

Kandidatuppsats i offentlig förvaltning [VT16]

Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet

Nathalie Tapper

Handledare: Gregg Bucken-Knapp

Spelar hbtq-diplomeringen någon roll?

En utvärdering av hbtq-diplomeringen med fokus på Västra Götalandsregionen



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Sammanfattning

Denna uppsats är en beskrivning och utvärdering av hbtq-diplomeringen som policy i Sverige och som verksamhet i Västra Götalandsregionen. Med programteori, textanalys, en mindre enkätstudie samt intervjuer har verksamhetslogiken och de kritiska framgångsfaktorerna tagits fram och mätts. Teori om kognitiv dissonans och implementeringsteori enligt Lundquists "Kunna, vilja förstå"-modell förklarar hur verksamheten kan leda till ett förändrat bemötande från vårdpersonal gentemot patient. Studien fokuserar på målgruppens egna upplevelser. Resultatet visar att policyn i Sverige samt verksamheten i Västra Götalandsregionen är uppbyggd enligt en realistisk modell med korrekt identifierade förväntade effekter och risker. Hbtq-personer känner till diplomeringen och den spelar roll för valet av vårdgivare och enhet. De upplever i stor utsträckning ett bättre bemötande på dessa enheter och förväntar sig detsamma. Av dem som inte upplever någon skillnad i bemötande mellan en diplomerad och icke-diplomerad enhet, känner ändå en stor majoritet en ökad trygghet av vetskapen att enheten är diplomerad. Detta visar resultaten från både den kvantitativa och kvalitativa undersökningen.

Hbtq-diplomeringen i Västra Götaland kan därmed förväntas bidra med positiva effekter i enlighet med sitt syfte att leda till ett bättre bemötande gentemot hbtq-personer inom offentlig förvaltning, med särskilt fokus på vården.

Nyckelord: Utvärdering, programteori, hbtq-diplomering, Västra Götalandsregionen, verksamhetslogik.

Jag vill rikta ett tack till alla de personer som ställt upp på att bli intervjuade av mig och som delat med sig av sina åsikter, erfarenheter och upplevelser. Utan er hade studien inte kunnat genomföras.

Förkortningar och begrepp

Hbt:	Homo-, bi- och transsexuella. Se avsnitt 1.2.
Hbtq:	Homo-, bi- och transsexuella och queera. Se avsnitt 1.2.
Policy:	En idé eller guide om handling inom ett policyområde. Lag, föreskrifter, policydokument, principprogram, styrning m.m. är exempel.
Program:	En konkret verksamhet som ska lösa ett eller flera policyproblem, alltså det problem som den skapade policyn är tänkt att lösa.
VGR:	Västra Götalandsregionen.
AMR:	Avdelning mänskliga rättigheter.
KSH:	Kunskapscentrum för sexuell hälsa.
Heternorm:	Ett uttryck för att det i samhället förutsätts att alla människor är heterosexuella.
Cis-norm:	En cis-person är motsatsen till en transperson. Prefixet ”cis” betyder ”på samma sida”. En cis-person är t.ex. en person som fysiskt, psykiskt och socialt känner sig som och identifierar sig som en kvinna och samtidigt uppfattas så av omgivningen. Cis-normen är ett uttryck för att det i samhället förutsätts att alla som föds med vissa kroppar därmed också har ett visst kön, till exempel.
TKD:	Teori om kognitiv dissonans.
Tvåkönsnorm:	Tvåkönsnormen vävs in i heteronormen. Det är ett uttryck för att det i samhället förutsätts att det bara finns två kön, och att man måste vara antingen det ena eller det andra.
Binär / icke-binär:	En binär person identifierar sig inom tvåkönsnormen, en icke-binär person kan identifiera sig mellan eller bortom den.
STI:	Sexuellt överförbara infektioner.
HIV:	Humant immunbristvirus.
SRHR:	Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, en del av de mänskliga rättigheterna.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Förkortningar och begrepp.....	3
1. Inledning.....	5
1.2 Hbtq – vad är det?.....	6
1.3 Disposition.....	7
1.4 Bakgrund.....	8
1.5 Problemformulering.....	9
1.6 Syfte och frågeställningar.....	10
2. Teori och metod.....	12
2.1 Programteori.....	12
2.2 Teori om kognitiv dissonans och vilja-kunna-förstå.....	14
2.3 Kvalitativ textanalys.....	17
Analysschema.....	18
2.4 Enkätstudie.....	18
2.5 Den kvalitativa forskningsintervjun.....	19
2.6 Avgränsningar och material.....	20
Urval av aktörer och material.....	21
2.7 Eventuella hinder eller problem.....	22
3. Hbtq-diplomeringen på policynivå.....	23
4. Hbtq-diplomeringen i Västra Götalandsregionen.....	29
5. Analys och diskussion.....	35
Referenser.....	38
Bilaga 1 - Intervjuguider.....	41
Bilaga 2 - Enkäten.....	43

1. Inledning

Sverige är ett land som rankas bland världens mest jämställda och jämlika, där hbtq-personer i stor utsträckning kan leva mer öppet än i många andra delar av världen. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association [ILGA] är en internationell paraplyorganisation som i Europa samlar över 400 organisationer som arbetar med hbtq-frågor i mer än 40 länder. Detta för att få till stånd förändringar i hbtq-personers levnadsvillkor i positiv riktning. I deras ranking hamnade Sverige på fjärde plats 2015, men gled ned till 12:e plats 2016 (ILGA 2015; ILGA 2016). I många områden ingår det i den svenska självbilden att vara en förebild för andra länder, en självbild som man försöker leva upp till. Ändå kan man i Sverige se stora skillnader i hälsan hos hbtq-personer och befolkningen i stort. 2005 fälldes Sverige i Europadomstolen för att under lång tid ha frihetsberövat en man i syfte att förhindra HIV-smittspridning. Det har sedan dess påverkat både Sveriges självbild och den offentliga debatten om hbtq-personers mänskliga rättigheter generellt, men också särskilt inom vården (Council of Europe 2005). En offentlig debatt som pågått under 2000-talet har rört hbtq-personers rätt till vård på lika villkor, något som bland annat myndigheten Diskrimineringsombudsmannen [DO], lyft (Linna, Katri 2010). DO har uppmärksammat att hbtq-personer har svårare än andra att få sitt vårdbehov tillgodosett på grund av att de blir bemötta på ett diskriminerande sätt. Därför har de inte tillgång till vård på lika villkor som andra. Detta ses som särskilt allvarligt då hbtq-personer som grupp av olika anledningar har ett större vårdbehov än befolkningen i stort (Folkhälsomyndigheten 2015; Ohlin 2010; Socialstyrelsen 2010; Mirsch, Helena 2010). Upplevelser av kränkande bemötande är generellt mer förekommande för hbtq-personer än hos övriga befolkningen och det är också vanligare för dem att ha haft olika typer av vårdkontakter (Roth, Boström et al. 2006:7 s.70).

Vården i Sverige bedrivs i stor utsträckning inom landstingen eller regionerna. Dessa regleras övergripande av Kommunallagen [KomL] men även av speciallagstiftning så som exempelvis Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] och Patientlagen [PL]. Därutöver har Socialstyrelsen, som är en statlig myndighet under socialdepartementet, till uppdrag att styra hälso- och sjukvården bland annat genom förordningar, riktlinjer och bidrag (Socialstyrelsen). Av HSL framgår i 2 och 2 a §§ att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och den ska vara lätt tillgänglig och främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och

sjukvårdspersonalen (SFS 1982:763). Att vården ska vara jämlik också vad avser bemötande slås alltså fast i styrningens grundpelare. Att tillförsäkra detta är ett centralt mål för alla verksamheter, men särskilda mål för hbtq-personer finns också.

2014 antog regeringen en strategi för lika rättigheter och möjligheter för hbtq-personer inom vården. Folkhälsomyndigheten fick till uppgift att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador med särskild vikt fäst vid de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna. I myndighetens uppdrag ingår bland annat att främja hbtq-personers lika förutsättningar att uppnå en god hälsa genom kunskapsspridning om effektiva metoder och insatser (Regeringskansliet 2014:36ff)

Folkhälsomyndigheten slår i sin strategi fast att:

”Den vård som erbjuds ska ... bygga på respekt för människors lika värde. I detta ligger att ingen ska behöva avstå från vård av rädsla för att utsättas för ett bristfälligt bemötande. Ett gott bemötande är även avgörande för hur bra och säker vården blir. Ett gott och professionellt bemötande där patienten känner förtroende och tillit samt ges adekvat information och görs delaktig i den egna vården är därför en viktig kvalitetsaspekt i vården.”
(Regeringskansliet, 2014:40)

Mot den bakgrunden har Socialstyrelsen fått i uppdrag att ta fram ett utbildningspaket som bland annat ska informera om hur diskriminering kan ta sig uttryck i vården, och om metoder för att systematiskt arbeta med bemötande som en tillgänglighetsaspekt i den egna organisationen (ibid). Att få bukt med det bristfälliga bemötandet inom vården är alltså prioriterat i styrningen uppifrån. Hbtq-diplomeringen är en processutbildning som är ett av de svar offentlig förvaltning har på denna problematik. I denna studie ska denna utvärderas som policy och som ett så kallat program, alltså en konkret verksamhet som i det här fallet är den som bedrivs i Västra Götalandsregionen.

1.2 Hbtq – vad är det?

Hbtq är ett paraplybegrepp som står för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queera. Att vara homosexuell eller bisexuell handlar om sexuell läggning, det vill säga vem man har förmågan att bli kär i eller attraherad av. Att vara transperson berör hur man definierar sitt kön och väljer att uttrycka det. Att vara queer kan handla om både läggning och könsidentitet

men också om hur man lever i relationer eller om sexuell praktik. Det kan också vara ett uttryck för ett kritiskt förhållningssätt till rådande normer. Det finns även fler grupper som vanligen inte inkluderas i paraplybegreppet med en egen bokstav, till exempel icke-binära eller intergender-personer. Dessa personer definierar sig på olika sätt men kan förenklat sägas anse sig mellan eller bortom tvåkönsnormen, det vill säga definiera sig som både man och kvinna eller ingetdera. Det finns även olika varianter av asexualitet. Även om paraplybegreppet hbtq vanligtvis inte skrivs ut med ett "i" eller "a" också, så syftar begreppet ofta till alla dessa personer - inte för att det är en homogen grupp, utan för att grupperna som faller innanför begreppets ramar historiskt och fortfarande idag har gemensamma problem och mål vad gäller rättigheter och möjligheter i samhället (RFSL 2015[2];[3]).

Trots de gemensamma erfarenheter som hbtq-gruppen kan ha vad gäller problem, rättigheter och möjligheter i samhället så är det en mycket heterogen grupp. Det är viktigt att ha i åtanke att en hbtq-person som ska möta vården kan vara vem som helst i vilken situation som helst. Det kan vara en transperson som besöker en barnvårdscentral med sitt barn, en ung singeltjej som besöker en ungdomsmottagning eller en homosexuell gift man som drabbats av svår sjukdom. Det kan vara en äldre person på serviceboende som besöker en distriktssjuksköterska, en icke-binär-person som måste uppsöka akutvård efter en olycka eller en rullstolsburen individ som ska förnya recept. Det kan vara vem som helst. Det handlar om livssituation, förutsättningar för öppenhet, ålder, utseende, funktionsvariation och mycket, mycket mer. Alltså en precis lika heterogen grupp som befolkningen i övrigt. Detta behöver man ha med sig när man talar om hur "hbtq-personer" i allmänhet blir bemötta inom vården - så att bilden man har med sig inte är en snäv och stereotyp sådan.

1.3 Disposition

Studien är en programteoretisk utvärdering och består av fem kapitel.

I kapitel ett beskrivs studien och dess fokus. En historisk bakgrund och forskningsöversikt presenteras som ligger till grund för problemformuleringen. Därefter presenteras studiens syfte och de frågeställningar den söker besvara.

Kapitel två behandlar de teoretiska och metodologiska ställningstaganden jag gjort. Där förklaras vad programteori är och hur denna används samt teori om förändringsprocesser och implementering. Där presenteras även de metoder för insamling av data som använts, så väl som de faktorer jag valt ut som relevanta att utvärdera i relation till studiens syfte och frågeställningar.

Kapitel tre och fyra utgör studiens resultatkapitel.

I det femte kapitlet sammanfattar jag studiens resultat och diskuterar och analyserar dessa.

1.4 Bakgrund

Skillnader i hälsa mellan hbtq-personer och befolkningen i stort har undersökts i stor utsträckning under 2000-talet. Folkhälsomyndigheten har via ett antal rapporter¹ genom åren konstaterat att hbtq-personers rätt till vård på lika villkor inte uppfylls. Detta är bland annat på grund av ett diskriminerande bemötande från institutioner och individer inom dem (Folkhälsomyndigheten 2014). 2005 var första året som man inkluderade frågan om sexuell läggning i den nationella folkhälsoenkäten och därmed kunde börja göra jämförelser (Folkhälsomyndigheten 2014:6). Ungdomsstyrelsen har belyst problemet för den yngre befolkningen och Socialstyrelsen har publicerat en rapport särskilt om äldre hbtq-personers situation (Ungdomsstyrelsen 2010; Socialstyrelsen 2008). I april 2016 kom ytterligare en rapport från Socialstyrelsen om psykisk ohälsa bland hbtq-personer. Resultatet visar att psykisk ohälsa är större i hbtq-gruppen än övriga befolkningen. Bland annat var riskbruk och beroende vanligare bland kvinnor i samkönade äktenskap än i olikkönade. Män i samkönade äktenskap har även allvarlig sjukdom som t.ex. psykos oftare än män i olikkönade äktenskap. Socialstyrelsen menar att detta kan bero på allvarlig psykosocial stress på grund av diskriminering och negativt bemötande. De menar vidare att det är viktigt att arbeta med preventiva riktade insatser för att höja kunskapen om gruppens villkor och levnadsförhållanden (Socialstyrelsen 2016).

I Västra Götalandsregionen (VGR) har avdelning mänskliga rättigheter publicerat en rapport om bemötande av hbtq-personer inom regionen med fokus på hälso- och sjukvård (Rättighetskommitténs kansli 2011). Rapporten berör dock även kultursektorn, utbildning och transporter. Författarna beskriver i sin slutsats behovet av riktade utbildningsinsatser för att komma till rätta med det diskriminerande bemötandet och nämner också den “nyligen framtagna hbt-diplomeringen” (Avdelning rättighet 2011). Rapporten är samstämmig med de tidigare forskningsresultaten om hur hbtq-personer upplever bemötandet inom vården, även om studien inte är gjord i den omfattning att den kan sägas vara generaliserbar för hela gruppen. Någon utvärdering av hbtq-diplomeringen är inte gjord av vare sig kunskapscentrum för sexuell hälsa eller revisionsenheten inom Västra Götaland. I en granskning av rapporter från landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting 2011-2015 har

¹ Se Hbt och hälsa på Folkhälsomyndighetens hemsida för ett antal publikationer på temat: [www \(http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/halsa-och-sexualitet/hbt-och-halsa/\)](http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/halsa-och-sexualitet/hbt-och-halsa/)

jag inte funnit någon utvärdering av verksamheten. Inte heller någon plan för utvärdering av något relaterat till hbtq i den revisionsplan som finns för de kommande åren (SLL 2016).

Däremot har Adlongruppen genomfört en extern utvärdering av sin diplomeringsverksamhet 2015. Syftet med utvärderingen var att validera utbildningsinsatsen för att se om denna lett till ett integrerat normkritiskt perspektiv och ett bättre bemötande i verksamheterna. Man intervjuade och observerade då deltagarna samt genomförde kompletterande intervjuer med de utbildningsansvariga. Slutsatsen blev att deltagarna oftast uppskattar utbildningen, men att hela insatsen saknar komponenter för att leda till bättre bemötande i praktiken så väl som en generell ökad kunskap om hbtq-personer och deras situation. Man menade att förändringarna är alltför personberoende och att de som tidigare hade ett engagemang för frågorna också är de som har engagemang och intresse efter utbildningen. Däremot fann man att personalen förändrat sitt språkbruk i enlighet med det konkreta exempel som gavs, och säger "partner" i kontakt med patienten innan de är säkra på vilket kön den eventuella partnern har. Man fann också att risken finns att en hbtq-diplomerad enhet mycket väl kan ha personal som bemöter hbtq-personer på ett normativt och i värsta fall diskriminerande sätt (Intervju Adlongruppen). Utvärderingen gjord inom Adlongruppens geografiska område går dock inte att rakt av generalisera till VGR då programmen är utformade på olika sätt. Landstingen och regionerna kan dock givetvis använda varandras utvärderingar som en möjlighet att lära av andra verksamheter.

1.5 Problemformulering

Hbtq-diplomeringen är en policy och en konkret verksamhet vilken finns i liknande utformning i många regioner och landsting i Sverige. Den har som syfte att bland annat skapa förutsättningar för en god vård för hbtq-personer genom att förbättra bemötandet från vårdinstitutioner och individer inom dem (Kunskapscentrum för sexuell hälsa 2016; Vårdgivarguiden 2015). Verksamheten har vuxit under 2010-talet och finns nu i flera regioner och landsting även utanför storstadsområdena. Dess övergripande mål är att minska skillnaderna i ohälsa mellan hbtq-personer och den övriga befolkningen. Den är inte studerad eller utvärderad i någon större utsträckning varför kunskap om policyn (och programmet i VGR) och dess effekter i mångt och mycket saknas. Den utvärdering som gjorts har utgått från utbildningens deltagare och inte programmets målgrupp, hbtq-personer, varför deras perspektiv helt saknas. Därför menar jag att det är angeläget att utvärdera och undersöka hbtq-diplomeringen för att på så vis få ökad kunskap om dess potential att bidra till måluppfyllelse inom policyområdet.

1.6 Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att genomföra en policyanalys och utvärdering av hbtq-diplomeringen som policy nationellt och som program i VGR. Detta för att öka kunskapen om policyn som helhet samt utvärdera om den kan förväntas bidra till positiva effekter i enlighet med sitt eget syfte. Ett "program" kan enligt Funnell & Rogers (2011:31) vara t.ex. en policy, en strategi eller en konkret verksamhet. Ordet "policy" är svårdefinierat på samma sätt. Jag använder här två olika ord för att göra det enklare för läsaren att navigera i texten och förstå vilken nivå jag talar om. "Policy" syftar till policydokument, strategier och idéer på nationell och regional nivå, medan "program" syftar till en konkret verksamhet där en enhet ansvarar för utbildning och diplomering.

En ökad kunskap om policyns och programmets uppbyggnad samt eventuella effekter kan bidra till lärandet om vilka delar av verksamheten som fungerar bra respektive mindre bra. Utvärderingen kan bidra till att klargöra om programmet därmed kan förväntas bidra till det övergripande policymålet om minskade skillnader i hälsa mellan hbtq-personer och befolkningen i stort. Den kan även bidra till relevant kunskap inför framtida utvärderingar och på så vis fungera som en förstudie. Mitt syfte är också att inkludera hbtq-personers eget perspektiv på programmet som en nödvändig del av den kunskap som behövs för att kunna utvärdera detsamma.

Anledningen till att jag utvärderar hbtq-diplomeringen på två olika nivåer är för att den implementeras på lite olika sätt på olika håll i landet, men ändå är en sammanhållen idé. I VGR pågår just nu ett arbete med att ta fram en handlingsplan för implementering av mänskliga rättigheter i regionen. I denna ingår förslag om att öka volymen på de diplomeringar som genomförs. Jag anser det därmed relevant att beskriva hbtq-diplomeringen på policynivå så väl som på programnivå för den faktiska verksamhet som bedrivs i VGR.

Frågeställningar

1. **Hur ser programteorin ut för hbtq-diplomeringen på policynivå?**
2. **Hur ser programteorin ut för hbtq-diplomeringen på programnivå i VGR?**
3. **Kan programmet förväntas ha någon effekt i enlighet med sitt syfte?**

För att kunna svara på den tredje frågan krävs att jag väljer ut ett antal faktorer att mäta som är indikatorer på om syftet uppfylls. Detta i form av underfrågor som ska besvaras. Den

metod jag använt påverkar valet av dessa faktorer, vilket jag beskriver närmare i avsnittet om programteori (2.1). Jag nämner dem dock här för tydlighetens skull:

- Känner hbtq-personer till hbtq-diplomeringen?
- Spelar hbtq-diplomeringen roll för deras val av enhet (vårdcentral, barnvårdscentral osv)?
- Upplever målgruppen någon skillnad i bemötande på en diplomerad enhet i jämförelse med en icke-diplomerad enhet?
- Påverkar diplomeringen målgruppens känsla av trygghet i mötet med vården?

2. Teori och metod

Som verktyg i utvärderingen använder jag mig av programteori tillsammans med textanalys, intervjuer och en mindre enkätstudie. Jag har genomfört kvalitativa forskningsintervjuer enligt semi-strukturerad modell samt genomfört en enkätundersökning. Jag har arbetat både med textanalys och intervjuer för att beskriva policyn och programmet. Intervjuerna har varit nödvändiga för att kunna beskriva verksamheten och dess beståndsdelar, då det saknas skriftligt material i den utsträckning som behövs för ändamålet. Analysen görs med hjälp av ett analyschema (avsnitt 2.3). I det här kapitlet beskriver jag först vad programteori är (2.1) och vilken teori om förändring (2.2) jag valt att arbeta med. Sedan går jag in på mina olika metoder för att samla in data, mina avgränsningar, urval och eventuella problem. Teori och metod presenteras här sammanhållet, eftersom jag menar att programteori kan ses både som ett teoretiskt och metodologiskt verktyg.

2.1 Programteori

Blom & Morén (2007) beskriver det centrala målet med programteorin som att generera förklarande kunskap om sambandet mellan insatser och resultat. Detta genom att analysera en verksamhets, ofta outtalade, programteori och därigenom kunna förbättra verksamheten. Programmet står i det här fallet för en verksamhet eller en policy som är målinriktad. De som ansvarar för verksamheten har en teori för hur policyn eller verksamheten fungerar, antingen den är konkret uttalad eller inte.

Programteori hanterar policyprocessens så kallade "black box", det som sker mellan input och output i processen och som också kan kallas implementering. Den syftar till att synliggöra och bedöma de antaganden som policy eller så kallade program är byggda på och hur dessa förväntas frammana förändring (Donaldson & Lipsey 2006:64f). Genom att beskriva programmet kan utvärderaren finna de kritiska framgångsfaktorerna för policyn och därmed också vilka som är viktigast att bedöma. På så vis skapas en bild av om programmet kan förväntas fungera som tänkt eller inte, vilka förändringar som skulle kunna förbättra det och vari logiken brister eller briljerar (ibid).

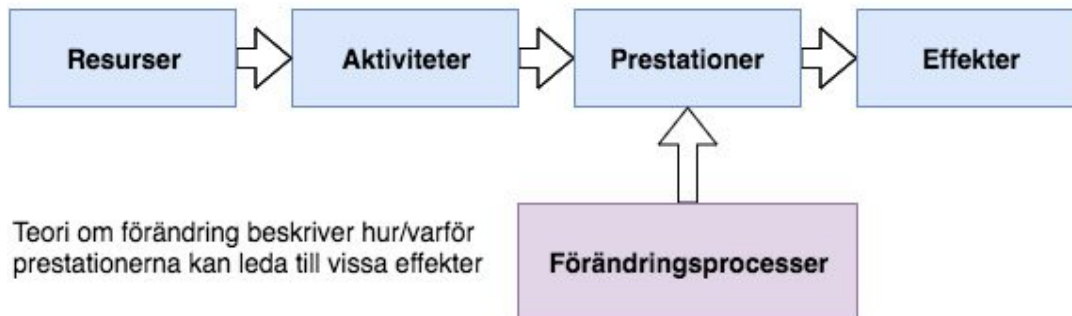
Programteorin ska idealiskt ha två komponenter, en teori om förändring och en om handling (Funnell & Rogers 2011:xix). Teorin om handling beskriver hur programmet eller policyn är uppbyggd, man kan förenklat säga att den består av "boxar och pilar". Teorin om förändring handlar om de centrala processerna kring hur förändring kommer till stånd i

exempelvis en grupp eller hos individer, t.ex. en psykologisk eller ekonomisk process (ibid). Denna beskriver alltså hur man aktiverar teorin om handling.

Bild 1.

Hur fungerar programteori?

Teorin om handling beskriver vad programmet gör.
Att insätta resurser, aktiviteter och prestationer ska leda till vissa effekter.



En essentiell del i den programteoretiska utvärderingen är att involvera de så kallade program-intressenterna. Donaldson & Lipsey (2006:65f) menar att involvera intressenterna och underlätta delaktighet för olika intressentgrupper bidrar till att stärka dem och till att utvärderingen mer sannolikt kommer till nytta. Intressenter kan t.ex. vara de som arbetar med programmet eller programmets målgrupp. Jag har valt att involvera båda dessa grupper. Enligt Funnell & Rogers (2011:102) är det bra att ha med flera olika sätt att beskriva programteorin på, vilket är det arbetssätt jag använt. Jag har arbetat induktivt bland annat genom att intervjua och få fram teorin via de som arbetar i verksamheten. Jag har arbetat deduktivt genom att läsa policys och strategier och ritat upp de ansvarigas mentala modeller av hur programmet fungerar samt vilka resultat de förväntar sig. Författarna menar vidare att det är av största vikt att inte falla i fällan att ignorera oavsiktliga resultat eller de eventuella negativa resultat som kan uppstå (Funnell & Rogers 2011:43). Därför bör även dessa beaktas i processen.

Ekonomistyrningsverket (2001:16) har tagit fram ett enkelt metodstöd för programteori, eller verksamhetslogik som det också heter, som jag använt mig av. Enligt Funnell & Rogers (2011:xix) ska programteorin dock inte användas allt för formellt och styrt, utan bör anpassas till den givna situationen för att ge bäst resultat. I en beskrivning av verksamheten bör antagna orsakssamband mellan resurser, aktiviteter, prestationer och effekter tydliggöras så väl som tänkta målgrupper och antaganden om deras beteenden. Vidare bör faktorer och aktörer som bedöms kunna påverka utfallet i väsentlig mening ingå.

Här ska det framgå vilka antaganden som driver eller hindrar utvecklingen av verksamheten (ESV 2001:16:11).

Det är viktigt att ställa sig frågan vilka faktorer som hör till programmet och vilka som inte gör det när man talar om att mäta resultat. Det är olämpligt att sätta en direkt koppling mellan ett program och ett resultat på en hög nivå som kan influeras mycket av externa faktorer. Det innebär i det här fallet att mätning av hbtq-personers hälsa är ett olämpligt sätt att utvärdera programmet på - det finns så otroligt många andra faktorer än hbtq-diplomeringen som spelar roll för det resultatet (Funnell & Rogers 2011:427). Det betyder inte att det därför inte är intressant att mäta eller presentera hbtq-personers hälsa i relation till den här typen av utvärderingar, men de resultaten fungerar mer som motivering för policyn/programmet än som något mått på dess direkta effekter.

Det är istället relevant att mäta effekter på låg och medelnivå. Dessa är faktorer som direkt berör programmet och dess syfte, som det i stor utsträckning gör anspråk på att ha en effekt på. Att mäta den typen av effekter ger möjlighet att kunna analysera huruvida programmet kan förväntas ha några effekter högre upp. Till exempel på i vilken utsträckning hbtq-personer i stort upplever diskriminerande bemötande i vården (Funnell & Rogers 2011:427f). Den beskrivande processen i programteorin har påverkat mitt val av faktorer att mäta, då jag velat säkra största möjliga användning av utvärderingen genom att ta in intressenternas önskemål. Det vanligast uttryckta har varit att ta in patientgruppens perspektiv. För att svara på om programmet kan förväntas ha någon effekt i enlighet med sitt syfte har jag alltså behövt välja ut ett antal faktorer att mäta, i form av frågor, först efter det att jag beskrivit programmets uppbyggnad (kapitel 3 och 4). Dessa presenterades i samband med forskningsfrågorna för att underlätta för läsaren.

2.2 Teori om kognitiv dissonans och vilja-kunna-förstå

Teori om förändring handlar om centrala mekanismer i hur förändring kommer till stånd hos individer, grupper, organisationer och så vidare (Funnell & Rogers 2011:31).

Teori om kognitiv dissonans (TKD) förklarar hur förändring sker hos individer. Kognitioner är en kunskap en person har om sig själv eller sin omgivning. En sådan kognition om sig själv kan till exempel vara kunskap om sin egen vikt. En kognition om ens omgivning kan till exempel vara att man uppfattar gräset som grönt (Wicklund & Brehm 1976:2). Relationen mellan två kognitioner är överensstämmande om den ena implicerar den andra på något sätt.

Alltså att ha kognition B logiskt följer på att ha kognition A. Logiken kan bygga på kulturella sedvänjor, press på att vara konsekvent, erfarenhet och så vidare. Detta kan låta krångligt men enkelheten i resonemanget illustreras bäst av ett exempel:

En person har kunskap om att hen röstade på Socialdemokraterna i riksdagsvalet 2014. Samma person har uppfattningen att Socialdemokraterna (S) är det mest regeringsdugliga partiet. Denna persons kognitioner överensstämmer alltså, ingen dissonans uppstår således. Men om personen får sin uppfattning utmanad och plötsligt inte anser att (S) är det mest regeringsdugliga partiet så uppstår en dissonans mellan dessa kognitioner. En så kallad *spänning*. Personen upplever då kognitiv dissonans. Beroende på hur viktiga dessa kognitioner är för individen så är spänningen mer eller mindre svår att leva med. Spänningen motiverar förändring i något led. Teorin beskriver alltså individers kognitiva obalanser eller enkelt uttryckt; inre konflikter (Wicklund & Brehm 1976:3).

Hur förklarar då teorin förändring? Jo, när denna dissonans uppstår försöker individen att reducera spänningen med olika strategier. Om jag fortsätter att använda samma exempel så kan personen som röstade på (S) försöka reducera denna dissonans genom att t.ex. övertyga sig själv om att så kallad regeringsduglighet inte är en nödvändig egenskap hos det parti man röstar på. En annan strategi kan vara att hitta andra egenskaper än regeringsduglighet som man väljer att prioritera högre, och så vidare.

Teorin säger egentligen bara att individen som upplever kognitiv dissonans kommer att försöka att reducera den, inte om hen har möjlighet att lyckas eller vilken strategi hen väljer för att försöka göra det (Wicklund & Brehm 1976:5f). Däremot säger teorin att individen kommer att försöka förändra de kognitioner som är minst motståndskraftiga först. För att återknyta till exemplen på vad en kognition kan vara, så är kognitionen om att gräset är grönt betydligt svårare att förändra än en persons kognition om sin egen vikt. Att gräs generellt är grönt är för de flesta obestridbar fakta som inte är mottaglig för kritiska argument. Kunskapen om ens egen vikt är lättare att förändra genom att exempelvis addera en kognition om att vågar kan visa olika resultat eller att kroppar kan binda extra mycket vätska vid vissa tillfällen. Generellt kan man säga att åsikter (vilka är kognitioner om mångtydiga händelser) samt kognitioner om lättföränderliga aspekter av verkligheten tenderar vara först på tur för försök till dissonans-reduktion (ibid.). Det är alltså lättare att förändra en persons åsikter om vilken presenterad statsbudget eller vilken bilmodell som är den bästa, än att förändra hens tro på vilken färg gräs generellt har.

När politik inte genomförs som tänkt talar man om implementeringsproblem. Här brukar man skilja på så kallade genomförandeproblem och teorifel. Ett teorifel innebär att man byggt sina antaganden på felaktiga grunder, medan ett genomförandeproblem är när teorin i sig kan vara korrekt, men politiken ändå inte genomförs som tänkt (Tedros 2007). Lundquist (1992; 1987) har konstruerat en modell för att förklara varför genomförandeproblem uppstår som bygger på tre begrepp:

Vilja, som är kopplat till tjänstemännens mer eller mindre medvetna och starka preferenser.

Kunna, att tjänstemännen har rätt verktyg och resurser för att kunna forma sitt eget arbete.

Förstå, att tjänstemännen förstår både policyn och dess omgivning samt sin egen roll på ett korrekt sätt (Lundquist 1987:43).

Att ha förståelse för policyn är viktigt då tjänstepersonen har egen makt över beslutet, vilket är fallet vad gäller hbtq-diplomeringen. Vårdpersonalen styr själva hur de väljer att bemöta sin patient. Om vårdpersonalen förstår varför bemötandet är viktigt för individens hälsa, kommer de vara mer benägna att implementera policyn (Sannerstedt 2001:34). Att ha rätt verktyg och resurser kan t.ex. handla om att få möjlighet att delta i processutbildningen eller ha tillgång till könsneutrala formulär. Att man förstår varför implementeringen är viktig, samtidigt som man ges förutsättningar att lyckas, formar en attityd som präglar tjänstepersonens arbetsinsats och även hans vilja till genomförandet (a.a:29). Det är i viljan som det ofta uppstår problem, då det kan vara så att tjänstepersonens personliga värderingar eller principer står i strid med de uppsatta målen för policyn. Det kan även vara så att tjänstepersonen med sin egen kompetens anser att uppsatta mål och beslut är felaktiga, överflödiga eller skadar organisationen på något sätt (a.a:37).

Lundquist menar att tre processer formar de tre egenskaperna; socialiseringprocessen, informationsprocessen och begränsande/tillåtande processer (Lundquist 1987:48). Att människor är socialiserade in i både samhälle, familj, organisation och så vidare är tveklöst. Men relationen är också dubbelriktad och individerna påverkar även sin omgivning. Inom vården är professionen mycket stark, och vårdens tjänstemän socialiseras in i de värderingar som råder inom den. I Sverige förväntas läkare följa Socialstyrelsens anvisningar men

internationellt finns Hippokrates ed, den så kallade läkareden, som är ett exempel på hur socialisering kan ske.² Vårdpersonalen är också socialiserade in i ett samhälle där hbtq-personers rättigheter inte alltid setts, och fortfarande inte alltid ses, som lika viktiga. Lundquist lyfter att socialisering påverkar vad du anser är sant, och att detta kan leda till en inkomplett eller falsk bild av verkligheten som kan bestå av myter (ibid). Men han lyfter också att människan inte är helt låst till sin miljö, utan hon kan via medvetandegörande och reflektion skapa sig nya bilder av verkligheten.

Informationsprocessen är den kommunikation om strukturer som individen får och som därmed påverkar kategorin förstå. Om aktören förstår sin verklighet på ett nytt sätt så tolkar hen information på nya sätt vilket kan få hen att ompröva sina värderingar. Lundquist understryker här att informationsprocessen och socialiseringsprocessen kan stå i motsatsförhållande till varandra. Individen kommer då att söka bryta sin socialiseringsprocess eller motsätta sig delgiven information (Lundquist 1987:49).

Den begränsande/tillåtande processen dämpar eller understödjer aktörens handlingar och tankar samt hens möjligheter att nå vissa effekter. Detta via strukturer som antingen begränsar eller tillåter förändring. Aktörens medvetenhet spelar mindre roll i den här processen, då strukturerna hindrar eller understödjer hens handlingar oavsett hens medvetenhet om dem. Men medvetenheten gör skillnad på så vis att individen kan söka efter andra mer tillåtande strukturer att verka inom, eller förändra strukturerna i sig (Lundquist 1987:50).

Tid är också en viktig aspekt i modellen, eftersom olika processer påverkar individen vid olika tillfällen. Den begränsande/tillåtande processen påverkar individen direkt, medan informationsprocessen når hen efter viss fördröjning. Socialiseringsprocessen är än mer fördröjd. Tidsaspekten försvårar empirisk utvärdering av relationen mellan strukturell förändring och individens reaktion (ibid).

2.3 Kvalitativ textanalys

Det finns enligt Esaiasson (2007:238) två huvudtyper av textanalytiska frågeställningar där den ena handlar om att systematisera innehållet i texterna och den andra om att kritiskt granska det. En systematiserande undersökning är en variant på en beskrivande analys och är den typ av textanalys jag kommer att använda mig av. Denna typ syftar till att klargöra

² Hippokrates ed är mycket gammalmodig och innehåller saker som fromhet och avhållsamhet. Den tolkas dock av många som att handla om att rättssäkert och med lika behandling utöva sitt yrke med kunskap och integritet och respekt för yrket. Trots gammalmodigheterna har t.ex. Svenska Läkaresällskapet eden på sin hemsida: <http://www.sls.se/Etik/Etiska-koder/Den-Hippokratiska-Eden/>

tankestrukturen hos aktörerna som varit viktiga i det aktuella sammanhanget och harmoniserar på så vis också med programteori (ibid). Denna metod ger mig möjlighet att granska policydokument och de intervjuer jag genomför för att på så vis finna och begripliggöra det väsentliga innehållet. Esaiasson (2007:241) menar vidare att en typ av förklarande studie som kallas genetiska analyser brukar förknippas med den kvalitativa textanalysen särskilt ofta. Denna typ syftar till att visa influenserna bakom en idé och om aktör X har påverkat aktör Y, vilket blir relevant för min beskrivning av hbtq-diplomeringen på policynivån och hur den växt fram.

För att kunna genomföra min textanalys behöver jag ett analysverktyg, vilket består av en rad frågor som jag ska ställa till det material som jag samlar in. Analysverktyget behövs för att jag ska uppfylla kravet om tydliga kriterier för slutsatsdragning i en systematiserad undersökning. Frågorna måste ställas likadant till all text jag analyserar (ibid). Frågorna bör fungera som rimliga empiriska indikatorer på det fenomen man vill undersöka (Esaiasson 2007:244). En stor del av det jag vill granska är aktörernas beskrivningar av policyn och programmet samt dess syfte och att via dessa frågor blottlägga den inneboende verksamhetslogiken.

Analysschema

Vad är problemet?

Hur ska det lösas?

Vilka orsakssamband ser man som självklara?

Vilken styrning finns?

Vem ansvarar för implementeringen?

Vem ansvarar för resultatet?

Vilka effekter tänker man sig att policyn ska ge?

Svaren på dessa frågor fungerar som indikatorer som jag kan använda för att besvara mina forskningsfrågor. Mina intervjuguider bygger på och är utvecklade efter dessa frågor.

2.4 Enkätstudie

För att fånga upp hbtq-personers egna upplevelser har jag genomfört en mindre kvantitativ undersökning bland målgruppen (Bilaga 2). Denna konstruerades som en kort web-enkät och skapades med hjälp av en tillgänglig och kostnadsfri plattform på nätet. Enkäten består av

fem korta frågor som syftar till att besvara hur hbtq-personer själva upplever diplomeringsverksamheten i relation till bemötandeproblematiken. Jag använde Googles plattform, eftersom jag via denna kunde ställa krav på att respondenten måste vara inloggad för att kunna besvara enkäten. På så vis har jag kraftigt försvårat för samma person att svara flera gånger för att påverka resultatet.

Jag har spridit enkäten via slutna facebook-grupper för hbtq-personer samt via olika hbtq-forum på nätet. Jag har därtill spridit den via mina egna umgängeskretsar och bett dem att dela den vidare till relevanta personer, så kallad snöbollsmetod. Enkätstudien är för liten för att kunna sägas vara generaliserbar för gruppen hbtq-personer i Sverige och har främst använts som ett sätt att testa programteorin och som ett sätt att få kontakt med individer inom målgruppen. Via respondenterna har jag funnit hbtq-personer att genomföra intervjuer med. Av dessa har jag sedan isolerat de individer som bor och söker vård inom Västra Götalandsregionen för att kunna utvärdera programmet.

2.5 Den kvalitativa forskningsintervjun

I en kvalitativ forskningsintervju produceras kunskap i ett socialt samspel mellan intervjuare och intervjuperson (Kvale et al 2009:98). Den ger bra möjligheter att registrera svar som är oväntade och en av de stora poängerna är möjligheten till uppföljningar (Esaiasson 2007:283). Planeringen av intervjuer ska göras utifrån vilken kunskap som eftersträvas, vilket ska vara tydligt för forskaren före genomförandet. Jag har planerat mina intervjuer utifrån vilken aktör det är jag intervjuar och konstruerat olika intervjuguider baserat på analys-schemat (se kapitel 2.3; bilaga 1). Min intervjumetod har varit semi-strukturerad varför olika typer av följdfrågor kan ställas och intervjufrågorna också kan anpassas efter den person som jag intervjuar. Möjligheten till följdfrågor är central då jag i enlighet med programteorins första steg - att söka information - måste kunna navigera i samtalet via den information som framkommer.

De intervjuer jag genomfört har skett både personligen och per telefon. Esaiasson (2007:264) menar att forskaren har att förhålla sig till både tid och resurser vad gäller val av metod. Eftersom detta är en kandidatuppsats finns det givetvis hänsyn att ta till brister i båda kategorier. Främst har valet dock handlat om tidsbrist för intervjupersonen, som i många fall hänvisat till hög arbetsbelastning och haft svårt att boka in en personlig intervju. Jag har i möjligaste mån försökt få till stånd en personlig intervju, därefter telefonintervju.

Intervjuerna med de respondenter jag kommit i kontakt med via enkäten har jag valt att genomföra via telefon. Detta främst på grund av att det är få frågor jag ställer och intervjun bara kräver ca 10-20 minuter.

Intervjuerna finns som ljudfiler och relevanta och använda delar finns även transkriberade. Vissa intervjuer finns endast som anteckningar och renskrivna dokument beroende på intervjupersonens inställning till att bli inspelad samt på tekniska förutsättningar. För att anonymisera intervjupersonerna har jag valt att inte avslöja deras befattning när det gäller de offentliga tjänstepersonerna. För hbtq-personerna har jag valt att inte specificera deras bostadsort eller tydliggöra deras kön eller familjesituation allt för mycket.

2.6 Avgränsningar och material

Jag har inom ramen för denna studie valt att fokusera på bemötandeproblematiken från institutioner och individer inom dem gentemot hbtq-personer. Ett annat syfte som hbtq-diplomeringen har är till exempel att säkerställa en bättre arbetsmiljö för de anställda. Jag har valt bort detta eftersom jag anser att det etiskt är mycket känsligt att försöka ringa in och undersöka anställda hbtq-personer på olika vårdenheter. Jag skulle ha svårt att garantera dem anonymitet både generellt och i relation till arbetsgivaren. Därför är detta inte lämpligt enligt min mening. Utvärdering som en del av forskningsfältet offentlig förvaltning eller mer konkret implementeringsforskningen berörs inte heller eftersom detta inte är relevant för studiens syfte.

Jag har valt att avgränsa mig till att undersöka verksamheten via nedan följande aktörer och individer inom dem. Urvalet har baserats i huvudsak på de enheter som ansvarar för diplomeringsverksamheten i de olika regionerna och landstingen samt på de dokument från myndigheter som direkt berör ämnet.

Kunskapscentrum för sexuell hälsa (KSH) ansvarar för diplomeringsverksamheten i VGR, avdelning mänskliga rättigheter inom VGR arbetar för att implementera ett rättighetsbaserat arbetssätt i regionen vilket KSH menar att de också gör med fokus på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Adlonggruppen är ansvarig för diplomeringsverksamheten i tre landsting och fem regioner.³ Lafa är ansvarig enhet i Stockholms läns landsting. RFSL är en ideell organisation som arbetar för homosexuellas,

³ Adlonggruppen är ett samarbete mellan fem regioner och landsting; Halland, Kronoberg, Jönköping, Blekinge, Kalmar, Östergötland, Örebro och Sörmland. Deras hbtq-diplomering är baserad på VGRs.

bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter. Dessutom tillkommer intervjuer med individer ur målgruppen hbtq-personer.

Urval av aktörer och material

Aktör	Material	Typ	Område
Regeringskansliet	Strategi 2014	Policydokument	Nationell nivå
Folkhälsomyndigheten	Rapport 2015	Forskning	Nationell nivå
Socialstyrelsen	Rapport 2008 Rapport 2015 Rapport 2016	Forskning Exempel-rapport Forskning	Nationell nivå Nationell nivå Nationell nivå
RFSL RFSL STHLM	Hemsida Intervju 290416	Information Anställd	Nationell nivå Stockholms län
Adlongruppen	Intervju 150416 Hemsida	Anställd Information	Mellansverige Mellansverige
Lafa	Hemsida Policy Mejlkontakt	Information HBT-policy Faktakoll	Stockholms läns landsting (SLL) SLL
Kunskapscentrum för sexuell hälsa (VGR)	Hemsida Intervju 200416 Intervju 200416	Information Anställd Anställd	VGR
Avdelning mänskliga rättigheter (VGR)	Hemsida Intervju 270416	Information Anställd	VGR
HSL	Lag	Lag	Nationell nivå
Målgruppen hbtq- personer	Intervju 1 Intervju 2 Intervju 3 Intervju 4 Intervju 5		Utanför VGR Utanför VGR VGR VGR VGR

Valet av de tre regionala områdena har gjorts för att de täcker en stor geografisk yta samt två storstadsområden. Att göra en heltäckande beskrivning för hela landet vore för tidskrävande för en studie av den här omfattningen. Valet att ta med Stockholms läns landsting har att göra med kopplingen till RFSL Stockholm och deras hbt-certifiering vilken jag fann tidigt i processen. VGR togs med för att det på senare år väldigt aktivt har arbetats med implementering av ett människorättsbaserat arbetssätt i regionen och i en handlingsplan för det framtida arbetet finns en volymökning av hbtq-diplomerade enheter med som förslag inför remissrundan (intervju AMR). Adlongruppen valdes ut för att jag ville beskriva hbtq-

diplomerings bredare och inte riskera att endast beskriva den ur ett s.k. “storstadsperspektiv”.

2.7 Eventuella hinder eller problem

Det största problemet jag stött på har varit att finna intervjupersoner inom målgruppen. Jag har tillsammans med avdelning mänskliga rättigheter och kunskapscentrum för sexuell hälsa resonerat kring vikten av att få med målgruppen som intressenter och de svårigheter detta samtidigt medför. Via enkäten fann jag dock ett tillfredsställande antal att intervjua. Några respondenter på enkäten uppmärksammade mig på problem med densamma, då den är svår att svara på för den individ som aldrig har besökt en diplomerad enhet. Dessa personer tog jag kontakt med och intervjuade för att få en mer heltäckande bild. Lärdomarna om svårigheten med att konstruera riktigt bra enkäter bär jag med mig inför framtiden.

I den här processen har jag behövt reflektera över min egen identitet och vilken betydelse den har i sammanhanget. Jag är själv hbtq-person, vilket vissa skulle säga “syns”, medan andra inte skulle märka alls. Det beror på vem man är och vilken kontext man lever i. Min identitet har möjligen påverkat mitt intresse för både policyområdet som sådant så väl som för programmet i sig. Däremot har den inte påverkat mig på så vis att jag vill se ett särskilt resultat.

Min egen identitet som hbtq-person i den mån den varit synlig eller på annat sätt framträtt har dock spelat roll på andra sätt. Den har bland annat förenklat tillträdet till målgruppen för mig. Den har haft betydelse vad gäller förtroendet för mig, då jag snabbt märkte att jag fick mycket större respons på annonseringar där min identitet som tillhörande gruppen framkom inledningsvis. Tillträdet till målgruppen har på många sätt varit direkt avhängigt detta förtroende för mig som hbtq-person snarare än i min roll som forskare. Detta är ett faktum som är värt att reflektera kring inför eventuella framtida utvärderingar.

3. Hbtq-diplomeringen på policynivå

I detta kapitel presenteras en beskrivning av hbtq-diplomeringen på policynivå. Även policyns uppkomst och historia beskrivs och resultaten från enkätstudien presenteras.

Hbtq-diplomeringen existerar som idé och policy nationellt. Bland annat i den strategi som regeringen tog fram 2014 som tidigare nämnt. Policyn är inte särskilt samlad eller starkt styrd nedåt. Nödvändigheten med en konkret förändring av bemötandet av hbtq-personer i vården beläggs som tidigare visat av aktuella studier. Problemet är presenterat, belagt och accepterat som giltigt i den aktuella diskursen. Att bemötandeproblematiken är central är tydligt i policyn, så väl som att utbildning av vårdpersonalen är en eftersträvansvärd lösning. Detta i form av "kunskapsspridning" samt "preventiva insatser". Även Folkhälsomyndigheten lyfter i flera fall fram bemötandeproblematiken som central och utbildning som en viktig lösning på problemet.⁴ Socialstyrelsen fick via regeringens strategi ett antal uppdrag, varav ett var att sätta samman en exempelsamling om hur olika verksamheter arbetat med hbtq-inkludering (Socialstyrelsen 2015-3-14). I denna lyfts bl.a. hbtq-diplomeringen som utbildningsinsats tillsammans med andra metodstöd.

"Som ett led i att implementera Hbt-policyn och ytterligare utveckla hbt-kompetensen hos medarbetare inom hälso- och sjukvården tar Lafa just nu fram en hbt-diplomering. Utbildningen kommer att lanseras under 2015 och kommer att syfta till att stärka enskilda verksamheters hbt-arbete med särskilt fokus på patientarbetet." (SLL 2015)

Idén om utbildning om hbtq-frågor inom vården finns hos flera aktörer på den kommunala nivån. Det orsakssamband som går att skönja här är att utbildning leder till ökad kunskap och förståelse och därmed ett bättre och mer relevant bemötande. Av det förväntas ökad hälsa komma tack vare att hbtq-personer dels slutar att avstå vård på grund av rädsla för diskriminering, dels inte behöver utstå diskriminering i sig. Policyn är också uppbyggd efter denna logik, med tydlig styrning om just utbildningsinsatser, spridning av effektiva metoder och insatser med kraftig tyngdpunkt på bemötandet.

⁴ Se <https://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/halsa-och-sexualitet/hbt-och-halsa/> för ett antal exempel på rapporter.

Ansvarsfrågan är dock något oklar. Styrningen från myndigheterna beskriver inget ansvar för implementering hos dem själva, eller hos särskilda enheter i landstingen och regionerna. Underförstått ska givetvis myndigheter och alla som lyder under myndigheterna följa regeringens strategi, acceptera de forskningsresultat som bl.a. Folkhälsomyndigheten redovisar och arbeta med de områden som strategiskt lyfts fram. Socialstyrelsen fick särskilda uppdrag som de redovisat (Socialstyrelsen 2015-3-14). Till stor del tycks det handla om att informera och uppmärksamma frågan gentemot landsting och regioner för att på så vis föra ner policyn på lokal nivå.

De som ansvarar för utbildningarna betonar att de enskilda enhetscheferna har ansvaret för den faktiska implementeringen, medan de utbildande enheterna själva endast ansvarar för tillhandahållandet av kunskapen och verktygen samt i viss utsträckning uppföljning (Närhälsan 2016). Ansvaret för resultaten är delat eller saknas. Det tydligaste resultatet som beskrivs är andel av personalen som genomgår utbildningen, där ett krav finns på att 95 % av personalen ska ha närvarat för att diplomering ska kunna ske (Närhälsan 2016; intervju KSH 1; Adlongruppen 2015). Särskilda resultatmål har varit svåra att finna. För verksamheten i VGR finner jag ett resultatmål i Socialstyrelsens kunskapsspridande exempelrapport. Där står att samtlig personal vid alla mottagningar inom Närhälsan ska ges hbtq-kompetens (Socialstyrelsen 2015-3-14:15). Målet saknar dock bortre tidsgräns. Motsvarande mål i andra regioner eller landsting har jag inte funnit.

I alla dokument beskrivs det bristfälliga bemötandet som ett centralt problem, varför en effekt man vill se är ett bättre bemötande. Konkret innebär det att minska andelen som uppger att de utsatts för ett diskriminerande bemötande i vården. I vissa dokument och i intervjuer framkommer att en annan effekt man förväntar sig är att minska andelen som uppger att de avstår vård av rädsla för att kanske bli utsatta för ett diskriminerande bemötande. Den fysiska diplomeringen - märket som pryder enheternas hemsidor eller märket som sitter i väntrum, på dörrar och på andra ställen ute på de fysiska enheterna - är tänkt att signalera trygghet till målgruppen för att på så vis ge effekten att fler vågar besöka vården (RFSL Stockholm, intervju KSH 1).

“Hbtq-personer har ofta dåliga erfarenheter av heteronormativt bemötande från vårdpersonal, vilket gör att många undviker att söka sjukvård.” (Adlongruppen 2015)

Ursprunget till den konkreta idén om en processutbildning för personalen inom vården har jag via både dokument och intervjuer funnit hos RFSL Stockholm och en individ som

arbetade där som kurator 2007. Idén var föranledd av hbtq-personers egna berättelser om diskriminerande bemötande (intervju RFSL STHLM). Via uppgifter om årtal och involverade aktörer har jag fått en tydlig bild av att RFSL Stockholms HBT-certifiering var den första utbildningen av detta slag och att denna sedan stått som modell för de andra processutbildningar som vuxit fram i dess kölvatten.

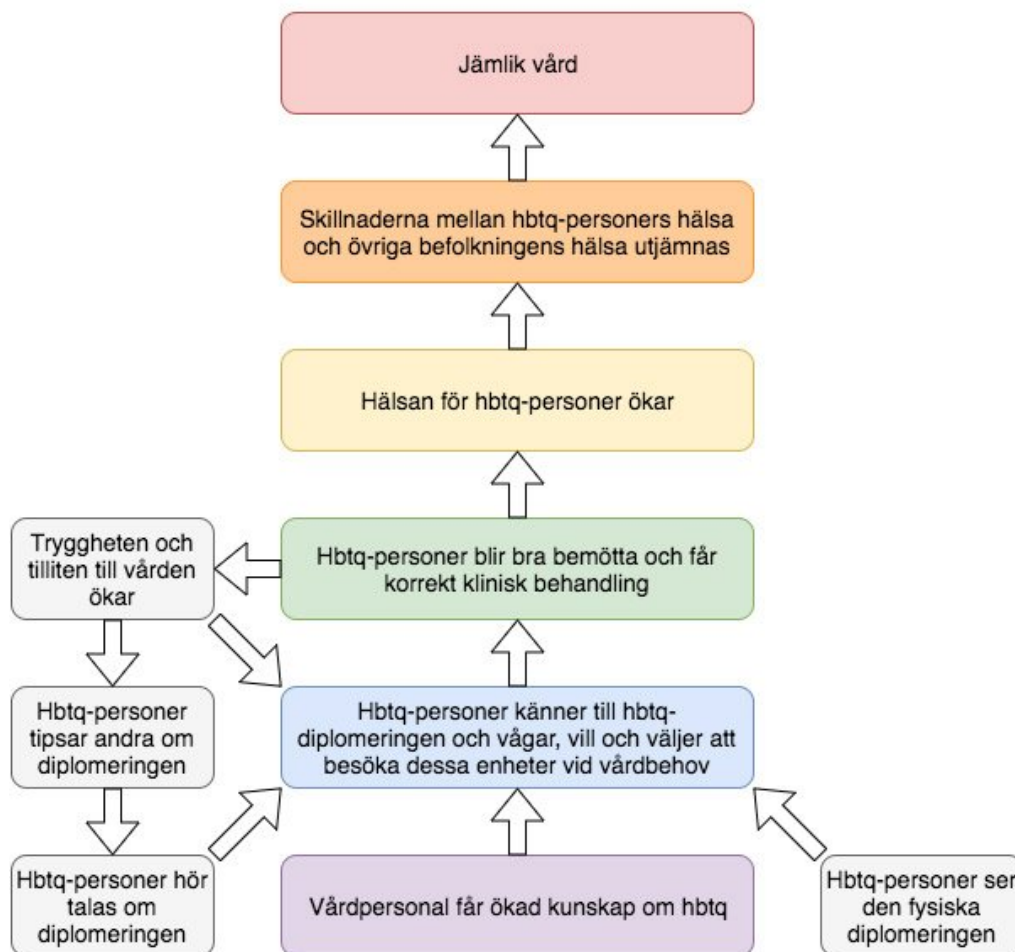
“I grunduppdraget ingår ju att alla ska kunna få vård var de vill, rätt att kunna gå till sin närmsta vårdcentral t.ex och bli både bra bemött och få adekvat vård.” (intervju RFSL STHLM)

Själva idén om en certifiering låg i tiden, som ett väl etablerat begrepp och en metod för att kvalitetssäkra en gedigen verksamhetsutveckling. Ungefär som miljöcertifieringar. RFSL Stockholm startade en verksamhet som sålde tjänster till Stockholms läns landsting och sedan vidare till andra aktörer. Processutbildningen blev uppskattad av enheterna och policyn som sådan accepterades som en god lösning och togs senare in i egen regi på flera håll i landet. På RFSL Stockholm menar man också att det märktes en tydlig tillströmning av hbtq-personer som vårdtagare på pilotenheten.

“Man utvärderade och följde upp utbildningen efter piloten och märkte en konkret förändring hos personalen så väl som en tillströmning av patienter som sökte sig dit.” (intervju RFSL STHLM)

Bild 2.

Resultatkedja



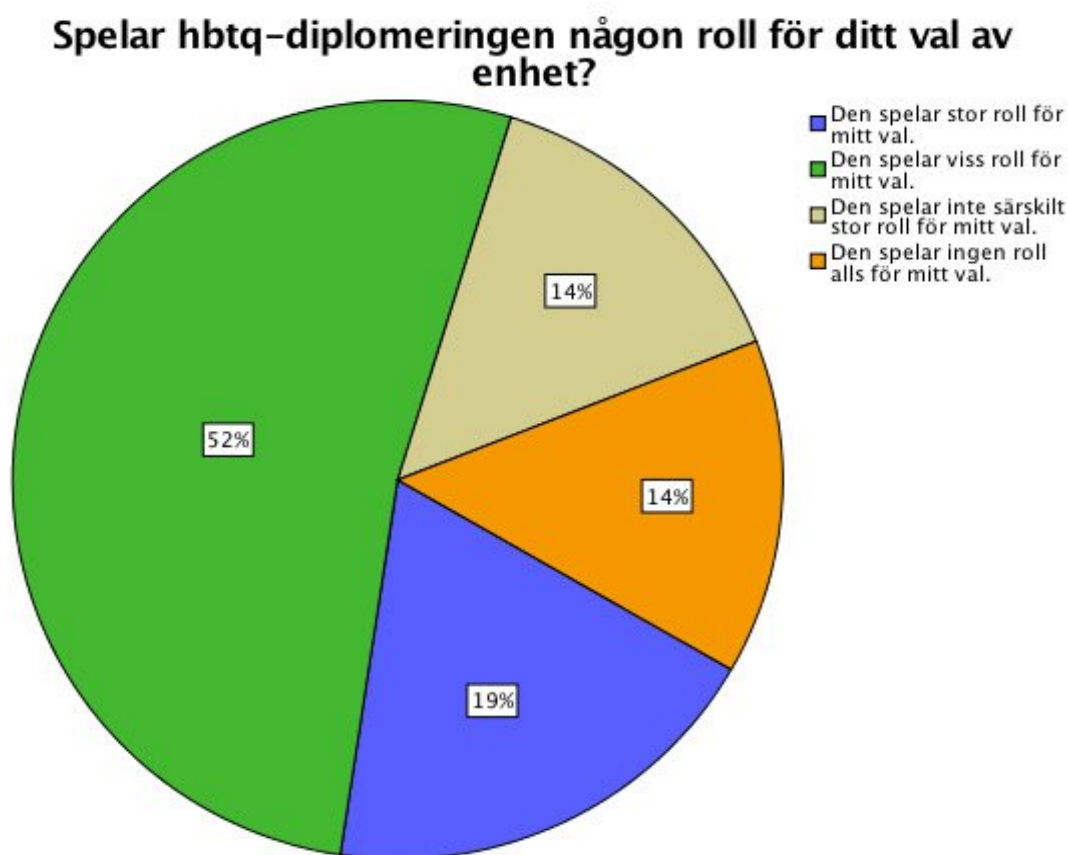
Med utgångspunkt i denna beskrivning av policyns tänkta resultatkedja har jag identifierat ett antal kritiska framgångsfaktorer för att denna ska kunna fungera som tänk, som följer nedan:

- Känner hbtq-personer till hbtq-diplomeringen?
- Spelar hbtq-diplomeringen roll för deras val av enhet (vårdcentral, barnvårdscentral osv)?
- Upplever målgruppen någon skillnad i bemötande på en diplomerad enhet i jämförelse med en icke-diplomerad enhet?
- Påverkar diplomeringen målgruppens känsla av trygghet i mötet med vården?

Logiken säger att om dessa fyra kriterier uppfylls så kan policyn förväntas fungera som tänkt och i slutändan ha möjlighet att påverka i vilken utsträckning hbtq-personer upplever ett

diskriminerande bemötande i vården. På så vis förväntas den därmed även ha positiv effekt på målgruppens hälsa och utjämna skillnaderna mellan hbtq-personer och befolkningen i stort.

För att testa om logiken i policyn stämmer överens med verkligheten har jag använt mig av resultatet från den enkätstudie och de intervjuer jag genomfört. Av de 42 respondenterna kände 88 % till hbtq-diplomeringen. 71 % svarade att en diplomering spelar viss eller stor roll för deras val av enhet.



45 % upplever ett bättre bemötande på en diplomerad enhet än en som inte är diplomerad, medan nästan 55% inte upplever någon skillnad. Men - av de som svarat att de inte upplever någon skillnad känner sig ändå 74 % tryggare i att de kommer bli bra bemötta när de ser den fysiska diplomeringen.

Bild 3.

Korstabell. Variablarna "vad känner du när du ser diplomeringen..." och "upplever du någon skillnad i bemötande..."						
			Vad känner du när du ser diplomeringen			Total
			Jag känner ingenting inför det.	Jag känner mig tryggare i att jag kommer att bli bra bemött.	Övrigt	
Upplever du någon skillnad i bemötande	Jag upplever att bemötandet i allmänhet är BÄTTRE på en hbtq-diplomerad värdenhet.	Count	0	19	0	19
		% within skillnad	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Jag upplever ingen skillnad.	Count	4	17	2	23
		% within skillnad	17,4%	73,9%	8,7%	100,0%
Total		Count	4	36	2	42
		% within skillnad	9,5%	85,7%	4,8%	100,0%

Fotnot: De svarsalternativ som inte fått några svar syns inte i tabellen.

Mina intervjuer med personer ur målgruppen bekräftar även de resultatkedjans logik. Alla respondenter kände till hbtq-diplomeringen i någon utsträckning och majoriteten av dem tyckte också att diplomeringen påverkar deras val av enhet. Bilden som framkommer är givetvis mer nyanserad i intervjuerna. Bland annat förefaller det vara mer viktigt med en diplomerad enhet i vissa fall än i andra. Den reella fysiska tillgängligheten påverkar också i vilken utsträckning man överhuvudtaget kan välja en diplomerad enhet och därmed också om den kan spela någon reell roll för ens val. En person upplevde att det spelade större roll innan hen hade barn, då det också var enklare att åka längre. En annan att tillgängligheten till diplomerade enheter på små orter är dålig.

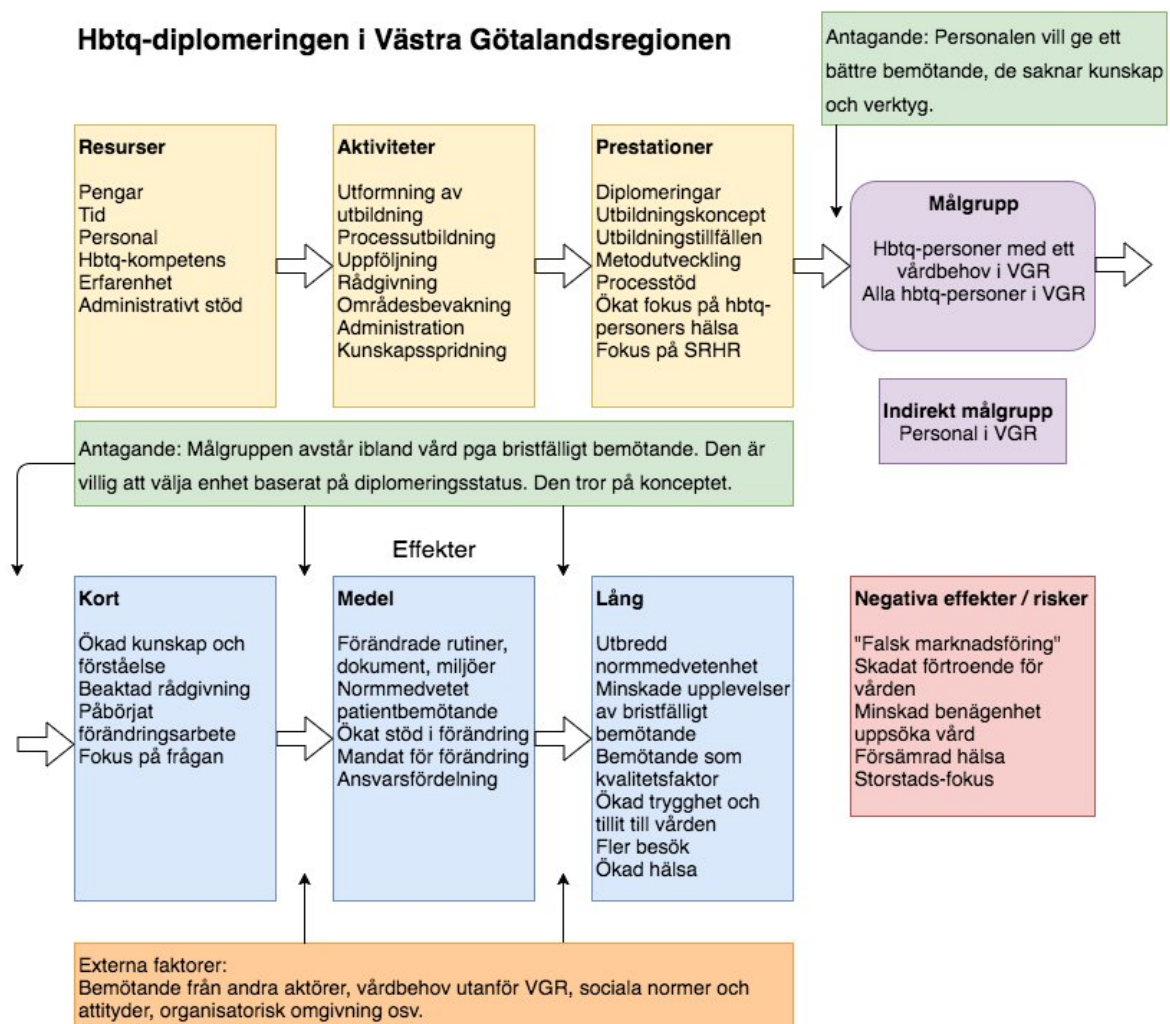
"...när vi valde MVC då valde vi ju en som vi visste var det [diplomerad, red. anm.] ... Då kändes det som att det var jätte jätteviktigt, att vi skulle vara mer säkra på att vi båda skulle bli okej bemötta som föräldrar... innan man ens hade barn då kunde man ju också vara mer flexibel och ha vi kan åka vart som helst bara vi får ett bra bemötande." (intervju hbtq-person 1)

"När du är i sjukvården så är du redan i en utsatt position... Till exempel mellan NN [ortsnamn red. anm.] och NN är det bara 2 mil, så där skulle jag lätt kunna åkt emellan utan problem... Jag har alltid vetat att det finns i större städer... sen i mindre städer så är det ju värre." (intervju hbtq-person 2)

4. Hbtq-diplomeringen i Västra Götalandsregionen

I det här kapitlet fortsätter jag min beskrivning av hbtq-diplomeringen och går in på den specifika verksamhet som bedrivs i VGR. Jag beskriver programteorin och presenterar mer ingående resultat från intervjustudien.

Bild 4.



I VGR ansvarar enheten kunskapscentrum för sexuell hälsa (KSH) för diplomeringsverksamheten. Enheten är organiserad i primärvården, som en utvecklingsenhet vars grunduppdrag är att förebygga spridning av HIV, STI (sexuellt överförbara infektioner) och hepatiter. Den administrerar det statliga HIV-bidraget i VGR i samarbete med Folkhälsomyndigheten (Närhälsan, 2016, intervju KSH 1). Mitt fokus ligger som bekant på hbtq-diplomeringen och därför ingår endast de aktiviteter som är relaterade till den i beskrivningen.

På programnivå bygger hbtq-diplomeringen i VGR på samma antaganden och orsakssamband som den gör på policynivå. Det finns två väsentliga skillnader som framkommer. Den ena är att det förs ett resonemang om vad som händer om personalen inte har viljan att förändra sitt bemötande. Man är medveten om att ett antagande som kan hindra utvecklingen är att personalen alltid vill genomgå utbildningen eller förändra sitt bemötande, eftersom det inte alltid stämmer överens med verkligheten. Den andra att man är medveten om potentiellt negativa effekter och risker.

“Vi ger ju inte alla en diplomering utan det förekommer ju också att de inte blir diplomerade... Det kan vara om det är en väldigt dålig attityd i gruppen, en sådan känsla att man faktiskt inte tänker förstå det här. Man vill inte förstå.” (intervju KSH 1)

“Tänk om personer skulle komma till verksamheten, se dekalen och tänka att det här blir bra! Och så stämmer inte det.” (intervju KSH 2)

Utbildningen består av två utbildningstillfällen och en utvecklingsuppgift som ska genomföras däremellan. Därefter sker uppföljning efter sex månader och efter två år. De som missat utbildningen av olika skäl eller blivit nyanställda på enheten får gå en så kallad “Catch-up utbildning” (intervju KSH 1). Det är en processutbildning som inte bara ska förmedla information utan också ändra tankemönster, rutiner och attityder. Man eftersträvar att hitta ett gruppklimat som kan “öppna upp”. Utbildningen anpassas efter vilka som går den, exempelvis om det är personal som har direkt kontakt med patienter eller som t.ex. arbetar som administratörer. Första delen består av HBTQ-historia, rättighetsperspektiv och begrepp, med extra fokus på transbegreppen. Man talar om normer så som heteronormen och cis-normen⁵ och om hbtq-personers hälsa och hur normer kan påverka den. Tid för frågor och diskussion finns (intervju KSH 2).

Därefter får enheten en utvecklingsuppgift som några i personalen ansvarar för. Den består av att granska sin egen verksamhet. Till exempel genom att gå igenom hur man brukar tilltala sina patienter, hur journaler eller andra dokument ser ut, hur den fysiska miljön ser ut och så vidare.

Vid det andra utbildningstillfället går man igenom uppgiften och ger tips om hur man kan göra en sådan typ av granskning till rutin. Därefter följer nya utbildningsteman, som t.ex. när transsexualism är en diagnos, våld i nära relationer, hatbrott och hedersrelaterat våld eller familjejuridik för hbtq-personer (ibid).

⁵ Se begreppsförklaringen efter innehållsförteckningen.

Man understryker att man inte ger personalen en konkret manual för hur man exakt ska tilltala personer inom hbtq-gruppen. Detta eftersom man inte vill skapa fler/nya fördomar om gruppen eller behandla individerna inom dem som ett kollektiv som alla vill bli bemötta på exakt samma sätt. Däremot exemplifierar de hur man kan tänka genom att presentera ordet “partner” som bra att använda när man frågar om en patients eventuella relation. Tanken är att personalen själva ska komma fram till ett bra språkbruk (intervju KSH 2).

Antagandet som programteorin i det här fallet bygger på är mer realistiskt. Man antar att de flesta vill förändra sitt bemötande och genomgå utbildningen och att många som initialt motsätter sig detta kan påverkas via utbildning. Man nämner också att motstånd mot utbildningen inte är det största problemet, utan det är tystnad. Den är både svårare att bedöma och att bemöta (intervju KSH 2). Man är därmed medveten om de hinder som finns i antagandet om personalens vilja och vilka risker det medför i form av negativa effekter. KSH antar att utbildningen i hög grad påverkar personalens kunna och förstå, medan man inte har uttalat lika klart hur den kan påverka deras vilja.

De effekter på ökad trygghet och bra bemötande som jag redovisade i föregående kapitel gäller även här eftersom resultatkedjan är oförändrad. De negativa effekter man tänker sig kan uppstå av programmet har också bekräftats i mina intervjuer. Det handlar om att målgruppen får minskat förtroende för både diplomeringsenheten och vården i stort. Förutom att bli diskriminerande bemött i vården adderas även en besvikelse på att ens förväntningar på ett gott bemötande på en hbtq-diplomerad enhet inte möts. Man känner sig lurad. En person berättar att hen tidigare hade högre förväntningar på diplomerade enheter till vilka hen sökte sig, men nu “skiter i vilket för dom kan inget” efter att där ha blivit bemött på ett diskriminerande sätt.

“Dom stod som frågetecken när det framkom att jag är transsexuell. ‘Då är det inte ditt barn?’ frågade dom. Inför en gruppaktivitet frågade ledaren vad hon skulle kalla mig. Jag hade presenterat mig med ett pronomen. Varför frågar hon så? Hon var diplomerad.”
(intervju hbtq-person 3)

De flesta av de tillfrågade intervjupersonerna känner till hbtq-diplomeringsenheten, däremot inte dess innehåll eller omfattning i någon större utsträckning. De presenterar överlag en bild av den som mindre omfattande än den är. De är ofta positivt inställda till idén och anser att utbildning behövs, men upplever att personalen ändå saknar djupare förståelse för konkreta saker så som på vilka olika sätt man kan få barn. Förväntningarna på språkbruket är högre på

en diplomerad enhet. På dessa förväntar man sig öppna frågor utan antaganden om familjesituation. Detta bekräftar den känsla av trygghet som diplomeringsen förefaller ge upphov till.

“Jag har högre förväntningar på att de inte ska anta att man har en man eller säga ‘barnens pappa’ som de gör på andra ställen. Utan att ens ha frågat. Jag tänker att om man är diplomerad så säger man snarare partner.” (intervju hbtq-person 4)

Ansvar för implementeringen ligger på enheten som genomgår processutbildningen, men KSH har informella strategier för att försöka hantera när ett tillfälle uppstår då de inte kan diplomera enheten. Det kan vara så att en enskild person i personalgruppen förhindrar detta. Det verkar inte finnas en samlad strategi för hur man hanterar en sådan situation, men diskussioner om det som sagts i gruppen tas upp som en strategi, där man försöker få person/en/erna att reflektera och tänka om genom processen. Om de trots detta vidhåller sina åsikter genom processen blir enheten inte diplomerad.

Att syftet är jämlik vård och ökad hälsa för hbtq-gruppen via ett bättre bemötande är solklart via både dokument, hemsidor och intervjuer. Man talar övertygande om tillgänglighet till vården och förklarar ingående hur bemötande direkt påverkar individers möjlighet att dels ens besöka vården, dels få rätt behandling. De anställda på KSH relaterar sitt arbete som ett sätt att implementera mänskliga rättigheter i VGR. På programnivå är förståelsen för hur bemötandet direkt påverkar hälsan både mer uttalad och djupare. Man är medveten om att bemötandet påverkar benägenhet att uppsöka vården, men man är också medveten om att ett normativt bemötande riskerar få direkta konsekvenser för den kliniska praktiken, till exempel om man antar att en person är heterosexuell och därmed drar slutsatser om hens sexuella praktik.

“Man ska följa patienten i hur den vill bli titulerad, pronomen t.ex., och vara lyhörd för det. I dom situationer där det är relevant med sexuell identitet eller som det oftare handlar om - praktik - så ska man våga ställa de frågorna. Om vi inte kan fråga ‘Hur hade du sex?’ riskerar vi att provta på fel ställe och människor får inte den vård som dom har rätt till.” (intervju KSH 1)

KSH är till största del finansierat av statliga HIV-medel, varför det traditionellt finns ett fokus på målgruppen män som har sex med män (intervju KSH 1, Närhälsan 2016). I grunden ligger en tanke om smittskydd men KSH menar själva att de arbetar med ett helhetsperspektiv

i enlighet med SRHR eftersom man måste arbeta brett för att nå resultat⁶. Diplomeringsen är utformad så att kostnaden för enheten som vill diplomerar täcker löner m.m. för KSHs personal. Den är alltså i princip självfinansierad. Detta är också en anledning till att verksamheten inte utvärderats externt, då medel för detta inte finns i någon vinstmarginal (intervju KSH 1).

Ansvar för resultatet är delat på flera aktörer men förefaller något oklart. KSH ansvarar för utbildningens kvalitet och för att inte diplomera enheter som inte lever upp till deras krav, medan enheterna själva ansvarar för själva implementeringen (i form av förändrade arbetssätt, nya rutiner, förändrad miljö etc). KSH har inget övergripande ansvar att kontrollera de diplomerade enheterna kontinuerligt för all framtid, men följer upp arbetet efter sex månader och efter två år (Intervju KSH 1). De arbetar även med kunskapsspridning bland annat genom att på ett väldigt konkret sätt ha hjälpt Adlongruppen att utforma sin egen hbtq-diplomering (Adlongruppen 2015, intervju KSH 1). Uppgiften om att KSH har som mål att diplomera all personal vid alla enheter inom Närhälsan stärks av intervjuer med både personal vid KSH och avdelning mänskliga rättigheter. I en handlingsplan för mänskliga rättigheter i VGR som är på remissrunda nu ingår förslaget att "öka volymen" på diplomeringarna (intervju KSH 1; intervju AMR).

Det finns en risk för att tillgängligheten förbises i högre utsträckning i "perifera" delar av VGR, vilket syns på listan av de enheter som är diplomerade (Närhälsan 2016 [2]). Detta är dock i hög grad beroende av externa faktorer så som vårdvalet, vilket påverkar olika typer av enheters möjligheter att genomgå utbildningen. Enheter som inte kan stänga sin verksamhet under en dag har mycket svårt att genomföra diplomeringen eftersom hela personalstyrkan måste delta. Detta har gjort att bland annat vårdcentraler i mycket lägre utsträckning är diplomerade än andra typer av mottagningar, som t.ex. ungdomsmottagningar (Intervju KSH 1). I listan syns också att storstadscentrering i princip inte märks av över listan på diplomerade ungdomsmottagningar.

"Jag upplever en enorm positiv skillnad i bemötande före och efter diplomeringen. De kränkande saker de sa och gjorde tidigare har de slutat med. De kände själva att bemötandet inte blev bra tidigare men kunde inte hantera situationen." (intervju hbtq-person 5)

⁶ SRHR står för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och är en del av de mänskliga rättigheterna. Läs mer på srhr.se.

Sammanfattningsvis visar resultaten att en hög andel hbtq-personer känner till hbtq-diplomeringen och att den har stor eller viss betydelse för valet av vårdgivare för en stor majoritet av dem. Den visar också att nära hälften av de tillfrågade upplever en positiv skillnad i bemötande. Vidare visar resultatet att majoriteten av respondenterna som inte upplevt någon skillnad i bemötande ändå känner sig tryggare i att de kommer att bli bra bemötta på en diplomerad enhet. Studien visar också att KSH har en hög självinsikt och att programlogiken är realistiskt uppbyggd där de risker och hinder som finns är uttalade. Vidare kan man se att målgruppen i stort har en positiv bild av hbtq-diplomeringen och dess potential men pekar ut att de negativa effekter och risker man förutspått också inträffar ibland. Resultaten från enkätstudien och intervjuerna harmoniserar både med varandra och med det skriftliga material jag analyserat.

5. Analys och diskussion

Jag har presenterat en programteoretisk beskrivning av hbtq-diplomeringen på policynivå och programnivå. Via programteorin fann jag de kritiska framgångsfaktorer som jag sedan använt som indikatorer i utvärderingen. Utvärderingen visar att programmet uppnår positiva resultat i de kritiska framgångsfaktorerna. Hbtq-personer känner till hbtq-diplomeringen och den har betydelse för deras val av vårdgivare och enhet i stor utsträckning. Ungefär hälften upplever ett bättre bemötande på en diplomerad än en icke-diplomerad enhet, resterande upplever ingen skillnad. Ingen har upplevt ett sämre bemötande på en diplomerad enhet. De som inte upplever någon skillnad känner sig i mycket stor utsträckning ändå tryggare i att bli bra bemött på en diplomerad enhet. Studien har därmed belagt att hbtq-diplomeringen både kan förväntas ha positiv effekt i enlighet med sitt syfte och också de facto har det. Nedan relaterar jag dessa resultat till de teorier om förändring jag presenterat (2.2) som förklarar hur detta kommer sig.

Enligt Lundquist modell har programmet tydliga möjligheter att påverka tjänstepersonens "kunna" och "förstå". Resurser i form av tid, mandat för förändring och regelrätt kunskap kommer av utbildningstillfällena och påverkar således "kunna". Verktygen för att kunna forma sitt eget arbete så som tjänstepersonen önskar ges därmed. Tjänstepersonernas förståelse för programmet dess nödvändighet påverkas från flera håll. Utbildningen i sig och de fakta som personalen presenteras med utgör givetvis kärnan i förståelsen.

Processutbildningen belägger hbtq-personers sämre förutsättningar för hälsa och kopplingen det har till bemötandeproblematiken. Den ger flertalet välgrundade argument för programmets nödvändighet och därtill verktyg att förändra bemötandet. Vårdpersonalen presenteras med väl belagd kunskap om varför bemötandet är viktigt för hälsan från källor som har hög status inom professionen, bl.a. Socialstyrelsen. I enlighet med teorin om kognitiv dissonans kommer den individ som tidigare haft kognitionen att bemötandet inte spelar roll för hälsan kraftigt få denna utmanad och därmed pressas att ändra sin uppfattning. Att bemötandet inte har betydelse för hälsan är en åsikt, vilket är en typ av kognition som lättare förändras än de kognitioner som uppfattas som fakta. Därför är det troligt att det för individen är rimligare att förändra sin uppfattning om bemötandets betydelse för hbtq-personers hälsa, än att försöka rättfärdiga att studierna från Socialstyrelsen med flera tunga aktörer skulle vara felaktiga. Personalen får i processen konkret utbildning och förståelse om

begrepp och familjekonstellationer. De får även verktyg för att ändra rutiner och tankesätt och på så vis kan de sedan förändra sitt bemötande. Både “förstå” och “kunna” uppfylls.

Personalen kommer också att uppleva en social press att förändra sig. Inte minst blir personalen pressad att förändra sina normer, där många faktorer samverkar. Som Lundquist framhåller kan människan via medvetandegörande och reflektion förändra sin bild av verkligheten i socialiseringsprocessen, vilket är det som kan ske här. Även externa faktorer som t.ex. samhällets syn på hbtq-personer i stort påverkar givetvis detta.

Lundquist menar att det är i viljan som problem oftast uppstår, vilket också är fallet vad gäller hbtq-diplomeringen. När programmet trots allt “misslyckas” sker detta på två sätt. Antingen genom att inte kunna utfärda en hbtq-diplomering eller genom att personal på diplomerade enheter trots allt inte bemöter patienten på ett acceptabelt sätt. Man skulle då kunna argumentera för att logiken i schemat brister och att antagandet om programmets förmåga att påverka viljan hos dem som inte redan har den saknas.

Men hur är det då med det diskriminerande bemötandet som sker på enheter som trots allt är diplomerade? I mina intervjuer med de anställda på KSH togs fenomenet att tillfråga patienten på ett kränkande sätt, eller använda dem som uppslagsverk, upp som något de understryker att man inte ska göra. Därför kan jag inte bedöma att vare sig kompetensen eller utbildningsprocessen brister vad gäller exemplet i föregående kapitel. Det är inte så att utbildningen är en fullständig garanti på att dåligt bemötande aldrig kommer att förekomma. Kontrollen över detta ligger främst hos personalen på enheterna. Att diskriminerande bemötande förekommer även efter en diplomering är inte alltid ett bevis på att någon som saknat vilja att ta till sig utbildningen har slunkit igenom, eller att utbildningen i sig har grava brister. Det kan i de flesta fall sannolikt förklaras av den mänskliga faktorn. Misstag, helt enkelt. Personalen har misslyckats med att omsätta kunskapen i praktiken. Detta kan hända trots att de både vill, kan och förstår, vilket Lundquists modell inte förmår förklara fullt ut. Detta kan vi dock resonera om som människor. Vi kan göra fel av många olika anledningar, till exempel gammal vana i språkbruket. Det är alltså inte främst frågan om ett teorifel när implementeringen inte lyckas och hbtq-personer på diplomerade enheter utstår diskriminerande bemötande eller en enhet inte blir diplomerad, utan mindre genomförandeproblem. Detta menar jag även styrks av att en stor andel också upplever bemötandet på de diplomerade enheterna som bättre.

Tid är en viktig aspekt för att förklara detta. Som Lundquist påpekat påverkar de olika processerna individen efter olika lång tid. Informationsprocessen når individen efter en viss

fördröjning. Det är i den kategorin "förstå" påverkas och där kognitiv dissonans förklarar hur detta sker - genom att ändra vårdpersonalens kognitioner. Att denna är fördröjd innebär just att misstag kan ske trots att viljan finns. Individen kan ha olika lätt eller svårt för att omsätta sin nya kunskap i praktiken och det kan också ta olika lång tid för hen att förändra sitt bemötande helt. Individer har även olika stort behov av att få testa och försöka, samt olika behov av repetition. Vidare menar Lundquist att socialiseringsprocessen är den mest fördröjda och att det är inom denna som "vilja" formas. Tillsammans med kognitiv dissonans kan detta förklara varför programmet kan vara oförmöget att direkt påverka den personal som verkligen inte har viljan. Socialiseringsprocessen påverkar vad vi anser är sant och de kognitioner vi har vilka vi uppfattar som fakta är de vi är minst benägna att förändra. I teoriavsnittet exemplifierades detta med att det är mycket svårt att förändra en individs uppfattning om att gräs generellt är grönt. Det som händer när en enhet inte blir diplomerad är alltså sannolikt följande: Vissa av de individer som uttrycker exempelvis kränkande åsikter om hbtq-personer under utbildningsprocessen har kognitioner som de anser är fakta, som inte är förenliga med den kunskap som de då möter. När dessa individer presenteras med nya kognitioner om hbtq-personer, deras hälsa och hur bemötandet påverkar hälsan, avfärdar de alltså sannolikt informationen. För att tydligare förstå hur detta går till kan man föreställa sig denna process med personal som till exempel menar att det är ett biologiskt faktum att det finns två kön och att det kön man har är helt bestämt av vilken kropp man föddes med. Denna individ kan vara svår att påverka vad gäller förståelse för transpersoner, exempelvis. Socialiseringsprocessen verkar dock långsamt, och det finns ingen anledning att anta att framtida försök inte kan ge andra resultat så småningom. Som Lundquist konkluderat spelar tidsaspekten stor roll och försvårar empirisk utvärdering av relationen mellan strukturell förändring och individens reaktion. Därför menar jag att fler utvärderingar av programmet är motiverade i framtiden.

Så spelar hbtq-diplomeringen någon roll? Min undersökning har visat att svaret är ja - hbtq-diplomeringen spelar roll och den gör det via att bidra till positiva effekter i enlighet med sitt syfte. Policyn och programmet är enligt min bedömning därmed väl fungerande och kan förväntas bidra till måluppfyllelse inom policyområdet.

Studien har därmed empiriskt bidragit till forskningen om denna policy och program och hur dessa implementerats i Västra Götalandsregionen, via en fallstudie. Den kan användas som kunskapskälla vid framtida utvärderingar, för optimering av verksamheten i VGR och som inspiration för utveckling av närliggande policys och program. Undersökningen har visat på

ett konkret sätt hur programteori kan användas för att göra teoretiskt väl underbyggda utvärderingar och på så vis också bidra till den teori om förändring som används, så väl som till implementeringsforskningen i stort. Förutom att den också bidrar till djupare kunskap om den konkreta verksamheten, förstås.

Referenser

Tryckta källor

- Roth, Niklas, Boström, Gunnel och Nykvist, Karin, 2006. *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer*. Folkhälsoinstitutet.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*.
- Regeringskansliet 2014. *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck*.
- Folkhälsomyndigheten 2014. *Utveckling av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland hbt-personer*.
- Ungdomsstyrelsen 2010:2. *Hon hen han - En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner*.
- Socialstyrelsen 2008-123-6. *Det dubbla utanförskapet. Mångfald och sexuell läggning bland äldre*.
- Socialstyrelsen 2016-2-23. *Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap*.
- Rättighetskommitténs kansli, VGR 2011. *Mänskliga rättigheter i Västra Götland - "jag ska inte behöva outa mig själv varje gång jag har ett samtal"*.
- Esaiasson, P. 2007. *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*, Norstedts juridik, Stockholm.
- Blom, B. & Morén, S. 2007. *Insatser och resultat i socialt arbete*. Studentlitteratur, Lund.
- Funnell, S.C. & Rogers, P.J. 2011. *Purposeful Program Theory*, Jossey-Bass.
- Donaldson, S. I. & Lipsey, M.W. 2006. Roles for theory in contemporary evaluation practice: Developing practical knowledge. In I.F. Shaw, J. C. Greene, & M. M. Mark (eds.), *The SAGE Handbook of Evaluation*. Sage, London.
- ESV, Ekonomistyrningsverket 2001. *Verksamhetslogik*. 2001:16.
- Regeringens skrivelse 2001/02:83. *En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna*.
- Regeringens skrivelse 2005/06:95. *Strategiska utmaningar – En vidareutveckling av svensk strategi för hållbar utveckling*
- Wicklund, R.A. & Brehm, J.W. 1976. *Perspectives on cognitive dissonance*, Erlbaum, Hillsdale, New York.

Lundquist, L. 1987. *Implementation steering: an actor-structure approach*, Studentlitteratur, Lund.

Lundquist, L. 1992. *Förvaltning, stat och samhälle*, Studentlitteratur, Lund.

Tedros, A. 2007. Integration genom avtal. I Siverbo, S. (red). *Demokratisk och effektiv styrning. En antologi om forskning i offentlig förvaltning* (s. 225-237). Studentlitteratur, Lund.

Sannerstedt, Anders. 2001. *Implementering* ur Rothstein, Bo (2008) *Politik som organisation*. SNS Förlag, Stockholm.

Kvale, S., Brinkmann, S. & Torhell, S. 2009, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, 2. uppl. edn, Studentlitteratur, Lund.

Socialstyrelsen 2015-3-14. *Att främja hbtq-personers lika rättigheter och möjligheter - förutsättningar och exempel*.

Elektroniska källor

ILGA 2015. *What is ILGA-Europe*. www (<http://www.ilga-europe.org/who-we-are/what-ilga-europe>) hämtad 2016-04-2.

Council of Europe 2005. *Communiqué de presse - 027(2005)*. www (<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?p=&id=828639&Site=COE&direct=true>) hämtad 2016-04-20.

ILGA 2016. *Rainbow map*. www (<https://rainbow-europe.org/#8662/0/0>) hämtad 2016-05-10.

Linna, Katri. 2010. HBT-personer får inte den vård de har rätt till. *DN Debatt*. 2010-07-26. [www \(http://www.dn.se/debatt/hbt-personer-far-inte-den-var-d-de-har-ratt-till/\)](http://www.dn.se/debatt/hbt-personer-far-inte-den-var-d-de-har-ratt-till/) hämtad 2016-02-22.

Folkhälsomyndigheten, 2015. *Hbt och hälsa*. [www \(http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/halsa-och-sexualitet/hbt-och-halsa/\)](http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/halsa-och-sexualitet/hbt-och-halsa/) hämtad 2016-02-25.

Ohlin, Elisabeth, 2010. Socialstyrelsen vill avskaffa steriliseringskrav. *Läkartidningen*. 2010-07-30. [www \(http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=14794\)](http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=14794) hämtad 2016-02-22.

Socialstyrelsen, 2010. *Oacceptabla skillnader i vården för hbt-personer*. [www \(http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/1invigningstalnyhet\)](http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/1invigningstalnyhet) hämtad 2016-02-22.

Mirsch, Helena. 2010. DO: hbt-personer diskrimineras inom vården. *Vårdfokus*. 2010-07-26. [www \(https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2010/7/do-hbt-personer-diskrimineras-inom-varden/\)](https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2010/7/do-hbt-personer-diskrimineras-inom-varden/) hämtad 2016-02-22.

RFSL, 2015 [2]. *Hbtq-fakta*. [www \(http://www.rfsl.se/hbtq-fakta/hbtq/\)](http://www.rfsl.se/hbtq-fakta/hbtq/) hämtad 2016-02-22.

RFSL, 2015 [3]: *Begreppsordlista*. [www \(http://www.rfsl.se/hbtq-fakta/hbtq/begreppsordlista/\)](http://www.rfsl.se/hbtq-fakta/hbtq/begreppsordlista/) hämtad 2016-02-22.

SLL 2016. Stockholms läns landstings hemsida, *Rapporter från landstingsrevisorerna*. [www \(http://www.sll.se/om-landstinget/det-har-ar-landstinget/sa-granskas-landstinget/Rapporter-fran-landstingsrevisorerna1/\)](http://www.sll.se/om-landstinget/det-har-ar-landstinget/sa-granskas-landstinget/Rapporter-fran-landstingsrevisorerna1/) hämtad 2016-04-19.

Närhälsan 2016. *Hbtq-diplomering*. [www \(http://www.narhalsan.se/sv/startside/For-Vardgivare/hivprevention/Utbildningar--Seminarium/Hbtq-diplomering/\)](http://www.narhalsan.se/sv/startside/For-Vardgivare/hivprevention/Utbildningar--Seminarium/Hbtq-diplomering/) hämtad 2016-02-22.

Vårdgivarguiden 2015. *HBT-policy*. [www \(http://www.vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/Styrdokument/HBT/\)](http://www.vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/Styrdokument/HBT/) hämtad 2016-04-19.

SLL 2015. *HBT-policy för Stockholms läns landsting*. [www \(http://www.vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/Styrdokument/HBT/\)](http://www.vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/Styrdokument/HBT/) hämtad 2016-05-10.

Adlongruppen 2015. *Hbtq-diplomering*. [www \(http://www.adlongruppen.se/hbtq-diplomering\)](http://www.adlongruppen.se/hbtq-diplomering) hämtad 2016-05-10.

RFSL Stockholm. *Hbt-certifiering*. [www \(https://rfslstockholm.se/utbildning/hbt-certifiering/\)](https://rfslstockholm.se/utbildning/hbt-certifiering/) hämtad 2016-05-12.

Närhälsan 2016 [2]. *Hbtq-diplomerade verksamheter*. [www \(http://www.narhalsan.se/sv/startside/For-Vardgivare/hivprevention/Hbtq-diplomerade-verksamheter/\)](http://www.narhalsan.se/sv/startside/For-Vardgivare/hivprevention/Hbtq-diplomerade-verksamheter/) hämtad 2016-05-17.

Övriga källor

Intervju RFSL STHLM	2016-04-29 (telefon)
Intervju Adlongruppen	2016-04-15 (telefon)
Intervju kunskapscentrum för sexuell hälsa (KSH), 1	2016-04-20 (personlig)
Intervju kunskapscentrum för sexuell hälsa (KSH), 2	2016-04-20 (personlig)
Intervju avdelning mänskliga rättigheter (AMR)	2016-04-27 (personlig)
Intervju hbtq-person 1 (Ej VGR)	april 2016 (telefon)
Intervju hbtq-person 2 (Ej VGR)	april 2016 (telefon)
Intervju hbtq-person 3 (VGR)	maj 2016 (telefon)
Intervju hbtq-person 4 (VGR)	maj 2016 (telefon)
Intervju hbtq-person 5 (VGR)	maj 2016 (telefon)

Bilaga 1 - Intervjuguider

Intervjuguide 1

med fokus på enheter med ansvar för diplomeringsverksamhet (Kunskapscentrum för sexuell hälsa, Lafa, Adlongruppen)

Vad har du för roll i relation till verksamheten?

Hur länge har du arbetat inom den?

När startade verksamheten?

På vems/vilkas initiativ startade den?

Hur finansieras verksamheten?

Varför startade verksamheten, vilket är dess syfte?

Vad består verksamheten av? Vilka delar och funktioner?

Hur bestämdes utformningen av den? Var det självklart från början?

Finns det en synlig symbol för patienterna på de enheter som är diplomerade, antingen fysisk eller på hemsida? Varför då?

Hur relaterar du verksamheten till arbete med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter?

Intervjuguide 2

Med fokus på målgruppen hbtq-personer.

Känner du till hbtq-diplomeringen? Kan du berätta lite om vad du vet om den?

Spelar hbtq-diplomeringen någon roll för ditt val av vårdgivare? Finns det diplomerade enheter där du bor?

Kan du tänka dig att åka längre för att besöka en diplomerad enhet?

Märker du någon skillnad i bemötandet på en diplomerad/icke-diplomerad enhet? Hur då?

Vilka förväntningar har du på en hbtq-diplomerad enhet?

Vad känner eller tänker du när du ser regnbågsflaggan på hemsidan/i väntrummet?

Bilaga 2 - Enkäten

1. Kan du med en bred definition säga att du identifierar dig själv som en hbtqi-person?
Ja
Nej
2. Vet du om att hbtq-diplomeringen finns idag, och i stora drag vad det handlar om?
Ja, det har jag bra koll på.
Nej, jag har aldrig hört talas om den.
Jag har hört talas om den, men vet inte riktigt vad den innebär.
3. Har en hbtq-diplomering någon betydelse för ditt val av t.ex. vårdcentral, BVC, MVC eller ungdomsmottagning?
Den spelar ingen roll alls för mitt val.
Den spelar inte särskilt stor roll för mitt val.
Den spelar viss roll för mitt val.
Den spelar stor roll för mitt val.
4. Upplever du någon skillnad hos en hbtq-diplomerad vårdgivare än hos en utan diplomering?
Jag upplever att bemötandet i allmänhet är BÄTTRE på en hbtq-diplomerad vårdenhet.
Jag upplever ingen skillnad.
Jag upplever att bemötandet i allmänhet är SÄMRE på en hbtq-diplomerad vårdenhet.
5. Om du ser att en vårdgivare är diplomerad – t.ex. en regnbågsflagga i ett väntrum eller på en hemsida, hur känner du då?
Jag känner mig tryggare i att jag kommer att bli bra bemött.
Jag känner ingenting inför det.
Övrigt ... (öppet svarsalternativ).