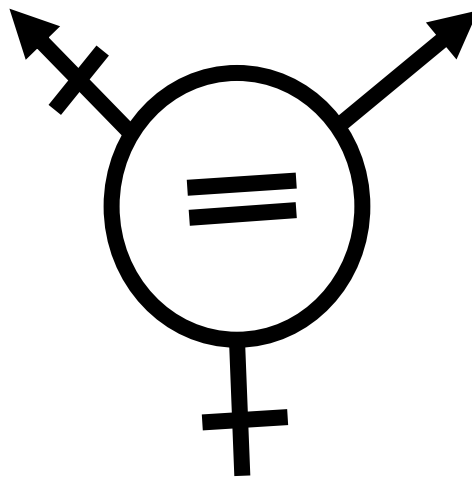




INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

# ”VANLIGT VÄNLIGT BEMÖTANDE OAVSETT TRANS ELLER INTE”

En undersökning om hur transpersoner vill bli bemötta samt hur transpersoner har upplevt sig bli bemötta när de söker vård på vårdcentraler.



SQ4562 Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp

Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits

Kandidatnivå

Vårterminen 2022

Författare: Emel Wennergren

Handledare: Karin Thorslund

## **Abstract**

Titel: ”Vanligt vänligt bemötande oavsett trans eller inte” En undersökning om hur transpersoner vill bli bemötta samt hur transpersoner har upplevt sig bli bemötta när de söker vård på vårdcentraler.

Författare: Emel Wennergren

Syftet med uppsatsen var att undersöka hur transpersoner vill bli bemötta samt hur transpersoner har upplevt sig blivit bemötta när de sökt vård på vårdcentraler. Studien var kvalitativ och empirin samlades in genom en digital enkät. Sammanlagt besvarade 27 transpersoner enkäten. Urvalet av respondenter var både målstyrt och bekvämlighetsstyrt. Empirin bearbetades genom en tematisk analys i sex steg. De teman och underteman som författaren definierade användes till att analysera empirin utifrån forskningsfrågorna. Analysens teoretiska ramverk bestod av minoritetsstress, mikroaggressioner samt hetero- och cis-normer. Studien visade att vårdpersonal många gånger utgick ifrån ett hetero- och cis-normativt bemötande vilket ledde till att transpersonerna upplevde stress. Studien visar även att transpersoner ofta lät felaktiga pronomen passera trots att det skapade obehag hos dem. Analysen visade att transidentiteten var sekundär för transpersoner när de besökte vårdcentraler och att det viktigaste för transpersonerna var att de blev bemötta lika bra som alla andra.

Nyckelord: Trans, HBT, bemötande, vårdcentral.

## **Förkortningar och begrepp**

**Cis-person:** Cis är latin för ”på samma sida”. En cis-person är en person vars könsidentitet, könsuttryck och det juridiska kön som tilldelats vid födelsen är överensstämmande.

**HBT:** Paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella och transpersoner.

**HBTQ:** Paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter.

**HBT-certifiering:** En process där en verksamhet med stöd av utbildare påbörjar, eller förstärker, ett strategiskt arbete med syfte att skapa en god arbetsmiljö och ett HBT-kompetent bemötande.

**Icke binär:** Person som tidvis eller alltid identifierar sig som både man och kvinna, inget av det, mellan eller bortom könsindelningen man och kvinna.

**Transperson:** Paraplybegrepp för personer med erfarenheter av att det juridiska kön de tilldelats vid födelsen inte stämmer överens med könsidentiteten och/eller könsuttrycket.

## Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	3
1. Inledning.....	6
1.1. Bakgrund och problemformulering.....	6
1.2. Syfte och frågeställningar.....	7
1.3. Avgränsningar.....	8
1.4. Studiens relevans för socialt arbete.....	8
2. Kunskapsläget.....	9
2.1. Sökprocessen.....	9
2.2. Konsekvenserna av brist på kompetent bemötande.....	10
2.3. Kunskapshöjning ger resultat.....	12
2.4. Varför HBTQ-vårdcentraler behövs.....	13
2.5. Kontakten med vården kan vara både positiv och negativt.....	14
2.6. Situationen för transpersoner i Sverige.....	15
3. Teoretiskt ramverk och begrepp.....	17
3.1. Val av teorier och begrepp.....	17
3.2. Queerteori.....	17
3.2.1. Heteronormativitet.....	18
3.2.2. Cis-normativitet.....	18
3.3. Mikroaggressioner.....	19
3.4. Minoritetsstress.....	19
4. Metod och metodologiska överväganden.....	20
4.1. Val av metod.....	20
4.2. Enkätens utformning.....	21
4.3. Urvalsprocess.....	22
4.4. Genomförandet av enkätstudien.....	23
4.5. Analysmetod och bearbetning av empiri.....	23
4.6. Studiens tillförlitlighet och generaliserbarhet.....	24
4.6.1. Studiens tillförlitlighet.....	24
4.6.2. Studiens generaliserbarhet.....	25
4.7. Forskningsetiska överväganden.....	26
5. Resultat och analys.....	28
5.1. Pronomenanvändning: Rätt och Felaktig.....	28
5.2. Symboler.....	30
5.2.1. Kvinnovård.....	30
5.2.2. Binära valmöjligheter.....	31

5.2.3.	Flaggor, broschyrer och HBT-certifiering .....	31
5.3.	Bemötande: Som andra samt Det lilla extra .....	33
5.4.	Agg: Uttalad och Mellan raderna .....	36
6.	Avslutande diskussion .....	38
6.1.	Slutsatser .....	39
6.1.1.	Symboler och signaler .....	39
6.1.2.	Upplevelsen av respekt .....	40
6.1.3.	Personalens bemötande.....	41
6.1.4.	Avslutning.....	42
6.2.	Andra reflektioner .....	44
	Referenslista.....	46
	Bilaga 1 – Informantbrev.....	49
	Bilaga 2 – Enkätformulär .....	50

Först vill jag tacka var och en av de 27 personer som tog sig tid att svara på enkäten och delade med sig av sina erfarenheter. Tack!

Jag vill också tacka min handledare Karin Thorslund för stöd och utvecklande kommentarer under arbetets gång.

## 1. Inledning

### 1.1. Bakgrund och problemformulering

Personer som lever heteronormativt har privilegiet att inte behöva lägga energi på att tänka på riskerna som finns med att bryta mot heteronormer (Ohlsson Sandahl, 2015). I normerna ingår att alla förväntas leva enligt normerna tills något annat visar sig (Ohlsson Sandahl, 2015).

Transpersoners rättigheter har ökat de senaste åren och i och med att rättigheterna ökar vågar fler vara öppna med sin transidentitet (Socialstyrelsen, 2015). Antalet transpersoner som ansökt hos det Rättsliga rådet om ändrad könstillhörighet har ökat dramatiskt, från att åren innan 2013 varit 50 - 70 personer per år till att 2013, när steriliseringskravet togs bort, vara 170 sökande per år (Socialstyrelsen, 2015).

Inom transrörelsen finns det ingen enkel eller gemensam syn på kön; istället finns flera olika varianter samtidigt (Ambjörnsson, 2016). Till exempel finns det transpersoner som är icke binära och därmed inte vill begränsas till tvåkönsnormen och identiteterna man eller kvinna, det finns transpersoner som är födda i fel kroppar och det finns både de som vill, helt eller delvis, ha tillgång till könsbekräftande vård och de som inte vill ha det alls (Ambjörnsson, 2016). Transpersoner sticker ut i gruppen HBTQ-personer med anledningen av att de fortfarande förhåller sig till en sjukdomsstämpel, vilket homo- och bisexuella inte längre gör (Norrhem, Winkvist & Rydström, 2015). Att få en diagnos och att kategoriseras som sjuk är avgörande för att få ta del av könsbekräftande vård (Norrhem, Winkvist & Rydström, 2015). Förutom den könsbekräftande vården behöver transpersoner som alla andra även ta del av vården som ges på lokala vårdcentraler och är därmed en grupp med stor erfarenhet av vårdbesök.

Transpersoner har en sämre hälsa än andra (Folkhälsomyndigheten, 2015). I jämförelse med övriga befolkningen är transpersoner betydligt överrepresenterade när det gäller självmordstankar och -försök. Bland övriga befolkningen är det 6 procent som det senaste året har övervägt att ta sitt liv och bland transpersoner är det 36 procent (Folkhälsomyndigheten, 2015). I USA är suicidförsök vanligare bland de collegestudenter som inte fått eller haft svårt att få tillgång till boenden och toaletter utifrån egen könsidentitet på campus (Seelman, 2016). Transpersoner har en högre ohälsa utifrån att de har en förhöjd risk för missbruk, hemlöshet och depression (Trevor & Boddy, 2013). Det är fem gånger vanligare att transpersoner

upplever sig stressade och en förklaring kan vara att gruppen utsätts för diskriminering och stigmatisering (Folkhälsomyndigheten, 2015).

RFSL släppte 2017 en rapport (Orre 2017:4) om transpersoners hälsa och erfarenheter av svensk sjukvård. Rapporten bygger på en studie med 472 respondenter där 39 procent uppgav att deras generella hälsa var dålig och att många undvek att uppsöka vård på grund av risken att utsättas för kränkningar och diskriminering.

Hälso- och sjukvårdens mål är att ge god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (SFS 2017:30). Att transpersoner skall behandlas lika bra som andra framgår även av Diskrimineringslagen vars syfte är att motverka diskriminering och främja lika rättigheter och möjligheter oavsett till exempel könsöverskridande identitet eller uttryck (SFS 2008:567). Diskrimineringslagen definierar diskriminering som att någon behandlas sämre eller att någon missgynnas av ett förfaringsätt som framstår som neutralt men kan komma att missgynna någon (SFS 2008:567).

Transpersoner har ett större behov av vård och löper samtidigt en högre risk för att utsättas för diskriminering. Den kombinationen gör det intressant att titta på hur transpersoner upplever att deras transidentitet bemöts vid besök på vårdcentraler.

Både inom socialtjänst och på vårdcentraler upplever många transpersoner att de får ett dåligt bemötande (SOU 2017:92). Det finns en brist på forskning om transpersoners upplevelser av både socialtjänst och vårdcentraler. De få studier som finns handlar om hela gruppen HBTQ och då är det främst homosexuellas och bisexuellas perspektiv som lyfts och trans- och queerpersoner får litet utrymme i studierna. Att jag väljer att förlägga studien till vårdcentraler och inte till socialtjänst baserar jag på att hela befolkningen har återkommande kontakt med vårdcentraler, men bara en del av befolkningen har återkommande kontakt med socialtjänsten.

Det är studerat och konstaterat att transpersoner upplever sig dåligt behandlade vid vårdbesök, men inte vad i bemötandet som gör att det blir dåligt eller bra.

## 1.2. Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att undersöka hur transpersoner vill bli bemötta samt hur transpersoner har upplevt sig blivit bemötta när de sökt vård på vårdcentraler. Utifrån detta syfte är intentionen att genom studien besvara följande frågeställningar:



- Vilka signaler upplever transpersoner sig ha fått gällande att vara välkommen eller ovälkommen som transperson när de sökt vård på vårdcentraler?
- Hur upplever transpersoner att deras transidentitet blir respekterad när de sökt vård på vårdcentraler?
- Vad i personalens bemötande upplever transpersoner är viktigt när de sökt vård på vårdcentraler?

### 1.3. Avgränsningar

De gränser som jag har satt för studien är att jag har valt att enbart vända mig till personer som är över 18 år gamla för att kunna ta del av myndiga personers upplevelser. Ungdomar och barn har därmed inte kommit till tals i denna studie. I studien har jag även valt att enbart undersöka upplevelser av besök på vårdcentraler, ej specialistmottagningar eller liknande. Detta för att få ta del av upplevelser som gjorts i jämförbara situationer och miljöer.

I studien har personerna som svarat på enkäten endast behövt definiera sig själva som transpersoner. De har inte behövt leva upp till några andra kriterier än det. Detta val har jag gjort för att transpersoner är en bred definition och därför är det en bredd av transpersoner som vården ska kunna bemöta likvärdigt andra. Dock innebär detta att respondenterna av vårdpersonalen kunnat tolkas på många olika sätt gällande könsidentitet och därför också fått olika bemötande utifrån om de som patienter passerat enligt den könsnorm som vårdgivaren utgått från. Respondenterna kan vara transpersoner på många olika sätt och skillnaden i hur transidentiteten tar sig uttryck torde påverka hur vårdpersonal avläser deras identitet.

### 1.4. Studiens relevans för socialt arbete

Transpersoner är, som nämnts tidigare under rubriken ”Bakgrund och problemformulering”, enligt Diskrimineringslagen en särskilt utsatt grupp i samhället. En studie av transpersoners upplevelser av att inkluderas och exkluderas när de besöker en samhällsinrättning, i denna studie vårdcentraler, torde därför vara relevant för socialt arbete.

Att det är särskilt aktuellt att titta närmre på just transpersoner i egenskap av klienter och patienter inom socialt arbete motiverar jag med att, vilket nämnts tidigare under rubriken ”Bakgrund och problemformulering”, transpersoners rättigheter har ökat de senaste åren i

Sverige och de ökade rättigheterna har medfört att fler är öppna med sin transidentitet. Därför borde transpersoner dyka upp oftare nu och framöver som både klienter, patienter och även medarbetare på samtliga fält inom socialt arbete.

Studiens slutsatser kan komma att vara intressanta för personer som arbetar på samhällsinrättningar överlag då dessa skulle kunna användas för att förbättra bemötandet och undanröja hinder som upptäckts och påpekats av transpersonerna själva.

## 2. Kunskapsläget

Som nämdes i inledning av denna uppsats så är det konstaterat att transpersoner har en sämre hälsa än övrig befolkning och därmed har ett högre vårdbehov samtidigt som gruppen löper en högre risk att utsättas för diskriminering och kränkningar än andra. Eftersom min studie handlar om transpersoners upplevelser av hur de bemöts när de söker vård på vårdcentraler och hur de vill att bemötandet ska vara så har jag eftersökt forskning som tangerar detta.

Först kommer jag att beskriva hur min sökprocess sett ut, sedan presenterar jag den forskning som finns utifrån fyra huvudsakliga innehåll i artiklarna och avslutningsvis kompletterar jag kunskapsläget med en sammanfattning om situationen för transpersoner i Sverige.

### 2.1. Sökprocessen

Jag började i inledningsskedet av min studie att söka efter litteratur och tidigare forskning inom ämnet för att få en bild av forskningsämnet och vad som skrivits hittills inom samma fält. Litteratursökningen gjordes med en systematisk sökning som innebar att jag använde mig av en elektronisk sökning via databas med sökmotor. Jag gjorde sökningar genom databasen ProQuest.

För att få fram relevant forskning använde jag mig av olika kombinationer av sökord i databasen. Sökorden valde jag ut utifrån mitt forskningsämne och sökorden var *hbt\**, *vårdcentral*, *närhälsa*, *lgbt\**, *trans\**, *health center*, *helth care*, *care*, *Sweden*, *transgender*, *identity*, *treat*, *clinic* och *queer*. Jag läste igenom abstract på de träffar jag fick för att kunna avgöra om artiklarna var relevanta för mitt forskningsämne eller inte. När en kombination av sökord gav ett antal träffar som var rimligt att kunna läsa igenom och samtidigt matchade forskningsämnet så valde jag ut de artiklarna till min uppsats. Jag bedömde att det skulle vara rimligt att ha strax över tio artiklar.

Resultatet blev att jag hittade fyra artiklar med sökorden: *health center, transgender, identity* och *treat*, sju artiklar med sökorden: *clinic, lgbt\** och *identity*, två artiklar via sökorden: *trans\**, *helth care, identity och Sweden* samt två artiklar med sökorden: *trans, helth care och identity*. Totalt blev det 15 artiklar. Samtliga artiklar jag använt mig av är *peer reviewed*, vilket innebär att de är granskade av andra forskare som är kunniga inom det aktuella forskningsfältet (Vetenskapsrådet, 2017).

Utifrån att majoriteten av artiklarna som jag har valt ut beskriver situationen för transpersoner i andra länder än Sverige så gjorde jag en kompletterande sökning och fann då även en statlig utredning från 2017 som gav en bred och nutida beskrivning av situationen för transpersoner i Sverige.

## 2.2. Konsekvenserna av brist på kompetent bemötande

Här presenterar jag fem studier som på olika sätt utforskar vilka konsekvenser avsaknaden av ett kompetent bemötande kan få. Fyra av dem har spridningen av HIV och hur det HIV-preventiva arbetet påverkar transpersoner i fokus. Den femte artikeln beskriver hur personalen på äldreboenden ser på att vårda HBT-personer. Det artiklarna har gemensamt är att belysa att konsekvenserna av att inte aktivt arbeta med att inkludera trans- eller HBT-personer får konsekvenser för individer men också för hela samhället.

I en studie gjord i Afrika och Asien där statistik sammanställts gällande spridningen av HIV och vilka hinder som finns för olika grupper av kvinnor att få tillgång till HIV-prevention lyfts transkvinnor fram som en extra utsatt grupp (Karim et al., 2020). Gällande transkvinnor är studiens resultat att huvudorsakerna till att HIV-preventiva insatser inte når fram till transkvinnorna är att gruppen har erfarenhet av att möta stigmatisering och diskriminering inom vården och att det råder brist på tillgång till transkompetent vård (Karim et al., 2020). Ett liknande resultat framkom i västerländsk kontext där vårdvanor hos transpersoner i Mississippi, USA, undersöktes kopplat till att transpersoner är överrepresenterade när det gäller att vara smittad av HIV (Perez-Brumer et al., 2018).

Socialt erkännande är avgörande för att transpersoner ska kunna använda vanliga vårdcentraler och då särskilt på erkännandet av rätt pronomenanvändning (Perez-Brumer et al., 2018). En central del av studien är att Mississippi är en av de delstater där det är en pågående debatt om

huruvida transpersoner överhuvudtaget ska ha tillgång till offentliga inrättningar (Perez-Brumer et al., 2018). Studien visade att kunskap om hälsa var primärt något som de fick genom sina sociala nätverk eller sökte upp på internet och orsaken till att transpersoner helst undvek att söka vård, annat än hos HBTQ-vårdcentraler, var att de då mötte tranfobi, stigmatisering, diskriminering och okunskap (Perez-Brumer et al., 2018). Istället använde de sig även av möjligheten att söka upp vård utanför lagliga vårdgivare och utsatte sig därmed istället för de risker som följer med att köpa vård på en svart marknad (Perez-Brumer et al., 2018).

Ett liknande resultat framkom när 17 latinamerikanska länders nationella strategier för minskad spridning av HIV och vad forskningen säger om hur de nationella strategierna har fallit ut hittills undersöktes och resultatet visar att bristerna i att nå transkvinnorna med det HIV-preventiva arbetet beskrivs som en flaskhals för att nå de uppsatta målen i HIV-prevention (Silva-Santisteban et al., 2016). Strategiernas fokus låg på utbildning i samband med vårdbesök och utdelning av kondomer samtidigt som transkvinnor sällan besöker vårdcentraler på grund av erfarenheter av diskriminering och det är därför en av orsakerna till att transkvinnor har låg tillgång till HIV-prevention, trots att de nationella strategiernas mål är att alla skall ha tillgång till det (Silva-Santisteban et al., 2016). Även på Jamaica ser vi ett liknande resultat: trots att unga män som har sex med män (MSM) och transkvinnor har de största riskerna för att smittas med HIV testar de sig inte och orsakerna till att det är så på Jamaica är att de båda grupperna har flera socioekologiska hinder för att testa sig: erfarenhet av dåligt bemötande inom vården, brister gällande sekretess om testresultat samt det starka stigma runt HIV på Jamaica (Logie et al., 2017).

I England undersöktes vårdhemspersonalens attityder, kunskaper och praktisk tillämpning av kunskap gällande HBT-personer och resultaten visade att det fanns en god vilja att bemöta HBT-personer rätt, men att det saknades rutiner, kunskap och policys (Simpson et al., 2018). Trots en generell positiv inställning till HBT-personer saknades förmågan att känna igen HBT-personer, personalen beskrev att de behandlade alla lika men att det inte fanns någon vårdtagare som var HBT på deras vårdhem (Simpson et al., 2018). Personalen hade inte förmågan att se att de sociala och hälsorelaterade behoven kan skilja sig åt för HBT-personer gentemot normen (Simpson et al., 2018)

Att behandla alla lika, men utgå från att alla är heterosexuella cis-personer leder till osynliggörande och ojämlikhet, vilket för vårdtagarna innebär att de behöver förlita sig på

individens välvilja och enskildas kunskaper istället för att veta att all personal erbjuder samma stöd och hjälp (Simpson et al., 2018).

Sammanfattningsvis får det konsekvenser att transpersoner möts av stigmatisering, diskriminering och brist på transkompetens när de besöker vårdinrättningar. En av konsekvenserna är att transpersoner undviker att besöka vårdcentraler vilket får följden att hälsofrämjande insatser förlagda till vårdcentraler inte når fram till transpersoner. Att personal på vårdinrättningar utgår från att alla de möter är heterosexuella cis-personer får konsekvensen att de inte ser de särskilda behov som HBT-personer har och att bemötandet blir ojämlikt. För vårdtagarna innebär det att de inte kan utgå ifrån att all personal kommer att erbjuda dem ett jämlikt stöd och hjälp.

### 2.3. Kunskapshöjning ger resultat

På en läkarutbildning i Minnesota, USA, infördes en timmes introduktionsutbildning gällande transpersoner och resultatet var att andelen studenter som ansåg sig bekväma med att behandla transpersoner ökade, andelen studenter som hade en positiv attityd till transpersoner ökade, kunskapsnivå ökade och resultatet höll i sig även ett år senare (Najor et al., 2020).

Ett annat sätt att utbilda läkarstudenter är genom att låta dem behandla transpersoner på en student-klinik som öppnats på en plats i USA där många hemlösa håller till (Douglass et al., 2018). Vårdcentralen tillhandahåller både allmän vård, stabilisering av psykisk hälsa, könsbekräftande vård i form av hormonbehandling och agerar som en portal till det större vårdssystemet genom att transpersonerna remitteras vidare vid behov av specialistvård och studenterna lär sig samtidigt vad gruppen transpersoner har för särskilda vårdbehov (Douglass et al., 2018). Samtidigt som nästa generations läkare utbildas i transkompetens så ökas transpersoners möjligheter att ta del av vårdssystemet och förbättrar transpersoners upplevelser av vårdinrättningar (Douglass et al., 2018).

När vårdpersonal i USA själva fick ange hur bekväma de var med att interagera med HBTQ-patienter framkom att de tyckte att de inte hade tillräcklig kunskap för att ge rätt bemötande samt att deras vårdcentralers formulär inte var inkluderande (Rock et al., 2018).

Personalen på vårdcentralerna efterfrågade mer utbildning om HBTQ-personer, att formulär skulle ses över för att vara mer inkluderande samt att de skulle få öva på att ha mer inkluderande samtal gällande könsidentitet och sexualvanor (Rock et al., 2018).

De tre studierna utforskar tre helt olika sätt att öka kunskapen hos personalen, men har gemensamt att de påvisar vikten av att lyfta frågorna för att personalen ska ha möjlighet att tillgodogöra sig en tillräcklig kunskap för att ge ett gott bemötande till HBTQ-personer. Sammanfattningsvis visar studierna att vårdpersonal själva tycker att de inte har tillräckligt med kunskap för att ge ett inkluderande och gott bemötande samt att även kortare utbildningar för vårdpersonal gällande transpersoner får positiva långsiktiga konsekvenser för bemötandet.

#### 2.4. Varför HBTQ-vårdcentraler behövs

Trots att HIV-testning och säkert sex bland unga män som har sex med män är ett prioriterat hälsoområde i USA så saknas kompetensen att möta den gruppen på de allmänna vårdcentralerna (Bauemeister et al., 2015). På HBTQ-mottagningarna får homosexuella män frågor om våld i nära relationer till skillnad mot andra mottagningar (Bauemeister et al., 2015). HBTQ-vårdcentraler fyller också en kunskapslucka genom att ofta vara den enda källan till information om säkert sex för män som har sex med män (Bauemeister et al., 2015).

Att HBTQ-personer inte har samma nytta av allmänna institutioner som övrig befolkning utan istället behöver institutioner med spetskompetens för HBTQ-personers behov blir synligt i arbetet som bedrivs i Asylum documentation project i USA (Gottlieb, 2010). Förutom att göra sitt huvudsakliga jobb, att använda internet för att samla in och sprida bevis och stötta fall där flyktingar söker skydd från brott mot mänskliga rättigheter baserat på sexuell läggning, könsidentitet eller HIV-status, så har Asylum documentation project också dokumenterat erfarenheter från dessa flyktingars möte med föreningar och myndigheter i USA (Gottlieb, 2010). Erfarenheter visar att när flyktingarna besöker myndigheter är det inte ovanligt att de möter homo- och transfob personal, de kan inte heller förlita sig på att landsmännen som redan lever i USA inkluderar dem i gemenskapen eller är ett stöd i processen med asylansökan på grund av att de kan ha homo- och transfoba värderingar med sig från landet de flytt ifrån (Gottlieb, 2010). Homo- och transfobin finns inte bara i länder folk flyr ifrån utan även i länder folk flyr till (Gottlieb, 2010).

HBTQ-inrättningar kompenserar upp för brister hos övriga inrättningar, men kan också bidra till en större samhällsförbättring vilket visat sig när en HBTQ-vårdcentral öppnade upp på en mindre ort (40.000 invånare) i USA och patienter strömmade in (Tuller, 2020). På orten startades samverkan upp med flera andra samhällsaktörer och tillsammans konstaterades det att

de hinder som HBTQ-personer möter fanns på många områden i närsamhället och vårdcentralen blev en mittpunkt runt vilken samhället har samlats och tagit ställning för HBTQ-personer (Tuller, 2020).

De tre studierna visar att utan HBTQ-vårdcentraler och -organisationer blir inte HBTQ-personers särskilda behov tillgodosedda, dessa inrättningar kompenserar upp för de brister, i form av homo- och transfobi och kunskapsglapp som finns gällande HBTQ-personers behov hos de allmänna vårdcentralerna och myndigheterna.

## 2.5. Kontakten med vården kan vara både positiv och negativt

Här presenterar jag fyra studier som på olika sätt berättar att transpersoners kontakter med vårdpersonal kan vara både positiv och negativ. Två av dem är gjorda i svensk kontext, en i Österrike och en i USA.

En studie som undersökte transmaskulina personers upplevelser av reproduktiv hälsovård, förlossningsvård och sexuell hälsovård i Sverige kom genom att göra nio kvalitativa, semistrukturerade intervjuer fram till att transmaskulina personer är i särskilt utsatta situationer inom den sortens vård (Asklöv et al., 2021). Kontakten med vården upplevdes negativ om vårdpersonalen gav uttryck för könsstereotypa attityder, visade okunskap gällande transpersoner och om patienten själv behövde utbilda personalen i den redan utsatta situationen (Asklöv et al., 2021). Kontakten med vården upplevdes positiv om personalen använde rätt namn och pronomen om patienten, om personalen använde ett könsneutralt språk och visade en öppen attityd till variationer gällande könsidentiteter, att personalen involverar patienten i vården som ges och värnar om patientens integritet (Asklöv et al., 2021). Ett övergripande problem som studien kom fram till var att vårdsystemet är uppdelat utifrån ett binärt könssystem vilket innebär att transpersoner exkluderas och när transpersoner möts av diskriminering, exkludering och okunskap så kan det leda till att transpersoner undviker att söka vård med konsekvenserna att till exempel hälsan försämras och sexuellt överförbara sjukdomar sprids istället för behandlas (Asklöv et al., 2021).

I Österrike gjordes en studie där 91 transpersoner svarade på 56 frågor i en digital enkät gällande deras upplevelser av vårdpersonalens bemötande på vanliga vårdcentraler och studiens slutsatser var att läkare var de som ansågs ge det mest problematiska bemötandet av vårdpersonalen (Markovic et al., 2021). Bland transpersonerna stack de icke-binära transpersonerna ut som de som blivit utsatta för mest negativt bemötande (Markovic et al.,

2021). Det problematiska bemötandet som transpersonerna beskrev var att inte bli tagna på allvar, att felkönas, att utsättas för verbalt våld och att nekas vård (Markovic et al., 2021).

En studie som gjordes i USA för att undersöka hur transpersoner upplevde bemötandet på vårdcentraler använde data från "National Transgender Discrimination Survey" som hade 6106 informanter kom fram till att transpersoner som inte passerar som cis-personer diskrimineras mer än de transpersoner som passerar som antingen kvinna eller man (Rodriguez et al., 2018).

I Sverige gjordes en studie med syfte att beskriva hur transpersoner upplever möten med vårdpersonal på vårdcentraler genom att en enkät distribuerades online och svar inkom från 21 personer som själva identifierar sig som transpersoner (Carlström et al., 2021). Studiens kom fram till att transpersoner vill bli bemötta med respekt av personalen på vårdcentralerna och att det sker genom att personalen accepterar patienterna för de är, att de behandlar patienten utifrån dennes enskilda behov samt har tillräckligt med kunskap för att hantera en patient som är transperson (Carlström et al., 2021). Rent konkret beskrev transpersonerna att ett gott bemötande består av att vårdpersonalen använder rätt namn och pronomen om patienten, att de inte antar patientens sexuella läggning, ifrågasätter deras könsidentitet, lägger obefogat fokus på transidentiteten istället för att fokusera på det aktuella vårdbehovet samt att vårdpersonalen har kunskap om den extra sårbarhet som transpersoners kan uppleva gällande att exponera sina kroppar (Carlström et al., 2021).

De fyra studierna visar att vårdpersonalens beteenden är avgörande både för att transpersoner skall uppleva sig ha fått ett gott bemötande samt för att transpersoner skall uppleva sig ha fått ett dåligt bemötande.

## 2.6. Situationen för transpersoner i Sverige

Regeringen beslutade 2016 att en bred kartläggning av transpersoners levnadsvillkor och situation i samhället skulle göras (SOU 2017:92). Målet var att identifiera de hinder som finns i samhället för transpersoners möjligheter att leva i enlighet med sin könsidentitet (SOU 2017:92). Informationen om transpersoners egna upplevelser insamlades på två sätt: transpersoner och anhöriga kunde lämna anonyma berättelser via en webbplats för kartläggningen samt att transpersoner bjöds in till forumträffar i samband med andra stora arrangemang för HBTQ-personer (SOU 2017:92). Utredningens slutsats var bland annat att arbetet med att förbättra transpersoners levnadsvillkor måste förstärkas på ett strukturellt plan, med förtydligande av uppdrag och ansvar till myndigheter (SOU 2017:92).



Både inom socialtjänst och på vårdcentraler upplever många transpersoner att de får ett dåligt bemötande (SOU 2017:92). Många transpersoner uppgav att de på vårdcentraler fått frågor som rörde transidentiteten trots att det var irrelevant för vårdbesöket, att de fått frågor som går ut på att transpersonerna ska utbilda sina läkare om trans under det pågående besöket samt att vårdpersonalen använder fel namn och pronomen om transpersonerna (SOU 2017:92).

Kartläggningen visade att sättet som de svenska personnumren är konstruerade, att ett könande språkbruk är vanligt och att vi i Sverige enbart har den juridiska möjligheten att ha en juridisk identitet som antingen man eller som kvinna, medför att transpersoner upplever att de blir osynliggjorda i samhället (SOU 2017:92). Den svenska sjukvården håller en generellt hög kvalitet, men är inte jämlik samt har problem med diskriminering, varav transpersoner är en av de grupper som upplever ett sämre bemötande och skjuter upp att söka vård med motiveringen att de är oroliga för att få ett dåligt bemötande (SOU 2017:92).

### 3. Teoretiskt ramverk och begrepp

I detta kapitel redogör jag för de begrepp som jag valt att använda i denna studie; queerteori med underbegreppen heteronormativitet och cis-normativitet samt begreppen mikroaggressioner och minoritetsstress. Dessa begrepp kommer sedan att användas i analysen av studiens resultat.

#### 3.1. Val av teorier och begrepp

Utifrån de teman som definierats vid bearbetningen av empirin sökte jag teorier som kunde vara användbara för att skapa en djupare förståelse för de mönster som jag såg i det insamlade materialet. Jag fann mikroaggressioner, minoritetsstress samt queerteori med underbegreppen heteronormativitet och cis-normativitet, vilka beskrivs mer utförligt under egna rubriker i detta kapitel.

Dessa teorier och begrepp lämpar sig för att besvara studiens frågeställningar samt är förenliga med studiens syfte. Teorierna och begreppen är i linje med studiens frågeställningar utifrån att dessa handlar om forskningsdeltagarnas erfarenheter i egenskap av att vara transpersoner och kan besvaras genom att utforska hur dessa erfarenheter kan förstås utifrån socialt konstruerade rådande normer kring kön och sexualitet. De valda teorierna har också en koppling till den tidigare forskning som presenterats på området då författarna i flera av artiklarna har ett queerteoretiskt normkritiskt perspektiv samt nämner mikroaggressioner och minoritetsstress i sina analyser och slutsatser.

#### 3.2. Queerteori

Queerteori sätter fokus på att ifrågasätta normer och föreställningar gällande sexualitet och kön och är därmed ett normkritiskt perspektiv (Ambjörnsson, 2016; Butler, 2006). De som lever upp till de normativa förväntningarna premieras och de som inte lever upp till de normativa förväntningarna utsätts för sanktioner av omgivningen (Ambjörnsson, 2016; Butler, 2007). Normerna är djupt förankrade i vårt samhälle och det syns genom antagandet att alla är heterosexuella och att det är de som avviker från den sexuella läggningen behöver ”komma ut” som icke-heterosexuell (Ambjörnsson, 2016; Butler, 2005).

### 3.2.1. Heteronormativitet

Heteronormativitet bygger på antagandet att det bara finns två kön, kvinna och man, och att dessa är motsatser till varandra och samtidigt komplement till varandra (Ambjörnsson, 2016). Kvinnor och män förväntas bete sig i enlighet med de normer som finns på det kön som de tilldelats vid födseln och de förväntas vara heterosexuella (Ambjörnsson, 2016). I heteronormativitet ingår är en uppdelning mellan avvikande och normalt där heterosexualitet och binära oföränderliga kön är det som är eftersträvansvärt (Ambjörnsson, 2016). Heteronormativitet byggs upp av de lagar, institutioner, handlingar och strukturer som upprätthåller heterosexualitet som något enhetligt, naturligt och allmängiltigt (Ambjörnsson, 2016).

I den heterosexuella matrisen existerar enbart kvinna och man och dessa två separata kön är där de enda möjliga identiteterna och kroppen och beteendet ska båda passa in i en av dessa (Butler, 2007). Det som avviker från heteronormativiteten har i olika perioder varit straffbart, stämplat som sjukdom samt tagit sig uttryck i människors handlingar och attityder (Ambjörnsson, 2016).

Behandlare har ofta en självbild som ”öppen och tolerant” samtidigt som deras syn på kön och sexualitet utgår från heteronormativitet (American Psychological Association, 2015). Risken för att en patient ska känna sig stigmatiserad ökar när bemötandet är heteronormativt och därför utgör heteronormativt bemötande en minoritetsstress (Meyer, 2003). En vanlig inställning är att de bemöter HBTQ-personer och heterosexuella cis-personer på samma sätt, men då missar de att deras heteronormativa utgångspunkt gör att de inte ser de utmaningar som just HBTQ-personer ställs inför (American Psychological Association, 2015).

### 3.2.2. Cis-normativitet

Cis-normen kan också kallas för tvåkönsnormen och innebär att alla människor förutsätts vara cis-personer och att bara två åtskilda kön existerar; kvinna och man (Ambjörnsson, 2016). Att anta alla människor är cis-personer innebär att anta att alla identifierar sig med det juridiska kön de tilldelades vid sin födelse och att de hela livet lever efter det könets sociala och fysiska normer, det vill säga lever upp till det som anses vara kvinnligt eller manligt (Ambjörnsson, 2016). På grund av normer så begränsas vad vi kan föreställa oss för möjliga variationer, vad vi anser är ”riktigt” och hur vi tolkar det vi ser framför oss (Butler, 2006). Cis-normer ger fördelar och privilegier till cis-personer och försvårar existensen för trans-personer som tillskrivs rollen som avvikande, vilket är en förutsättning för att hålla normen levande; eftersom

normer bygger på att någon annan måste pekats ut som onormal för att något skall kunna framstå som normal (Ambjörnsson, 2016).

### 3.3. Mikroaggressioner

Mikroaggressioner är kommentarer och blickar som blir till stressorer för den som utsätts (Nadal et al., 2011). Mikroaggressionerna skapas av oreflekterade föreställningar och är ofta omedvetna (Kumashiro, 2000). För den som utsätts kan det vara svårt att sätta fingret på vad det är som händer, på grund av att även positiva kommentarer kan vara mikroaggressioner (Kumashiro, 2000). Mikroaggressioner markerar att det finns en gräns mellan det som avviker och det som är norm, till exempel uttryck som handlar om att tolerera eller acceptera den andra är mikroaggressioner eftersom det bibehåller maktförhållandet och normerna (Kumashiro, 2000).

### 3.4. Minoritetsstress

Hälsoskillnader mellan HBTQ-personer och heterosexuella cis-personer kan delvis förklaras genom minoritetsstress (Meyer, 2003). Personer tillhörande en minoritetsgrupp kan internalisera samhällets negativa attityder mot gruppen, förvänta sig bli avvisade, utsatta för diskriminering och fördomar och att detta påverkar deras hälsa negativt (Meyer, 2003).

Det finns tre omständigheter som gäller för minoritetsstress:

- den uppstår i strukturer och är därför kronisk,
- den uppstår inte hos en enskild individ utan uppstår för att samhället är konstruerat för majoriteten,
- det är en unik stress som läggs på individer som bryter mot majoritetsnormer, utöver den stress som alla individer i samhället upplever (Meyer, 2003).

Utifrån dessa tre omständigheter innebär det att det vi kan göra för att påverka minoritetsstressen är att öka individens copingstrategier för att förbättra på ett individuellt plan och att minska stressfaktorerna i miljön för att skapa en förbättring på ett strukturellt plan (Meyer, 2003).

Om insatser för att minska riskerna för depressioner och suicid bland transpersoner ska vara effektiva så ska de riktas mot just faktorerna som bidrar till minoritetsstressen (Tebbe & Moradi, 2016).

## 4. Metod och metodologiska överväganden

### 4.1. Val av metod

Min studie inleds med en litteratursökning för att stämna av kunskapsläget. Därefter samlar jag in data från mina informanter via en digital enkät och därefter analyserar jag och sammanställer resultaten av enkäten och avslutar med en diskussion om vad studien visat.

Studien är kvalitativ, vilket innebär att den inte har avsikten att få fram en objektiv sanning, utan att få fram exempel på upplevelser (Bryman, 2018). I en kvalitativ studie är syftet att söka förståelse utifrån respondenternas synvinkel (Kvale & Brinkmann, 2014).

I studien är det transpersoner jag har samlat in information ifrån och inte vårdgivaren, därför är det transpersonernas tolkningar och upplevelser som jag kan uttala mig om, inte intentionerna hos vårdgivaren.

En kvalitativ ansats för en studie ger flera valmöjligheter vad gäller datainsamlingsmetod, exempelvis observationer, intervjuer, enkäter och etnografiska studier (Kvale & Brinkmann, 2014). Jag valde att göra en digital enkät för att på kort tid kunna samla in flera enskilda personers upplevelser utifrån mina frågeställningar. Enkätens frågor utformade jag utifrån studiens syfte och frågeställningar.

Utifrån att jag gjort studien på egen hand och inte med en medstudent bedömde jag tidigt i processen att jag behövde spara ner på tidsåtgången kopplat till insamlingen av data. Jag bedömde att valet av metod för min studie stod mellan enkät och intervjuer. För att få in den bredd på svar som jag eftersträvade bedömde jag att jag inte kunde nöja mig med 4 respondenter, vilket hade varit maximala antalet om jag hade gjort en intervjustudie eftersom en intervjustudie innebär att både lägga tid på att hålla själva intervjun och sedan även att transkribera intervjuerna. När man håller intervjuer är det dessutom en fördel att vara två intervjuare som kan hjälpa åt att ställa följdfrågor och hålla koll på att alla planerade frågor blir ställda (Bryman, 2018). Förutom fördelen gällande tidsåtgång, har enkät som metod för datainsamling andra fördelar men också nackdelar vilka jag nu ämnar att gå igenom.

En av de fördelar som finns med att göra en digital enkät är att respondenterna kan vara helt anonyma, men samtidigt innebär den anonymiteten också att vem som helst kan svara på enkäten och därmed inte bara de som ingår i målgruppen för enkäten (Bryman, 2018). Utifrån att jag la upp enkäten i intressegrupper på Facebook för just transpersoner bedömde jag att

risken att personer som inte är transpersoner skulle ha svarat som låg. Jag bedömde att anonymiteten var till fördel i denna studie eftersom transpersoner är en särskilt utsatt grupp i samhället.

Andra fördelar med att använda en digital enkät som metod för datainsamling är att den går snabbt att distribuera, det går snabbt att få in svaren, läsbarheten av svaren är större jämfört om svaren skrivits för hand och respondenten kan själv välja när det passar att fylla i enkäten (Bryman, 2018).

En av nackdelarna med att göra en enkät, jämfört med att göra intervjuer är att respondenterna då fyller i enkäten helt på egen hand utan möjlighet att själva ställa förtydligande frågor om till exempel vad författaren avsett med en fråga (Bryman, 2018). Samtidigt är en av fördelarna med att använda en enkät, och inte heller vara med i rummet den delas ut i, som metod för datainsamling är att respondenternas svar inte blir påverkade av sociala samspelsfaktorer som annars hade funnits i det delade rummet (Bryman, 2018). I en enkät går det inte att ställa uppföljnings- och följdfrågor därför behöver frågorna vara extra noga formulerade i en enkät för att svaren som samlas in skall vara användbara för avsett syfte (Bryman, 2018). En enkät får inte ta för lång tid att fylla i eller vara för omfattande, för då uppstår en enkättrötthet hos respondenten (Bryman, 2018). Därför fick jag lägga tid på att hitta fungerande formuleringar som medförde att frågorna kunde begränsas i antal, men ändå tillsammans fånga in hela syftet med studien.

#### 4.2. Enkätens utformning

Inledningsvis i enkäten hade jag ett par frågor som handlade om hur respondenten definierade sig själv, förutom att ta reda på just hur respondenten definierade sig var syftet med frågorna också att vara uppvärmningsfrågor där respondenten skulle få mjukare frågor för att få till en mjuk start i insamlingen av empirin (Esaiasson et al., 2012; Jacobsen, 2012). De inledande frågorna var korta och krävde bara korta svar.

Enkäten övergick därefter till öppna frågor som syftade till att samla in olika nyanser av respondenternas erfarenheter av det som min studie syftade till. Dessa frågor är de viktigaste i enkäten (Esaiasson et al., 2012). Ett par av frågorna var ja eller nej frågor med syfte att samla in svar endast från de med specifik erfarenhet, tex av att ha läst sin journal eller varit på en hbt-certifierad vårdcentral. I övrigt använde jag mig enbart av öppna frågor för att inte begränsa vilka svar som respondenterna kunde ge på frågorna i enkäten (Jacobsen, 2012). Som

avslutning ställdes respondenterna en fråga som syftade till att både vara en mjuk avslutning och till att säkerställa att respondenterna haft möjlighet att framföra all den information som de tyckte var relevant att framföra (Jacobsen, 2012).

Innan den färdigställda enkäten lades upp i grupperna på Facebook gjorde jag en liten pilotstudie i form av att en bekant som ingår i målgruppen för studien fick testa att fylla i enkäten. Syftet med denna lilla pilotstudie var att stämma av att den digitala enkäten rent tekniskt fungerade att fylla i samt att få en uppfattning om hur frågorna fungerade för att få in svar som gick att använda för att nå upp till syftet med studien. Anledningen till att en pilotstudie görs är att frågor som formulerats fel kan bidra till att det är en felaktig information som samlas in från respondenterna (David & Sutton, 2016).

Det behov av förbättring som jag fick syn på genom pilotstudien var att fråga 11 och 12 delades in i två frågor från att ha varit en enda fråga, men då med lydelsen ”Om du har läst din journal någon gång, har rätt pronomen använts i journalen?”. I pilotstudien fick jag svaret ”nej” på frågan och kunde inte avgöra om det innebar att personen inte hade läst sin journal eller om det innebar att personen hade läst sin journal och att fel pronomen hade använts i journalen.

### 4.3. Urvalsprocess

Urvalet av studiens informanter är både målstyrt och bekvämlighetsstyrt (Bryman, 2018). Det första innebär att informanterna valts ut för att de stämmer överens med studiens frågor och det andra att valet att göra en digital enkät medför att den enkelt och snabbt kan spridas i Facebookgrupper som har samma målgrupp som studien.

Mina kriterier för respondenter var att vara över 18 år gammal, definiera sig som transperson och ha erfarenhet av besök på vårdcentral. Att besöka vårdcentraler är vanligt förekommande och innebar ingen begränsning gällande vart jag kunde söka efter respondenter. Åldern bedömde jag också som att den inte skulle utgöra någon direkt begränsning i att hitta respondenter. Transpersoner var det enda kriteriet som jag bedömde det nödvändigt att göra ett aktivt urval gällande vart jag kunde hitta respondenter. Kriterierna för urvalet av respondenter har varit samma hela tiden, ett a priori-urval, kriterierna har alltså inte ändrats under studiens gång (Bryman, 2018).

För att nå flera personer samtidigt använde jag mig av social media för att få tag på respondenter. Jag använde mig av tre olika grupper på Facebook för att nå transpersoner. Alla

tre grupper har svenska som huvudspråk, transpersoner som målgrupp och syfte att diskutera könsdysfori, könsbekräftande behandlingar och/eller transidentitet. Att jag valde ut tre grupper samtidigt var för att nå en bredare grupp av transpersoner och möjliggöra en större spridning av respondenter. För att inte riskera att bryta anonymiteten hos respondenterna namnger jag inte grupperna i denna uppsats.

En begränsning gällande hur jag gjort mitt urval är att det inte går att säga hur representativt det är (David & Sutton, 2016). Den begränsningen hindrar dock inte studien då dess syfte är att öka kunskapen om enskilda individers upplevelser.

#### 4.4. Genomförandet av enkätstudien

Jag omvandlade min enkät från att vara ett dokument i programmet Word till en digital enkät via en plattform som heter Survey Monkey och som tillhandahåller tjänster för digitala enkäter. Via den plattformen kunde jag senare navigera i de inkomna svaren sorterat utifrån varje enskild respondents samtliga svar på enkäten. Men först behövde jag samla in underlaget.

En digital länk till enkäten lades upp i tre olika, svensktalande, Facebookgrupper samtidigt och mitt mål var att få minst 20 respondenter. Jag hade gjort bedömningen att 20 respondenter skulle ge ett tillräckligt underlag för min studie. Jag valde att skriva ett inlägg i grupperna med en bifogad länk till enkäten och skrev i inlägget att det var en c-uppsats som jag skrev och att jag i en enkät bestående av 20 frågor ville ta del av deras beskrivningar av upplevelser som de haft vid besök på vårdcentraler. Första sidan på den digitala enkäten var informantbrevet, se bilaga 1. Efter tre dygn hade 27 personer svarat på enkäten och jag stängde då ner möjligheten att svara på enkäten eftersom det med råge nått upp till mitt satta mål för ett tillräckligt underlag.

#### 4.5. Analysmetod och bearbetning av empiri

Tematisk analys är lämplig vid mindre studier samt när avsikten är att lyfta fram meningen i det som sägs och inte *hur* det sägs (Hjerm, Lindgren och Nilsson, 2014). Jag har gjort en tematisk analys i sex steg (Braun och Clarke, 2006).

Jag samlade ihop de inkomna svaren under varje enskild fråga, jag har alltså primärt tittat samlat på de 27 inkomna svaren till varje fråga och inte tittat på vad en enskild respondent svarat på samtliga frågor i enkäten.



1. Först gjorde jag mig bekant med den data som jag samlat in från respondenterna. När jag läste igenom datan noterade jag idéer om mönster som dök upp.
2. Jag skapade en första kodningen utifrån de intressanta bitar som visat sig i datan. Jag använd mig av denna kodning och gick igenom hela materialet igen.
3. Utifrån koderna sökte jag teman. Jag samlade ihop all data under potentiella teman samt använde ytterligare ett tema som jag namngav ”övrigt”. I temat ”övrigt” samlade jag in det som inte passade in under andra teman. Allt material var fortfarande med i genomläsningen, inget sorterades bort ännu. Ett tema är till för att fånga upp något viktigt i relation till studiens frågeställningar och de teman jag valde var därför Symboler, Stress, Antaganden, Pronomenanvändning, Bemötande och Agg.
4. Jag gick igenom samtliga teman igen och stämde av att de fungerade för min studie samt stämde av om de skapade en tematisk karta som kunde användes i min studie. Jag slog ihop vissa teman och strök de teman som det inte fanns ett tillräckligt stöd för i den insamlade datan. De teman som jag gick vidare med var Symboler, Pronomenanvändning, Bemötande och Agg.
5. Nu fanns en tankekarta klar över temana. Jag arbetade vidare med de teman som skulle vara med i analysen och definierade och förfinade dem. Jag definierade följande underteman: Symboler: Positiva samt Avsaknad, Pronomenanvändning: Rätt och Felaktig, Bemötande: Som andra samt Det lilla extra, Agg: Uttalad och Mellan raderna.
6. Jag valde ut citat från materialet som presenterar essensen i temana.

Utifrån de teman som definierats sökte jag teorier som kunde vara användbara för tolkning av materialet. Jag fann mikroaggressioner, minoritetsstress samt queerteori med underbegreppen heteronormativitet och cis-normativitet.

## 4.6. Studiens tillförlitlighet och generaliserbarhet

### 4.6.1. Studiens tillförlitlighet

För att främja tillförlitligheten skall det gå att följa forskningsprocessens steg (Kvale & Brinkman, 2014) därför har jag strävat efter att öppet beskriva hur jag gjort i de olika momenten av denna studie. Angående återgivandet av enkätsvaren har jag valt att använda flera citat för att låta transpersonerna ta plats. Detta ökar tillförlitligheten i och med att läsarna får en större insyn i hur analysen stämmer överens med de inkomna svaren. Vid utformandet av frågor till respondenter så skall ledande frågor undvikas för att studien skall vara tillförlitlig (Kvale & Brinkman, 2014). Genom att utforma enkäten med primärt öppna frågor försökte jag undvika

att styra respondenternas svar och istället lämna utrymme för respondenternas egna formuleringar.

Tillförlitligheten i en studie kan delas upp i validitet och reliabilitet (Kvale & Brinkman, 2014). Validitet handlar om det finns en giltighet i påståendena, alltså om de yttranden som görs är välgrundade samt hållbara och reliabilitet handlar om forskningsresultatet kan reproduceras av andra forskare vid andra tidpunkter (Kvale & Brinkman, 2014).

Första frågan inom validitet är om tillvägagångssättet för studien har inneburit att det som avsetts undersökas är det som blivit undersökt (Bryman, 2018). Därför har studiens syfte och de valda forskningsfrågorna varit centrala under de metodologiska överväganden som gjorts under studien. De yttranden som görs i kapitel 5 Resultat och analys samt kapitel 6 Slutsatser är välgrundade och hållbara utifrån att de kopplas till den tidigare forskning som beskrivits i kapitel 2 Kunskapsläget och de teorier som beskrivits i kapitel 3 Teoretiskt ramverk och begrepp.

På grund av att studien handlar om en social kontext som under förändring och därför också respondenters upplevelser inom den sociala kontexten kan inte reliabiliteten förväntas vara särskilt stor (Bryman, 2018). Huruvida en upprepning av studien ger samma resultat handlar därför även om i hur nära tid den görs och om hänsyn tas till vilka förändringar som hunnit ske gällande transpersoners inkludering och exkludering i samhället.

#### 4.6.2. Studiens generaliserbarhet

Generaliserbarhet syftar till att beskriva om studiens resultat går att utgå ifrån för att beskriva den större grupp som studien undersöker (David & Sutton 2016), i mitt fall transpersoner. Eftersom jag valt att göra en kvalitativ studie är min intention inte att uppnå en hög generaliserbarhet utan istället att få lyfta fram enskilda transpersoners upplevelser och eventuellt ana mönster i upplevelsen av kontakter med vårdcentraler. Kvalitativa studier kan, på grund av det begränsade urvalet, enbart göra ett begränsat anspråk på generaliserbarhet (Bryman, 2018).

Att min studie nått upp till ett visst mått av generaliserbarhet har visat sig genom att mina resultat var jämförbara med tidigare studier på området vilket går att läsa mer om i kapitel 5 Resultat och analys.

#### 4.7. Forskningsetiska överväganden

Första frågan i enkäten var om deltagaren var över 18 år, om personen svarade att den var under 18 år kom den inte vidare i enkäten utan till en sida som meddelade att det endast var personer från och med 18 års ålder som var relevanta för denna studie. Detta för att endast ha myndiga respondenter.

Studien har följt Vetenskapsrådets (2002) fyra forskningsetiska principer: informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet. Informationskravet ämnade jag uppfylla genom att enkätens första sida var en information om studiens syfte. På enkätens första sida framgick det även att deltagandet var frivilligt och genom att ge den informationen avsåg jag att uppnå samtyckeskravet. Nyttjandekravet ämnade jag uppnå genom att informationen som jag samlat in via enkäten endast användes till denna studie och efter att uppsatsen godkänts vid examination förstörs både utskrifter och digitala dokument. Uppgifter som kan leda till att individer identifieras, genom exempelvis på viken ort de besökt vårdcentralen på eller vad för besvär de sökt vård för, ändrades när uppgifterna skrevs in i uppsatsen, detta för att säkerställa att konfidentialitetskravet uppnåts.

Ett problem som jag uppmärksammade i efterhand gällande informationskravet och samtyckeskravet var att deltagarna inte automatiskt fick kontaktuppgifter till mig. Eftersom enkäten och informantbrevet var helt digital och nåddes via en extern plattform så hade referenterna inte tillgång till uppgifterna annat än de få dagar som enkäten låg uppe på Facebook. Om de inte själva i samband med att de fyllde i enkäten noterade mitt namn och att jag hade en Facebookprofil i det namnet så kan de nästintill omöjligt ha kommit i kontakt med mig om de önskat göra det för att till exempel avbryta sitt deltagande i studien.

Konfidentialitetskravet väger extra tungt i vissa fall enligt Vetenskapligarådet (2002) som på sidan 13 skriver: ”Detta är särskilt viktigt då det gäller människor eller grupper som i ett eller annat avseende kan anses svaga och utsatta och/eller har typiska, lätt igenkännliga särdrag.”. Därför var jag extra noga med att gå igenom att inte för många detaljer om enskilda referenter återgavs i min uppsats och riskerade att hota deras anonymitet. Att transpersoner skulle kunna anses vara en grupp som är utsatt bygger jag på att könsöverskridande identitet eller uttryck är en av diskrimineringsgrunderna i Diskrimineringslagen (SFS 2008:567).

I enlighet med Vetenskapsrådets rekommendationer (2002) tillfrågades respondenterna om de vill ta det av den färdiga uppsatsen. Detta innebar att jag via min enkät fick e-postadresser till enskilda respondenter och dessa sparades i det dokument som enkäten automatiskt

sammanställdes i. För att inte dessa e-postadresser, som innehöll uppgifter som äventyrade konfidentialitetskravet, skulle förvaras i samma dokument som enkätsvaren delade jag det sammanställda dokumentet i två och raderade det ursprungliga. Jag förvarade dessa dokument på olika platser för att dokumentet som innehöll e-postadresserna inte skulle kunna kopplas till övriga dokument för denna studie och uppsats.

## 5. Resultat och analys

Presentationen av resultat och analys har i detta kapitel delats upp utifrån de teman som framkom under den tematiska analysen.

Enkäten hade 27 respondenter, dessa har tilldelats varsin siffra från 1 - 27 för att behålla anonymiteten, men samtidigt tydliggöra vilken referent som sagt vad. Samtliga respondenter identifierade sig som transpersoner. Nio av dem hade en icke-binär könsidentitet och arton hade en binär könsidentitet. I enkäten frågade jag respondenterna ”Vilket/Vilka pronomen vill du att andra använder om dig?”. Jag väljer dock ändå, oavsett respondenternas svar på den frågan, att i analysen använda pronomenet hen (i betydelsen neutralt pronomen) genomgripande för att bibehålla respondenternas anonymitet, förutom i ett enstaka exempel där jag bedömt att pronomenet hon samt benämningarna kvinna och man varit nödvändiga att ha med för att inte ta bort essens i det respondenten förmedlat i sitt enkätsvar.

### 5.1. Pronomenanvändning: Rätt och Felaktig

Flera respondenter uppgav att vårdpersonalen använde fel pronomen om dem både i journaler och under vårdbesök, i vissa fall även när patienten påtalat vilket pronomen som är rätt. Flera respondenter tog upp att de inte alltid påtalar vårdpersonalens felaktiga pronomenanvändning och att det är något som de upplever är att göra avkall på sig själva.

Rätt pronomenanvändning togs istället upp av flera respondenter som en del i ett gott bemötande och som en egentlig miniminivå för hur transpersoner skall bemötas. Respondenterna gav många exempel på vad vårdpersonal kan tänka på för att ge ett gott bemötande så som att inte anta att utseende och namn avgör könstillhörighet. En respondent beskrev det så här:

Respektera pronomen, be om ursäkt om de säger fel, känna till att det finns personer som är icke-binära, vara medvetna om att könsidentitet inte är sammanbundet med sexualitet.

– Respondent nummer 12

Kopplat till tidigare forskning stämmer respondenternas uppgifter väl överens med vad som framkommit i tidigare studier både i Sverige och i andra länder. Transpersoner beskriver att ett gott bemötande består av att rätt namn och pronomen används av vårdpersonalen och att felaktig användning av namn och pronomen är exkluderande (Carlström et al., 2021; Markovic et al., 2021; Perez-Brumer et al., 2018; SOU 2017:92).

Att personal på vårdcentraler använder fel pronomen, i vissa fall även när patienten påtalat vilket pronomen som är rätt, för att personalen utgår ifrån patientens utseende kan länkas till hetero- och cis-normativitet. Att anta alla människor är cis-personer innebär att anta att de identifierar sig med det juridiska kön de tilldelades vid sin födelse och att de hela livet lever efter det könets sociala och fysiska normer, det vill säga lever upp till det som anses vara kvinnligt eller manligt (Ambjörnsson, 2016). Att det finns en tröghet hos vårdpersonalen i att anpassa sig till att använda rätt pronomen även när patienten påpekat det kan tolkas vara ett bevis för hur starka normerna gällande könstillhörighet är. Normerna är djupt förankrade i vårt samhälle och det syns genom antagandet att alla är heterosexuella cis-personer och att det är de som avviker från det som behöver ”komma ut” som icke-heterosexuell eller icke-cis (Ambjörnsson, 2016; Butler, 2006).

En respondent lyfte fram att dennes utseende kunde vara en orsak till att rätt pronomen används:

Senast jag såg mina utdrag så var de rätt pronomen. Jag tror skägget gör det svårt för folk att felköna mig, även om de skulle försöka göra det med flit. Men har aldrig blivit felkönad i journalerna vad jag sett. - Respondent nummer 26

Att respondentens skägg skulle vara en orsak till att personalen på vårdcentralerna använder rätt pronomen om hen stämmer överens med cis-normerna (Ambjörnsson, 2016). Att personalen på vårdcentraler använder rätt pronomen om de transpersoner som passar in i normerna gällande kön innebär att det är de transpersoner som inte passar in i normerna gällande kön som vårdpersonalen använder fel pronomen om. Detta bekräftas av tidigare studier som lyfter fram just icke-binära transpersoner som särskilt utsatta för negativt bemötande (Markovic et al., 2021; Rodriguez et al., 2018).

Vikten av att rätt pronomen används och de möjliga konsekvenserna av att felkönas beskrevs tydlig av en respondent:

Det är omöjligt för mig att förneka vem jag är. Jag är kvinna, men föddes med penis...jag tar hellre livet av mig än medger att jag skulle vara man. – Respondent nummer 21

Jag tolkar det som att respondenten här beskriver att om hon förnekas möjligheten att bryta mot cis-normens föreställning, om att kön är statiskt och utgår från den fysiska kroppen vi föddes med, så finns det ingen annan lösning än att ta livet av sig. Att personal på vårdcentraler ska använda rätt pronomen om patienterna blir därmed inte en fråga om att antingen säga rätt eller fel utan om att förhindra eller möjliggöra personers existerande över huvud taget.

Här anser jag att vi kan se att pronomenanvändning är oproblematisks tills någon bryter mot dess normer. Hetero- och cis-normer pekar ut den som bryter mot det som anses normalt och eftersträvansvärt (Ambjörnsson, 2016). Jag menar att den felaktiga pronomenanvändningen signalerar till transpersonerna att de är avvikare och att de inte passerar i en heteronormativ värld. Att bli bemött med en heteronormativutgångspunkt skapar enligt Meyer (2003) minoritetsstress hos de som avviker från normen. För att minska riskerna för depression och suicid bland transpersoner behöver faktorerna som orsakar minoritetsstressen elimineras (Tebbe & Morad, 2016). Att pronomenanvändning och den minoritetsstress den kan orsaka är viktig för transpersoners hälsa menar jag att beskrivningen som gjordes av respondent nummer 21 blir talande för: det handlar om liv och död.

Kopplat till tidigare forskning så framkommer det även där att pronomenanvändning är en viktig del i transpersoners hälsa på andra sätt. I USA är transpersoner överrepresenterade när det gäller att vara smittad av HIV, och en av de främsta orsakerna till att det blivit så är att transpersoner inte använder sig av den tillgängliga hälsovården som finns på grund av avsaknaden av socialt erkännande på hälsocentralerna och då särskilt genom användandet av rätt pronomen (Perez-Brumer et al., 2018).

## 5.2. Symboler

### 5.2.1. Kvinnovård

Ett problem som några respondenter tar upp är ordet ”Kvinnovård” som gör att de, som exempelvis behöver ta ett gynekologiskt cellprov men har en icke-binär eller manlig könsidentitet, känner sig obekväma vid vårdbesöket. I samband med de besöken reagerar de också på att affischer och broschyrer där enbart är riktat till kvinnor.

Jag har väldigt svårt för att ta mig iväg på gynekologiska undersökningar och mammografi för att det är så starkt könat. Söker mig helst till HBT-mottagning i Stockholm även om det är långt att åka. - Respondent nummer 14

Att det heter ”Kvinnovård” och därmed skapar krockar för transpersoner som inte definierar sig som kvinnor men ändå behöver nyttja den vården kan kopplas till cis-normativitet. Antagandet att människor är cis-personer innebär att anta att alla identifierar sig med det juridiska kön de tilldelades vid sin födelse och att fysiskt och socialt kön är överensstämmande (Ambjörnsson, 2016). Ett par respondenter beskrev att de upplevt sig utstirrade i väntrum inom Kvinnovården just för att även om deras fysiska kön överensstämmer med målgruppen för

Kvinnovården så sticker de ut i väntrummet för att deras sociala kön inte överensstämmer med målgruppen.

Detta resultat är överensstämmande med studien gjord av Askerlöv et al. (2021) som när de undersökte transmaskulina personers upplevelser av reproduktiv hälsovård, förlossningsvård och sexuell hälsovård i Sverige kom fram till att det var ett övergripande problem att vårdssystemet är indelat utifrån ett binärt könssystem som medför att transpersoner exkluderas och har svårt att känna sig inkluderade i ett sådant system.

#### 5.2.2. Binära valmöjligheter

Ett annat problem som flera av respondenterna tar upp är att formulär som patienter får för att fylla i i samband med vårdbesök ofta enbart har binära valmöjligheter gällande kön och att det då innebär att de behöver välja antingen kvinna eller man, men också att de måste välja om de skall tolka att frågan avser deras juridiska, fysiska eller sociala kön. Den binära uppdelningen ser respondenterna även genom uppdelningen av toaletter för kvinnor eller män i besöksrum.

Att det enbart är kvinna eller man som ges som alternativ för att fylla i patientens kön och dessutom utan vidare förklaring om det är juridiskt, fysiskt eller socialt kön som avses kan kopplas till hetero- och cis-normer. Tvåkönsnormen innebär att alla människor förutsätts vara cis-personer och att bara två åtskilda oföränderliga kön existerar; kvinna och man (Ambjörnsson, 2016). Tvåkönsnormen osynliggör många transpersoner.

Resultatet av denna studie stämmer väl överens med en kartläggning som gjorts i Sverige som kom det fram att en del transpersoner osynliggörs i det befintliga systemet som vi har i Sverige där vi enbart kan ha en juridisk identitet som antingen man eller som kvinna (SOU 2017:92). Tidigare forskning visar att resultatet inte är unikt för Sverige, eftersom transpersoner i USA som inte passerar som antingen man eller kvinna har en ökad risk för att utsätts för diskriminering vid besök på vårdcentraler (Rodriguez et al., 2018).

#### 5.2.3. Flaggor, broschyrer och HBT-certifiering

Respondenternas upplevelser av HBT-certifierade vårdcentraler skiljer sig åt, de respondenter som beskriver besöken som en positiv upplevelse lyfter fram att skillnaden gentemot en icke HBT-certifierad vårdcentral har varit ett gott bemötande. Andra respondenter beskriver att de inte märkt någon skillnad mellan en HBT-certifierad vårdcentral och en icke HBT-certifierad vårdcentral. Ytterligare några beskriver besök på HBT-certifierade vårdcentraler som en negativ upplevelse och beskriver att den HBT-certifierade vårdcentralen varit sämre än icke-HBT-certifierade vårdcentraler:



Certifieringen betyder inte ett skit. De som haft bäst bemötande har inte varit certifierade, och den som gav värst bemötande var certifierad... - Respondent nummer 11

Det som respondenten beskriver kan tolkas på en mängd sätt. Kopplar jag det till minoritetsstress och att minoritetsstress innebär att minoritetsgrupper förväntar sig att bli avvisade och utsatta för fördomar så skulle det kunna vara så att respondenten hade olika förväntningar på bemötandet utifrån om vårdcentralen hade HBT-certifiering eller inte och då inte förväntade sig att vårdcentralen med HBT-certifieringen skulle utsätta respondenten för fördomar och avvisande alls och att även om bemötandet varit likadant på båda vårdcentralerna hade bemötandet tolkats olika. En annan möjlig tolkning som kan göras om respondentens beskrivning kopplas till tidigare forskning i både Engelsk och Amerikansk kontext som säger att det inte räcker med att det finns en god vilja och positiv inställning till HBT-personer hos personalen för att bemötandet skall vara gott och inkluderande (American Psychological Association, 2015; Simpson et al., 2018) är att HBT-certifieringen inte innebär att all personal har den kunskap som behövs för att ge ett inkluderande bemötande.

Att många respondenter beskriver positiva upplevelser av HBT-certifierade vårdcentraler kan kopplas till att hetero- och cis-normer. Normer begränsar vad vi kan föreställa oss för möjliga variationer, vad vi anser är ”riktigt” och hur vi tolkar det vi ser framför oss (Butler, 2006). Detta skulle kunna innebära att personal på vårdcentraler med HBT-certifiering många gånger har med sig en ökad kunskap om hetero- och cis-normer och därmed kan ge ett bemötande som inte enbart utgår ifrån dessa normer. Att det finns ett behov av vårdcentraler som inte ger ett hetero- och cis-normativt bemötande bekräftar även tidigare forskning som visar att utan HBTQ-vårdcentraler och -organisationer blir inte HBTQ-personers särskilda behov tillgodosedda, dessa inrättningar kompenserar upp för de brister, i form av homo- och transfobi och kunskapsglapp som finns gällande HBTQ-personers behov hos de allmänna vårdcentralerna och myndigheterna (Bauemeister et al., 2015; Gottlieb, 2010; Simpson et al., 2018; Tuller, 2020). Att det från mina respondenter framkommer både positiva och negativa upplevelser gällande bemötandet från personal på vårdcentraler kan tolkas som att enbart HBT-certifiering inte är en komplett lösning på problemet att transpersoner många gånger upplever sig bli exkluderade på allmänna vårdcentraler.

Gällande pride- och transflaggor i väntrum, broschyrer riktade till HBTQ-personer samt skylt om HBT-certifiering tar flera respondenter upp det som exempel på symboler som gör att de känner sig välkomna, eller om dessa symboler saknas ovälkomna.

Hade varit bra med exempelvis transrelaterat tryckt material eller att man var representerad på nåt vis. - Respondent nummer 23

Att vissa vårdcentraler har prideflaggor eller hbtq-certifiering. Det gör att det känns lite tryggare. Även om jag insett att det kan vara en falsk trygghet. - Respondent nummer 13

Symbolerna som lyfts fram är symboler som jag tolkar som signaler på att personalen på vårdcentralen är medvetna om att det finns personer som inte passar in i hetero- och cis-normen. Detta på grund av att normerna begränsas vad vi kan föreställa oss för möjliga variationer, vad vi anser är ”riktigt” och hur vi tolkar det vi ser framför oss (Butler, 2006). Om personalen har ställt fram symboler som inte passar in i normen så borde det innebära att de kan föreställa sig att det finns personer som inte passar in i normen och därmed inte utgå ifrån att alla är heterosexuella cis-personer. Dock lyfter respondent nummer 13 något viktigt, det kan vara en falsk trygghet att tolka symbolerna som en signal på inkludering. Även här kan man lyfta in minoritetsstress som en möjlig tolkning av det som sägs. Minoritetsstress uppstår i strukturer och är därför kronisk och personer tillhörande en minoritetsstress förväntar sig bli avvisade och diskriminerade (Meyer, 2013). Jag menar att det kan betyda att transpersoner inte kan slappna av och lita på att symbolerna innebär att de kommer få ett gott bemötande eftersom bemötandet är en del av en större struktur och att en HBT-certifiering inte innebär att strukturen är förändrad.

### 5.3. Bemötande: Som andra samt Det lilla extra

Ett gott bemötande kan handla om att vårdpersonal gör något som de inte skulle ha gjort om patienten var cis-person. Två respondenter beskriver det så här:

Denna vårdcentral tog hand om en cellprovtagning och upplyste mig steg för steg, förstod att det kunde framkalla dysfori och att jag hade rätt att stoppa undersökningen när jag ville.

- Respondent nummer 5

Min husläkare läste på om trans när jag kom ut. - Respondent nummer 4

Dessa två citat går att tolka som att när personalen har rätt kunskap och kan möta de särskilda behov som transpersoner kan ha så blir det ett bra bemötande. Detta resultat stämmer väl överens med studien som Askerlöv et al. (2021) gjort i Sverige gällande just transmaskulina personers upplevelser av reproduktiv hälsovård, förlossningsvård och sexuell hälsovård. Respondent nummer 5 beskriver i citatet ovan samma sak som kom fram i Askerlöv et al. (2021)

studie, nämligen att vården upplevs som positiv om personalen på vårdcentralen involverar patienten i vården som ges, visar på kunskap om transpersoners särskilda behov samt värnar om patientens integritet.

Flera respondenter beskrev att de vill bli bemötta som vem som helst och att transidentiteten inte skulle hamna i fokus. De vill ha lika bra hjälp som cis-personer och inte bli ifrågasatta eller få irrelevanta frågor. Respondenterna berättade att de inte vill behöva prata om sin könsidentitet när de söker vård för andra saker. Bemötandet som respondenterna beskriver som gott kan handla om att transidentiteten inte tar upp onödigt utrymme i besöket.

De enda jag kan komma på är när jag för ett år sen skulle ta bort stygn på vårdcentralen efter min masektomi. Sköterskan jag träffade var väldigt trevlig och frågade inte alls om varför jag gjort operationen vilket var skönt. - Respondent nummer 1

Transidentiteten är sekundär för många transpersoner när de är på vårdbesök. Flera respondenter tar upp att de fått irrelevanta frågor som inte har med vårdbesöket att göra utan istället är av nyfiken eller rent olämplig karaktär. Dessa irrelevanta frågor kan tolkas vara mikroaggressioner eftersom de markerar att personen som frågorna ställs till inte ingår i normen som frågorna inte skulle ha ställts till (Kumashiro, 2000). Mikroaggressioner leder till ytterligare stresspåslag för den som utsätts (Nadal et al., 2011). Det viktigaste i bemötandet för respondenterna är att personalen inte gör en skillnad utan bemöter transpersoner på samma sätt som cis-personer. Så här sammanfattar en respondent vad som är önskvärt:

Vanligt vänligt bemötande oavsett trans eller inte. - Respondent nummer 25

Citatet här ovan kan låta simpelt att leva upp till, men inte om det kopplas till hetero- och cis-normer som innebär att de som lever upp till de normativa förväntningarna premieras och de som inte lever upp till de normativa förväntningarna utsätts för sanktioner av omgivningen (Ambjörnsson, 2016; Butler, 2007). Citatet innebär då att personalen på vårdcentralerna skall ge ett bra bemötande oavsett om patienten är cis- eller transperson vilket inte går att uppnå genom att behandla alla lika vilket Simpson et al. (2018) kom fram till när de i England studerade vårdhemspersonalens inställning till och kunskap om HBTQ-personer. Deras slutsats var att om man behandlar alla lika, men utgå från att alla är heterosexuella cis-personer leder det till osynliggörande och ojämlikhet, vilket för vårdtagarna innebär att de behöver förlita sig på individers välvilja och enskildas kunskaper istället för att veta att all personal erbjuder samma stöd och hjälp (Simpson et al., 2018). Normerna är djupt förankrade i vårt samhälle och

byggs upp av de lagar, institutioner, handlingar och strukturer som upprätthåller heterosexualitet som något enhetligt, naturligt och allmängiltigt (Ambjörnsson, 2016).

Att vårdpersonalens bemötande är avgörande för om transpersoner använder sig av hälsovården visar studier i Sverige, USA, Afrika och Asien (Carlström et al., 2021; Perez-Brumer et al., 2018). Tidigare forskning visar att om bemötandet inte är bra så får det allvarliga konsekvenser. En studie i USA visade att om transpersoner inte känner sig trygga med att använda de allmänna vårdcentralerna avstår de antingen vård, söker upp vård utanför det lagliga vårdssystemet vilket innebär hälsorisker (Perez-Brumer et al., 2018). Karim et al. (2020) fann i sin studie gjord i Afrika och Asien att transkvinnor är en extra utsatt grupp gällande spridning av HIV på grund av att transpersoner inte upplever sig vara trygga i den allmänna hälsovården.

Respondenter beskriver att det inte fungerar för dem att sänka kraven på personalen, tvärt om: att alla behöver förstå att transpersoner vill ha exakt samma rättigheter som alla har i samhället.

Man behöver inte vara t.ex. hbtq-certifierad, men ett grundläggande schysst bemötande tycker jag är viktigt. - Respondent nummer 23

Att vårdpersonalen anpassar sig till patienten de har framför sig är viktigt för respondenterna.

Att bemöta alla med respekt. Om man saknar kunskap, kan man stå för det (alla kan ju inte veta allt). Lyssna på patienten. Om nåt är viktigt för patienten, så bör personalen ta till sig det oavsett om den själv anser att det är en petitess. - Respondent nummer 14

Sammanfattningsvis tolkar jag det som att respondenterna framför att de vill bli bemötta som vilken patient som helst, få ett gott bemötande generellt och att personalen på vårdcentralerna är öppna och inlyssnande. Denna tolkning stämmer överens med vad som kom fram i en studie om transpersoner i Sverige kom fram till att transpersoner vill bli bemötta med respekt av personalen på vårdcentralerna och att det sker genom att personalen accepterar patienterna för de de är, att de behandlar patienten utifrån dennes enskilda behov samt har tillräckligt med kunskap för att hantera en patient som är transperson (Carlström et al., 2021). Jag tolkar resultatet som att det är hetero- och cis-normerna som ligger i vägen för ett likvärdigt bemötande oavsett om patienten är cis- eller transperson. Den hetero- och cis-normativa utgångspunkten innehåller i sig själv en exkludering av transpersoner (Ambjörnsson, 2016) vilket innebär att personalens utgångspunkt behöver vidgas till att inkludera andra varianter på existens. Tidigare studier bekräftar detta resultat. Bristande kompetenser på vårdinrättningar får konsekvenser och när personalen tror att de behandla alla lika, men utgår från att alla är heterosexuella cis-personer leder det till osynliggörande och ojämlikhet (Simpson et al., 2018).

#### 5.4. Agg: Uttalad och Mellan raderna

Flera respondenter tar upp att de upplever att det är försvårande att personalen på vårdcentralerna är strikta med att det är juridiskt namn som gäller och att de ropar upp det juridiska namnet trots att patienten framfört att de föredrar att tilltalas med ett annat namn samt att de tar förgivet vilket pronomen patienten har. En respondent beskriver att det som är försvårande är att personalen:

Använt fel pronomen, bett att få se min legitimation alldeles för många gånger. Jag hade föredragit att de sa "patienten" om de var osäkra på pronomen. - Respondent nummer 12

Här kan tolkas att pronomen, juridiskt namn och legitimation förväntas stämma överens med den könstillhörighet som personalen på vårdcentralen tolkar att patienten har. Det kan kopplas till cis-normativitet som innebär att vi antar att alla människor identifierar sig med det juridiska kön de tilldelades vid sin födelse och att de hela livet lever efter det könets sociala och fysiska normer, det vill säga lever upp till det som anses vara kvinnligt eller manligt (Ambjörnsson, 2016). Incidenterna som respondenterna beskrivit kan tolkas som mikroaggressioner som skapas av oreflekterade föreställningar och tar sig uttryck genom kommentarer och blickar som blir till stressorer för den som utsätts (Kumashiro, 2000; Nadal et al., 2011). Jag menar att personalen när de ber om att få se legitimationen flera gånger samt inte går med på att ropa upp något annat än det juridiska namnet kan handla om att utsätter patienten för mikroaggressioner.

En respondent beskriver hur denne önskar att personalen på vårdcentraler är genom orden:

Att de inte ser på en som vore man en alien. Att de har faktamässig koll på t.ex. hur testo påverkar kroppen och tänker på vilka organ en pat. med transerfarenhet kan ha/inte ha och relevansen det har i det aktuella sammanhanget. Att de inte ställer irrelevanta frågor av snokande karaktär. - Respondent nummer 11

Att inte bli sedd på som vore man en alien utläser jag som att respondenten upplever sig bli sedd som något annorlunda och avvikande på ett negativt sätt vilket passar in på beskrivningen av mikroaggressioner ovan. Meyer (2003) säger dessutom att risken för att en patient ska känna sig stigmatiserad ökar när bemötandet är heteronormativt och därför utgör heteronormativt bemötande en minoritetsstress.

Flera respondenter tog upp att de fått olämpliga och irrelevanta frågor i samband med besök på vårdcentraler. Vidden av irrelevanta frågor som transpersoner får när de besöker vårdcentraler fångas av dessa exempel:

Vid ett besök på hudmottagning för några år sedan på min gamla hemort så fick jag frågor som "har du gjort könsbyte eller?", varav läkaren pekade på mina ärr efter mastektomi. Sedan frågat hur lång utredningen är, om jag inte ångrat mig osv. Sökte hjälp för akne. - Respondent nummer 23

Nyfikna frågor som ställs för att de skall lära sig mer om trans samt sådant irrelevant snokeri som har med min sexuella läggning att göra. - Respondent nummer 11

Även dessa irrelevanta frågor tolkar jag som, exempel på mikroaggressioner eftersom det är frågor som markerar att personen inte tillhör normen utan är avvikande (Kumashiro, 2000). Även en kommentar som från början kan vara menad som positiv blir negativ och är en mikroaggression när den utgår från normen (Kumashiro, 2000). Kommentarer som kan tolkas vara positivt menade från en vårdpersonal men som blir negativa för patienten ger respondent nummer 1 exempel på:

Har blivit könad som kvinna så många gånger! Även om jag rättat vårdpersonal så säger de fel nästa gång ändå. Vid ett tillfälle skulle jag lämna cellprov. Jag hade bytt tilltalsnamn men det var innan jag bytt namn juridisk så mitt gamla namn var det som stod i kallelsen osv. När jag väl kom in till barnmorskan pratar hon länge och väl om mitt dop-namn och hur himla fint det var. Försökte förklara att det inte var det som jag hade som tilltalsnamn och skulle byta bort dop-namnet. Barnmorskan fortsätter att förklara att mitt dop-namn var så himla fint och varför skulle jag vilja byta bort det? Jag skulle aldrig velat komma ut som icke binär efter det monologen från henne. - Respondent nummer 1

På frågan vilka reaktioner som respondenterna fått av personal på vårdcentral när de blivit medvetna om att respondenten är transperson svarar två respondenter:

Kommentarer om mitt utseende, försöker ge komplimanger om att jag kommer ha lätt för att passera eller att jag passerar så bra. Nyfikenhet som angränsar till fascination (exotifiering). - Respondent nummer 27

Oftast inget överdrivet. Men minns en som sa att hon "respekterar fullt ut" att jag "är man" (vilket jag i och för sig sagt att jag inte var, men att jag använde han). Men sedan kallade hon mig ändå "hon" och uttalade mitt namn kvinnligt. - Respondent nummer 10

Dessa reaktioner är också exempel på mikroaggressioner (Nadal et al., 2011).

Resultatet att många transpersoner uppgav att de på vårdcentraler fått frågor som rörde transidentiteten trots att det var irrelevant för vårdbesöket stämmer överens med som kom fram i en svensk kartläggning (SOU 2017:92).

Ett annat exempel på vilka reaktioner som respondenterna fått av personal på vårdcentral när de blivit medvetna om att respondenten är transperson är detta:

Vid ett tillfälle undersöktes jag och en fråga om prostata kom upp. Jag försökte på ett diskret sätt påpeka att jag inte har en, vilket en läkare borde kunna plocka info ur. Till sist fick jag säga det öppet, något som jag helst undvikit. Läkaren blev förvirrad och behövde pausa en stund innan undersökningen fortsatte. - Respondent nummer 5

Här kan vi se hur läkaren utgick ifrån att den som läkaren tolkar som man har en kropp som överensstämmer fullt med en mans kropp. När läkaren får information av patienten att denne inte lever upp till den linjära föreställningen om att socialt, juridiskt och kroppsligt kön stämmer överens blir läkaren förvirrad och behöver en paus. Detta tolkar jag som ett tydligt exempel på hur starka hetero- och cis-normer är. Inom hetero- och cis-normen existerar enbart kvinna och man och dessa två separata kön är där de enda möjliga identiteterna och kroppen och beteendet ska båda passa in i en av dessa (Butler, 2007). Trots att det uttalats att patienten är en transperson har vårdpersonalen svårt att släppa sin normativa utgångspunkt, vilket stämmer överens med vad Butler (2006) beskrivit som att normerna begränsar vad vi kan föreställa oss för möjliga variationer och hur vi tolkar det vi ser framför oss.

## 6. Avslutande diskussion

Jag ska nu, med utgångspunkt i studiens syfte, sammanfatta de slutsatser som går att göra utifrån analysen i föregående kapitel. Avslutningsvis nämner jag reflektioner som dykt upp under arbetets gång, men som inte rymts inom syftet för denna studie.

Studiens syfte är att undersöka hur transpersoner vill bli bemötta samt hur transpersoner har upplevt sig blivit bemötta när de sökt vård på vårdcentraler. Utifrån detta syfte är intention att genom studien besvara följande frågeställningar:

- Vilka signaler upplever transpersoner sig ha fått gällande att vara välkommen eller ovälkommen som transperson när de sökt vård på vårdcentraler?
- Hur upplever transpersoner att deras transidentitet blir respekterad när de sökt vård på vårdcentraler?

- Vad i personalens bemötande upplever transpersoner är viktigt när de sökt vård på vårdcentraler?

## 6.1. Slutsatser

### 6.1.1. Symboler och signaler

De signaler som transpersoner upplever sig ha fått gällande att vara välkommen eller ovälkommen som transperson när de sökt vård på vårdcentraler sammanfattas här:

Några symboler som transpersoner lyfte fram som problematiska är de symboler som bygger på en binär uppdelning och cis-normer med en förmodad linjär könsidentitet. Som exempel lyftes att fylla i formulär där frågan om patienten är en kvinna eller man ställs samt att en del av vårdsystemet namnats "Kvinnovård".

Genom symboler i väntrum kan vårdcentralerna signalera inkludering eller exkludering. Om vårdcentralen har HBTQ-flaggor eller –broschyrer känner sig transpersoner mer välkomna. Om vårdcentralen inte har dessa symboler så skapar det hos transpersoner en känsla av att vara ovälkommen. Dessa symboler, eller avsaknaden av dessa, kan sägas signalera om vårdcentralens personal primärt har en hetero- och cis-normativ utgångspunkt eller inte. Om personalen har ställt fram symboler som inte passar in i normen så borde det innebära att de kan föreställa sig att det finns personer som inte passar in i normen och därmed inte utgå ifrån att alla är heterosexuella cis-personer.

Eftersom minoritetsgrupper bär på minoritetsstress så förväntar de sig negativa attityder och avvisanden. Att vårdcentraler har symboler som får transpersoner att känna sig välkomna medför att det inte behöver bli ett lika stort påslag gällande minoritetsstress i samband med vårdbesöket. Dock lyfter några respondenter ett viktigt perspektiv; att det kan vara en falsk trygghet att tolka symbolerna som en signal på inkludering. För transpersoner bidrar HBT-certifierade vårdcentraler till att skapa tryggare vårdbesök, samtidigt som stresspåslaget som blir av att personal på vårdcentral ger ett dåligt bemötande kan bli större just när ett dåligt bemötande ges i kombination med att vårdcentralen använt sig av inkluderande symboler. Därför borde inte personal på vårdcentraler inte använda dessa symboler oreflekterat.

Minoritetsstress uppstår i strukturer och är därför kronisk och personer tillhörande en minoritetsstress förväntar sig bli avvisade och diskriminerade. Jag menar att det kan betyda att transpersoner inte kan slappna av och lita på att symbolerna innebär att de kommer få ett gott bemötande eftersom bemötandet är en del av en större struktur och att en HBT-certifiering inte innebär att strukturen är förändrad.



Att det från mina respondenter framkommer både negativa och positiva upplevelser gällande bemötandet från personal på vårdcentraler kan tolkas som att enbart HBT-certifiering inte är en komplett lösning på problemet att transpersoner många gånger upplever sig bli exkluderade på allmänna vårdcentraler. Genom HBT(Q)-vårdcentraler- och organisationer kan HBTQ-personers särskilda behov dock oftare bli bättre tillgodosedda, dessa inrättningar kompenserar upp för de brister som finns gällande HBT(Q) personers behov hos de allmänna vårdcentralerna och myndigheterna. HBT-certifierade vårdcentraler har gett många respondenter positiva upplevelser av möten med vårdpersonal. Dessa positiva upplevelser av möten med personal på HBT-certifierade vårdcentraler kan kopplas till hetero- och cis-normer. Eftersom normer begränsar vad vi kan föreställa oss för möjliga variationer, vad vi anser är ”riktigt” och hur vi tolkar det vi ser framför oss skulle det kunna innebära att personal på vårdcentraler med HBT-certifiering många gånger har med sig en ökad kunskap om hetero- och cis-normer och därmed kan ge ett bemötande som inte enbart utgår ifrån dessa normer.

#### 6.1.2. Upplevelsen av respekt

Hur transpersoner upplever att deras transidentitet blir respekterad när de sökt vård på vårdcentraler sammanfattas här:

En avgörande utgångspunkt för att förstå vikten av att visa respekt för transidentiteten är att personal på vårdcentraler behöver förstå att det handlar om liv eller död. Transpersoner har en sämre hälsa än cis-personer, både fysisk och psykisk, och en förhöjd risk gällande självmord.

Ett tydligt vägskäl som visat sig, mellan att erkänna transpersoners rätta identitet eller att upprätthålla de normer som exkluderar transpersoner från att ta del av samhällsinrättningar på lika villkor som cis-personer gör, är att använda rätt eller fel pronomen samt namn om personen.

Transpersoner får vid besök på vårdcentraler ofta ett bemötande som utgår ifrån hetero- och cis-normer vilket innebär att personalen inte på ett respektfullt sätt kan hantera situationer där pronomen, juridiskt namn, legitimation, kropp och utseende inte stämmer överens med varandra på det sätt de förväntar sig att de skall göra. Incidenterna som respondenterna beskrivit kan tolkas som mikroaggressioner som skapas av oreflekterade föreställningar hos personalen på vårdcentralerna och tar sig uttryck genom kommentarer och blickar som blir till stressorer för den som utsätts. Jag menar att personalen utsätter patienterna för mikroaggressioner.

Det som transpersoner efterfrågar är att personal på vårdcentraler höjer sin kunskapsnivå gällande grundläggande kunskap om transpersoner med ett första fokus på att lära sig att

använda pronomen rätt. Personalen på vårdcentralerna behöver då först medvetandegöra vilka normer de utgår ifrån för att sedan reflektera över hur deras bemötande skulle kunna bli mer inkluderande.

Att det framkom att det finns en stor tröghet hos personal på vårdcentraler att anpassa sig till påtalandet som inte matchar deras föreställning kan sägas visa på en omedvetenhet om att det existerar något bortom hetero- och cis-normer. Att det finns en tröghet hos vårdpersonalen i att anpassa sig till att använda rätt pronomen även när patienten påpekat det kan tolkas vara ett bevis för hur starka normerna är. Det är tydligt att ett gott och respektfullt bemötande inte kommer att uppstå av sig självt eftersom det är omedvetna beteenden som gör att bemötandet blir respektlöst och dåligt. Så länge personalen håller fast vid sin hetero- och cis-normativa utgångspunkt kommer de inte kunna ge ett gott bemötande till alla eftersom den heteronormativa utgångspunkten innebär att personalen utsätter patienter som inte passar in i heteronormen för mikroaggressioner och diskriminering.

Jag menar att den felaktiga pronomenanvändningen och liknande brister i bemötandet signalerar till transpersonerna att de är avvikare och att de inte passerar i en hetero- och cis-normativ värld. Att bli bemött med dessa normativa utgångspunkter skapar minoritetsstress hos de som avviker från normen. Denna minoritetsstress är en av faktorerna som orsakar transpersoners sämre hälsa.

### 6.1.3. Personalens bemötande

Vad transpersoner upplever är viktigt i personalens bemötande när de sökt vård på vårdcentraler sammanfattas här:

Hur personalen på vårdcentraler bemöter transpersoner är en avgörande faktor för om transpersoner använder sig av hälsovården eller inte. När transpersoner inte känner sig trygga med att använda de allmänna vårdcentralerna så innebär det att de antingen avstår från att söka vård eller söker upp vård utanför det formella vårdssystemet vilket kan innebära risker för hälsan.

För många transpersoner är transidentiteten sekundär när de besöker vårdcentraler. Transpersonerna. De upplever att transidentiteten har fått ta plats på ett icke önskvärt sätt under besöken på vårdcentralerna i form av att de fått oönskade, irrelevanta och ibland helt olämpliga frågor och att vårdpersonalens fokus på transidentiteten då stått i vägen för det egentliga syftet

med besöket på vårdcentralen. Att personalen på vårdcentraler ställer oönskade, irrelevanta och oönskade frågor till transpersoner kan tolkas vara mikroaggressioner, vilket leder till stresspåslag för den som utsätts. Detta stresspåslag är en del av den minoritetsstress som drabbar bland annat transpersoner.

När personalen på vårdcentraler har ett hetero- och cis-normativt bemötande blir det inte ett gott och inkluderande bemötande för transpersoner. När personal tror att de behandlar alla lika, men ändå utgår ifrån att alla patienter är heterosexuella cis-personer leder det till osynliggörande och exkludering. Det som efterfrågas av transpersonerna är att personalen på vårdcentralerna ska ge ett bra bemötande oavsett om patienten de har framför sig är cis- eller transperson, vilket inte går att uppnå genom att behandla alla likadant.

Samtidigt som transpersonerna efterfrågar att bli bemötta på samma sätt som cis-personer så efterfrågar de att bli bemötta med ett inkluderande förhållningssätt och det går inte ihop med ett hetero- och cis-normativt bemötande. Istället handlar det om att personalen på vårdcentraler behöver ha tillräcklig kunskap för att ge ett bemötande som är inkluderande och gör att de kan möta de särskilda behov som en transperson kan ha i samband med besök på vårdcentraler. När bemötandet inte är heteronormativt utan istället inkluderande är det så som transpersoner efterfrågar, precis som för andra.

#### 6.1.4. Avslutning

Studiens syfte var att undersöka hur transpersoner vill bli bemötta samt hur transpersoner upplevt sig blivit bemötta när de sökt vård på vårdcentraler. Sammanfattningsvis är det så här transpersoner vill bli bemötta och så här de har upplevt sig bli bemötta:

Skillnaden mellan ett önskat och ett efterfrågat bemötande kan förklaras med de hetero- och cis-normativa utgångspunkter som personalen kan vara begränsade av. Så länge personalen håller fast vid de hetero- och cis-normativa utgångspunkterna kommer de inte kunna ge ett gott bemötande till alla patienter eftersom den hetero- och cis-normativa utgångspunkterna medför att personalen utsätter patienter som inte passar in i heteronormen för mikroaggressioner och diskriminering.

När personalen har utgått från hetero- och cis-normer har det medfört att de inte på ett respektfullt sätt kunnat hantera situationer där pronomen, juridiskt namn, legitimation, kropp och utseende inte stämmer överens med varandra på det sätt de förväntar sig att de skall göra. Pronomenanvändning har visat sig vara ett tydligt vägskäl mellan att erkänna transpersoners

rätta identitet eller att upprätthålla de normer som exkluderar transpersoner från att ta del av samhällsinrättningar på lika villkor som cis-personer gör.

Personalen på vårdcentraler med HBT-certifiering har många gånger med sig en ökad kunskap om hetero- och cis-normer och kan därför ge ett bemötande som inte är begränsat till att utgå ifrån dessa normer. För transpersoner bidrar HBT-certifierade vårdcentraler till att skapa tryggare vårdbesök dock är HBT-certifiering inte en komplett lösning på problemet att transpersoner många gånger upplever sig bli exkluderade på allmänna vårdcentraler. Även på de HBT-certifierade vårdcentralerna har transpersonerna beskrivit att de varit med om dåliga bemötanden som utgått från hetero- och cis-normer. Även gällande andra symboler är upplevelserna som kommit fram dubbla, att till exempel HBTQ-flaggor eller –broschyrer i väntrum får transpersoner att känna sig mer välkomna och att det medför att det inte behöver bli ett lika stort påslag gällande minoritetsstress i samband med vårdbesöket. Dock lyfter några respondenter ett viktigt perspektiv; att det kan vara en falsk trygghet att tolka symbolerna som en signal på inkludering.

Några symboler lyftes fram som särskilt problematiska av transpersonerna och det är de symboler som bygger på en binär uppdelning och cis-normer med en förmodad linjär könsidentitet.

För många transpersoner är transidentiteten sekundär när de besöker vårdcentraler. När transpersoner upplevt att transidentiteten har fått ta plats på ett icke önskvärt sätt under möten med personal på vårdcentraler i form av att personalen ställt oönskade, irrelevanta och även helt olämpliga frågor så upplever de att vårdpersonalens fokus på transidentiteten stått i vägen för det egentliga syftet med besöket på vårdcentralen. Personalens beteende kan sägas vara mikroaggressioner, vilket leder till stresspåslag och detta är en del av minoritetsstressen som drabbar transpersoner och är en faktor som orsakar transpersoners sämre hälsa.

När personal på vårdcentraler tror att de behandlar alla lika, men ändå utgår ifrån att alla patienter är heterosexuella cis-personer leder det till osynliggörande och exkludering. Transpersonerna i min studie efterfrågade att bli bemötta på samma sätt som cis-personer blir, men samtidigt efterfrågar de ett bemötande som utgår ifrån ett inkluderande förhållningssätt och det går inte ihop med att personalen utgår ifrån hetero- och cis-normer i sitt bemötande. Personal på vårdcentraler behöver ha tillräcklig kunskap för att ge ett bemötande som är inkluderande och gör att de kan möta de särskilda behov som en transperson kan ha i samband

med ett besök på en vårdcentral. När personal på vårdcentraler använder sig av ett bemötande som inte är hetero- och cis-normativt utan istället inkluderande så kan bemötandet bli det som transpersoner efterfrågar: ett vanligt vänligt bemötande oavsett trans eller inte.

## 6.2. Andra reflektioner

Under studiens gång har jag blivit nyfiken på den andra sidans perspektiv, alltså personalen på vårdcentralerna. Jag tror att en sådan studie skulle kunna komplettera den jag nu gjort och att de tillsammans skulle kunna säga något om vilka åtgärder som skulle vara effektiva för att uppnå ett gott inkluderande bemötande för alla, särskilt transpersoner. Vårdpersonalens och även socialtjänstpersonalens perspektiv behöver utforskas. Vad är det som gör att personalen utgår från en hetero- och cis-normativ utgångspunkt eller en mer inkluderande? Hur upplever de själva att de bemöter patienter och klienter? Är båda parterna, patienten/klienten och vårdpersonalen/socialtjänstpersonalen överens om när bemötandet är bra respektive dåligt?

Jag har också blivit nyfiken på att få veta mer om hur den personal som ger transpersoner ett dåligt bemötande bemöter andra patienter. Är de kanske generellt dåliga på bemötande eller är deras bemötande gott i mötet med vissa patienter? Frågorna går att vrida och vända på åt så många håll.

I min studie klumpades samtliga transpersoner ihop, de vore intressant att få veta mer om upplevelserna av möten med personal på vårdcentraler skiljer sig åt mellan olika grupper av transpersoner. På vilka sätt skiljer sig upplevelserna åt mellan till exempel kvinnorna, männen och de icke binära? Vilka skillnader finns mellan upplevelserna på vårdcentraler i Sveriges större städer och Sveriges mindre orter? Jag blir också nyfiken vad en studie likt min, men större, och därmed med möjligheten att ta in flera olika maktordningar i ett intersektionellt perspektiv skulle få fram för resultat. Ett intersektionellt perspektiv skulle möjliggöra ett utforskande av hur olika maktordningar samspelar vid mötet mellan personal på vårdcentraler och patienter som är transpersoner.

Ett ytterligare spår som jag tänk på under genomförandet av min studie är hur det är för personal som är transpersoner att arbeta på vårdcentraler här i Sverige. De är själva en del i bemötandekulturen och har antagligen erfarenheter av att möta patienter som är HBTQI-personer. Eftersom jag i min studie konstaterade att normer är starka så vore det lite extra intressant att titta på hur personal med egen erfarenhet av att vara HBTQI-person förhåller sig medvetet och omedvetet till hetero- och cis-normer när de möter patienter som är transpersoner.

Eftersom att jag genom min studie kom fram till att HBT-certifiering bidrar till att skapa tryggare vårdbesök, men inte är en komplett lösning på problemet att transpersoner många gånger upplever sig bli exkluderade på de allmänna vårdcentralerna så tycker jag att det vore intressant med en fördjupning i vad en HBT-certifiering består i och vilka skillnader den faktiskt riktar in sig på att göra samt vad för förväntningar den lever upp till när personalen på en HBT-certifierad möter den enskilda patienten. En sådan studie skulle kunna ge nyttig information om vilka luckor som kvarstår enligt både personalens och patienternas perspektiv även efter en HBT-certifiering och därmed ge nycklar till hur bemötandet av transpersoner vid besök på vårdcentraler skulle kunna förändras ytterligare för att säkerställa att transpersoner har tillgång till en trygg och inkluderande vård.

Jag har i min studie enbart lyft in HBT-certifiering som ett verktyg för verksamheter att bli bättre på att ge ett gott och inkluderande bemötande till sina besökare. Det borde finnas fler verktyg som används ute i landet med samma syfte. Jag bli nyfiken på om det är så. Min uppfattning är att HBT-certifiering som verktyg är vedertaget både inom verksamheter och bland klienter samt patienter. Jag kan inte komma på något annat som är lika konkret och framförallt inte lika välkänt. Jag vet att det tidigare har funnits informella websidor där HBTQI-personer kunnat lämna omdömen om olika vårdutövare och liknande för att kunna både varna och tipsa andra om vilka exempelvis psykologer eller barnmorskor som skall undvikas och vilka som rekommenderas utifrån hur de bemöter HBTQI-personer. Det vore intressant att ta reda på mer om både fler formella och informella verktyg som antingen vårdgivare eller patienter använder sig av.

## Referenslista

Ambjörnsson, F. (2016) Vad är queer? (2., rev. Uppl). Stockholm: Natur & Kultur

American psychological association (2015) Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70, (9), 832-864.

Asklöv, K., Ekenger, R. & Berterö, C. (2021). Transmasculine persons' experiences of encounters with health care professionals within reproductive, perinatal, and sexual health in Sweden: a qualitative interview study. *Transgender health*. 6 (6), 325-331.

Bauermeister, J., Pingel, E., Jadwin-Cakmak, L., Meanley, S., Alapati, D., Moore, M., Lowther, M., Wade, R. & Harper, G. (2015). The use of mystery shopping for quality assurance evaluation of HIV/STI testing sites offering service to young gay and bisexual men. *AIDS and behavior*, 19 (10), 1919-1927.

Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3 (2), 77-101.

Bryman, A. (2018). Samhällsvetenskapliga metoder. (3., rev. Uppl). Malmö: Liber.

Butler, J. (2006). Genus ogjort. Stockholm: Nordstedts akademiska förlag

Butler, J. (2007). Genustrubbel. Stockholm: Didalos

Carlström, R., Ek, S. & Gabrielsson, S. (2021). 'Treat me with respect': transgender persons' experiences of encounters with health care staff. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 35 (2), 600-607.

David, M. & Sutton, D. (2016). Samhällsvetenskapliga metoder. Lund: Studentlitteratur.

Douglass, M., Polarci, A., Najjar, N., Kronenfeld, J. & Deshpande, A. (2018). Health care for the homeless transgender community: psychiatric services and transition care at a student-run clinic. *Journal of health care for the poor and underserved*, 29 (3), 940-948.

Esaiasson, P., Gulljam, M., Oscarsson, H. & Wängnerud, L (red.) (2012). Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad. 4., [rev.] uppl. Stockholm: Norstedts juridik.

Folkhälsomyndigheten (2015). Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner.

Gottlieb, L. (2010). Persecution at Every Turn: LGBT and HIV-Positive Refugees. *Fellowship*, 75 (10-12), 28-32.

Hjerm, M., Lindgren, S. & Nilsson, M. (2014). Introduktion till samhällsvetenskaplig analys (2., rev. Uppl). Stockholm: Gleerup

Jacobsen, D. (2012), Förståelse, beskrivning och förklaring: introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. 2., [rev.] uppl. Lund: studentlitteratur.

Karim, Q., Havlir, D. & Phanuphak, N. (2020). Putting women in the centre of the global HIV response is key to achieving epidemic control! *Journal of the international AIDS society*, 23 (3), 323-329.

Kumashiro, K. K. (2000). Toward a theory of anti-oppressive education. *Review of Educational Research*, 70(1), 25-53.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun (3., rev. Uppl). Lund: Studentlitteratur

Logie, C., Lacombe-Ducan, A., Brien, N., Jones, N., Lee-Foon, N., Levermore, K., Marshall, A., Nyblade, L. & Newman, P. (2017). Barriers and facilitators to HIV testing among young men who have sex with men and transgender women in Kingston Jamaica: a qualitative study. *Journal of the international AIDS society*, 20 (1), pp.32-36.

Markovic, L., McDermott, D., Stefanac, S., Seiler-Ramadas, R., Iablonsisk, D., Smith, L., Yang, L., Kirchheiner, K., Crevenna, R. & Grabovac, I. (2021). Experiences and interactions with the healthcare system in transgender and non-binary patient in Austria: an exploratory cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 18 (13), 1-13.

Meyer, I. H. (2003) Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674.

Nadal, K. L., Issa, M-A, Leon, J., Meterko, V., Wideman, M. & Wong, Y. (2011). Sexual orientation microaggressions: "Death by a thousand cuts" for lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of LGBT Youth*, 8(3), 234-259.

Najor, A., Kling, J., Imhof, R., Sussman, J., Nippoldt, T. & Davidge-Pitts, C. (2020). Transgender health care curriculum development: A dual-site Medical school campus pilot. *Health equality*, 4 (1), 102-113.

Norrhem, S., Winkvist, H. & Rydström, J. (2015). Undantagsmänniskor: en svensk HBTQ-historia med utblickar i världen. Stockholm: Studentlitteratur

Ohlsson Sandahl, F. (2015). Inkludera - Jämställdhet och hbtq i organisationen. Stockholm: Idealista.

Orre, C. (2017). "In society I don't exist, so it's impossible to be who I am" – Trans people's health and experience of health care in Sweden. Stockholm: RFSL

Perez-Brumer, A., Nunn, A., Hsiang, E., Oldenburg, C., Bender, M., Beauchamps, L., Mena, L. & MacCarthy, S. (2018). "We don't treat your kind": Assessing HIV health needs holistically among transgender people in Jackson, Mississippi. *Public library of science*, 13 (11), 141-143.

Rock, H., Guzman, A., Walker-Smith, T., Zambrano, O. & Elizondo, J. (2018). A second chance at a first impression: creating an Lgbtq-friendly environment *The ochner journal*, 18 (1), 8-9.

Rodriguez, A., Agardh, A. & Asamoah, B. (2018). Self-reported discrimination in health-care settings based on recognizability as transgender: a cross-sectional study among transgender U.S. citizens. *Archives of sexual behavior*, 47 (4), 973-985.

Seelman, K. L. (2016). Transgender adults' access to college bathrooms and housing and the relationship to suicidality. *J Homosex*, 63 (10). 1378-1899.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2008:567. *Diskrimineringslag*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet

Silva-Santisteban, A., Eng, S., de la Iglesia, G., Falistocco, C. & Mazin, R. (2016). HIV prevention among transgender women in Latin America: implementation, gaps and challenges men. *Journal of the international AIDS society*, 19 (32),104-116.

Simpson, P., Almack, K. & Walthery, P. (2018). "We treat them all the same": the attitudes, knowledge and practices of staff concerning old/er lesbian, gay and trans residents in care homes. *Ageing and society*, 38 (5), 869-899.



Socialstyrelsen (2015) God vård av vuxna med könsdysfori. Stockholm: Socialstyrelsen

SOU 2017:92 Transpersoner i Sverige - Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor. Stockholm: Kulturdepartementet

Tebbe, E. A. & Moradi, B. (2016). Suicide Risk in Trans Populations: An Application of Minority Stress Theory. *Journal of counseling psychology*, 63 (5), 520-533.

Trevor, M. & Boddy, J. (2013). Transgenderism and australian social work: a literature review. *Australian social work*, 66 (4), 555-570.

Tuller, D. (2020). For LGBTQ patients, High-Quality care in a Welcoming environment. *Health Affairs*, 39 (5), 736-739.

Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vetenskapsrådet (2017). God forskningssed. Stockholm: Vetenskapsrådet

## Bilaga 1 – Informantbrev

### **Informantbrev**

Jag går sjätte terminen på Socionomprogrammet på Göteborgs universitet. Nu skriver jag en c-uppsats där jag undersöker hur transpersoner upplever att deras transidentitet fått ta plats när de besökt vårdcentraler.

Jag söker personer som vill dela med sig av sina erfarenheter i ämnet. Du skall vara transperson, vilket i min uppsats är ett brett begrepp och det är du själv som definierar att du tillhör målgruppen för enkäten.

Enkäten är digital och tar cirka 20 minuter att fylla i.

Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta din medverkan när som helst under studien. Materialet från enkäterna kommer att behandlas konfidentiellt, det är bara jag och min handledare som har tillgång till det. Den informationen som uppges i enkäterna kommer endast att användas till denna studie. Citat från enkätsvaren kommer att återges i uppsatsen. Personliga uppgifter kommer att fingeras.

Om du önskar att få en kopia på den färdiga uppsatsen skickar jag den gärna till dig.

Med vänliga hälsningar

Emel Wennergren

## Bilaga 2 – Enkätformulär

Enkäten består av öppna frågor där jag vill ta del av dina beskrivningar av de upplevelser du haft vid besök på vårdcentraler.

1. Är du över 18 år?  
(Om nej: Tack, men till denna studie söks personer som är över 18 år)
2. Vilket/Vilka pronomen vill du att andra använder om dig?
3. Hur skulle du beskriva din könsidentitet? (Till exempel: icke binär, kvinna, man, intergender, genderqueer, trans, transsexuell, FTM, FTX, MTF, MTX, transgender)
4. Beskriv vad personal på vårdcentral har gjort som underlättat för dig att vara öppen med din transidentitet.
5. Beskriv vad personal på vårdcentral har gjort som försvårat för dig att vara öppen med din transidentitet.
6. Vad i vårdcentralens fysiska miljö har gjort att du känt dig välkommen dit som transperson?
7. Vad i vårdcentralens fysiska miljö har gjort att du känt dig ovälkommen dit som transperson?
8. Hur märks det om personal har tillräcklig kunskap om transpersoner eller inte?
9. Har du varit på en vårdcentral som är HBT-certifierad?
10. Om ja på fråga 9: Vad har skillnaden varit jämfört med ocertifierade vårdcentraler?
11. Har du läst i din journal någon gång?
12. Om ja på fråga 11: Har rätt pronomen använts i journalen?
13. Vilka reaktioner har du fått av personal på vårdcentral när de blivit medvetna om att du är transperson?
14. Har du av vårdpersonal fått frågor om transidentitet som inte varit relevanta för ditt vårdbehov? Vad har det i så fall varit för frågor?
15. Har du någon gång undvikt att söka vård för att slippa bli felkönad eller liknande? Hur har det i så fall påverkat dig?
16. Har du gjort avkall på din transidentitet för att få besöket på vårdcentralen att gå smidigare? I så fall på vilket sätt?
17. Vad har du för minimikrav på en vårdcentral gällande bemötande av transpersoner?
18. Hur önskar du att det var för transpersoner vid besök på vårdcentraler?
19. Finns det något mer som du vill berätta om som inte har tagits upp i enkäten?
20. Om du vill ha en kopia på den färdiga c-uppsatsen när den är klar så uppge en mailadress.