism Book Section; 1998.

(10) de Cuypere G, Vercruysse H. Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. Int J Transgend 2009;11:194–205. doi: 10.1080/15532730903383781

(11) Kärnä T, Das P, Mikkola A, ym. Sukupuolen korjauksen katuminen, pettymys ja takaisinkorjautumisen mahdollisuudet. Suom Lääkäril 2021;76:1478–1482.

(12) Bowman C, Goldberg JM. Care of the patient undergoing sex reassignment surgery. Int J Transgend 2007;21:135–65. doi: 10.1300/j485v09n03_07

(13) Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Gender Role Reversal among Postoperative Transsexuals. Int J Transgend 1998;2:1–16.

(14) Michel A, Ansseau M, Legros JJ. The transsexual: what about the future? Eur Psychiatry 2002;17:353–362. doi: 10.1016/S0924-9338(02)00703-4

(15) Green R, Fleming D. Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. Annu Rev Sex Res. 1990;1:163–174.

(16) Lawrence AA. Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. Arch Sex Behav 2003;32:299–3315. doi: 10.1023/A:1024086814364

(17) Harari MB, Parola HR, Hartwell CJ, ym. Literature searches in systematic reviews and meta-analyses: A review, evaluation, and recommendations. J Vocat Behav 2020;118. doi: 10.1016/j.jvb.2020.103377

(18) Birmaher B, Brent D. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:1503–1526. doi: 10.1097/chi.0b013e318145ae1c

(19) Kmet LM, Cook LS, Lee RC. Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2004. doi: 10.7939/R37M04F16

(20) Dhejne C, Öberg K, Arver S ym. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960–2010: prevalence, incidence, and regrets. Arch Sex Behav 2014;43:1535–1545. doi: 10.1007/s10508-014-0300-8

(21) Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM ym. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. J Sex Med 2018;15:582–590. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.01.016

(22) van de Grift TC, Elaut E, Cerwenka SC ym. Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: a follow-up study. J Sex Marital Ther 2018;44:138–148. doi: 10.1080/0092623X.2017.1326190

(23) Johansson A, Sundbom E, Höjerback T ym. A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. Arch Sex Behav. 2010;39:1429–1437. doi: 10.1007/s10508-009-9551-1

(24) Weyers S, Elaut E, de Sutter P ym. Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. J Sex Med 2009;6:752–760. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01082.x

(25) Papadopulos NA, Lellé JD, Zavlin D ym. Quality of life and patient satisfaction following male-to-female sex reassignment surgery. J Sex Med 2017;14:721–730. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.01.022

(26) Zavlin D, Schaff J, Lellé JD ym. Male-to-female sex reassignment surgery using the

combined vaginoplasty technique: satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. Aesthetic Plast Surg 2018;42:178–187. doi: 10.1007/s00266-017-1003-z

(27) Vujovic S, Popovic S, Sbutega-Milosevic G ym. Transsexualism in Serbia: A twenty-year follow-up study. J Sex Med 2009;6:1018–1023. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00799.x

(28) McNichols CHL, O'Brien-Coon D, Fischer B. Patient-reported satisfaction and quality of life after trans male gender affirming surgery. Int J Transgend Health 2020;21:410–17. doi: 10.1080/26895269.2020.1775159

(29) Imbimbo C, Verze P, Palmieri A ym. A report from a single institute's 14-year experience in treatment of male-to-female transsexuals. J Sex Med 2009;6:2736–2745. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01379.x

(30) Social- och hälsovårdsministeriets förordning om ordnandet av undersökning och behandling som syftar till könsbyte samt om den medicinska utredningen för fastställandet av transsexuella personers könstillhörighet 03.12.2002/1053. https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2002/20021053

(31) Meyer W, Bockting WO, Cohen-Kettenis P ym. The Harry Benjamin international gender dysphoria association's standards of care for gender identity disorders, sixth version. J Psychol Human Sex 2002;13:1–30. doi: 10.1300/J056v13n01_01

Anna Rinta-Rahko
PsM
Åbo Akademi
Fakulteten för humaniora, psykologi och teologi

Katarina Alanko
PsD, docent, universitetslärare
Åbo Akademi
Fakulteten för humaniora, psykologi och teologi

Bilaga 1. Kvalitetsgranskning av de inkluderade studierna enligt *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields*

	1 Forsknings-fråga	2 Studie-design	3 Sampling	4 Deltagare beskrivna	5 Randomi-sering	6 Blinding of investigators	7 Blinding of subjects	8 Utfalls-mått	9 Sampel-storlek	10 Analys-metoder	11 Estimerat varians	12 Kontrollerat mellan-kommande variabler	13 Resulttat-rapportering	14 Tolkning stöds av resultaten	Poäng	Kvalitet
Imbimbo m.fl. (2009)	1	1	2	2	NA	NA	NA	2	NA	NA	NA	NA	2	1	0,79	God
Vujovic m.fl. (2009)	1	1	1	2	NA	NA	0	NA	2	NA	NA	NA	1	1	0,56	Moderat
Weyers m.fl. (2009)	2	2	2	2	NA	0	2	2	2	2	2	NA	2	2	0,92	Stark
Dhejne m.fl. (2014)	2	2	2	2	NA	NA	NA	2	2	2	2	NA	2	2	1	Stark
Papadopulos m.fl. (2017)	2	2	1	2	NA	NA	NA	1	1	2	1	1	2	2	0,77	God
Wiepjes m.fl. (2018)	2	2	2	2	NA	NA	NA	1	2	2	2	NA	2	2	0,95	Stark
Zavlin m.fl. (2018)	2	2	1	1	NA	NA	NA	2	1	2	1	1	2	2	0,77	God
Van de Grift m.fl. (2017)	2	2	2	2	NA	NA	NA	2	2	2	2	1	2	2	0,95	Stark
Johansson m.fl. (2019)	1	1	1	2	NA	NA	NA	1	NA	1	1	1	2	2	0,65	Moderat
McNichols m.fl. (2020)	1	1	1	1	NA	1	NA	NA	2	2	1	1	1	2	0,64	Moderat

Notera. 0 = Nej, 1 =PARTIAL, 2 = Ja, N/A = gäller inte. Vi använde 0.50 för indikator för inklusion och moderat studiedesign, 0.75 för god och 0.9 som indikator för en stark studiedesign.