



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

”Folk som inte är HBT-personer är rätt ointresserade av HBT”

- En kvalitativ studie av kuratorers bemötande av HBT-personer i primärvården.

Socionomprogrammet

C-uppsats

Författare: Johan Hagström, Erik Ridelius och Tina Warneflo

Handledare: Pierre Engström

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
1.1 Syfte.....	2
1.2 Frågeställningar	3
1.3 Förförståelse	3
1.4 Avgränsning	3
2. Tidigare forskning	4
2.1 Etiska riktlinjer och policys i sjukvården	4
2.2 Attityder i vården.....	4
2.3 En biologisk värld.....	5
2.3.1 Medicinen	5
2.3.2 HBT och samtalsterapi	6
3. Metod.....	7
3.1 Material.....	7
3.2 Urvalsmetod	8
3.3 Kvalitativ djupintervju av semistrukturerad karaktär	9
3.4 Diskursanalys	10
3.5 Metodologiska reflektioner.....	12
3.5.1 Reliabilitet	13
3.5.2 Validitet	13
3.5.3 Generaliserbarhet.....	14
3.5.4 Etiska reflektioner.....	15
4. Teori och begrepp.....	16
4.1 Heteronormativitet.....	17
4.2 Foucaults maktanalys	18
4.3 Goffmans dramaturgiska perspektiv.....	19
4.4 Socialkonstruktionism	19
4.5 Poststrukturell feminism.....	20
4.6 Tankeram.....	21
5. Empiri och analys	22
5.1 "Nja" – språket som både viktigt och oviktigt i möte med HBT-personer.	22
5.2 Analys av tema 5.1	24
5.3 Särskilt bemötande eller "precis som alla andra"?	27
5.4 Analys av tema 5.3	28
5.5 "Framför och bakom scenen, nu och då" – informanterna resonerar kring attityder och känslor kring sexuell läggning.....	31
5.6 Analys av tema 5.5	33
5.7 "HBT som Lyxproblem" – Vårdvalet och frånvaron av övergripande vårdetisk diskussion samt HBT som onödig lyx i samtal kring krig och skilsmässor.	36
5.8 Analys av tema 5.7	38
5.9 Sexualitet som privat oavsett - <i>eller beroende på</i> - sexuell läggning.	40
5.10 Analys av tema 5.9	41
6. Diskussion och förslag till vidare forskning.....	42
7. Referenser.....	46
7.1 Litteratur	46
7.2 Övriga arbeten	47
7.3 Artiklar	48

Inledning

Statens Folkhälsoinstitut (FHI) presenterade 2005 sin rapport *Homosexuella, bisexuella och transpersoners hälsosituation* (FHI A 2005:19). Där framkom att andelen personer med "nedsatt psykiskt välbefinnande" var dubbelt så stor bland homo- och bisexuella jämfört med övriga befolkningen, och den allra största delen psykisk ohälsa fann man bland transpersoner. Homo- och bisexuella uppgav i högre grad än övriga befolkningen att man hade svåra besvär av oro, ångslan eller ångest. Även dessa besvär drabbade dubbelt så ofta transpersoner jämfört med homo- och bisexuella. På den här vägen fortsatte resultaten; homosexuella, bisexuella och transpersoner, så kallade HBT-personer, led i större utsträckning av påtagliga sömnsvårigheter samt hög nivå av generell stress. Likaså var det mer troligt att man någon gång hade övervägt att ta sitt liv.

FHI:s resultat ger en tydlig bild av att HBT-personer i högre grad än övriga befolkningen lider av psykisk ohälsa. Forskning visar att homo- och bisexuella kvinnors psykiska ohälsa är dubbelt så stor som hos övriga befolkningen och statistisk visar sedermera att denna grupp uppsöker vården i särskilt hög utsträckning (HOMO, 2007). Med detta som bakgrund kan man rimligen anta att dessa borde vara överrepresenterade bland den grupp som söker sig till primärvården på grund av psykosomatiska besvär, varför frågor om bemötande utifrån sexuell läggning och könsidentitet borde vara brinnande heta för vårdapparaten.

Mot tanke på denna bakgrund blir det intressant och viktigt att beakta vad Hälso- och sjukvårdslagen deklarerar tydligt, nämligen att "*vård skall ges på lika villkor*" och den skall genomsyras av respekt för människors lika värde och individens integritet (§2 Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763). Vidare tillstår att det goda bemötandet alltid bör utgå från den enskilda individen, och det får aldrig vara diskriminerande. Detta är givetvis lovvärda ord men, precis som Västra Götalandsregionen konstaterade i sin rapport: *Patientbemötande och diskriminering – policy, åtgärder och uppföljning*, är det "*själva upplevelsen hos patienten som definierar huruvida mötet är bra eller dåligt vilket i sin tur kan bero på en rad olika subjektiva faktorer*" (Västra Götalandsregionen, 2009).

Man kan då fråga med både lekmannamässig och akademisk nyfikenhet verkligen fråga sig; vilka upplevelser har då "HBT-patienter" haft av sina möten med primärvården? Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning, HOMO, ger oss en fingervisning om detta i en nyskriven rapport; en bild av en vårdorganisation präglad av okunskap och fyrkantighet (HOMO, 2007). Man konstaterar att homo- och bisexuella ofta får ett dåligt bemötande då de är öppna med sin sexuella läggning i sjukvården. Då patienten är ärlig i sitt svar på generella frågor kring civilstånd och levnadssituation – där "*heterosexuella förväntningar inte bekräftas*"- blir denne allt för ofta mött av attityder som inte präglar det "heterosexuella" mötet. Vissa möts av undanglidande indignation, andra får se sina relationer och samliv sexualiseras medan somliga rätt och slätt möts av tystnad. Man har också funnit att homo- och bisexuellas närstående av sjukvården ifrågasätts som varande "riktiga anhöriga" och personal har haft svårt att hitta rätt ord för partnern.

Enligt HOMO's studier vill vårdpersonal i nästan alla vårdfall sina patienters väl, men likväl förekommer diskriminering. Många av de röster från homo- och bisexuella som hörs i studien menar att "*okunskap, osäkerhet och missriktade försök till att visa omsorg ligger bakom*". (HOMO, 2007). Icke desto mindre går kränkande behandling och diskriminering, menar man, vilka än avsikterna må vara, tvärt emot hälso- och sjukvårdslagen och praktiken får förödande konsekvenser på både individ- och samhällsnivå; exempelvis är det betydligt vanligare bland homo- och bisexuella att undvika att söka vård eller att skjuta upp rutinmässiga kontroller just på grund av rädsla för detta kränkande bemötande och ifrågasättande.

Syftet med denna studie är att utreda bemötandet av HBT-personer i primärvården. Tillvägagångssättet har varit att intervjua ett antal, inom området, verkande kuratorer och blottlägga diskursiva praktiker kring temana bemötande, kön och sexualitet. Målet har varit att redogöra för de tankar och attityder som möter HBT-personer som söker sig till primärvården på grund av någon form av psykisk ohälsa. Hur ser det egentligen ut i praktiken? Vilka attityder till HBT-personer har sjukvårdens personal?

1.1 Syfte

Syfte med vår studie är att undersöka hur kuratorer i primärvården resonerar kring

bemötande av HBT-personer.

1.2 Frågeställningar

Hur kan kuratorernas resonemang förstås utifrån ett maktperspektiv?

Hur kan kuratorers resonemang i primärvården kring bemötande av HBT-personer förstås utifrån ett heteronormativt synsätt?

Vilka diskurser är centrala i kuratorernas resonemang kring likabehandling och HBT-personers behov?

Vilka rollkonflikter kan uppstå i möten med HBT-patienter och hur hanteras dessa internt bland kuratorer?

1.3 Förförståelse

Vi har från början varit medvetna om att det heteronormativa mönstret och hur detta i diskursen styr hur människor handlar på alla nivåer i samhället. Utifrån ett socialkonstruktionistiskt perspektiv är vi medvetna om att människors handlingar via språk, kroppsspråk, yttre attribut, gester etcetera bidrar till att upprätthålla det heteronormativa mönstret. Vi ställer oss redan från början tveksamma till om kuratorer i primärvården är medvetna om detta fenomen. Dock har vi under studiens gång fokuserat på att dölja vår förförståelse för att ta reda på vad informanterna vet om detta utifrån sitt perspektiv och inte vårt. Dock är vi medvetna om att förförståelsen kan styra mötena med informanterna, men har försökt så långt som möjligt att spara den till analys och diskussion.

1.4 Avgränsning

När det gäller HBT(Q) begreppet, så som vi valt att använda det, handlar detta om homo-, bisexuella och transpersoner. Vi har uteslutit queerbegreppet, alltså Q:et, trots att vi egentligen anser detta vara en del av ovan beskrivna begrepp. Detta för att underlätta den metodologiska processen och slippa eventuella akademiska förklaringar av begrepp vi på förhand inte vet om de informanter vi kommer att möta är bekanta

med. Vi ville inte låta processen styras av vår förförståelse, vilken också innefattar queerteorin, för att så långt som möjligt inte påverka informanterna med ledande frågor och termer under intervjutillfället.

2. Tidigare forskning

För att få en bättre förståelse kring bemötande av HBT-personer i primärvården finner vi det på sin plats att presentera en kort sammanfattning av den forskning som gjorts på området. Detta utgörs dels av en presentation av etiska riktlinjer och policy i sjukvården och sedermera forskning som gjorts gällande dess implementering och efterlevnad i det praktiska arbetet. Därefter presenteras summariskt forskning som gjorts på bemötande av och attityder gentemot HBT-personer i svensk sjukvård.

2.1 Etiska riktlinjer och policys i sjukvården

Hur var det då med sjukvårdens etiska riktlinjer kring bemötande och diskriminering? I tidigare nämnda rapport framtagen 2007 av Ramböll Consulting på uppdrag av Västra Götalandsregionen görs en rad viktiga konstateranden. Man skiljer här på policys, som syftar till övergripande visioner kring regionens arbete, och rutiner och riktlinjer som utformas inom den specifika verksamheten, men som alltjämt skall spegla för regionen centrala värden – värden som tar sin grund i sjukvårdslagen och filosofin *om lika vård för alla* (Ramböll, 2007). Vad man finner här är att endast ett fåtal av regionens verksamheter har utarbetat lokala riktlinjer med hänsyn till bemötande, trots kravet på att sådana skall finnas. Konkreta manualer för användning i det praktiska patientarbetet är än mer sällsynta, både inom primärvården och på sjukhusen med avseende på bemötande. Rapporten konstaterar att en vanlig förklaring ute i verksamheterna är att det inte behövs några dokument eller manualer då bemötande är en ”naturligt” prioriterad del i sjukvården på grund av det ständigt närvarande mellanmänniska mötet. I detta läser undertecknade in något slags tanke om en organisationskultur med essentiella, om än outtalade, värden och attityder.

2.2 Attityder i vården

Doktoranden Gerd Röndahl vid Uppsala Universitet har forskat kring attityder inom

sjukvården rörande sexuell läggning i sin studie *Heteronormativity in a nursing context – attitudes towards homosexuality and experiences of lesbians and gay men* (Röndahl:2005). Röndahls studie fokuserar attityder inom sjuksköterskåren, och då specifikt gentemot homosexuella och homosexualitet, men kan ändå anses relevanta för denna studie då den ger en ökad förståelse kring sexuella normer och vad som händer när dessa överskrids. Studien bestod av två delar; I första hand gjordes en kvantitativ studie kring attityder hos sjuksköterskor. Av metodologiska skäl delades dessa informanter in i två grupper, den ena uttalat heterosexuella sjuksköterskor och den andra uttalat homosexuella sådana. Del två utgjordes av kvalitativa djupintervjuer med homosexuella patienter och deras närstående om deras upplevelser av sjukvården.

Medparten av de homosexuella informanterna i studien beskriver vårdapparaten som konservativ och heteronormativ. Hos vårdpersonal framkommer att det ofta finns en kluvenhet mellan ny kunskap och gamla fördomar. Man står med ena benet, så att säga, i en tolerant ”nytänkande” värld och med det andra i ett traditionstyngt universum präglad av okunskap om och rädsla för det okända. En och samma person kan vid ena tillfället reagera positivt på något nytt, för att något annat reagera med negativa känslor såsom indignation och ”skämmighet”. Personalen har sällan för avsikt att vara intolerant i sitt agerande, konstaterar Röndahl, utan det dåliga bemötandet kan i huvudsak tillskrivas denna känslomässiga ambivalens som uppstår på grund av personalens osäkerhet. Denna osäkerhet, i sin tur, förklarar forskaren med att personalen inte känner till ”heteronormativitetens kraft” och konsekvenser, och att det sannolikt är denna heteronormativitet som orsakar de ambivalenta känslorna. Detta sagt var det fåtal informanter som uttalade sig direkt negativt om homosexuella och som angav att de, om de kunde, helst skulle undvika att vårda dem.

2.3 En biologisk värld

Ytterligare finner vi det vara av stor vikt att presenteras aspekter av det arbete som bedrivs inom sjukvården som rimligen kan antas påverka attityder kring och bemötande av HBT-personer, detta kopplas sedan in i analysdelen.

2.3.1 Medicinen

”Även om förklaringarna till den normala sexualiteten förändrades, så bevarades i stort sett gränserna mellan det acceptabla och det oacceptabla, det bra och det dåliga” (Hovelius & Johansson: 2004)

Sjukvården beskrivs av Kerstin Sandell (2005) som en institution med en lång historia av patologisering, eller försjukligande, av homosexuella och homosexualitet (Hovelius & Johansson: 2004). Den homosexuella individen gjorde sin entré i den medicinska världen i mitten av artonhundratalet och vad som tidigare setts som syndiga och kriminella handlingar kom nu istället att ses som sjukliga personlighetsdrag. Detta faktum sågs vid tiden som moderna och befriande idéer som, på ett sätt, sökte skuldbefria den homosexuelle men. Citat vi började detta avsnitt med, menar vi rimligen visar var man kan finna en nyckel till en seglivad förståelse och praktik inom sjukvården. Mot bakgrund av detta, alltså den sega historiens överlevnad i dagens samhälle, så blir det viktigt att förstå hur även samtalsterapi har sina historiska rötter som sätter sina står idag, spår som kan härledas tillbaka till psykoanalysen vilken lagt grunden för dagens heteronormativitet i terapin. Detta kommer följande avsnitt att redogöra för.

2.3.2 HBT och samtalsterapi

Ungefär två tredjedelar av de kuratorer vi intervjuar i vår studie har genomgått utbildningar i samtalsterapi – det som tidigare kallades ”stegett- och stegtåutbildningar” – och av dessa har ungefär hälften valt en, så kallad psykodynamisk inriktning. Psykodynamisk samtalsterapi är sprungen ur Sigmund Freuds psykoanalys och fäster stor vikt vid människans tidiga utveckling och uppväxtförhållanden. Där medicinen gett teoretisk underbyggnad för förståelser av avvikande kön har psykologin, och framför allt psykoanalysen, gjort detsamma för förståelser av avvikande genus, menar Kerstin Sandell (Hovelius & Johansson: 2004). Psykoanalysens patologisering av homosexualitet grundar sig i antagandet om den **korrekta** psykosexuella utvecklingen: att bli vuxen på rätt sätt och att känna begär mot rätt kön. ”Andra” sexualiteter än den heterosexuella klassas således som utvecklingsmässiga fel.

3. Metod

Syftet med denna studie var att utreda bemötandet av HBT-personer i primärvården. Tillvägagångssättet har varit att intervjua ett antal, inom området, verkande kuratorer och blottlägga diskursiva praktiker kring temana bemötande, kön och sexualitet. Målet har varit att redogöra för kuratorers tankar och på vilket sätt de möter HBT-personer, som söker sig till primärvården på grund av någon form av psykisk ohälsa. Hur ser det då ut i praktiken? Vilka etiska riktlinjer kring bemötande antidiskriminering finns och hur efterlevs dessa?

Det är ett syfte som söker kvaliteter snarare än kvantiteter och en närhet till de personer som arbetar inom detta område. Vi valde därför att använda oss av kvalitativa metoder. Valet av metod beror på vilka frågeställningar forskaren väljer att fokusera studien på. Kvale menar att det kvalitativa perspektivet ger en djupare analys och subjektiv förståelse, vilket passar vår studie bättre, eftersom vi vill veta hur kuratorer funderar och tänker kring bemötande av HBT-personer i diskursen.

Kvalitativa metoder är ett stort område i sig där man kan välja mellan olika former av intervjuer, dokumentanalyser, observationer med mera. Vi kommer i detta kapitel att presentera *hur* vi genomförde studien, förklara *varför* dessa tekniker valdes, och i det kommer vi att referera till metodlitteratur. Det är dock vår metod och genomförande som är det centrala, varför referenser används uteslutande för att visa läsaren på det vetenskapligt korrekta i vårt arbete, och inte används som en redogörelse för kvalitativ metod som sådan. Med andra ord kan man säga att vår metod hamnar på *frontstage*, och metodlitteraturen på *backstage*.

3.1 Material

Vi ville låta informanternas upplevelser av verkligheten och deras förståelse styra

intervjuerna. Detta är en central aspekt i vad som kallas för ett narrativt perspektiv (Thomassen, 2007). Av det följde att studien byggde på tolkningar av berättelser utifrån så kallade diskurser. Med det menar vi att informanterna vi intervjuar kommer att ge oss olika upplevelser och förståelse av vårt ämne i en högre dimension av sin verklighet.

Det kommer kanske att finnas lika många ”sanningar” och förståelser kring bemötande av HBT-personer som det finns informanter som kommer att få ta ställning till våra frågor.

Studien kan tillföra kunskaper kring det aktuella ämnet och genom kritiskt tänkande och reflektion utveckla ytterligare kunskaper under arbetets gång. Eftersom materialet i vår studie aldrig kommer att registrera eller vara intresserad av en verklighet som går att bevisa är det hermeneutiska perspektivet (Thomassen, 2007) av intresse, då vikt ligger på förståelse som metod för att utforska olika människors upplevelser av världen och hennes förståelse av denna.

Analys och tolkning kommer att innefatta begrepp som genus, maktförhållanden, heteronormativitet, fenomenologiskt och hermeneutiskt perspektiv samt social konstruktion, feministisk ideologi och diskursanalys. Etiska reflektioner vid bearbetning och analys av materialet kommer att vara ett viktigt moment

3.2 Urvalsmetod

Gruppen informanter bestod av tio kuratorer inom primärvården, som intervjuades under en timma vardera. Urvalsprocessen delades upp i två steg, där vi under första fasen ringde upp samtliga vårdcentraler i Göteborg för att få kontakt med kuratorer. Eftersom det var svårt att få tag på dem lämnades meddelande på telefonsvarare, där vi kortfattat informerade vad studien handlar om samt gav upp våra namn och telefonnummer. Dock var det inte alla som hörde av sig. I fas två bestämde vi oss för att ringa upp dem som inte svarat på meddelandet och i detta steg fann vi fler informanter som visade intresse. En del kuratorer avböjde på grund av sin tidsbrist eller att de inte hade möjlighet att ställa upp på intervju inom vår begränsade tidsram, som forskare, på grund av klientmöten. Eftersom vårt urval måste vara representativt och bara innefatta informanter som är kuratorer inom primärvården blev samtliga inom Göteborgs kommun kontaktade och därmed tillfrågande.

En del informanter ifrågasatte i ett tidigt skede sitt eget tillförande till studien på grund av att de hade knappa erfarenheter av möten med HBT-personer. Vi förklarade då att erfarenheter inte är av vikt utan att det handlar om en dialog, en narrativ berättelse, där vi ska förstå mer av deras tankar än det vi redan vet om ämnet. Under denna diskussion upplevde vi att informanterna kände sig mer bekväma i att ställa upp på intervjun samt att de flesta talade om nya infallsvinklar och tankar de hade i ett diskursivt sammanhang.

Vi upplevde att de flesta var positiva under intervjutillfället och att de visade intresse för ämnet. Vid vissa tillfällen märkte vi att informanterna reflekterat mer än vid andra tillfällen och att vi väckt frågan så pass starkt att de vill ta upp ämnet till en dialog på arbetsplatsen. Efter intervjutillfället har det funnits möjlighet för informanterna att höra av sig till forskarna vid eventuella undringar och eftertanke.

Intervjuerna spelades in på band och transkriberades, varefter texterna noggrant genomlästes, och intressanta och aktuella teman upptäcktes. Utifrån ett narrativt perspektiv blir utskriftarna i sig är en tolkad text (Thomassen, 2007). Vissa analyser, teman växte fram redan under transkriberingen. Vi strävade hela tiden efter att vara medvetna om att transkriberingen påverkade resultatet.

3.3 Kvalitativ djupintervju av semistrukturerad karaktär

Bemötandet av HBT-personer upplever vi är inte det mest bekväma samtalsämnet i dagens samhälle, och det är av stor vikt att informanter i intervjuer känner sig bekväma och känner tillit till intervjuaren (Kvale, 1997). Det var ett eventuellt dilemma för oss insåg vi tidigt, och vi tog därför hjälp av Kvales rekommendationer för att hantera detta. Vi presenterar här Kvales resonemang kring detta och beskriver samtidigt hur vi omsatte dessa råd i vår inhämtande av empiri.

Mot bakgrund av vårt syfte, speciellt med tanke på att det är ett ämne, som enligt vår förförståelse, inte är det bekvämaste av samtalsämnen var den kvalitativa metoden lämplig. Detta på grund av att det ger ett stort utrymme för fölfrågor och låter informantens berättelse och upplevelser styra intervjuens utveckling. Kvale kallar denna form för semistrukturerad (Kvale, 1979) intervju, vilket vi ser som ett bättre alternativ i

vår studie, eftersom denna intervjuform kommer ur en deskriptiv förståelseform, där informantens livsvärld får en central plats. Vi sökte efter vad Kvale menar att kvalitativa intervjuer kan bidra med, nämligen nyanserade aspekter på informantens livsvärld, där vår uppgift som intervjuare blev att finna centrala teman samt öppenhet för nya resonemang, insikter och tolkningar. Vi tog fasta på Kvales påstående att det behöver finnas en viss strukturerad form när det gäller intervjuguide, men att denna struktur inte får styra alltför starkt, utan istället ge plats för en semistrukturerad modell (Kvale, 1997). Våra intervjufrågor blev därför vad man kan se som en skiss över teman, relevanta för vår studie, där kuratorernas berättelser fick styra våra intervjuers upplägg.

Det blev därför viktigt för oss, vilket Kvale påpekar, att informanterna kunde känna sig bekväma i situationen samt känna tillit till oss som intervjuare. De aspekter vi tog fasta på av Kvales rekommendationer var att språkval och då att inte använda oss av akademiska termer, utan istället fokuserar på informanternas sätt att uttrycka sig. Djupintervjuerna med vårt tema anser vi kunde innehålla känsliga frågor, vilket informanterna kunde uppfatta som jobbiga eller svåra att hantera eller till och med stötande. Denna svaghet med djupintervjuerna innebar för oss ett ansvar som intervjuare att konfidentialitetskrav, informationskrav samt samtyckeskrav upprätthålls. Detta görs för att undvika etiska dilemman (Kvale, 1997). Vi återkommer till dessa teman i slutet av detta kapitel.

3.4 Diskursanalys

Diskurs och maktbegrepp är Michel Foucaults tankar om makt och dessa blir intressanta i samband med uppsatsens fokus på genus och heteronormativitet. Foucault menar att maktförhållanden och positioner skapas i varje relation och i varje möte mellan människor (Burr, 2007). Foucault förknippar makt med kunskap, där den senare är underordnad den tidigare. Diskurser skapas och återskapas genom handlingar och språket och makten ligger dolt genom förmågan av överordnade att hantera språket för egen vinning och därmed en maktposition. Språket blir en maktfaktor enligt Foucault (Burr, 2007). Detta har vi som intervjuare lagt stor vikt på både i mötet med våra informanter samt observerat hur dessa använder sig av språket i mötet med sina klienter. Diskursanalys kommer till sin rätta när man vill påvisa skillnader på hur man tänker, funderar och pratar om förståelsen kring hur man upplever verkligheten och förstår

denna. Vi kommer i detta avsnitt att beröra dessa områden.

Vi anser att maktförhållandena är viktiga att belysa när det gäller makt, genus och heteronormativitet, vilket vi tror har betydelse för hur HBT-personer blir bemötta av kuratorer i primärvården. Det heteronormativa perspektivet anses vara en sanning och styr normer i samhället, vilket i hög grad är en maktfaktor. Foucaults perspektiv på makt kommer alltid att vara aktuellt under vår studie. Som forskare har det varit viktigt med tydlighet när det gäller vår egna förståelse och inställning till diskursen och under studiens gång har vi försökt redovisa denna.

Som kurator innehar man makten att välja vilket språk man ska använda i mötet med klienten och detta sammanhang styrs maktrelationen enligt Foucault (Thomassen, 2007). Både Foucault och Habermas (Thomassen, 2007) menar att förnuftiga resultat och dess giltighet ligger i kommunikationen och hur språket användes (Thomassen, 2007). Andras berättelser, förståelse blir ett narrativt perspektiv och en social konstruktion genom egna berättelser och sanningar. Detta har hela tiden varit i fokus under vår process.

Kunskap är inte bara en spegling av verkligheten, utan en verklighet, en sanning eller förståelse som konstrueras genom en diskurs i ett sammanhang. Exempelvis är sexualitet eller genus en konstruktion, en diskurs som styr vårt sätt att tänka, uttrycka oss, handla utifrån sexuell läggning eller till vilken genusgrupp vi tillhör, genom att vi upplever världen utifrån detta. Maktbegreppet blir av vikt i detta resonemang, vilket har varit i fokus under hela vår studieprocess.

Diskurs kan ses som ett strukturellt perspektiv på tankar, sanningar, handlingar om hur denna förståelse är föränderliga i förhållande till rådande omständigheter såsom tid och rum (Burr, 2007). Vi tolkar Burrs tankar om diskurser som ett slags metasamtal, som finns överallt i samhället och upprätthålls i argumentationssammanhang samt kring mer beslutsfattande situationer, vilka handlar om grundläggande övertygelser och vissa antaganden av en verklighet (Burr, 2007). Diskursteori blir då ett redskap för att förstå en högre dimension av abstraktion. För att exempelvis förstå en informants upplevelse av ett fenomen och vad de berättar om i forskningssammanhang. Vi upplever att våra informanter under processens gång via sitt språk och den kultur, som format deras sätt att tänka i diskursen gett oss nya perspektiv på detta. Burr menar att diskurs, makt och

struktur är förknippat med socialkonstruktion och vi tolkar detta som att diskursperspektivet blir centralt när berättelser, förståelse och den språkliga meningen blir aktuella. Burr talar även om handlingar, känslor och tankar kring hur något kan vara och att detta skapas och återskapas när varje människa handlar oavsett om det är genom gester eller språket, vilket vi tydligt som forskare kunnat se hos våra informanter. Diskurser formar fenomen och hur människan uppfattar omvärlden och hur hon ska tänka eller förstå denna.

Filosofen Michael Foucaults tankar har på många sätt grundat ett socialkonstruktionistiskt perspektiv samt diskursivt. Diskursen blir ett centralt begrepp inom socialkonstruktion (Burr, 2007) genom möjligheten att framställa oss själva, vår förståelse, sanning och värld. Detta kan formas via kultur, språk, kroppsspråk, icke-verbalitet som också kan ses som en kommunikation. När vi läser Burrs tankar om Foucault tolkar vi att kunskap är en social konstruktion och att man använder diskurser för att framställa sig själva. Utifrån detta är Foucault en diskursanalytiker, som har påverkat andra (Burr, 2007). Utifrån detta resonemang kan vi se att det som är sant är en diskursiv konstruktion av olika kunskaper, vilket i hög grad har påverkat oss som forskare.

Kritik mot diskurs och socialkonstruktion, menar Burr, är när man vill ta politiska eller moraliska ställningstagande och förhålla sig till dess konsekvenser vid antagande av verkligheten, eftersom denna är socialt konstruerad. Om det inte finns en objektiv sanning, förståelse av verkligheten och vår värld, hur kan vi då överhuvudtaget agera utifrån politiska och moraliska ställningstaganden (Burr, 2007)? Vi kan utifrån Burrs resonemang se att diskurser påvisar maktrelationer i alla sammanhang samt hur dessa å ena sidan upprätthålls och andra döljs genom obalans i maktrelationen (Burr, 2007). Dessa fenomen har vi sett genom att primärvården som institution styrs av en högre organisation samt att HBT-frågan kan upplevas som ett politiskt ställningstagande.

3.5 Metodologiska reflektioner

I detta avsnitt diskuterar vi uppsatsens tillförlitlighet och etik. Vi börjar med reliabilitet, fortsätter med validitet och generaliserbarhet och avslutar med etiska reflektioner.

3.5.1 Reliabilitet

Intervjuers reliabilitet (Kvale, 1997) blir viktig att belysa i relation till ledande frågor under intervjutillfället. Kvale menar att formulering av frågor samt ordval är avgörande. Akademiska termer och begrepp bör undvikas och istället bör neutrala frågeställningar vara i fokus. Kvales tankar om detta har vi burit med oss under hela forskningsprocessen.

Intersubjektiv reliabilitet (Kvale, 1997) blev aktuellt under transkriberingsarbetet. När samma avsnitt av intervjun skrivs ut av två intervjuare ska denna påvisa samma resultat. Dock kan för stor vikt av transkribering och reliabilitet hindra den kreativa processen. Vi har på ett konstruktivt sätt försökt hantera transkriberingen och inte låtit denna ta för mycket tid samtidigt som vi anser att den är av vikt för att få fram våra informanternas berättelser på ett rättvist sätt.

I vår studie har vi noggrant valt att formulera våra frågor på ett neutralt sätt för att så långt som möjligt undvika ledande frågor samt att vi som intervjuare anpassat språkvalet till informanternas. Informanternas har också fått styra intervjuens fortsatta följdfrågor, eftersom deras berättelse är viktig att belysa och deras förståelse och diskurs är det vi ska undersöka. Vår förförståelse har vi under intervjuens gång valt att inte nämna, eftersom denna kan styra informantens berättelse på ett för studien negativt sätt. Som intervjuare har vi försökt formulera våra frågor utifrån informantens sätt att uttrycka sig och språket samt dess flexibilitet har varit ett viktigt verktyg. Dock är vi medvetna om att vi som forskare alltid kommer att styra undersökningens resultat i viss mån när det handlar om förförståelse, språkbruk och formuleringar. Kvale talar om forskarens hantverkskicklighet (Kvale, 1997), vilket vi tolkar handlar om forskarens makt att kunna välja mellan olika tolkningar och om förmågan att kunna argumentera och finna trovärdiga tolkningar. Valideringen tänker vi utifrån Kvales perspektiv handlar om forskarens skicklighet att utöva detta.

3.5.2 Validitet

Ur ett positivistiskt perspektiv handlar etenskap och validitet om att en studie faktiskt

mäter vad den tror att den mäter (Kvale, 1997). I ett vidare perspektiv menar Kvale att kvalitativ forskning kan fokusera på fenomen och variabler och på så sätt bli en valid vetenskaplig kunskap. Kan man i en studie finna gemensamma nämnare och diskurser stärker man validiteten på grund av att fokus inte ligger på att bevisa en sanning. Vi kan se att Kvale sätter validering i ett större sammanhang och menar att validering är mer än bekräftelse. Det är en process, genom vilken man söker utveckla mer välgrundade tolkningar av observationer, fenomen och de förståelser samt sanningar man som forskare genom sin undersökning får uppleva.

Utifrån social konstruktion blir en föreställning i fokus mer än något fast bestående som ska bevisas som ett modernare sätt att förhålla sig till validering (Kvale, 1997). Föreställning har varit i fokus och mer intressant när det gäller HBT-frågan än att bekräfta de rådande föreställningar som existerar i bemötandet hos kuratorer i primärvården.

Ovan nämnda resonemang går att applicera på vår studie, eftersom vi inte är intresserade av att generalisera eller förhålla oss till en sanning. Fokus i vår studie har handlat om att hitta likheter eller skillnader när det gäller på vilket sätt kuratorer i primärvården resonerar kring bemötandet av HBT-personer. Erfarenheter av sådana möten är av mindre vikt, utan det intressanta är hur kuratorer talar om bemötandet i diskursen och om dessa tycker att sådana resonemang är nödvändiga att föra. Kuratorernas berättelse och upplevelser har i vår kvalitativa ansats blivit det centrala. För att stärka validiteten har vi noggrant lyssnat på inspelningarna samt att transkriberingarna har fått vägleda de tematiska upptäckterna.

3.5.3 Generaliserbarhet

Kvale talar om vem som ska avgöra den analytiska generaliserbarheten (Kvale, 1997). Är det forskaren, den som använder forskningen eller den som läser? När vi läser om Kvales resonemang har vi sett att det är viktigt för forskaren att argumenterar för det generella i resultatet samt påvisar tillräckligt med förklaringar till hur studien gått till väga. Vi tolkar Kvale, att det är forskaren som måste framställa det allmänna, det som eventuellt skulle kunna finnas samt att genom generalisering lokalisera eventuella ideal. Kvale vill snarare påvisa att forskarens uppgift i förhållande till generalisering kan vara

att utmana det som redan existera och istället förklara, säga något om hur det kan bli. Utifrån dessa tankar öppnas nya vägar för alternativa tankemönster och handlingar (Kvale, 1997). Utifrån Kvales resonemang tänker vi att forskningen istället kan fokusera på att förändra kulturer, som styr människans förståelse och därmed hennes sanning istället för att acceptera rådande kartläggning av kultur. Kvales tankar om detta är något vi har tagit till oss och tänker passar vår studie bättre än att vilja säga något om en större grupps tankar. Som forskare har vi velat utmana rådande tankemönster, som styr kuratorers förståelse och därmed handlande i bemötandet av HBT-personer.

3.5.4 Etiska reflektioner

Forskaren måste på ett tydligt sätt informera om vad studien ska användas till och att det är frivilligt att delta i denna och förmedlar detta genom informationskrav. Med konfidentialitetskrav (Kvale, 1997) menas att den personliga integriteten skyddas och att informationen aldrig kan ges ut i tredje hand i ett kommersiellt syfte. Innan intervjutillfället har vi förmedlat detta till samtliga av våra informanter, att intervjun är frivillig och kan avbrytas när som helst under processen. Vi har också låtit informanterna välja plats för intervju och de har innan fått en förfrågan om intervjun kan spelas in på bandspelare, vilket de har kunnat avböja. Detta för att göra intervjun så bekväm som möjligt för informanten.

4. Teori och begrepp

I inledningen till denna uppsats problematiserade vi hur kuratorer i primärvården resonerar kring bemötande av HBT-personer. Vi undrade också om det fanns en medvetenhet hos kuratorer i primärvården kring språket och heteronormativitet. Vårt syfte inom just detta problemområde rör några teoretiska aspekter. Dessa blir centrala för att förstå det större syftet dels i en djupare mening, dels problemområdet i en djupare mening, och dels för att vägleda analysen mot dessa djup med hjälp av teoriers begrepp.

Vi kommer i detta kapitel att presentera begreppen *heteronormativitet* (Dahlén, 2006), *makt* vilket här representeras av Foucault, samt den symboliska interaktionismens dramaturgiska perspektiv (Helkama, Liebkind, Myllyniemi, 2000). Dessa tre aspekter finner vi relevanta för att analysera vår empiri på ett sätt i vilket de kompletterar varandra. I korta ordalag, för att ge dig som läsare en liten fingervisning av vår teoretiska tankesammanhang, tänker vi följande: begreppet *heteronormativiteten* låter oss förstå att det i samhället finns en norm i samhället som utgår ifrån det heterosexuella perspektivet och att om man lever ett heterosexuellt liv lever man på "rätt sätt". Normen att leva på rätt sätt visar följaktligen på vad som är fel sätt, och här ligger en maktaspekt. Det är här Foucault blir central för oss då han här mot vår bakgrund i den heteronormativa makten argumenterar att det finns olika tekniker och praktiker för att skapa, behålla och försvara maktpositioner, såsom till exempel heteronormativitet.

Dessa tekniker, resonerar vi, kan återfinnas i empirin, men även om Foucault är mycket övertygande, ger han oss ringa vägledning i hur dessa tekniker kommer till uttryck i en specifik vardag och vardagliga handlingar. Det är här som Goffman stiger in på scenen,

för att använda hans eget begrepp, och ger oss möjlighet att urskilja ett flertal olika konkreta aspekter av de tekniker som används för att bibehålla makten inom heteronormativiteten. Vi kommer nedan att presentera dessa tre aspekter, vi börjar med heteronormativiteten, fortsätter med Foucaults maktaspekt och sedan med Goffmans dramaturgi. Vi avslutar detta kapitel med att presentera Socialkonstruktionismen och den poststrukturella feminismen. Vi använder dessa begrepp för att stärka vårt resonemang och för att se mönster och strukturer i vårt samhälle. I den sista delen i kapitlet kommer vi att i mycket korta drag relatera dessa tre aspekter till varandra med avseende på hur de kompletterar varandra i besvarandet av syftet, något som vi kallar *tankeram*.

4.1 Heteronormativitet

Inledningsvis kan sägas att med heteronormativitet menas att vi har en norm i samhället som utgår ifrån det heterosexuella perspektivet. Den största saken som framhålls här är att lever man heterosexuellt lever man på rätt sätt. I det ingår normen av tvåsamhet så som man och kvinna tillsammans med dess traditionella egenskaper. Att man till exempel ställer kvinnan och mannen emot varandra och menar att de är varandras motsats. I österländsk tradition som Yin och Yang eller som i romersk mytologi att kvinnor är från Venus och män är från Mars, det kvinnliga sköna mot det starka manliga, typiska heteronormativa epitet. Denna norm speglas överallt i samhället, allt ifrån institutioner till privata relationer. Går man in i ett väntrum på ett sjukhus kan man också uppleva exempel på denna heteronormativitet. Det kan vara allt ifrån konst där man och kvinna möts eller att vissa broschyrer tydligt vänder sig till vissa grupper och är utformade utifrån ett tvåsamhetsperspektiv där det är en man och en kvinna eller också alternativt, mamma, pappa och barn (Dahlén, 2006).

Samhällets heteronormativitet kan ha ett upphov till att HBT-personer mår dåligt och i värsta fall leder det till ett förtryck mot HBT-personer (Sandell, 2004). Det finns ett genomgående tema i hur vi bemöter andra människor och kan eller lyckas vi bara bemöta andra människor i heteronormativitet leder det till att andra grupper blir marginaliserade. HBT-personernas livsvillkor påverkas liksom andra grupper som också ställs utanför normen i vårt samhälle. Heteronormativiteten är så framträdande att alla anses vara heterosexuella, alla mallar i samhället är utformade utifrån det och homo-, bi- eller andra sexualiteter osynliggörs. Detta kan även öka homofobin då de med de rädsorna inte ställs inför att möta homosexualitet för att samhället har reducerat bort det

(Sandell, 2004).

4.2 Foucaults maktanalys

Slutligen har vi valt två personer vars teorier vi utgår ifrån. Den första är Foucault och hans maktanalys och den andra Goffmans dramaturgiska teori.

Foucault hävdade att makt var en form av tekniker tillsammans med teknologier. Tekniken står åi i detta fall för själva handlingen samtidigt som teknologi är läran om en viss teknik eller kunskapen om den. Teknologin innebär kunskapen om hur man använder makten och makten används genom teknik. Foucault hävdade att men inom varje tidsskede i ett visst samhälle hade speciella makt- och kunskapsregimer som frambringade sanningar på olika områden. Vad som var sanning just då var något som skapades av olika maktinstanser så som olika institutioner och andra praktiker. Kärnan blir då här att sanningen aldrig kan finnas utanför makten, makten och sanningen går alltid i hand och hand. Därför menade Foucault att sanningen aldrig kan vara opartisk eller vara någonting objektivt. Makten satt på den rätta kunskapen (sanningen) och därför kan de inte skiljas åt (Nilsson, 2008).

Något som vi kan se genom historien är hur vissa beteenden periodvis har klassats som sjukdomar eller galenskap men som idag är något som ska vara accepterat och rättighetsskyddat. Som exempel kan tas hur psykiatrin har förändrats, från institutioner till en mer utbredd öppenvård, eller hur man ser/såg på homosexualitet. I Sverige var homosexuella handlingar olagliga ända fram till 1944. Då bestämdes att det inte skulle vara olagligt längre men istället klassades det som en sjukdom. Detta synsätt fanns kvar ända fram till 1979, inte förens då avskaffade man sjukdomsbegreppet och idag så har homosexuella lagstadgade rättigheter som alla andra i svensk lag (RFSL - Ockupationen av Socialstyrelsen 1979). Frågan är om det är så i praktiken gällande homosexuella men det är en annan diskussion.

Det mest centrala inom Foucaults tankar om makt är hur makten blir en produktiv kraft. Makten producerar vetskapen i samhället och detta leder till att makten producerar individer eller hur individer skall vara och detta skapar normer i samhället som till exempel heteronormativitet. När Foucault säger att makten eller sanningen inte är objektiv menar han just detta, att makten går ner i individerna och på så vis blir

sanningen subjektiv. Makten arbetar på så sätt inte med lagar utan med normalisering, inte med straff utan med kontroll. Normaliseringen innebär att individen korrigeras vid ett "felande" och man riktar insatser som skall leda individen från hennes avvikande beteende till ett homogeniserande beteende (Nilsson, 2008).

4.3 Goffmans dramaturgiska perspektiv

Den andra personen vi har valt är Goffman och hans dramaturgiska perspektiv. Enligt Goffmans dramaturgiska perspektiv styrs vårt agerande av gestaltade roller i interaktion i vardagen. Vardagen liknas med en teaterscen, där det sociala livet utgörs av aktörer, som gestaltar en viss roll beroende på tid, plats och situation. Det finns också ett omklädningsrum, där de agerande förbereder sina framträdanden, likt en loge bakom en teater (Helkama, Liebkind, Myllyniemi, 2000).

Goffman beskriver den sociala interaktionen som en kommunikativ kontroll, där varje möte på scenen mellan två människor liknas med ritualer av information individerna emellan. Individens agerande styrs av de specifika roller, som gestaltas i stunden. Människorna i omgivningen representerar publik och har en observerande funktion lika mycket som de kan agera medaktörer. Varje människa som uppträder förväntar sig ett speciellt bemötande av publiken, som i sin tur vill tillförskaffa sig information om aktören eller förstärka den redan befintliga kunskapen. Om aktören är en okänd person kan publiken med hjälp av aktörens uppförande och utseende bilda sig en uppfattning genom tidigare erfarenheter av liknande aktörer. Goffman tänker att människor i olika möten vill göra intryck på varandra och beskriva vilka vi är och hur vi vill att andra ska uppfatta oss. Goffman menar att individen har frihet att välja roll, även om en viss roll innebär ett visst uppförande och ett förutbestämt mönster (Helkama, Liebkind, Myllyniemi, 2000).

Ett annat begrepp/teori som vi använder oss av i uppsatsen är socialkonstruktionismen och poststrukturell feminism. Detta är egentligen inga teorier, utan vetenskapsteorier. De har ett specifikt synsätt på hur verkligheten är (dess ontologi) och vilken kunskap vi kan nå om denna verklighet (dess epistemologi).

4.4 Socialkonstruktionism

Socialkonstruktionismen menar att den erfarenhet vi får från livet och verkligheten styr vårt beteende. Genom mötet med andra människor på olika arenor så byter vi kunskap och erfarenheter med varandra och kunskapen tenderar att bli objektiv. Dock kan det vara så att människor som inte umgås i samma kohort eller inom samma sfär har en annorlunda erfarenhet av verkligheten. Detta betyder att den objektiva kunskapen kan vara objektiv på ett helt annat sätt inom en annan grupp. Socialkonstruktionismen blir på detta sätt aldrig subjektiv utan det blir en tillvaro av gemensamma meningar om hur saker och ting är. Vi får här ett samhälle som bygger på normer som skapas i cirkulära processer där vi alla skapar normerna tillsammans och samtidigt påverkar varandra att gå i samma riktning, vi blir med andra ord en produkt av samhället och göra att andra blir det också. Andra saker som påverkar och ingår i den sociala konstruktionismen är naturligtvis vår kultur, historia, politiska och ekonomiska premisser (Payne, 2002).

Språket är även en viktig faktor inom socialkonstruktionismen, det är här vi med varandra skapar tolkningar och versioner av verkligheten. Om man här har vuxit upp inom samma kultur och diskurs är det troligt att vi möter varandra med ett språk som är konstruerats av det samhället individerna lever inom (Helkama/Myllyniemi/Liebkind, 2004).

Socialkonstruktionism kan också ses ur ett genusperspektiv och detta blir extra intressant för oss då det rör vår uppsats på ett väsentligt sätt. Biologiskt existerar man och kvinna som kön men vi är samtidigt skapade socialt. Detta innebär att naturen inte kan säga något om hur män och kvinnor är eller hur de ska uppträda utan detta är helt enkelt skapat av vårt samhälle, det vill säga att det är en social konstruktion (Danielsson/Johansson, 2004).

4.5 Poststrukturell feminism

Något som berör socialkonstruktionismen och som har kallats för en modernisering av socialkonstruktionismen är den poststrukturella feminismen. Denna diskurs strävar efter att ta bort epiteterna manligt och kvinnligt. De traditionella egenskaperna som de två könen tillskrivs ifrågasätts och vill överträdas inom den poststrukturella feministiska skolan. Man vill då bryta ner de traditionella egenskaperna genom att visa på hur de är konstruerade (socialt konstruerade) och på detta sätt kan man passera den traditionella normen och utvidga könet till flera sätt att vara, det vill säga, inget bestämt tillskrivet.

Den poststrukturella feministiska skolan vill även förändra diskussionen kring andra dualistiska kategoriseringar som till exempel kropp – själ, individ – omvärld. Detta för att även här visa på att denna uppdelning är något som vi människor har konstruerat för vår förståelse och kritik mot detta skulle då vara att inget behöver vara antingen eller utan det kan vara något helt annat, kanske till och med något nytt (Wikström, 2007).

Den skillnad som finns mellan klassisk poststrukturalism och feministisk poststrukturalism är att den senare försöker skapa en särskild kunskap kring kön. Det som är viktigt att säga om detta är att man inte är ute efter att tillskriva någon, någon sorts kvinnlig eller manlig egenskap, enligt detta synsätt finns det inga sådana. Man tittar istället på hur könen konstrueras, vad det är för mekanismer som leder till att olika epitet tillskrivs manligt eller kvinnligt. En annan skillnad mellan klassisk poststrukturalism och feministisk poststrukturalism är att den klassiska varianten ofta utgår från ett manligt perspektiv utan att ta beaktande om kön. Den poststrukturella feministiska skolan har kön i beaktande men då främst hur kön formas och man skulle kunna se denna teori som en blandning där nya varianter av formuleringar och uttryck är välkomna. Sammanfattningsvis kan man alltså säga att individen är könlös före registreringen av kön (Butler, 2006).

4.6 Tankeram

Dessa begrepp och teorier går ihop i vår uppsats på det sättet att; den sociala konstruktionen och den poststrukturella feminismen är begreppen med vilka vi förklarar vårt samhälle, det som gör att vi tänker och agerar. Heteronormativitetstanken kommer också in här, vilka föreställningar och normer likväl som ovanstående rader konstruerar vårt agerande. Foucaults maktanalys blir viktig då varje möte innehåller makt och makten från institutionerna i vårt samhälle är påtaglig. Vi använder denna teori för att förstå, förklara och tolka hur våra informanter tänker kring detta tema och om dessa har reflekterat över det. Vare sig man har reflekterat över det eller inte får makten konsekvenser. Goffman blir intressant då man på ett enkelt sätt kan se hur föreställningsvärld och verkligheten kan se ut. Man säger en sak bakom scen men gör en helt annan på scen.

5. Empiri och analys

I följande kapitel presenteras empiri utifrån fem centrala teman vi tycker oss kunna urskilja ur det insamlade materialet. Dessa analyseras därefter utifrån olika begrepp och teorier direkt i anslutning till varje

5.1 "Nja" – språket som både viktigt och oviktigt i möte med HBT-personer.

En röd tråd som tidigt uppenbarar sig under våra intervjuer är på vilket sätt våra informanter förhåller sig till det talade och skrivna språkets betydelse för patientens "komma-ut-process". Bland dem finns de som funderat mer och de som funderat mindre kring ämnet, än dock kan ett par huvudspår urskiljas, likväl spår som går åt sidan.

En vanligt förekommande uppfattning är att ett neutralt språkbruk från kuratorernas sida underlättar för klienterna att "vara den de är" och att kuratorn genom att inte kommunicera några förväntningar på patientens sexualitet underlättar för denna att komma ut. Informant 1 tänker sig att öppna frågor kring patientens samliv möjliggör för denne att prata om sin identitet, livsföring och sexuell läggning på ett öppet sätt:

"Jag frågar väldigt öppna frågor gällande relationer, det är jätteviktigt. Familjen, bakgrund, hur funkar vardagslivet etcetera. Jag frågar aldrig specifikt om sexuell läggning. Öppna frågor är viktigt till exempel, hur ser din familj ut? Och då kan personen säga att jag bor med en kille om det är en kille t ex och då öppnar det ju upp, man får ju känna av hur man vill prata om sin relation."

Informant 4, och 8 förhåller sig båda på liknande sätt och 4 tillägger att man aldrig skall fråga om någon är gift då denne tycker att det ingjuter vissa förväntningar på patienten. 4 säger:

"Asså, när man ställer frågan till någon om deras privatliv så frågar man ju aldrig "är du gift?", utan man använder ju - eller jag får jag ju säga, jag vet ju inte hur andra pratar – man får ju alltid använda generella termer som "har du någon relation?". Sen när människor har angivit hur, på något vis, deras kärleksliv ser ut så använder man deras egen terminologi i samtalet. Om det är t.ex. en homosexuell man som anger att han bor med sin sambo Åke, ja då använder jag ju samma begrepp."

Ett antal av våra informanter har som nämndes ovan inte reflekterat över vikten av ett neutralt språkbruk för ”komma-ut-processen”, eller så anser de att ett sådant inte är av någon större vikt. Informant nummer tre till exempel konstaterar att denne ofta tar för givet att en patient är heterosexuell men att det ibland kommer fram att så inte är fallet:

"Det händer det ju att jag frågar en kvinna, ja hur är det här för din man? Nä jag lever med en kvinna kan hon svara då o då kan det ju bli lite sådär.. och ja just det, det har ju hänt flera gånger, att jag tar för givet att personen är hetero. Så är det."

Informant 2 tycker i grunden att ett neutralt språkbruk kring samlevnad är viktigt men medger att ”vanans makt” är stark och att det ibland kan bli fel. Denne anger att när det sitter en patient i stolen framför så finns inte alltid den medvetenheten med, även om 2 egentligen tycker att det är viktigt: *”Någon gång har jag frågat en kille hur det går med din tjej? och sen tänkt att där blev det ju fel.”*

Ytterligare en röd tråd på samma tema är den betydelse många av informanterna tillskriver vad vi väljer att kalla ”*Du är ok*” – **kommunicerandet av tolerans och/eller acceptans**. Här finner vi idén om ett uppfattat fundament i det kurativa samtalet som består i att patientmötet skall präglas av en stämning av *allas lika värde* och att inget är främmande eller chockerande för kuratorn. Patienten skall på kuratorsmottagningen känna att den *duger som den är* och att alla samtalsämnen är tillåtna därinne. 1 säger:

”- Asså, jag är helt övertygad om att bemötandet, oavsett om det ligger hos mig eller någon annan, om man inte känner att man på något sätt är accepterad som den man är, eller om inte jag kan förmedla att du e ok som du är och att jag finns här för dig, ungefär och vi får se vad vi kan hjälpas åt med, då kan ju det vara en del av ens liv som man väljer att hemlighålla eller hålla undan. Om man får en känsla, asså kommunikation sker ju på så många olika plan. Det är ju inte bara det jag säger och vad jag gör här inne, utan om man förmedlar på något sätt att man accepterar den här personen som den är.”

Versioner av denna idé framkommer i nästan samtliga intervjuer. 5 framhäver att en grundläggande positiv människosyn är central och att alla skall behandlas lika oavsett etnicitet, religion eller könsidentitet. 5 säger: *”Man måste kunna förmedla det till den man möter, att det är okej att prata om det, att man ska våga ställa kanske raka frågor.”*

Informant 4 poängterar att bemötandet bör bestå av respekt gentemot klienten, lyhördhet och känslighet inför vad denne behöver:

”Det gäller både pensionärer, och tonåringar eller chefer på Volvo, jag träffar hela spekrat. Och det krävs en oerhörd sensibilitet att se, vem är det jag har framför mig, och moral och såna saker hör ju över huvud taget inte hemma i sådana här sammanhang. (flexibilitet i tänkandet, utvecklas hela tiden i det här jobbet på grund av de extremt olika, och extremt svåra livsöden man måste sätta sig in i.”

Både 6 och 7 menar att respekten för klienten är av största vikt och att man på neutralt och avslappnat sätt påvisar att man är en person som kommer att lyssna på det klienten vill berätta på dennes villkor.

Av alla de olika nyanser som finns i empirin, så tar vi här speciellt fasta på hur det finns en strävan efter att förmedla en *norm* av ”allas lika värde”, en *spänning* eller kanske till och med *oro* i hur denna norm efterlevs i bemötandet av patienter sker, som rör både den professionella rollen och den egna förmågan. Det finns en medvetenhet hos de intervjuade om den makt som de i sin position har, och den makt som språket har.

5.2 Analys av tema 5.1

När det gäller i mötet mellan våra informanter och deras klienter handlar det alltid om makt och som professionell bör man alltid vara medveten om sin egen maktposition och i vilken grad språket blir en maktaspekt.

Som professionell kurator är maktaspekten alltid av vikt. När vi förstår detta utifrån Foucaults diskursiva maktaspekt kan vi se förhållandet mellan kurators makt och den hjälp denne erbjuder alltid finns med i interaktionen med deras klienter. Ett sätt att beskriva detta är i termer av *symmetriska och asymmetriska förhållanden* vilket fångar den jämlikhet respektive ojämlikhet i relationen, mötet med klienten. I den senare råder ojämlikhet och den förstnämnda är parterna mer jämbördiga.

En annan maktaspekt vi uppmärksammar är hur våra informanter har väldigt lite inflytande över hur formulär, patientinformation utformas etcetera eller snarare så har de flesta inte ens ägnat en tanke till detta eller upplever det som ett problem. Detta kan

förstås som en så kallad strukturell makt vilket handlar om de formella befogenheterna som varje befattning innehar och en intentionella makt; en kontroll man genom sin position får över kunskap och information, exempelvis genom språket. Två av våra informanter tycker att detta är viktigt. De båda hävdar att språket är viktigast i mötet när det handlar om förtroende och hur man uttrycker sig för att skapa tillit till klienterna. Informant 7 säger: *”Förhållningssättet, det är ju ändå både verbalt och fysiskt”*.

Språket, såsom informanten framhäver det, är av vikt när det handlar just om genus och HBT-frågan. Sett utifrån ett heteronormativt perspektiv och ur poststrukturell feminism kan vi förstå att det finns en brist på kunskap hos majoriteten av informanterna om hur ämnet ska behandlas på ett professionellt sätt. Våra informanter väljer att i möten med klienter fråga exempelvis en tjej om hon har en pojkvän trots att det poängterar vikten av att vara neutral som kurator. Detta kan upplevas kränkande om tjejen ifråga är lesbisk och, som genom detta redan är stigmatiserad på grund av att hon avviker från samhällets rådande heteronormativa syn på hur en parrelation eller familj ska se ut. Det kan verka självklart att frågan ska ställas, det kan verka naturligt, men det är viktigt menar vi, att förstå att valet att ställa denna fråga blir ett heteronormativt baserat agerande.

Som professionella kan informanterna anses genom språket ha större makt att kunna styra samtalet och på vilket sätt de ska uttrycka sig. Det blir då viktigt att beakta, ur Foucaults maktperspektiv, att de har möjligheten att konstruera, utan att nödvändigt göra det, en egen sanning och verklighet som kan ligga långt bort från klientens. Klienten kan i detta fall vara HBT-personer, som genom språkets maktfaktor blir osynliggjorda. Med enkla medel utifrån Foucaults maktperspektiv, social konstruktion kan kuratorer inom primärvården avdramatisera denna kränkning, genom att ha en icke-normativ inställning och på ett könsneutralt sätt fråga om en man respektive kvinna har en partner.

Empirin visar att det är det bland våra informanter finns en utbredd föreställning om att människor lever med en partner av det motsatta könet. De skapar en normativ klient och genom detta stigmatiserar de människor som redan befinner sig i en utsatt position som HBT-personer.

Utifrån ett heteronormativt synsätt blir detta etiska dilemma svårt för våra informanter

att bryta, eftersom detta styrs av samhällets rådande normer. Att möta klienten i relation till genus och HBT på ett politiskt korrekt sätt blir ett diskursivt etiskt dilemma, där de inte kan ta ett politiskt eller moraliskt ställningstagande. Samhällets normativa syn kring HBT-frågor försvårar för kuratorn möjligheten att frågasätta sitt eget bemötande av klienterna.

Detta försvarar att våra informanter å ena sidan tycker att det är viktigt att tänka på språket och uttrycka sig neutralt å andra förklarar att de har ett heteronormativt synsätt och inte reflekterar över detta. En informant säger:

”Det kommer en patient och vi ska arbeta med någonting har jag inte den grejen i huvudet så att säga. Jag frågar om de har en partner för att en del inte har så att säga heterorelationer. Någon gång har jag frågat en kille hur det går med din tjej? Det är en kille och någon gång har jag frågat så, men jag tycker det är en enkel sak och det är viktigt att tänka på det.”

Vi ser i detta citat hur det finns en socialt konstruerad norm som säger att samtliga kuratorer inom primärvården bör ha en skyldighet att skaffa sig sådan observans att de aldrig uppträder nedlåtande eller kränkande för att undvika diskriminerande av HBT-personer genom ett icke-neutralt språkbruk. Den normen innebär i den konkreta vardagen även att kuratorn bör tänka på detta i det direkta mötet samt påverka kollegor för att förändra attityder i möten med klienter. Samtliga av våra informanter bekräftar att det inom offentlig sektor är av vikt att samtidigt också föra diskussionen på en strukturell nivå genom en politik som främjar HBT-frågor och inte tillåta en klinisk, medicinsk kultur styra primärvården.

En norm som denna finns aldrig i kraft av sig själv, utan den är beroende av en motpol, en avvikelse, i detta fall HBT-personer. Normen har ingen inneboende instabilitet och det finns ingen fast kärna av normalitet och en möjlighet till förändring finns alltid. En del av våra informanter beskriver medias påverkan av hur unga människor måste anpassa sig efter normen, genom att hela tiden bli uppmanade om hur de ska se ut och handla samt krav på att förhålla sig till stereotyper bilder. Handlingar, tankar och mönster blir en normalitet och unga tjejer, anser många av våra informanter, skapas genom olika processer ur detta perspektiv att bli antingen ”tjej” eller ”kille”. Genus, etnicitet och klass blir viktigt för skapandet av mönster och strukturer och normalisering.

5.3 Särskilt bemötande eller ”precis som alla andra”?

Hur skall då en HBT-person bemötas? *Precis som alla andra* eller krävs det något särskilt av kuratorn i arbetet med en person med annan sexualitet än den heterosexuella? Informanterna visar sig sinsemellan bära på en rad olika uppfattningar och idéer om detta.

Mest framträdande är en linje vi väljer att kalla **likabehandlingstanken**. Lite förenklat innebär det en bemötandemodell präglad av en *universalitetstaspekt*, det vill säga, att alla patienter skall behandlas precis likadant. Häri poängteras människors lika värde och vikten av att vara respektfull och lyhörd mot varje klient man möter. Varje människa är unik, tänker man, och kuratorn bör utan att döma så gott den kan försöka lyssna in den unika berättelsen och få en förståelse för vilken problematik patienten bär på och i samråd med denne finna den bästa vägen mot positiv förändring. Professionalitet och lyhördhet är här honnörsord för det goda bemötandet och ingen särbehandling är nödvändig. 1 säger: ”

”Asså inte specifikt utifrån det, nej. Jag kan ju känna att bemötandet e ju så angeläget oavsett vilken patient som kommer och, som du sade innan (per telefon) så kanske jag inte har en aning om någon har en ”annorlunda” sexuell läggning, om inte det i sig har varit problemet. Men bemötandet måste ju alltid vara, som jag ser det, centralt och för mig finns det i alla fall inte så mycket annat.”

1 uttrycker sig på följande sätt:

”Nä, jag behandlar ju personen som precis vem som helst. Jag tänker inte på något speciellt. Mer än, det är klart jag tänker på, *är det här ett problem för personen, eller inte?* Det tänker jag ju på. Men om personen inte säger något om det eller om det inte är ett problem i sig, ja då är det ingen huvudfråga liksom.”

En informant kan tänka sig att det behövs ett särskilt bemötande utifrån sexuell läggning. Denne har erfarenhet av en behandlingsrelation med en patient där relationen tidigt blev dålig och sedermera avslutades i förtid.

Informant nummer 8 anade tidigt att patienten var homosexuell men tog inte upp det då denne ansåg att patienten ville nog inte prata om detta eftersom hon inte själv tog upp

det.

”Jag fick en fantasi där att, var det så att jag skulle ha varit mer lyhörd eller frågat mer om hur hon hade det i sitt samliv, eller... ibland får jag för mig.....skall jag hjälpa personen att uttala de här orden, eller vad förväntar de sig av mig? Jag vet inte man kan ju alltid vara efterklok, man kunde ju kanske ha frågat. Jag sitter och funderar ganska ofta på de här sakerna.”

Informant 5 menar att det kan vara svårt att komma ut som HBT och att man därför kan behöva vara särskilt lyhörd om det kommer fram att patienten är en HBT-person. Det kan därför vara av vikt att våga ställa ytterligare frågor och inte rygga tillbaka. 9 tänker på ett liknande sätt: *”Jag tänker att det kanske är lite tuffare att vara homosexuell, att man är mer utsatt, så kan jag tänka”*.

En av informanterna menar att denne kan uppleva mötet med HBT-personer som påfrestande vissa gånger, utifrån detta särskilda bemötande. Hen kan i dessa samtal känna en ängslighet kring att uttrycka sig på rätt sätt, att inte vara kränkande och att inte bli uppfattad som en fördomsfull person. Denna ängslan från kuratorn tror 5 kan lysa igenom i mötet och gör att det blir krystat och i värsta fall att frågor med avsikt att visa intresse upplevs av patienten som kränkande nyfikenhet.

5.4 Analys av tema 5.3

Utifrån ett heteronormativt perspektiv kan vi se att de flesta av våra informanter utgår från detta synsätt oavsett om patienterna de möter är hetero eller HBT. Utifrån de normer som styrs av det heteronormativa perspektivet, så kallade fördomar, att man har en föreställning om att man lever som man och kvinna. Detta utgår de flesta av våra informanter ifrån när de bemöter sina patienter utan att ens reflektera över det, de flesta informanterna var helt omedvetna om begreppet heteronormativitet och kanske av den anledningen hade de inte reflekterat över detta. Utifrån ett socialkonstruktionistiskt perspektiv är detta omedvetande en grund till att kuratorerna handlar som de gör eftersom att det heteronormativa är en social konstruktion i samhället. När man tänker utifrån dessa sociala normer, som skapa och återskapas, blir handlingen helt omedveten då detta inte ingår i deras bild av hur omgivningen och samhället ser ut.

En av våra informanter menar också att de som inte är HBT-personer själva inte är

intresserad av dessa frågor utan då bör dessa hellre söka sig till RFSL. Så som vårt samhälle är konstruerat, utifrån det heteronormativa perspektivet, innebär detta att alla möten som faller utanför denna norm är ointressant: *”Folk som inte är HBT-personer är rätt ointresserade av HBT.”*

Vi använder Foucaults tankar, där diskursen blir ett centralt begrepp inom socialkonstruktionismen, eftersom våra informanter via språket, kulturen, sättet att kommunicera framställer sig själva och sin förståelse av omvärlden. Detta speglar mötet i kontakten med patienter där våra informanter i form av kuratorer alltid har en överordnad maktposition gentemot patienterna. När vi har varit ute och gjort våra intervjuer använde vi diskurs som ett redskap i ett strukturellt perspektiv på kuratorers förståelse, tankar och att dessa är föränderliga i förhållande till rådande omständigheter. Diskurs, makt och struktur är i symbios med socialkonstruktion och diskursperspektivet blir viktigt när informanter berättar om sin förståelse eftersom språket här blir en maktfaktor. Av den orsak att våra informanter saknar en djupare högre dimension av heteronormativitetsperspektivet talar dessa i diskursen om att de inte finner bemötande av HBT-personer som ett problem, utan att alla möten är lika viktiga oavsett sexuelläggning. När man applicerar socialkonstruktionism blir tanken om likabehandling utifrån en konstruerad norm i samhället där heteronormativiteten styr vad som sägs och görs i mötet.

Ytterligare ett gemensamt drag hos våra informanter är att de inte tror att HBT-personer är rädd för att bli diskriminerade eller marginaliserade i möter med primärvården, en informant säger:

”Nej, det tror jag inte. Men HBT-personer måste jobba själva, de måste visa att detta inte är inget ovanligt eller konstigt. Det gör ju till exempel artister när de visar upp sig och berättar, kommer det andra med”

Samma informant menar att kuratorer inte har något ansvar i denna process, det vill säga, att påvisa att detta inte är något konstigt:

”Det måste ju finnas en acceptans i samhället som med invandrare. Alla är olika, korta, långa, smala, tjocka. Men behandlar man alla med respekt hjälper man till med utsatta grupper”

Vi anser utifrån Foucaults maktperspektiv, där alla relationer innefattar maktpositioner, att kuratorer, utifrån detta, i allra högsta grad har ett ansvar att förmedla detta och att det inte alls är något man kan skjuta över till artister eller liknande. Foucault menar vidare att de som producerar sanningen i samhället och de som producerar normer är de som har makten. Vi applicerar då, utifrån maktperspektivet, primärvården där kuratorer arbetar som en stark maktinstans i samhället och därför ligger ett stort ansvar hos dem.

Vi finner dock att några av våra informanter är väl medvetna om denna maktspekt. Informant nummer 10 säger så att maktpositionen är a och o, att vara medveten om denna. Det är själva kärnan i hela relationen kurator och patient. Informant nummer 6 och 7 är också väl medvetna om detta maktperspektiv. Båda de menar att man absolut ska fundera över bemötande av HBT-personer som kurator just därför att detta med makt och heteronormativitet är starka faktorer i samhället och att man därför måste ha stenkoll på sig själv i mötet.

De talar mycket om makt och hur man den används i rummet, hur man hela tiden måste brottas med sig själv och lägga sina egna värderingar åt sidan. Varför just denna medvetenhet skiljer sig från de andra informanterna vi mött kan bero på att de har tidigare erfarenheter av att jobba med HBT-frågor.

”Man måste ha stenkoll på sig själv. Vad har jag för värderingar? Vad väcker den här personen hos mig? Hur ska jag hantera det här? Ibland har jag stött på saker som inte är till min fördel så att säga när jag möter en patient och då har jag stenkoll på mig själv och då gör jag oftast ett jättebra jobb. Jag är fokuserad på mig själv och lyssnar och det är viktigt. De andra känslorna är mina och den här människan kommer för att den behöver hjälp och jag vet då att det finns saker som den människan inte ska veta om, men det finns säkert saker jag själv inte vet om.”

Om man applicerar Goffmans dramaturgiska perspektiv på detta resonemang kan vi se att denna informant har bättre koll på vilka roller som hör hemma på vilken arena. När denne befinner sig backstage, exempelvis i personalrummet eller i patientmöten, kan informanten fundera över sitt eget beteende och sitt egna diskursiva resonemang. I mötet, på scenen, förväntas informanten ha en roll där denne bemöter HBT-personen utifrån patientens villkor för att undvika en så kallad rollkonflikt, som Goffman talar om.

Om man applicerar ovan resonemang kring Goffmans olika scener, där det krävs samt förväntas olika uppträdande utifrån en roll som är specifik för just den scen människan befinner sig på för att undvika rollkonflikter. Vi kan se att det hos många av våra informanter finns en rollkonflikt, eftersom dessa inte förberett sig tillräckligt bakom scenen, alltså backstage i form av att reflektera över bemötande för att inte bli osäker i sin roll i mötet med klienten. Informanten 5 menar, att man undviker att prata om det. Denne menar att det kan finnas flera orsaker till undvikandet Det kan handla om att man själv inte är klar över frågan eller tycker att det är jobbigt att behöva fundera över var man står i HBT-frågan och dess bemötande.

En annan informant talar om ren scen skräck, om man applicerar Goffman här. Denna informant tycker det är jobbigt med vissa problem och känner en stark nervositet inför problem informanten känner är främmande. Informanten för även ett annat resonemang utifrån ett semistrukturellt feministiskt perspektiv. Detta perspektiv menar att en person är helt könlös inför ett möte eller innan man har träffat personen. Informanten säger dock att om denne ser på pappret innan deras möte att informanten lever med en kvinna så vet denne mer om vad det är för en person informanten möter och kan då förbereda sig på ett adekvat sätt.

5.5 ”Framför och bakom scenen, nu och då” – informanterna resonerar kring attityder och känslor kring sexuell läggning.

Våra informanter målar upp en bild av sjukvården som en i de flesta avseenden splittrad apparat, så också vad gäller de attityder och tankar som finns kring sexuell läggning. Många av dem vittnar om stor okunskap kring frågor om sexualitet och könsidentitet och man uppger samtidigt att detta troligen avspeglas i den verksamhet som förs och i mötet med patienterna. 5 berättar att hen har uppmärksammat att man kan höra saker i korridoren, i fikarummet på arbetsplatsen, där man kan höra okunskaper som i dennes åsikt mestadels handlar om oerfarenheter av möten med homosexuella.

8 uttrycker sig på följande sätt:

”Det är nog lite så och så med det, det kan jag säga. Det finns ju fördomar. Vissa läkare skulle jag inte önska att dessa personerna kom till. Man kan ju höra förnedrande uttryck och okunskap på det här området.”

Eller som 5 säger:

”Det händer ju ibland i personalrummet att man kan vara sådär.....det finns liksom homofober som har jättesvårt med en homosexuell person och att ämnet fortfarande är laddat och man märker att vi tänker och tycker olika.”

Trots att de flesta av informanterna uppger att de hör olämpliga nedsättande kommentarer i korridorer och fikarum, och trots att de menar att det finns stor okunskap bland personalen framför de samtidigt åsikten att det är relativt lätt att komma ut som HBT år 2010. Man hänvisar till att homo- och bisexuella syns flitigt i medierna – skvallerblaskorna dyker ofta upp som referens; att de flesta i dagens samhälle har HBT-personer i sin närhet och/eller i familjerelationer och att frågorna är aktuella i samhällsdebatten.

Det visar sig bland informanterna finnas tydliga uppfattningar om tids- och generationsaspekter vad gäller kunskap kring, och närheten till att ta upp och samtala kring sexualitet och sexuell läggning. Många menar att yngre klienter lättare kommer ut som homosexuella i kuratorssamtalet, och likaså att sexualitet och HBT är mindre tabubelagt för yngre kuratorer varför de har lättare att ta i frågan i sina klientrelationer. 8 är övertygad om att yngre kuratorer har med sig moderna infallsvinklar från socionomprogrammet varför de har en annan medvetenhet kring HBT. Om de äldre kuratorerna säger denne följande:

”Den äldre generationen läste inget annat än kärnfamiljen, heterosexuell kärnfamilj, ingenting om religionspåverkan annat än generellt. Det fanns ju inga HBT-diskussioner precis.”

Äldre kuratorer uppfattas av våra informanter oftare känna skam och indignation kring dessa frågor och antas därför vara mer motvilliga och mindre lämpade att hantera dem. 9 uttrycker sig så här om unga klienter: *"De yngre är öppnare. De står för det på ett annat sätt, inga konstigheter."*

Eller som 7 säger:

”Och jag upplever att unga människor som kommer, dom har ju inte problem med det här. Det är liksom hur naturligt som helst, om man bor med en tjej eller kille. Det är inget

problem liksom.”

En av informanterna går emot de flesta övriga på denna punkt och menar att okunskap och intolerans hos en kurator inte har med ålder eller generation att göra utan kopplar det istället till ett professionalitetsbegrepp. En proffsig kurator har *”det goda bemötandet”*.

Vad det gäller tidsaspekten anser de flesta informanter att, även om samhället är mer öppet idag än förr och att det har blivit lättare att komma ut och leva som HBT-person, så är det fortfarande ett liv i marginalisering med diskriminering och orättvisor som följd.

5.6 Analys av tema 5.5

De flesta av våra informanter menar att åldern har en avgörande betydelse kring diskussionen av HBT-frågor. De menar att sexualiteten blir mindre aktuell ju äldre man är då man ofta som äldre är mer säker i sin sexualitet. Informant nummer 2 uttrycker det hela såhär:

”Sexualiteten är kanske mer i fokus hos unga, eller det vet jag att det är. Den nerven blinkar snabbast i den åldern och de som inte blir dåliga hittar sig själva. Vem de är. Hur de vill ha det och så.”

Dessa tankar som avspeglar sig i våra intervjuer blir motsättningsfulla då det finns en tanke bakom scenen, om vi här använder Goffmans dramaturgiska perspektiv, om hur folk ska bli bemötta. Men när informanten väl är på scenen i sin kurators roll verkar scenrollen bli alltför avspeglad av ens personlighet och personligheten lyser igenom. Detta leder till konsekvenser där man redan inledningsvis av samtalet har bestämt sig vad som är normen. Detta menar Goffman är en rollkonflikt man inte bör hamna i.

En av våra informanter menade till och med att om arbetar med äldre personer så möter man inga HBT-personer och därför ska man ha fokus på de unga i dessa frågor för det är de annars riskerar att förlora massa år:

”Jag tycker det är ungdomar man ska ha fokus på så de inte tappar massa år. De andra har

ändå gjort ett val att visa att man inte är HBT, de har valt att leva i ett heteroförhållande. De har väl fått ut mer av det för annars hade de väl inte valt det. Det är ju ungdomsåren som är viktiga, unga som mår dåligt måste fångas upp. Det är vårt ansvar, samhällets ansvar”

Utifrån ett heteronormativt perspektiv tänker vi här att det kanske finns en anledning till att man ”har valt” att leva ett heterosexuellt liv. Dels pratar informanterna vi mött om att det har blivit mycket vanligare att prata om HBT-frågor de senaste 20 åren men samtidigt finns dessa tendenser att man inte behöver fokusera på äldre när det gäller dessa frågor. Om man då ser på hur samhället såg ut, tidigare än de senaste 20 åren, var förmodligen processen att ha en HBT-läggning betydligt svårare än det är idag då man inte alls pratade om HBT-personer, enligt våra informanter. Att då leva utanför den traditionella heterosexuella normen av mamma, pappa, barn tedde sig väldigt svårt enligt våra informanter, och därför kanske man borde ha extra fokus på de äldre. De kanske av denna anledning har ännu svårare att prata om det än de yngre.

Denna öppning av det heterosexuella samhället som enligt våra informanter skedde under 90-talet beror delvis på att media har skrivit mycket om det och att kändisar går ut i tidningar och tv och berättar om sin sexualitet. Om vi använder Foucaults maktteori om hur makten producerar sanningar får vi fram en analys av detta. Media ses som en stor maktinstans i samhället. Att det nu skrivs och talas mer om HBT-frågor idag än för 20 år sedan borde detta inte betyda att det finns mer HBT-personer idag än förr. Våra informanters resonemang går ut på att ju mer man talar om dessa frågor i media ju fler HBT-personer finns det men i själva verket kanske bara klimatet har blivit något öppnar. Detta betyder ju dock inte att det fanns färre HBT-personer förr. Ur ett socialkonstruktionistiskt perspektiv innebär detta att den sociala konstruktionen har vridits något de senaste åren och vi har fått något större acceptans i samhället, som våra informanter säger, men det hela är ju bara normer skapade av samhället.

Att så öppet som det är nu, gällande HBT-frågor, är samtliga informanter eniga om att det aldrig har varit. Informant nummer 9 sträcker sig till och med så långt som att säga att det inte finns så mycket fördomar längre gentemot HBT-personer: *”Jag tycker inte att det finns så mycket fördomar längre om det, innan var det väldigt tabu men nu är det mer öppet”*.

Åter igen vänder vi oss till Foucaults maktperspektiv. Vi undrar här om det inte är av vikt att kuratorer som sitter på makten i mötet, är medvetna om att dessa frågor fortfarande kan vara känsliga för många och svåra att prata om. Enligt en rapport från HOMO (HOMO, 2007) finns det fortfarande väldigt mycket att göra i vården när man talar om bemötandet gentemot HBT-personer. Diskussionen av detta tema osar av en omedvetenhet kring makten när det gäller några av våra informanter. Den makt som kuratorerna sitter på i mötet med patienterna, speglar enligt Foucault av sig i hela samtalet och hur själva mötet blir. Detta gör ju att det blir svårare för patienterna att ha annan livssituation än den heteronormativa.

Om vi går tillbaka till Goffman finns det två saker som pågår bakom scenen här. Dels finns organisationen på primärvården och dels finns det en organisation över denna. Den senare organisationen producerar ett visst förhållningssätt (som vi för sig ser i analys av tema 6.1.4 att den sätts in i pärmar och inte hinner läsas på grund av strukturella problem) och sedan har vi aparten av personal på den befintliga vårdcentralen. Det har framkommit under våra intervjuer att det finns en jargong på några av våra vårdcentraler. Denna jargong går ut på att man skämtar och raljerar över vissa grupper i samhället som till exempel HBT-personer. Vi frågar oss om det inte blir svårt att ha ett adekvat bemötande gentemot dessa personer om det finns en jargong av ren homofobi i fikarummet. Som Goffman säger har förberedelserna bakom scenen en stor betydelse av hur man sedan agerar på scenen.

Våra informanter har också tankar om att man som ung kurator har lättare att prata om dessa frågor då HBT är mer vanligt förekommande i deras värld. Detta skulle då enligt en del av våra informanter ha med att göra att dels är utbildning annorlunda jämfört med förr och dels att de yngre kuratorerna har växt upp i ett öppnare samhälle. Men samtidigt är några av våra informanter inte alls inne på denna linje utan de menar att det hela har att göra med sin personlighet, sitt eget intresse och sin professionalitet. Vår analys av detta blir att det heteronormativa, som är en social konstruktion, är ännu mer rotat i vissa personer. Kanske mer rotat än vad vissa informanter är beredda att hålla med om.

5.7 "HBT som Lyxproblem" – Vårdvalet och frånvaron av övergripande vårdetisk diskussion samt HBT som onödig lyx i samtal kring krig och skilsmässor.

Ett av de absolut mest prominenta av de teman som framträder ur vår empiri - och ett sidospår som vi allt som oftast hamnar i under våra intervjuer - är de organisatoriska förändringar och kraftiga nedskärningar som skett inom primärvården, Västra Götaland under det senaste året. Samtliga informanter utpekar privatiseringen av primärvården, eller *Vårdvalet*, som boven i detta drama. I dagsläget finns ett drygt femtiotal vårdcentraler i regionen och cirka tjugo av dessa drivs i offentlig regi. En ny situation har uppstått menar informanterna och plötsligt konkurrerar man med vinstdrivande verksamheter med nya och annorlunda prioriteringar.

Denna nya situation har gjort att anslagen till de kvarvarande offentliga vårdcentralerna har minskat. Först att drabbas har kuratorerna varit, "*Tio kuratorer har fått gå*" uppger en informant. Fram till i höstas var utvecklingen den motsatta, hävdar flera av informanterna. Då skulle den psykosociala kompetensen ökas och varje vårdcentral skulle ha kuratorer och psykolog på plats, det var direktiv uppifrån, menar informanterna. Nu är man som sagt bara en bråkdel kvar och resurserna blir färre och färre. Detta påverkar även kvaliteten på det arbete som förs i stunden. 3 säger

"Nej, det görs alldeles för lite och det beror väl på att det kanske inte finns plats nu pga. vårdvalet osv. det är så mycket annat nu, ekonomi och organisation och då tappar man ju dessa mjuka frågor, mötet med människan."

Tid som man skulle vilja avsätta till diskussion om bemötande och etiska frågor går åt till att lösa praktiska ärenden i en skyndsamt fart. En informant menar att man knappt har någon handledning kvar. Inte minst drabbar detta det antidiskriminerings- och jämställdhetsarbete som man enligt policy skall bedriva. 11 säger:

"Vem värderar det då? Patienten värderar ju problemet, så är det i det här rummet. Sen om man tar upp det på nivån i arbetsgruppen så är det ju tusen saker vi ska göra, just nu så är det bara vårdvalet och pengar så jag tror inte att så många andra frågor överhuvudtaget får plats. Och jag tror att just frågor som HBT-frågan då inte har direkt högst prioritet."

2 anmärker:

”Folk har suttit löst på sina jobb och man vet knappt om det finns några pengar kvar och kanske inte får stanna kvar på sina jobb och om verksamheten finns kvar och då har HBT-frågan varit ett lyxproblem.”

Det finns dessutom en ytterligare dimension till verkningarna av vårdvalet, menar våra informanter. De privata vårdcentralerna har inte tagit sitt ansvar vad gäller att erbjuda regionens invånare tillgång till psykolog eller kurator. Detta gör att trycket är extra stort på de kvarvarande offentliga vårdcentralerna som faktiskt erbjuder detta.

Vad talar man då om inom primärvården, förutom nedskärningar? Inte mycket om man får tro våra informanter. De menar att det till och med under goda tider inte förts någon egentlig diskussion kring vad en informant väljer att kalla *de mjuka frågorna*. Informant 4 uppger att det inte alls råder brist på policy och etiska riktlinjer kring detta, bara att de inte efterlevs i praktiken:

”Jag menar det här med gemensam filosofi, det är bara tomma, dumma ord som sitter i pärmar, jag menar: ”primärvården etiska”, jag menar...det finns ju inte, det hinner man ju inte prata om. Det är bara lösningar av praktiska problem, inga vårdideologiska diskussioner alls.”

Informant 8 drar det hela till sin spets och menar det inte pågår någon dialog i sjukvården över huvud taget. Denne säger:

”Asså, det pågår inte den här typer av diskussioner. Asså, det är en medicinsk värld vi lever i här, va. Man tillför någonting till kroppen eller så tar man bort någonting. Asså de här mellanmänniska relationsaspekterna, vi e ju få inom primärvården som jobbar med det här, och vi håller ju på att skalas bort dessutom.”

Det finns en annan viktigt aspekt av vad vi valt att kalla ”HBT som lyxproblem”. Det är diskursen, eller inställningen att hänsyn till *sexuell läggning inte ryms i eller är relevant för det behandlande, eller – beroende på kurator – terapeutiska samtalet*. Först och främst ryms det inte på grund av att patienten kommit för att diskutera allvarliga saker såsom krig, separation eller trauma och då är inte sexualitet relevant, menar man. ”Kommer man med ångest möter man människan med det som de brottas med. Jag håller inte på att prata om en massa saker som inte är viktigt i behandlingen.”

Informant 4 menar att man jobbar målmedvetet mot det som klienten upplever som sitt problem, allt annat är överflödigt:

”-Asså det finns anledning att fundera kring bemötandet av alla personer, alla jag möter i olika livssituationer..... Jag är aldrig frågvis eller pratar runt eller ställer en massa frågor som inte har med saken att göra.....Nej, asså jag frågar inte om folks skulder heller, eller något annat som kan vara pinsamt för dom utan man tar emot det som kommer och så jobbar man med det.....det finns liksom inget slösnack på måfå.”

5.8 Analys av tema 5.7

Under alla intervjuerna kom vi fram till att vårdvalet, organisationsproblem och nedskärningar styr i vilken grad kuratorer i primärvården har tid att tala om andra frågor än de som rör det mest akuta, som handlar om ekonomi etcetera. Den rådande ekonomiska krissituationen är idag en konsekvens av vårdvalet. En informant säger att:

”Folk har suttit löst på sina jobb och man vet knappt om det finns några pengar kvar och kanske inte får stanna kvar på sina jobb och om verksamheten finns kvar och då har HBT-frågan varit ett lyxproblem.”

Många informanter menar att på grund av en alltför pressad situation får andra problem inte ta den plats som krävs, vilket gör att HBT-frågan anses vara ett ”lyxproblem”. Det mest akuta vid sidan av organisationsproblem blir frågor rörande traumatiserade människor från krig eller andra trauman rörande akut psykisk ohälsa eller relationskriser exempelvis vid skilsmässa. När vi tolkar Foucaults tankar om maktstrukturer kan vi se att den strukturella makten i samhället producerar klimatet som råder efter vårdvalet. Detta innebär att det även finns en maktobalans mellan organisationen och kuratorerna, där de senare har en underordnad position.

Samtliga informanter menar att det på grund av ovan beskrivna problem saknas en diskussion kring hur man ska bemöta HBT-personer eller en dialog överhuvudtaget på arbetsplatsen rörande likabehandling etcetera för att höja kvaliteten på jobbet man utför som kurator. En informant beskriver en konsekvens av nedskärningar i primärvården blir att man talar om alla andra problem som ”mjuka frågor”, vilka inte blir viktiga att fundera över.

Vi vill ändå påpeka att alla informanter, utan en, är medvetna om att vårdvalet och dess

konsekvenser påverkar agendan på ett negativt sätt och många viktiga diskussioner och frågor hinns inte med. Samtidigt säger samtliga informanter att HBT-frågan är nog inget som skulle prioriteras skärskilt högt oavsett mån om tid.

Goffmans dramaturgiska perspektiv påvisar att denna diskussion om vårdval, pengar etcetera är en dialog som förs backstage. Där borde man istället fokusera hur man ska bemöta patienter frontstage men denna diskussion verkar falla bort helt. När vi tolkar Goffman borde diskussionen backstage istället gynna och handla om patienterna för att den diskussion som förs nu påverkar kontakten frontstage väsentligen.

När vi träffar informanter uppger de att det inte råder brist på etiska riktlinjer men att dessa aldrig efterlevs i praktiken. Informant nummer 4 säger:

”Det finns tjocka, tjocka böcker och pärmar som ingen har tid att läsa. Det kommer ut hela tiden nya fina ord. Jag menar, i en sådan här organisation med så mycket rutin och profession så när det dyker upp sådana grejer, blåa och så slänger man det.”

Vidare säger informant nummer 4 att det inte finns några gemensamma filosofiska resonemang kring primärvårdens etik. Denna anser att det *”bara tomma dumma ord”*. Denna anser inte att det inte finns något utrymme för frågor rörande lösning eller praktiska problem. Utifrån en poststrukturell feminism kan man kritisera ett icke-ifrågasättande av den heteronormativa jargongen, eftersom man tillåter att den rådande normen består. Med postmodern tanken, med feminismen i ryggen, borde man snarare använda sig av information gällande etiska riktlinjer och policys, som kommer dem till handa. Detta för att föra en dialog, angående jämställdhet och genus är viktigt utifrån möjlighet att förändra rådande normer inom primärvården. På grund av bland annat tidsbrist struntar de i att ta del av informationen, som skickas till samtliga vårdcentraler och på så sätt för de heller inte någon dialog kring det som är av vikt. Ett fenomen vi finner högst oroväckande.

Vi anser att det finns en motsägelsefullhet utifrån Foucaults diskursiva maktaspekt, där samhället utifrån ett strukturellt perspektiv påvisar vikten av att diskutera frågor som exempelvis rör HBT-personer. Andra institutionerna, vilka också sitter inne på makten väljer istället att fokusera på ekonomi före att ge tid att diskutera materialet de skickar ut och föra detta vidare till dialog.

Om vi använder Goffmans rollteori, ser vi åter igen en tydlig rollkonflikt. Samhället förväntar sig av institutionen att behandla exempelvis HBT-frågan men lever inte upp till detta. Utifrån Foucaults maktperspektiv tillskrivers sig institutionen på egen hand, i detta fall primärvården, en makt som den inte har rätt till. Detta för att organisationen som styr primärvårdens sitter på makten och ger institutionen riktlinjer dessa ska följa.

5.9 Sexualitet som privat oavsett - *eller beroende på* - sexuell läggning.

En ytterligare gemensam nämnare i intervjuerna är den om sexualitet och sexuell läggning som något privat som inte nödvändigtvis hör hemma i kuratorns samtal. Någon menar att den egna sexualiteten är individens ensak och någon annan att den tvärtemot kan vara viktig för att förstå och sätta sig in i patientens situation. Informant 3 tillhör den förra skolan:

”Många tycker att sexualiteten är något privat och att detta tillhör ens djupaste personlighet och att det fortfarande finns saker som är tabu...ämnet är fortfarande laddat...det är laddat och det är väl därför man inte berör det och vi förhåller oss till andra sexuella läggningar på olika sätt. Det väcker något hos oss. Jag tror det är därför det är laddat.”

Från vissa informanter framförs att frågor kring sexualitet och sexuell läggning kan uppfattas som integritetskränkande, och utifall det rör sig om en homo- eller bisexuell person så uppger några att det kan vara extra känsligt att gå på djupet då man inte vill kränka patienten. Häri, som vi uppfattar det ligger ett slags konservativ tanke i all sig liberalism. ”*Det vill säga, vi får alla göra vad vi vill, bara vi gör det i skydd av mörkret och inte skyltar med det.*” Denna hållning blir kanske extra bekväm när det gäller saker som vi själva kanske har särskilt lite lust att se?

Informanterna kopplar ofta samman sexuell läggning med begreppen sexualitet och sex, och sex är definitivt något man sköter bakom lyckta dörrar, tycker de flesta. På frågan om hur den vårdetiska diskussionen kring bemötande av HBT-personer ser ut svarar informant 5:

”En grej har jag aldrig fattat. Om man har ett fungerande liv, varför skall man gå ut och snacka om sin sexualitet? Det gör väl ingen annan heller. Det gör man ju inte.....varför skall man göra det om man är HBT? Ut och skylta med det....."jag är gay!" Det har jag

aldrig förstått egentligen. Man kan ju förstå att man går ut och demonstrerar för sina rättigheter och så, det kan jag ju förstå. Men liksom ut med det.....jag tycker det vet man ju inte vilka böjelser folk har här.....inte fan går de ut med vimplar och pamfletter och....."jag gillar å bli slagen", va. Det är det ju ingen som gör. Sexualiteten är ju en privatsak egentligen, tänker jag.”

4 säger:

”Livet består inte bara av sex, eller hur jag har sex. Saker händer livet och man blir deprimerad. Men då pratar man om depressionen och hur man skall ta sig ur den, inte sexualiteten. Heterosexuella kommer inte heller hit för att prata om sin sexualitet, de går ngn annanstans.”

Våra informanter förhåller sig alla till sexualitet och sexuell läggning som mer eller mindre privata frågor. Detta menar informanterna kan i de kurativa samtalen ta sig konkreta uttrycka av olika former. Någon kan känna att man inte bör gå för mycket in på sexualitet då det är för privat och någon annan menar att patienten själv kan ha svårt att tala om det varför man som kurator får vara lyhörd och kanske på ett känsligt sätt fråga mer för att få nycklar till ett för patienten svårt område och få framgång i förändringsarbetet.

5.10 Analys av tema 5.9

Många av våra informanter menar att sexualitet oavsett sexuell läggning är något privat något man sällan delar med sig till andra, eftersom detta kan upplevas integritetskränkande. De flesta av våra informanter menar också att när det handlar om någon annan sexuell läggning än den heterosexuella blir det extra känsligt och ibland till och med tabu att tala om.

Utifrån ett socialkonstruktivistiskt perspektiv har dessa tabun konstrueras i diskursen och blivit en norm, där denna styr vad som är integritetskränkande eller inte. När vi tolkar Goffmans rollteori tänker vi att rollerna och vad som förväntas av personalen på vårdcentralen styr vad som är acceptabelt och inte att ta upp till diskussion samt vad som är privat. Vi tänker att om någon skulle våga trotsa denna norm, skulle detta enligt Goffmans dramaturgiska filosofi innebära en rollkonflikt och att någon av kuratorerna handlar utifrån något denne inte förväntas göra, nämligen ta upp sexualitet som något

icke-privat. Många av våra informanter uttrycker tydligt att sexualitet enligt dramaturgin att det är tabu att tala om sexualitet både backstage med sina kollegor eller hur de ska förbereda sig i mötet med klienterna. Frontstage, vilket i detta fall är i möte med klienter är det lika svårt att tala om sexualitet oavsett om klienterna är heterosexuella eller inte.

Två av våra informanter tänker väldigt olika de andra, eftersom dessa förhåller sig till sexualitet som något icke-privat eller något som kränker integriteten. Snarare framställer de sex och sexualitet som något outhärligt arbetsredskap för att öka förståelsen av klientens livssituation. När vi applicerar Goffmans rollteori skapar dessa informanter en rollkonflikt i förhållande till rådande normer som styr hur man ska uppträda som kurator på en vårdcentral. Utifrån ett heteronormativt perspektiv ifrågasätter dessa samhällets rådande normer och istället tillför nya tankar i ett diskursivt sammanhang. När vi tänker på Foucaults maktaspekt blir detta intressant, eftersom dessa informanter agerande bidrar till att asymmetriskt möte med klienten blir mer symmetrisk samt att de ifrågasätter vårdcentralens, som institution, vilken sitter på maktposition genom ett kulturellt perspektiv. Vi tänker utifrån poststrukturell feminism att dessa också ifrågasätter rådande heteronormativa mönster om att man ska leva som man och kvinna och att sexualitet endast finns mellan dessa, och drar diskussionen ett steg längre. Då det heteronormativa mönstret skapas och återskapas tänker vi att de informanter som bryter mönster i ett längre perspektiv med sina handlingar och tankar skapa nya mönster av mer humanitär karaktär.

6. Diskussion och förslag till vidare forskning

Denna studie har för avsikt att belysa kuratorers bemötande av HBT-personer. Vi vill ta reda på följande: Hur kan kuratorernas resonemang förstås utifrån ett maktperspektiv? Hur kan kuratorers resonemang i primärvården kring bemötande av HBT-personer förstås utifrån ett heteronormativt synsätt? Vilka diskurser är centrala i kuratorernas resonemang kring likabehandling och HBT-personers behov? Vilka rollkonflikter kan uppstå i möten med HBT-patienter och hur hanteras dessa internt bland kuratorer?

Vi fann att primärvården själva målar upp en bild av att de är en splittrad organisation och dess kuratorskår med tillhörande praktik tenderar ibland att bli motsägelsefull. Splittringen kan möjligen förstås som ett resultat av att den större organisationen sjukvården ger ut vårdetiska riktlinjer inom områden som bemötande, antidiskriminerings- och likabehandlingsarbete, material som det visats sig sällan följs upp i praktiken på grund av organisatoriska hinder samt tids- och resursbrist. Som en informant uttryckte det så hamnar materialet i ”tjocka, tjocka pärmar som ingen har tid att läsa”. Det motsägelsefulla i kuratorernas arbete handlar om att bemötandet gentemot HBT-personer blir klivet beroende på en rad olika processer.

Ett exempel är ”Du duger”-normen. Denna norm är relaterad till kravet på att vara professionell och då politiskt korrekt bryta mot samhällets normer. Vi fann dock svårigheter från kuratorernas sida att uppfylla det kravet då de tenderar att vara blinda mot de normer de ska bryta emot. Vår forskning ger oss uppfattningen att de flesta av kuratorerna vi intervjuat är hårt impregnerade under det heteronormativa synsättet i många sammanhang och detta synsätt styr de flesta av deras möten.

När man applicerar maktaspekten, där vi anser att Foucaults filosofi om diskursiv och strukturell makt hör ihop, kan vi se att det återigen blir motsägelsefullt. Primärvården som institution styrs av den strukturella makten, där primärvården är underordnad en överordnad regim. Vi håller med Foucaults tankar om att makt och ett socialkonstruktivistiskt perspektiv hör ihop, där diskursen blir ett centralt begrepp när man talar om kurators bemötande av HBT-personer och hur dessa tänker i diskursen. Via språket kan man oavsett på struktur-, organisations- eller individnivå finna maktaspekter, vilket vi kan se i vår studie blir motsägelsefulla oavsett på vilken nivå man analyserar fenomenet.

Vi håller med Foucaults tankar om att makt och ett socialkonstruktivistiskt perspektiv hör ihop, där diskursen blir ett centralt begrepp när man talar om kurators bemötande av HBT-personer och hur dessa tänker i diskursen. Via språket kan man oavsett på struktur-, organisations- eller individnivå finna maktaspekter, vilket vi kan se i vår studie blir motsägelsefulla oavsett på vilken nivå man analyserar fenomenet.

Ytterligare en annan aspekt som vi har stött på under våra intervjuer är maktaspekten.

när vi använt Foucault, producerar makten sanningarna. Makten i detta fall blir den övergripande organisationen över primärvården. Som det har framkommit i analysen finns det uttalade bevis på att denna sanning som produceras inte efterlevs. Kuratorerna struntar helt enkelt i att använda sig av det materialet som produceras av högre instanser på grund av orsaker som för oss ter sig ytterst märkliga och dubbeltydiga. Makten producerar dubbla budskap och man kan som Goffman skulle ha sagt, säga att detta blir en rollkonflikt. Det är här vårdvalet kommer in och att vårdvalet skapar tidsmässiga- och ekonomiska problem. Å ena sidan skapar makten instanser som primärvården där individen ska komma för att få hjälp med sina problem, såväl fysiska som psykiska, å andra sidan skapar makten en struktur som gör att ekonomin går i botten samt att schemat på vårdcentralerna är oerhört pressat. Denna dubbelhet av att man ger men samtidigt inte kan leverera på alla områden. Här finner vi såväl politiska skäl bakom likväl som kanske egna motiv från personalen. Vi vill se är att organisationen måste ge en starkare styrning för att primärvården ska kunna ge en adekvat vård åt individen. Det handlar faktiskt om att Sverige som land ska kunna leverera en tryggt och säker vård för individen. Därför måste policys som kommer ovanifrån efterlevas för man får hoppas att de ger en vägledning och vill ge alla en bra vård.

Ytterligare en process vi upptäckt är den att våra informanternas förståelse av bemötande utifrån sexuell läggning genomgående präglas av motsägelser. Å ena sidan menar man att HBT-personer behöver särskilt bemötande, å andra inte. Man menar till exempel att HBT-personer faktiskt behöver särskilt bemötande då det finns en förståelse av att det är "svårt" att komma ut och leva som homosexuell, samtidigt som man menar att alla skall få samma bemötande i rättvisans och likabehandlingens tecken. Denna motsägelsefullhet beror rimligen på okunskap. En okunskap som i mångt och mycket tillåts fortskrida på grund den övergripande brist på dialog som finnes inom sjukvårdsapparaten. Informanterna säger samtidigt att när det genom en anamnes, en förhistorisk bild av klientens historia kan se dess sexuella läggning, anser att ett särskilt bemötande är av vikt för att inte stigmatisera en annan sexuell läggning än den heteronormativa. Samma motsägelsefullhet finner vi i kuratorernas hantering av språket där de talar om ett neutralt språk parallellt som de genom ett heteronormativt perspektiv i bemötandet "glömmer" bort att använda sig av ett neutralt språkbruk och istället agerar utifrån samhällets normer, mönster som påvisar hur man ska leva sitt liv. En familj bestående av en man och kvinna, vilket innebär att andra familjekonstellationer blir avvikande.

Ytterligare ett fenomen som ligger på strukturell nivå är utbildningsväsendet och dess förhållningssätt gentemot HBT-frågan. Vi kan dra det till vår egen tid på socionomprogrammet där frågor som HBT eller heteronormativitet i stort sätt varit obefintliga. Kuratorer vi har träffat har samtliga, med undantag på tre personer, sagt att deras omedvetenhet kring dessa frågor i stort beror på ålder. De har hänvisat till de yngre i yrkeskåren att de har en annan kunskap kring detta för att samhället har blivit öppnar och de tror samtidigt att de yngre har fått med sig mer från socionomutbildningen än de själva har fått. Det som blir paradoxalt är att i stort sätt alla kuratorer vi träffat har en vidare utbildning i form av psykoterapi steg ett och vissa även steg två. Att de inte har fått med sig något kring dessa frågor under den utbildningen finner vi väldigt märkligt och oroväckande. Vi har sett att organisationen har gett ut material kring HBT-frågor (även om detta material inte har läst i alla fall) men utbildningarna kring människan verkar ligga långt efter. Skolan ska vara en dynamisk värld där strävar efter att lära ut den senast kunskapen och historien kring kunskapen. Men i själva verket verkar lärosätena ligga långt efter själva samhällsutvecklingen. Vi lämnas kvar med dessa frågor, vad det beror på och hur man kan göra annorlunda för att alla ska få en plats i samhället.

Har vi fått svar på våra frågeställningar då? Ja det anser vi att vi har fått. Som vi ser ovan har vi fått svar även om resultatet (som vi ser det) inte är särskilt tillfredsställande. Det finns betydligt mer att önska här och framförallt önskar vi att medvetenheten ska bli större i dessa frågor. Det är anmärkningsvärt att de personer som arbetar som kuratorer har så dålig koll på HBT och heteronormativitet. Vi befarade att resultatet skulle påvisa bristande medvetenhet kring HBT-frågor men att det skulle vara så dålig som vårt resultat visar är vi nästan chockade över. Som en rapport från HOMO (HOMO, 2007) visade, så lämnade den mycket övrigt att önska. Vi befarar att den omedvetenhet som finns kring dessa frågor gör att diskrimineringen inom vården för vissa grupper kommer att fortsätta.

När vi genom vår forskning upptäcker en oroväckande omedvetenhet om i vilken grad heteronormativiteten styr människors handlande på alla nivåer i samhället och vilka konsekvenser detta ger, känner vi att ytterligare engagemang bör läggas på hur man kan lösa dessa dilemman. Hur kan man hjälpa organisationer och institutioner som hela tiden drabbas av nedskärningar att tillåta fokus ligga på det mellanmänniska mötet och

inte på det ekonomiska? Hur kan man påverka samhället att bli mindre heteronormativt och på vilket sätt kan man göra kuratorer i primärvården mer medvetna om fenomenet? Med heteronormativitet menar vi ett grundläggande bekymmer, som börjar när barn är små och redan då på ett starkt sätt uppfostras till att antingen bli en "riktig" pojke eller flicka. Dessa mönster styr också vad som är acceptabelt att göra eller inte utifrån vilket kön du konstrueras in i att vara.

Det handlar alltså om hur människor socialiseras in mönster och om man avviker från dessa stigmatiseras människor. Som tidigare har kritiserats anser vi att utbildningsväsendet som är en väldigt viktig instans i vårt samhälle borde ta ett ansvar i dessa frågor. Ett ansvar som enligt oss i dagsläget verkar obefintligt. Redan från förskolenivå börjar utbildningen att kunna bli en god medborgare i vårt samhälle och denna utbildning fortgår åtminstone tills man går ut nionde klass. Likaväl ser vi att forskningsinstanserna på de universitet vi har borde gå i bräschen för att utsatta grupper ska belysas. Forskningsinstansernas uppgift blir sedan att visa de styrande i samhället på vad som bör göras för att vi alla ska få ett värdigt liv.

Egentligen borde det inte vara så med tanke på medvetenheten man som professionell inom socionompraktiken bör tillskaffa sig och att detta borde vara en skyldighet hos kuratorer som möter människor med olika sexuella läggningar. Alltså att ansvaret ligger på individ-, organisations- och strukturnivå. Genus, etnicitet och klass blir viktigt för skapandet av mönster och strukturer och normalisering, där vi kan se att HBT-personer osynliggörs i möten med professionella inom primärvården. Alla människor bidrar utifrån dessa aspekter omedvetet med nya mönster, normer att förhålla sig till genom sitt beteende. Sociologin placerar in människor som individer och grupper i samhället, hur vi påverkar och påverkas av det som händer omkring oss. Dessa fenomen kan vi tydligt se sker på vårdcentraler genom våra informanternas berättelser.

7. Referenser

7.1 Litteratur

Burr, Vivien (2007): *An Introduction to Social Constructionism*. London: Routledge.

Butler, Judith (2006): Genus ogjort: kropp, begär och möjlig existens. Stockholm: Nordstedts akademiska förlag.

Dahlén, Sandra (2006): Hetero. Stockholm: Tiden.

Helkama K, Liebkind K, Myllyniemi R (2000): Socialpsykologi – en introduktion. Förlag: Liber.

Hovellius, Birgitta/ Johansson E, Eva (red) (2004): Kropp och genus i medicinen. Ulla Danielsson, Eva E Johansson: Depressionens genusuttryck - stämmor mellan gråt och skrik. Lund: Studentlitteratur.

Hovellius, Birgitta/ Johansson E, Eva (red) (2004): Kropp och genus i medicinen. Kerstin Sandell: Heteronormativitet i medicinsk kunskap och praktik. Lund: Studentlitteratur.

Josefsson, Cristina/Kindenberg, Ulla/RFSL (2005): Normer i heterofabriken. Stockholm: NTG Fritt Fram.

Kvale, Steiner (1997): Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Nilsson, Roddy (2008): Foucault: en introduktion. Malmö: Égalité.

Norrhem, Svante & Nordström, Ingeborg (2000): Flykt eller tillflykt. Umeå Universitet.

Payne, Malcolm (2002): Modern teoribildning i socialt arbete. Stockholm: Natur och kultur.

Thomassen, Magdalena (2007): Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi. Malmö: Gleerups Utbildning.

7.2 Övriga arbeten

Röndahl, Gärd (2005): Heteronormativity in a nursing context - attityds towards homosexuality and experiences of lesbians and gay men. Doktorsavhandling, Uppsala Universitet: Institutionen för Socialt arbete.

Röndahl, Gärd (2006): Homosexuella patienter och närståendes upplevelser i vården. Uppsala Universitet i samarbete med HomO. Uppsala Universitet, institutionen för folkhälsa och vårdvetenskap.

Westerståhl, Anna (2003): Encounters in the medical context. Issues of gender and sexuality. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet: Avdelningen för allmän medicin.

Wikström, Hanna (2007): (O)möjliga positioner. Familjer från Iran & postkoloniala reflektioner. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet: Institutionen för Socialt arbete.

7.3 Artiklar

Behöver vården hbt-kompetens? Enkät Kvinnohälsotältet Pridefestivalen (2005), RFSL, Stockholm.

FHI A (2005:19) *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation*, Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm: <http://www.fhi.se>

RFSL - Ockupationen av Socialstyrelsen 1979. <http://www.rfsl.se/?p=987>

Västra Götalandsregionen revisionsenheten patientbemötande och diskriminering - Policy, åtgärder och uppföljning. Stockholm 2009: Ramböll.