

Queerperspektiv på omvårdnad

En queerteoretisk analys av hur hbtq - personer upplever sjukvården.

FÖRFATTARE	Anahita Apifera Elin Nilsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad, kandidatnivå
	VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars Engen
EXAMINATOR	Kristin Falk

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

“Queerness can never define an identity; it can only ever disturb one”

Lee Edelman.

”Revolutionärer går inte i straighta led”

Queertransblocket, HBT-festivalen 2010

Titel (svensk):	Queerperspektiv på omvårdnad
Titel (engelsk):	Nursing from a Queer perspective
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete 15 hp, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	19 sidor
Författare:	Anahita Apifera Elin Nilsson
Handledare:	Lars Engen
Examinator:	Kristin Falk

SAMMANFATTNING (svenska)

Heteronormativiteten spelar en stor roll i sjukvården, på grund av att normen skapar en maktordning mellan vårdpersonal och patienter. Hbtq-personer är en patientgrupp som osynliggörs i vården på grund av den rådande heteronormen. Queerteori är en ifrågasättande teori som analyserar maktordningar som sexualitet och kön. Den är lämplig att applicera på vården eftersom den kan hjälpa vårdpersonal att undvika att göra heteronormativa antaganden. Vårt syfte är att sammanställa forskning om hbtq-personers upplevelser av vården samt göra en queerteoretisk analys utifrån resultatet. Denna studie är en litteraturstudie baserat på 14 kvalitativa artiklar vilka söktes fram genom databaserna PubMed, CINAHL samt PsychInfo. Resultatet delades in i tre teman – *komma ut, materiella och strukturella faktorer* samt *(o)kunskap och (o)synliggörande*. Att komma ut är en ständigt pågående process som hbtq-personer väljer att göra eller inte göra beroende på hur tillåtande miljön och vårdpersonalen är. Materiella och strukturella faktorer innebär hur väntrum, broschyrer och journalen är utformad efter den heterosexuella hegemonin vilket skapar ett utanförskap för de personer som inte lever upp till den. (O)kunskap och (o)synliggörande visade att vårdpersonalen saknade kunskap om hbtq-personers liv. (O)synliggörandet manifesterades bland annat i form av att vårdpersonalen fokuserade på patientens sexualitet när det var olämpligt eller tvärtom att sexualiteten aldrig togs upp när det var väsentligt. Våra slutsatser är att all vårdpersonal måste bli medveten om att heteronormen genomsyrar samhället för att kunna ge alla patienter den vård de har rätt till.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
SJUKSKÖTERS KANS ANSVARSOMRÅDEN	1
Hälso- och sjukvårdslagen	1
ICN:s etiska kod för sjuksköterskor	1
TEORETISK REFERENS RAM	2
Queerbegreppets historia	2
CENTRALA BEGREPP	2
Genealogi	2
Makt	3
Garderobens epistemologi	3
Inversionsmodellen	3
Kön/genus och performativitet	4
Transpersoner	4
Heteronormativitet	4
Den heterosexuella matrisen	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Litteratursökning	5
Val av analysmodell	6
Forskningsetiska överväganden	6
RESULTAT	7
KOMMA UT	7
Farhågor	7
Möjliggörande av öppenhet	7
Motiv till öppenhet	8
Konsekvenser av öppenhet	8
(O)KUNSKAP OCH (O)SYNLIGGÖRANDE	8
Okunskap	8
Patienten som utbildare	9
Osynliggörande	10
Kunskap och synliggörande	11
MATERIELLA OCH STRUKTURELLA FAKTORER	11
Jakten efter toleranta vårdgivare	12
DISKUSSION	12
METODDISKUSSION	12
RESULTATDISKUSSION	13
SLUTSATSER OCH KLINISKA TILLÄMPNINGAR	16
REFERENSER	18

INLEDNING

Vi har valt att skriva vår uppsats utifrån ett queerteoretiskt perspektiv eftersom vi anser att queerteorin är en teori som kan berika omvårdnadsforskningen genom sin kritiska och ifrågasättande ansats. Queerteorin är ett redskap för att analysera maktordningar som utgår från kön och sexualitet och är därför väl lämpat som analysredskap för att förstå h(omo)b(i)t(rans)q(ueer)-patienters situation och upplevelser av vården. Queerteorin kan vara behjälplig med att undvika att göra en heteronormativ analys av hbtq-personers upplevelser.

I ett heteronormativt samhälle påverkas alla av normer som säger att vissa personer och deras liv är mer värda än andra och för att undvika att handla i enighet med dessa normer krävs ett ständigt ifrågasättande och medvetenhet om hur heteronormativiteten verkar i vår tid och i vårt samhälle. Som sjuksköterskor är vi skyldiga att ge alla en likvärdig vård och måste därför ha redskap och kunskap för att kunna erbjuda det till alla.

I uppsatsen har vi använt termen kön utifrån en genealogisk förståelse av kön som innebär att det inte finns något naturligt eller förkulturellt kön, utan att könet är kulturellt och föränderligt. I litteratur är det vanligt att kön används för det biologiska könet medan genus används för att beskriva det sociala/kulturella könet. Denna kön/genus uppdelning innebär att genus är konstruerat medan kön kan uppfattas som naturgivet. För att undvika den förståelsen av kön/genus har vi valt att inte använda termen genus förutom då vi beskriver det i bakgrunden.

Under sjuksköterskeutbildningen har vi aldrig stött på eller läst om en omvårdnadsteoretiker som har en idé om hur queerteori samt omvårdnad kan förknippas med varandra, vi har heller inte stött på hur queerteori kan anammas i en vårdkontext. Till följd av detta har vi valt att använda oss av Judith Butlers och Eve Kosofsky Sedgwicks queeteorier eftersom de är två av de största tänkarna inom området.

BAKGRUND

SJUKSKÖTERSKANS ANSVARSOMRÅDE

Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso-och sjukvårdslagens mål är att ge god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Den ska bygga på respekt för patientens autonomi och integritet. Vården ska förebygga ohälsa och tillgodose patientens behov. Vården ska bygga på alla människors lika värde och utövas med respekt för individens värdighet (1).

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor

I inledningen till International council of Nurses etiska kod för sjuksköterskor står det att sjuksköterskans främsta uppgift är att ge människor vård. Omvårdnaden ska inte påverkas i en negativ riktning av faktorer som kön, etnisk bakgrund,

funktionshinder eller sexualitet. Sjuksköterskan bär också ett ansvar för att på sin arbetsplats arbeta för att utveckla ett klimat som främjar ett etiskt förhållningssätt bland personalen (2).

TEORETISK REFERENSRAM

Queerbegreppets historia

“We’re here, we’re queer-get used to it!” var en paroll som gick till historien. Den banbrytande gruppen Queer Nation delade ut flygblad med detta budskap under den årliga Prideparaden år 1990 i New York. Queer Nation var en aktionsgrupp som kämpade för hbtq-personers rättigheter, de förde en olikhetspolitik där de ville synliggöra hbtq-personers kultur och traditioner. De ville inte ha särbehandling för att de var hbtq-personer, de krävde bara lika rättigheter som alla andra människor. (3). Begreppet queerteori kom att hamna i rampljuset i början av 1990-talet när litteraturvetaren Terese de Laureti talade om begreppet på en konferens om forskning om homosexuella (4). de Lauretis avsikt var att provocera, och att ifrågasätta forskarvärldens uppfattning av bögar och lesbiska som tydligt identifierade och avgränsade identiteter (5).

Queerteori härstammar från Gay and Lesbian studies som är forskning om homosexuellas levnadsvillkor och kultur, samt lesbisk feministisk teori. Den stora skillnaden som kom med queerteori var kritiken mot heteronormativiteten och att kön är en social konstruktion. Denna idé är starkt influerad av den poststrukturalistiska teorin om att språket skapar skillnader för att erhålla makt, såsom att heterosexualitet alltid framställts som en naturlig och normal sexualitet medan homosexualitet varit dess motsats, en perversion och abnormal företeelse (3).

Termen queer användes från början som ett skällsord för homosexuella och ursprungsinnebörden är ”konstig” och ”knäpp”. Queer av många ansetts som ett paraplybegrepp över homo- bi- och transpersoner. Queer är däremot inte en identitetsskapande term, det finns inte en exakt definition av ordet. Det ska vara en subversiv form av en kritisk attityd till det normativa. Queer ska vara ett störande ord som rör upp de föreställningar som finns kring sexualitet och/eller kön (3).

CENTRALA BEGREPP

Genealogi

Genealogi innebär att det inte finns någon naturlig eller äkta grund bakom begreppet kön och begreppet sexualitet. Det finns enligt detta synsätt inget kön och/eller ingen sexualitet utanför eller innan en diskurs som beskriver, förklarar och reglerar dessa. Kroppen tillhör inte ett kön innan den utsätts för en diskurs där idén om ett naturligt kön omfattas. Genom att diskursen skapas, uttrycks maktrelationen. Kön existerar endast för att lyda samhällets kontroll av sexualitet. (6). Enligt Foucault är sexualiteten ett tabu i samhället och därmed är icke-monogama hbtq-personer ett hot. Sexualiteten som inte ämnar reproducera

avkommer tystas ned och dementeras. Normer kring sexualitet uppträder även i juridisk form genom lagstiftning vilket kopplar samman normer med makt (7).

Makt

Enligt Hörnqvist ser Foucault staten som en överbyggnad som är beroende av nätverk av makt som genomsyrar kropp, sexualitet, familj, kunskap och så vidare. Han ser inte makten som utgående från en central punkt såsom staten, utan snarare som något ständigt närvarande i alla sociala relationer. Därför räcker det inte att störta staten för att störta makten. Foucault menar att makten finns överallt och att det därför inte existerar en privat sfär, som skulle stå i motsats till en politisk sfär, utan han menar snarare att allt är politiskt. Människor lär sig ett beteende utifrån givna normer som gör att de klarar av att uppfylla de förväntningar som finns på dem, i förhållande till kön, klass, sexualitet och etnicitet. Detta gör att makten inte behöver utövas för att få människor att uppfylla dess krav utan dessa krav har blivit internaliserade i människorna (8). Om sexualitet ansåg Foucault att begär (exempelvis homosexuellt begär) inte är förtryckt i sig, utan förtrycket av begäret stiftas i en diskurs med hjälp av en annan människas deltagande och tal (9).

Garderobens epistemologi

Alla människor som passar in i mallen för man eller kvinna hamnar även i den binära fåran av att tillhöra heterosexuella eller homosexuella vilket inte lämnar plats för de som inte tillhör dessa kategorier. Våra konstruktioner av identitet, sanning och kunskap skapar en mall för sexualitet. "Garderoben" är en plats som alla hbtq-personer vistas i någon gång under sina liv, det är en plats dit hbtq-personer beger sig då heterosexuella antaganden framförs, under en arbetsintervju, möte med hyresvärden eller en situation där människor som inte känner varandra träffas för första gången. Betydelsen av garderoben har varit stor inom gaykulturen, däremot finns det en risk med att garderoben har en alltför framträdande roll, den kan på så sätt få en glamorös sida när det i själva verket är resultatet av en heterosexistisk kultur. Garderoben är en av de mest synliga strukturerna som möjliggör förtryck av hbtq-personer dess betydelse i detta sammanhang är att den genomsyras av en tystnad som vidmakthåller den heterosexuella diskursen i samhället. Genom att använda sig av maktmedlet tystnad legitimeras den ignorans som hbtq-personer utsätts för av heterosexuella (10).

Inversionsmodellen

Sedgwick förklarar att inversionsmodellen är en heteronormativ syn som menar att homosexuella kvinnor är "manliga själar fast i kvinnliga kroppar" och vice versa. Denna förklaring visar tydligt hur det heterosexuella begäret framhävs och att begär endast kan existera mellan en kvinna och en man. Gaymän identifierar sig därmed med heterosexuella kvinnor eftersom de också är "feminina" och åtrår män. (10).

Kön/genus och performativitet

Inom feministisk teori har kategorin ”kvinna” länge använts som subjekt utifrån vilket den politiska representationen utgår. Detta subjekt har blivit ifrågasatt, det anses inte längre vara något stabilt eller varaktigt och det finns ingen enighet i fråga om vad som karakteriserar kategorin ”kvinna” (6). Kön är både mekanismen som står bakom de förevisningar som finns kring manligt/kvinnligt samtidigt som det har en dekonstruerande roll. Dekonstruerande i den bemärkelsen om att en person medvetet eller omedvetet kan välja att bryta mot könsnormen. Kön har en potential att röra sig iväg från den naturliga binariteten (9). Simone de Beauvoir myntade uttrycket ”man föds inte till kvinna, man blir det” (11 s.325). Enligt Butler betyder detta att kön inte är något man är utan något man blir, således en ständigt pågående process och inte ett fast ting. Kön är med andra ord en upprepning av stiliserade handlingar som efterhand uppfattas som en fast substans. Det är detta som kallas för performativitet. Den här performativiteten medför en möjlighet att förändra könsuttryck genom att det i varje upprepande eller härmande handling finns möjlighet att ”göra fel”, avsiktligt eller oavsiktligt. Med utgångspunkt från Simone de Beauvoir antagande om att det finns ett kön som är biologiskt och genus som är kulturellt skapat, menar Butler att det inte kan sägas finnas något fortlöpande sammanhang mellan kön och genus. Genus existerar i sådana fall oberoende av den könade kroppen. Att uttrycka kvinnligt genus fodrar inte en kvinnlig kropp (6).

Transpersoner

Transpersoner är ett paraplybegrepp för människor som ifrågasätter den binära könskategori som de tilldelats vid födseln. Känslan av att kroppen är främmande, känslan av att de förväntningar som könskategori ställer på en är svåra, eller omöjliga att uppfylla. Könsidentiteten och könsuttrycket skiljer sig stundom eller ständigt från normen för det juridiska kön som är registrerat för personen (11). Motsatsen till en transperson är en cis-person, det vill säga en person vars könsidentitet och könsuttryck överensstämmer med dess juridiska kön (12).

Heteronormativitet

”En norm verkar inom sociala praktiker som den outtalade normaliseringsstandarderna” (9 s.59). Heteronormativitet är den diskurs som innebär att ett viss sorts heterosexuellt liv är det eftersträvarsvärda idealet. Att undersöka heteronormativiteten och inte heterosexualiteten innebär att det är själva normen, regelsystemet, som undersöks och inte heterosexuella handlingar i sig (5). Heteronormativiteten ger privilegier till personer som lever som och identifierar sig som heterosexuella. Ett sätt som heteronormativiteten verkar på är genom det automatiska antagandet att en person är heterosexuell ända tills motsatsen är uppenbar (13). Människor styrs av könnormen och om en inte följer normen för man/kvinna blir personen en avvikare. En allvarlig konsekvens av heteronormen är att intersexuella nyfödda bebisar tvångsopereras för att bli normala, det vill säga en man eller en kvinna (9).

Den heterosexuella matrisen

Den heterosexuella matrisen är ett begrepp som innebär att kön och begär samverkar på ett tvingande sätt (6). Kategorierna kvinna och man existerar enbart inom denna matris. Matrisen innebär att det bara finns två olika kön, det vill säga ”man” och ”kvinna”. Dessa två kön separeras från varandra och förväntas begära varandra. Matrisen innebär att för att vara en förståelig ”kvinna” måste denna ”kvinna” ha en kvinnokropp, agera på ett kulturellt godtagbart sätt enligt förväntningar på denna kropp samt begära det motsatta könet (5).

PROBLEMFÖRMULERING

Heteronormativiteten genomsyrar hela samhället och så även sjukvården. Som sjuksköterskor kommer vi att möta människor som inte är cis-personer och/eller icke-heterosexuella. Makt existerar och utövas i alla sociala interaktioner och därför är ett queerperspektiv relevant i omvårdnadsarbetet för att agera på ett sätt där ingen känner sig diskriminerad.

SYFTE

Syftet med denna uppsats är att sammanställa den forskning som har bedrivits om hur hbtq-personer upplever vården och analysera den utifrån queerteori för att öka förståelsen samt erbjuda ett queerteoretiskt perspektiv på omvårdnad.

METOD

Litteratursökning

Sökningar efter kvalitativa artiklar gjordes i databaserna CINAHL, PubMed och PsychInfo för att få fram relevant forskning som anknöt till ämnet. Litteratur till bakgrunden valdes utifrån böckernas relevans och akademiska nivå. De flesta böcker som användes till bakgrunden är kurslitteratur inom ämnet genusvetenskap på universitet runtom i Sverige. Eve Kosofsky Sedgwick och Judith Butler är också de två mest framträdande personerna inom queerteorin. Tiina Rosenberg introducerade queerteorin för den svenska befolkningen och socialantropologen Fanny Ambjörnsson har på senare tid arbetat med genusforskning utifrån ett queerperspektiv. Michel Foucault är en politisk filosof som har haft stor betydelse för queerteorins utveckling.

I urvalsprocessen har olika kriterier använts för att bedöma huruvida de sökta artiklarna är relevanta i förhållande till studiens syfte. Följande kriterier har använts:

Inklusionskriterier:

Studier med kvalitativ ansats

Artiklar och studier på hbtq-patienters upplevelse av vården

Vetenskapligt granskade (peer reviewed) artiklar.

Engelsk- eller svenskspråkiga artiklar.

Studier från hela världen.

Ingen avgränsning på årtal eftersom forskning på hbtq-personer är väldigt nytt. Ingen avgränsning gällande vilken typ av vård eftersom hbtq-personer finns inom alla instanser inom vården.

Exklusionskriterier:

Studier gjorda på personer under 18 år

Artiklar om icke-heterosexuell vårdpersonals upplevelser

Studier skrivna på annat språk än svenska och engelska.

Litteraturstudier och litteraturöversikter.

Dissertationer.

För att granska artiklarnas vetenskapliga relevans använde vi oss av frågorna som föreslås i boken "Dags för uppsats" (14).

Val av analysmodell

Eftersom vårt intresseområde är queerteori och omvårdnad har vi bestämt oss för att göra en litteraturstudie. Genom att analysera omvårdnadsforskning utifrån ett queerteoretiskt perspektiv vill vi bidra till ny kunskap. Modellen vi valde för att kunna göra examensarbetet blev evidensbaserad omvårdnad med grund i analys i kvalitativa artiklar (14). Det kvalitativa fokuset var väsentligt för att få fram patientperspektivet vilket innebär patienternas egna upplevelser, känslor och erfarenheter av en vårdmiljö.

Vi använde oss av en induktiv metod för att analysera studierna. Den induktiva metoden är en utforskande metod där det finns utrymme för att tolka, och subjektiva erfarenheter är i centrum. Med den induktiva metoden byggs teman upp genom data (15). Efter första inläsningen där vi fick en överblick om vad studierna handlade om, fokuserade vi på studiernas resultat för att kunna söka efter centrala begrepp som fanns i studiernas resultat. De centrala begreppen framträdde efterhand då vi sammanställde resultatdelen och jämfört studierna med varandra, de centrala begreppen valdes även utifrån vårt syfte. Vi kom fram till tre olika teman och flera subteman. I diskussionen analyserade vi resultatet i förhållande till queerteori.

Forskningsetiska överväganden

I de artiklar som vi har använt har forskarna främst kommit i kontakt med personer som mer eller mindre öppet definierar sig som hbtq-personer och därför kommer de personer som av olika anledningar inte lever öppet att komma utanför de forskningsresultat som produceras. Alla deltagare har gett informerat samtycke att delta i de studier vars resultat vi har använt.

RESULTAT

KOMMA UT

Farhågor

I en amerikansk studie framkom att deltagarna föreställde sig att vårdpersonalen var homofobisk och att de var okunniga inom området lesbisk hälsa. Vårdpersonalen ansågs inte se hbtq-personer som vanliga människor utan objektifierade dem utifrån deras sexualitet (16). I studier från Sverige och USA berättade många att de upplevde att de innan och under tiden de hade kontakt med sjukvården kände de sig osäkra på om de skulle få ett gott bemötande eller inte, de kunde inte förutse hur vårdpersonalen skulle reagera eftersom de var hbtq-personer. (16,17,18,19). Denna farhåga ledde till att patienterna märkte att relationen till vårdpersonalen blev ansträngd vilket kunde lätt leda till att missförstånd skapades. En patient berättade att det kunde bli en väldigt märklig och osäker stämning i relationen mellan patient och sjuksköterska ifall patienten dolde sin sexualitet (17). I en norsk studie och i en amerikansk studie berättade andra patienter att det var viktigt att vara öppen men inte vara för påstridig om sin sexualitet eller transidentitet, för att undvika att få vårdpersonalen att känna sig obekväma (20,21). De patienter som valde att inte komma ut gjorde det av olika orsaker. Vissa höll sexualiteten hemlig som ett sätt att skydda sig själva. Patienterna tvekade att komma ut och vägde de fördelar som det skulle kunna innebära mot potentiella faror. De trodde att de skulle bli sämre bemötta samt att de skulle utsättas för fysiska skador om de kom ut. Patienterna antog att vårdpersonalen inte skulle bry sig om dem, att de skulle göra dem illa vid exempelvis en injektionsgivning (16) eller att de inte skulle bli erbjudna rätt medicinsk behandling (20,21).

Möjliggörande av öppenhet

I två studier från USA och Australien uppgav deltagarna att vårdmötena gav få öppningar att komma ut (16,22). Många berättade att de blev tagna för heterosexuella ända tills de själva valde eller tvingades att komma ut (16,19,23,24). När deltagarna hade berättat för sjuksköterskor att de hade sambo frågade sjuksköterskorna "vad heter han?" till kvinnor och vice versa. Vårdpersonalens frågor gjorde det svårare att komma ut eftersom det signalerade att vårdpersonalen förväntade sig att patienterna skulle vara heterosexuella (19,24). Vissa beskrev att de hade blivit mer eller mindre tvingade att komma ut i utsatta situationer, som till exempel under en gynekologisk undersökning, eftersom vårdpersonalen inte kunde förstå hur det kom sig att någon var sexuellt aktiv och inte använde preventivmedel, och ändå inte misstänkte graviditet (23). Många berättade också om gynekologer som frågade om de använde preventivmedel (16). Några patienter berättade om situationer då de kunde välja mellan att passivt passera som heterosexuella eller själva välja att aktivt ta steget att komma ut (23). I en studie betonade deltagarna vikten av en trygg miljö för att kunna vara öppen (19). Patienter berättade om hur de navigerade och sökte efter rätt tillfälle innan de valde att komma ut (16,20). Deltagarna berättade att de ofta anpassade sitt språk när de talade med vårdpersonalen och det ledde till att samtalen blev trevande (19). En annan deltagare uttryckte det som att om patienten var öppen, betedde sig på ett

naturligt sätt kring ämnet och inte gjorde en stor grej av det var det troligare att den inte skulle komma att bemötas av fördomar (20).

Motiv till öppenhet

Motiven till att vara öppen i vårdsituationer var många och varierande. Enstaka deltagare i studierna valde att inte vara öppna med anledning av att de ansåg att det var en privat fråga (20,22,23). Att vara öppen i syfte att utbilda vårdpersonalen, ge dem en större förståelse och medvetenhet var något många deltagare beskrev (18,19,20,21). En del deltagare upplevde det som ansträngande men såg det som en del i processen att skapa ett toleranter klimat och andra svarade på frågor om sin sexualitet trots att de egentligen gärna hade sluppit (20). En del deltagare valde att vara öppna för att inte misstas för att vara heterosexuella. Andra såg sin sexualitet som en viktig del av sin identitet och valde därför att vara öppna (22). Ett annat motiv till att vara öppen var att det skulle kunna leda till en rakare kommunikation och på så sätt undvika missförstånd (19).

Konsekvenser av öppenhet

Många studier berättade om att deltagarna blev utsatta för fysiskt och psykiskt våld efter att de hade kommit ut med sin sexualitet eller identitet. (20,23,24,25,26). Ett exempel på detta var patienter som under gynekologiska undersökningar blivit undersökta på ett oförsiktigt och smärtsamt sätt efter att de kommit ut (24). I en kanadensisk studie om transpersoner visade det sig att många deltagare varit med om förödmjukande och/eller diskriminerande bemötande då det avslöjades att patienten var transperson. En kvinna fick höra av vårdpersonalen att hon borde uppsöka vård hos en veterinär istället eftersom en läkare är en ”läkare för människor” och vägrade hjälpa henne. En deltagare som även var förälder fick hela sitt föräldraskap ifrågasatt då han kom ut som transperson vilket var en enorm skillnad i bemötandet innan han kom ut. En annan berättade att han hade sökt hjälp på akuten och den tjänstgörande läkaren hade nekat patienten vård eftersom patienten var transperson. Andra exempel på konsekvenser var en deltagare som berättade att så fort han kom in genom dörren till en klinik började vårdpersonalen håna på olika sätt, genom att stirra, skratta eller viska om honom eftersom han var transperson. En specialistläkare som en av deltagarna träffade var hårdhänt, och behandlade honom som psykiskt sjuk, detta efter att läkaren fick reda på att han gick på hormonbehandling. Många deltagare berättade att deras tidigare erfarenheter begränsade deras sökande till vården. En deltagare sa att han undvek att gå till läkaren på tio år eftersom han var rädd för hur läkaren skulle reagera när han kom ut. ”Folk som du” var en kommentar som en deltagare fick höra gång på gång när läkaren skulle redogöra för honom om vården för transpersoner (26).

(O)KUNSKAP OCH (O)SYLIGGÖRANDE

Okunskap

Deltagarna uppgav att det blev många missförstånd eftersom de upplevde att vårdpersonalen inte visste vilka ord de kunde använda för att undvika att förödmjuka patienterna. Det var lätt hänt att det kunde bli en stram stämning när

vårdpersonalen inte visste hur de skulle bete sig, vilket deltagarna såg som en brist i öppen kommunikation (25). Många uppgav att sjuksköterskorna präglades av okunskap om hbtq-personers livsvillkor (19). Andra berättade att vårdpersonalen saknade adekvat kunskap kring transhälsa vilket ledde till att patienterna själva fick leta rätt på information om transitionsbehandling utanför sjukhusmiljön (26). Viss vårdpersonal såg lesbiskhet och bisexualitet som en fas en går genom som ung (23,27) och flera patienter hade upplevt att vårdpersonalen tyckte att homosexualitet var något onormalt, en sjukdom (17,20,24). Andra kopplade ihop sexualiteten med depression och annan psykisk ohälsa (23,27). Flera kvinnliga deltagare uppgav att heteronormen var starkt rådande inom kirurgi, medicin- och kvinnokliniken. Kvinnor fick ofta frågan om de tog p-piller, då svarade de nej och förklarade varför när vårdpersonalen undrade. Trots deras förklaring om att de var lesbiska fick de genomgå ett graviditetstest eftersom det var en del i avdelningens rutin (19,28).

Många patienter uppgav att de kände sig osäkra och hade obesvarade frågor gällande sitt medicinska problem efter att ha träffat vårdpersonal som inte var kunniga i till exempel sexualrådgivning för hbtq-personer. En del deltagare hade fått sexualrådgivning för heterosexuella trots att vårdpersonalen visste att de var lesbiska. Andra hade fått höra att livmoderhalscellprovtagning inte var nödvändigt för lesbiska patienter (23,24) och att lesbiska inte löper någon risk att drabbas av sexuellt överförbara sjukdomar (24). Många transpersoner i studierna visade en annan sida av okunskap. En deltagare fick höra av läkaren att han bara var "en annorlunda typ av kvinna" (26). I och med att den medicinska kunskapen brister om transvård var det svårt att få tillgång till behandlingar eftersom de endast var tillgängliga i vissa delar av USA (21). Transpersoner beskrev att läkarna var ovetande om transpersoners önskemål och behov inom sjukvården. Många läkare visste inte hur hormoner och könskorrigering operationer påverkade och undvek att skriva ut hormonrecept på detta. Vårdpersonalen berättade ingenting rörande könskorrigering kirurgi och förklarade inte hur det skulle gå till och vilka konsekvenser som operationerna förde med sig (21,25). Vårdpersonalens okunskap kunde leda till att transpersonerna skaffade sig hormoner via Internet istället eller via illegal väg utan att få information om de allvarliga biverkningarna som hormonerna kan leda till (21,26). För att få tillgång till vissa behandlingar var transpatienterna tvungna att ha medicinska anledningar (21). Många berättade att vårdpersonalen inte visste hur de skulle hjälpa transpatienter eftersom de aldrig träffat några förut, vilket ledde till att patienterna kastades fram och tillbaka mellan olika personer i vården (26). Vårdpersonalen satte ihop psykiska problem med transproblemen, vilket ledde till att transidentiteten ifrågasattes samtidigt som transpersoner som hade psykisk problematik fick höra att det berodde på deras transidentitet (25).

Patienten som utbildare

I många studier berättade deltagare att de måste utbilda personalen i hbtq-frågor (18,19,20,21,25,26,27). Deltagare berättade att de upplevde att det tog tid från deras möten med vårdpersonalen som de istället hade behövt för att hantera deras hälsoproblem (27). Det var vanligt att transpatienter fick utbilda vårdpersonal med- eller motvilligt. En transpatient fick höra av vårdpersonalen om varför han inte

ville vara en kvinna, och behövde förklara sig. Andra berättade att de försökte utbilda vårdpersonalen men i många fall hade vårdpersonalen inte tid för att lyssna eller var ointresserad (26).

Osynliggörande

Inom olika områden i sjukvården kände sig hbtq-patienter osynliggjorda. Ibland var det deras sexualitet som ställdes i främsta rummet och de blev på så sätt osynliggjorda som patienter och människor. Andra gånger blev deras sexualitet ignorerad i situationer då det hade varit relevant att ta upp den (17,18,20,23,27,28). Lesbiska par som väntade barn upplevde att det faktum att de var lesbiska överskuggade allt annat och att de inte fick uppmärksamhet för sin graviditet och sitt framtida föräldraskap och de frågor de hade i samband med denna utan att det var deras sexualitet som stod i fokus (18,20). Under en rundvisning på förlossningsavdelningen kunde en deltagare berätta att vårdpersonalen slentrianmässigt berättade att ”här kan pappan ta kaffe och dricka” och ”här kan pappan sitta” trots att det var både lesbiska och heterosexuella par som fick en rundtur (18). Ibland undvek vårdpersonalen att ta upp relevant fakta såsom det faktum att barnet hade kommit till genom donation trots att det stod i journalen. En deltagare uppgav att hon hade bytt vårdcentral eftersom hon kände att hennes integritet blev kränkt när hennes sexualitet och inte hennes graviditet stod i fokus. När lesbiska par gick i föräldrautbildningsgrupper presenterades de inte som ett par av vårdpersonalen och ibland hoppade vårdpersonalen över det lesbiska paret under presentationsrundan (20). Stödet till lesbiska mammor i form av föräldragrupper var bristande, i många fall hade de inte blivit inbjudna till någon och tolkade det som att barnmorskan inte visste hur hen skulle bete sig i en situation där båda föräldrarna var kvinnor (18).

I studier om patienter med cancer framkommer det att många upplever brister i tillgången på stödgrupper för hbtq-personer (28,29). De som hade deltagit i stödgrupper som inte var specifikt inriktade på hbtq-personer hade upplevt att deras behållning av gruppen begränsades av att de kände att deras problematik och frågor osynliggjordes (28), tex upplevde många att det var svårt att komma ut med sin sexualitet och därmed dölja sin identitet, eftersom resten i gruppen var heterosexuella (28,29). I en av bröstcancerstödgrupperna hade det varit ett väldigt stort fokus på att kvinnornas makar skulle attraheras mindre sexuellt av sina fruar eftersom de genomgått en mastektomi (29).

Under en sjukhusvistelse relaterat till drogmissbruk fick en patient erfara att vårdpersonalen aldrig nämnde orsaken till drogmissbruket, vilket i det fallet var svårigheter med att vara transperson. En annan deltagare fick höra att vårdpersonalen inte vårdade personer som hade både drogproblem och ”könsproblem” och sa att han fick komma tillbaka när han rätt ut sitt drogmissbruk (26).

En deltagare berättade att när hon hade sökt vård på grund av en våldtäkt hade hon upplevt att vårdpersonalen fokuserade på hennes sexualitet i en situation då det inte var lämpligt (17). Vissa läkare återkom ständigt till det faktum att patienten var lesbisk oavsett vilket medicinskt problem patienten uppgav. Vårdpersonalen ansåg

att det var själva sexualiteten som var roten till alla symtom som patienten sökte för (23,27).

Kunskap och synliggörande

Många patienter berättade om positiva erfarenheter från vårdsituationer (16,17,18,20,23). I en studie berättade många av deltagarna att de upplevde att de hade fått ett positivt bemötande och blivit behandlade som ”vem som helst”. Dessa möten hade genomsyrats av att fokus inte lades på patientens sexualitet, utan patienten kände sig avslappnad och dialogen med vårdpersonalen var respektfull och tolerant, utan några plumpa uttalanden om patientens sexualitet. Vissa gav även stöd när patienten kom ut, när dennes partner var sjuk eller gick bort (23). I två studier berättade deltagare om ett positivt möte där vårdpersonalen hade ställt en öppen fråga och deltagarna då kunde, på sina egna villkor, uttrycka sina behov (16,27). En deltagare i en studie uppgav att hon hade fått adekvat sexualrådgivning (23). Ett tecken på ett gott bemötande inom mödravården var att vårdpersonalen inkluderade den andra modern i behandlingen (18,20). Ett exempel på detta kunde vara att vårdpersonalen skrev båda föräldrarnas namn på kuvösen där barnet låg (20).

MATERIELLA OCH STRUKTURELLA FAKTORER

Många av berättelserna från hbtq-personer indikerade på att det fanns materiella och strukturella faktorer som påverkade deras tillgång på och upplevelse av vård. Redan i väntrummet möttes patienterna av bilder och tecken som visade att den plats de hade kommit till var heteronormativ. De broschyrer och informationsmaterial som låg ute i väntrummet signalerade tydligt detta (19,24). När patienterna skulle registreras i journaler och databaser kunde problem uppstå när patientens levnadsmönster inte passade in i de kategorier som sjukvården använde sig av för att beskriva människors levnadsvanor (19,24,29) en del patienter gjorde reflektionen att detta säkert var något som påverkade heterosexuella personer också (19). Information till blivande föräldrar var ofta heteronormativ och den icke-barnafödande föräldern refererades till som ”fadern” även om båda föräldrarna var kvinnor (18).

För transpersoner uppstod ofta problem när de skulle registreras i datasystem eftersom deras juridiska kön inte stämde överens med deras levda kön. Detta kunde även medföra problem när en person sökte till exempel gynekologisk vård och deras identitetshandlingar uppgav att personen var en man. Även sättet som många sjukhusavdelningar var strukturerade fick följder för transpersoner eftersom vårdpersonalen blev osäker på om patienten skulle läggas på en ”kvinno” eller ”mans”-sal. En transpatient berättade att han blev lagd som enda man på en kvinnosal och upplevde det som pinsamt och kände sig väldigt illa till mods. Även om en person inom vårdpersonalen tog hänsyn till transpersonens önskemål gällande vilket kön denne skulle uppfattas som var det inte säkert att nästa person som denne träffar på skulle komma att göra det (25). Många berättade även att de blev frustrerade och besvikna när vårdpersonalen vägrade benämna de med rätt pronomen trots patienternas önskan (26).

Två amerikanska studier visade på problematiken med att ha en transidentitet i förhållande till försäkringsbolag. Vissa försäkringsbolag medgav inte vård till transsexuella (21,26) och i vissa fall hade läkaren hanterat detta genom att ha två journaler för patienten, en med allting som rörde transitionsbehandlingen under det kvinnliga namnet och inte skickades till försäkringsbolagen. En annan med det som tillhör patientens ”mansliv” och behandlingarna där skickades däremot till försäkringsbolaget (21).

Jakten efter toleranta vårdgivare

I några studier framkom det att deltagarna ville vända sig till en vårdgivare med kunskap om hbtq-personer och där de fick ett tolerant bemötande. En del försökte hitta en lämplig vårdgivare, det vill säga en klinik som var fördomsfri. Ofta hittade de denna genom rekommendationer från vänner, webbsidor eller tidningar riktade till homosexuella (20) eller transpersoner, vissa ringde till kliniken direkt och hörde om de var transvänliga (26). I en studie om äldre hbt-personer som flyttat från en storstad för att bo på ett äldreboende visade det sig att många deltagare valde att besöka sin ursprungliga vårdgivare eftersom de redan kommit ut och fått ett förtroende för vårdpersonalen (22). Det kunde vara svårt att hitta en vårdgivare som hade en öppensinnad attityd och som även hade kompetens att utföra vissa typer av behandlingar, speciellt i transpersoners fall (21). Patienter tvingades att resa långt för att hitta vårdinstanser som var transvänliga eller åtminstone vidsynta gentemot transpersoner (25,26).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Många av de sökningar vi gjorde gav samma träffar. Få studier som hade fokus på transpersoners upplevelser hittades, vilket tyder på att tillräcklig forskning saknas. En orsak till detta kan bero på att ett kriterium för att delta i en forskningsstudie är oftast att tillhöra köns kategorin man eller kvinna vilket gör att transpersoner faller mellan stolarna. De tre studier som behandlar transpersoner kommer från USA och Kanada. Det kan ses som en svaghet eftersom att det inte går att veta helt säkert om deras upplevelser är överförbara på hur transpersoner i Sverige upplever bemötandet i vården. Men eftersom vi vet att transpersoner tillhör en av de grupper i samhället som blir bemötta med mest skepsis och osäkerhet tror vi att resultaten i de nordamerikanska studierna kan vara relevanta även för svenska förhållanden. Många av de sökorden vi använde oss av gav träffar på studier vars fokus var att skildra homosexualitet sammankopplat till HIV/AIDS, drogmissbruk och/eller prostitution. En anledning till att flera stigmatiserade grupper i samhället buntas ihop i forskningssammanhang är att bevara de förutfattade meningar som finns bland gemene man, eller för att se sambanden mellan exempelvis homosexualitet och prostitution. Vi valde att utesluta dessa från vårt examensarbete eftersom att det var oklart på vilka grunder deltagarna blev diskriminerade på av vården.

Vi ville inkludera ”alla” i bokstavskombinationen hbtq för att påvisa skillnader och likheter mellan och inom grupperna. Särskilt transpersoner blir oftast exkluderade från hbtq-sammanhang, både forskningsmässigt och politiskt. Därför utformade vi

våra sökningar för att uppnå bredd i hbtq-begreppet. Våra artiklar kommer från olika slags vårdssammanhang, mödravård, psykiatrisk vård, öppenvård, slutenvård etc. Detta kan ses både som en styrka och en svaghet. Styrkan ligger i att det ger ett brett perspektiv över hur hbtq-personer upplever bemötandet i vården samt att det visar på att hbtq-personer befinner sig inom alla möjliga slags instanser i vården. Svagheten ligger i att det är svårare att avgöra vad som är specifikt för vissa vårdinstanser och vad som gäller generellt.

RESULTATDISKUSSION

Vi valde att skriva om studier utifrån ett patientperspektiv. Många patienter har beskrivit vårdpersonalen som homofobisk samt heteronormativ, däremot får vi inte glömma att det finns hbtq-personer som arbetar i sjukvården och det är kontraproduktivt att svartmåla sjukvårdspersonalen som fullständigt homofob när det existerar sjuksköterskor, läkare, skötare och så vidare som inte är heteronormativa.

Att komma ut eller inte är en fråga som enbart berör dem som inte kvalificerar sig inom heteronormativiteten. För en heterosexuell person blir frågan om att komma ut med sin sexualitet en icke-fråga eftersom dennes sexualitet anses som normal och naturgiven och behöver därför inte förklaras eller legitimeras. Däremot är garderoben en ständigt närvarande plats i hbtq-personers liv. Att ”komma ut ur garderoben” är inte något en person gör en gång för alla utan kan mer liknas vid en process där personen i vissa skeden är utanför garderoben för att i nästa skede återinträda i den. Att komma ut i en heteronormativ miljö kräver ett aktivt beslut och genomförande. Många informanter berättade om sina farhågor för att komma ut i vårdssituationer, de var oroliga för hur de skulle bli bemötta och rädda för att få en sämre vård. Av den anledningen valde många att stanna i garderoben för att skydda sig själva. Deltagarna beskrev hur detta påverkade vårdmötet i negativ riktning och många var överens om att det var viktigt att vara öppen i vården för att kunna få så bra vård som möjligt. Samtidigt tycks det vara väldigt lätt att stanna i garderoben i kontakten med vården eftersom att den på många olika sätt är heteronormativ och ger få öppningar att komma ut. Garderoben existerar endast på grund av den obligatoriska heterosexualliteten och är en mekanism som den heteronormativa diskursen har skapat aktivt för att osynliggöra hbtq-personer. Sexualiteten, som hamnar i fokus eller skymundan beroende på om en går ut eller in i garderoben, blir starkt förknippat med begär till den andre.

Hbtq-personerna beskriver en balansgång mellan att se till sin egen säkerhet och därför stanna i garderoben eller att komma ut för att personligen kunna få en bättre vård och i förlängningen bidra till att alla hbtq-personer ska få en bättre vård och ett bättre bemötande. De väger fördelar mot nackdelar och anpassar sitt beteende för att sörja för att personalen inte känner sig obekväma i deras närvaro. De förhåller sig till den heteronormativa miljön som vården erbjuder och sonderar terrängen innan de väljer att komma ut. Samtidigt uppträder inte vårdpersonalen som företrädare för dessa patienter utan försvårar genom sitt beteende och sina heteronormativa antaganden situationen för hbtq-personerna. Garderoben är ständigt närvarande och manifesteras i vården på ett konkret sätt. Den erbjuder en relativt

säker plats för de som ser nackdelarna med att komma ut som övervägande och den finns tillgänglig som ett alternativ att vända sig till i situationer då öppenheten inte är möjlig. Vårdpersonalen tycks inte vara medveten om dess existens och genom denna ignorans befäster de den.

De positiva erfarenheter från sjukvården som lyftes fram i deltagarnas berättelser handlade om att bli bemött med kunskap och om att bli synliggjord som person. I flera studier framkommer att hbtq-personer inte får någon vård eftersom vårdpersonalen har en idé om att sexualiteten producerar symtomen, sexualiteten skulle vara orsaken till att personen söker vård. (16,17,20,23,25). Att känna att vårdpersonalen inte tar en på allvar visar på att vårdpersonalen har makten i sina händer och aktivt väljer att säga vissa saker för att sätta gränser till vad som är normalt och inte normalt.

I en studie om lesbiska par (18) visade det sig att ena modern som inte var gravid inte räknades som en förälder i vårdpersonalens ögon, dessutom visade det sig att det lesbiska paret inte räknades som ett par som väntade barn, vi tolkar det som att de sågs mer som vänninor där den ena vänninnan var gravid och den andra följde med som stöd. Här kan ett tydligt samband ses när vårdpersonalen bortser och blundar för det uppenbara, att det är just två lesbiska kvinnor som väntar barn. De lesbiska kvinnorna har uppenbart ”bekänt” att de är homosexuella och därmed förväntat sig en viss typ av reaktion från vårdpersonalen som kan sägas utöva den auktoritativa diskursen (9). Den auktoritära diskursen är oftast en expert på någonting, i detta fall reproduktiv hälsa, omvårdnad eller medicin och kan med hjälp av sin expertis tillkännage bedömningar som är normativa och även bortse från uppenbara faktum att patienten framför en inte är heterosexuell. Osynliggörandet här visar att vårdpersonalen avslöjar en rädsla för hbtq-personers existens. Denna rädsla kan sägas vara en slags heterosexuell melankoli där alla homosexuella band till ens person och till andra måste avvisas (9), därmed förklaras likgiltigheten som vårdpersonalen uppvisar gentemot de lesbiska paren.

I två studier framkom att patienter hade fått ta graviditetstest eftersom att det var avdelningens rutin (19,28). Frågan är bara varför denna rutin har uppkommit. Att ha en rutin på en avdelning tyder på att på den platsen uppfattas rutinen som begriplig. Rutinen att alltid ta graviditetstest på kvinnor i fertil ålder visar att dessa uppfattas som potentiellt gravida. Denna rutin skulle förmodligen inte ha applicerats på män eftersom de inte uppfattas som potentiellt gravida. Det går att tolka avdelningens förfarande som ett tecken på inversionsmodellen som säger att begär endast kan existera mellan en kvinnlig och en manlig kropp (10). Att en kvinna uttryckligen säger sig enbart ha sex med andra kvinnor är inte ett tillräckligt bevis på att denna kvinna verkligen åtrår andra kvinnor och inte är gravid. Eftersom att det får antas att sjukvårdspersonalen med sin medicinska kompetens borde veta hur ett barn skapas borde denna kunskap kunna omsättas till en förståelse av att en kvinna som inte har fått spermier in i sin livmoder med största sannolikhet inte är gravid, trots att hon befinner sig i fertil ålder. Genom att ha en rutin som uttryckligen förmedlar att alla kvinnor eventuellt är gravida tills motsatsen är bevisad, ansluter sig avdelningen i sina rutiner till den obligatoriska heterosexualiteten och verkar på så sätt diskriminerande mot hbtq-personer.

I studiernas resultat framkommer det tydligt att vårdpersonalen har en essentialistisk syn på kön, det vill säga att det finns ett ursprungskön. När vårdpersonalen gör ett heterosexuellt antagande på en patient skapas en maktrelation, eftersom den heteronormativa diskursen alstras och osynliggör och förtrycker hbtq-personer i vardagen och samhället (7,9).

Makten manifesteras i form av konkreta tecken och symboler. Den visar vad som är normalt och vad som är avvikande. I den rådande diskursen som reglerar sexualitet anses sexualitetens främsta syfte vara reproduktionen och de lagar som reglerar släktskap och familjekonstellationer hjälper till att bevara den reproduktiva tvåsamma heterosexualitetens ställning (9). För att kartlägga och förklara människors levnadssätt använder sjukvården ord och kategorier som signalerar heterosexualitet som normalitet och upprätthåller därmed den heterosexuella matrisens sanning. Även sjukhusets materiella uppbyggnad med salar som indelas efter kön signalerar en binär uppdelning av mänskligheten som kommer att medföra problem för de personer som inte vill eller kan leva upp till de krav på åtskillnad som finns mellan könen. Sjukhusalarna som är indelade efter kvinnor eller män förutsätter att alla patienter anses sig själva höra hemma i någon av könskategorierna, när vårdpersonalen drabbas av förvirring över vart en transperson ska ligga (25) uppstår en paternalism där vårdpersonalen bestämmer sig för att göra en handling över patientens huvud, istället för i samråd med patienten. Detta är också ett tecken på hur maktfullkomligheten speglas hos vårdpersonalen samt hur inrutade vanor styr vårdarbetet. Frågan en kan ställa sig är huruvida vårdpersonalen hade agerat annorlunda ifall patienten hade utagerat sin ilska mot att bli lagd på en "kvinnsal" eller om personalen hade gjort en tvångsåtgärd och totalt förbisett patientens behov.

Väntrummet till exempel är designat som en heteronormativ plats där broschyrer, tidskrifter och infomaterial starkt tillkännager att de som inte platsar i de binära könskategorierna och heterosexualiteten är avvikande personer eftersom bilder och information uttrycker vad som är normalt och accepterat. Följaktligen blir hbtq-personen som söker vård både en patient i beroendeställning till vårdpersonalen och en avvikare i vårdpersonalens ögon.

Det är inte bara hbtq-personer som eventuellt faller offer för sjukvårdens snäva kategorisering av människors liv. Som deltagarna i en studie (19) uppmärksammar är det bara vissa sorters heterosexualitet som räknas som legitim. På samma sätt finns det vissa sorters homosexualitet som gränsar till det legitima. Som monogam homosexuell accepteras en i viss grad eftersom monogamin har en hegemonisk roll i det heterosexuella livet, däremot blir det tafatt bemötande när den påtänkta heterosexualiteten visar sig vara homosexualitet. Ett liv som inte uppfyller kraven för heterosexuell monogami finns inte som ett alternativ i sjukvårdssystemets journalprogram och databaser. Med kategorierna ogift kontra gift skapas en modell för hur samhällsmedborgare skall hålla sig till en partner eller till ingen alls vilket också återspeglas journalföringen.

Transpersoner bemöts av mer och annorlunda diskriminering än andra hbtq-personer. I Sverige och andra länder är transsexualism en medicinsk diagnos som öppnar porten för transpersoner att få tillgång till hormoner och/eller

könskorrigering kirurgi. Transsexualism är patologiserat till skillnad från homosexualitet och med patologiseringen följer stämpeln som avvikare och onormal och leder till stigmatisering (9) när det i stället kunde vara en möjlighet för människor att själva bestämma sitt kön, utan en myndighets godkännande. Men med diagnosen följer läkarsällskapets idéer om varför denna ”dysfori” har uppkommit, om det beror uppfostringen eller relationen mellan personens fader eller moder, diagnosen upprätthåller könsnormerna eftersom den utgår från de binära könskategorierna (9). Är du inte man är du kvinna, är du inte kvinna är du man. Om du avviker från könskategorierna är det något fel på dig, du är en avvikare och din existens blir patologiserad. Genom diagnoser och bedömningar skapas den transsexuella patienten som i en icke-heteronormativ värld aldrig hade uppstått som patologiserad på grund av sitt könsuttryck eller könsidentitet. Diagnosens andra sida är att den hjälper transpatienter på traven att nå till sitt mål som är olika beroende helt och hållet på individen.

Att vara en transpatient i sjukvården kan liknas vid att befinna sig i en limbo, först ska du hitta den rätta vårdinstansen som i många fall kan vara långt ifrån din hemort, för det andra ska du accepteras och passas in i sjukvårdens kontext som i många fall ifrågasätter hur du lever det könet som du vill uppfattas som, för det tredje ska du ha en kontinuitet i vården som i många fall försvåras av vårdtider, köer eller hamnar i ett pausläge då patienten får möta olika sjuksköterskor, läkare etc och börjar om sin historia från början. För det fjärde ska patienten ha en kommunikation med sjukvården under behandlingen, frågor som dyker upp såsom vad händer med min kropp när jag tar dessa hormoner? Hur kommer rösten förändras? När kan jag korrigera mitt juridiska kön? Dessa frågor ställer krav på att vårdpersonalen har kunskap om detta område och kan hjälpa patienten på bästa sätt istället för att köra ut patienten och be denne söka en annan vårdinstans.

SLUTSATSER OCH KLINISKA TILLÄMPNINGAR

Rutiner, strukturer och föreställningar skapar tillsammans en heteronormativ hälso- och sjukvård där hbtq-personer inte får en plats. Hbtq-personer tvingas kämpa för att bli synliggjorda och få sina behov tillgodosedda när det i själva verket borde vara en självklarhet. Trots att sjukvårdens uppdrag tydligt säger att den ska ge vård på lika villkor och med respekt för varje persons värdighet tycks vårdsystemet vara uppbyggt på heteronormativa antaganden som omöjliggör detta. Patienternas behov förbises, de osynliggörs och de får i många fall vända i porten eftersom vårdpersonalen bemöter de på ett missgynnade sätt.

För att erbjuda en vård som inte kränker hbtq-personer krävs det att vårdpersonalen blir medveten om hur heteronormativiteten genomsyrar samhället och vilken effekt den har på de personer som inte ryms inom den. Medvetenheten om heteronormen finns att få genom att läsa facklitteratur eller skönlitteratur, umgås i andra sammanhang än en är van vid, med andra ord folkbilda sig på egen hand. Självklart är orsaken till stor del hur utbildningen för sjuksköterskor och andra vårdyrken är upplagd, för oss sjuksköterskor finns inte en enda kurs där vi läser om hur heteronormen skapas inom sjukvården vilket är en bidragande faktor till att heteronormativiteten bevaras.

Som vi har visat i den här uppsatsen verkar heteronormativiteten på olika plan. Därför spelar det stor roll hur ett väntrum utformas, att bara ha bilder på heterosexuella par sänder signaler om vad som räknas som normalt i den miljön. Vidare måste frågor som ställs för att ta reda på en patients sociala situation vara formulerade på ett sådant sätt att de inte utesluter någon av alla de sätt som relationer kan utformas på.

REFERENSER

1. Hälso- och sjukvårdslagen. [SFS 1982:763] Stockholm. Socialdepartementet.
2. International council of nurses; 2010. [hemsida på Internet] Citerad 27 jan 2011
Tillgänglig från: <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>
3. Rosenberg, T. Queerfeministisk agenda. Atlas. Stockholm 2002.
4. Kulick, D (red). Queersverige. Natur och kultur. Stockholm 2005.
5. Ambjörnsson, F. Vad är queer. Natur och kultur. Stockholm 2006.
6. Butler, J. Genustrubbel. Bokförlaget Daidalos. Göteborg 1999.
7. Foucault, M. Sexualitetens Historia. Band 1. Viljan att veta. Bokförlaget Daidalos. Göteborg 2002.
8. Hörnqvist, M. Foucaults maktanalys. Carlssons Bokförlag. Stockholm 1996.
9. Butler, J. Genus ogjort – Kropp, begär och möjlig existens. Norstedts akademiska förlag. Norge 2006.
10. Kosofsky Sedgwick, E. Epistemology of the closet. University of California Press. California 1990.
11. Riksförbundet för homosexuella, bisexuella och transpersoners rättigheter [hemsida på Internet] Citerad Mars 3 2011. Tillgänglig från: http://www.rfsl.se/public/basinfo_transpersoner.pdf
12. Riksförbundet för homosexuella, bisexuella och transpersoners rättigheter [hemsida på Internet] Citerad Mars 16 2011. Tillgänglig från: <http://www.rfsl.se/public/Samspelet.pdf>
13. Fish, J. Heterosexism in health and social care Palgrave Macmillan. Basingstoke 2006.
14. Friberg, F. Dags för uppsats. Studentlitteratur AB. Sverige 2006.
15. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing. 2008;62(1):107-15.
16. Williams-Barnard CL; Mendoza DC; Shippee-Rice RV. The lived experiences of college student lesbians' encounters with health care providers: A preliminary investigation. Journal of Holistic Nursing, 2001 Jun; 19 (2): 127-42
17. Rondahl G. Lesbian and gay men's narratives about attitudes in nursing. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2009 Mar; 23 (1): 146-52

18. Rödahl G, Bruhner E, Lindhe J. Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 2009 Nov; 65 (11): 2337-44
19. Rödahl G, Innala S, Carlsson M. Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 2006 Nov; 56 (4): 373-81
20. Spidsberg BD. Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care. *Journal of Advanced Nursing*, 2007 Dec; 60 (5): 478-86
21. Dewey JM; Qualitative Health Research. Knowledge legitimacy: how trans-patient behavior challenges and support medical knowledge. 2008 Oct; 18 (10): 1345-55
22. Hughes M. Older lesbians and gays accessing health and aged-care services. *Australian Social Work*, 2007 Jun; 60 (2): 197-209
23. Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2009 Dec; 27 (4): 238-43
24. Mathieson, CM. Lesbian and bisexual health care – straight talk about experiences with physicians. *Can Fam Physician*. 1998 Aug;44:1634-40.
25. Bauer GR, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel KM, Boyce M. "I don't think this is theoretical; this is our lives": how erasure impacts health care for transgender people, 2009 Sep-Oct;20(5):348-61.
26. Sperber J; Landers S; Lawrence S. Access to health care for transgendered persons: results of a needs assessment in Boston. *International Journal of Transgenderism*, 2005; 8 (2/3): 75-91
27. Eady A, Dobinson C, Ross LE. Bisexual people's experiences with mental health services: A qualitative investigation. *Community Ment Health J*. 2010 Jul 3
28. Matthews AK, Peterman AH, Delaney P, Menard L, Brandenburg D. A qualitative exploration of the experiences of lesbian and heterosexual patients with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2002 Nov-Dec;29(10):1455-62.
29. Katz A. Gay and lesbian patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 2009 Mar; 36 (2): 203-7

Bilaga 1

Databas sökdatum	Sökord, söktermer	Avgränsningar	Antal träffar	Referensnummer
Cinahl 27 jan 2011	Heteros* AND nursing	Peer reviewed engelska	95	17,18,19, 28
Cinahl 27jan 2011	Heteron* AND nursing	Peer reviewed engelska	8	18
Cinahl 27 jan 2011	Lgbt AND nursing	Peer reviewed engelska	7	-
Cinahl 27 jan 2011	Lgbt AND patient	Peer reviewed engelska	9	-
Cinahl 27 jan 2011	Lesbian AND patient AND nurs*	Peer reviewed engelska	33	28
Cinahl 27 jan 2011	Gay AND patient AND nurs*	Peer reviewed engelska	43	-
Pubmed 27 jan 2011	Nurs*AND gay AND patient	Engelska	14	19
Pubmed 27 jan 2011	Nurs* AND gay	Engelska	132	17,19
Pubmed 1 mars 2011	Experience of health care transgender	Engelska Age:>19	12	21
Pubmed 1 mars 2011	Experiences health care lesbians	Engelska	152	16,17,18,19,23,
Cinahl 1 mars 2011	Lesbian AND care	Peer reviewed engelska	134	18,20,23,29
Cinahl 1 mars 2011	cisnormativity	Peer reviewed engelska	1	25
Cinahl 1 mars 2011	Homosexuality AND discrimination	Peer reviewed engelska	125	22
PSYCinfo 16 mars	Bisexual or transgender and health care	Peer reviewed, Journal articles, engelska	42	23,25
PubMed 16 mars	Bisexual health care experiences	Engelska	63	23,24,27
PSYCinfo 16 mars	Transsexual or transgender health care	Peer reviewed, Journal articles, engelska	23	25,26