

# Transpersoners upplevelser av bemötande i sjukvården

FÖRFATTARE	Ylva Bergström
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad, kandidatnivå
	HT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars Engen
EXAMINATOR	Karin Ahlberg
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Transpersoners upplevelser av bemötande i sjukvården
Titel (engelsk):	Transgendered people's experiences of encounters with healthcare
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ Kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete 15 hp, Fristående kurs, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	24 sidor
Författare:	Ylva Bergström
Handledare:	Lars Engen
Examinator:	Karin Ahlberg

### **SAMMANFATTNING (svenska)**

Transperson är ett paraplybegrepp som avser personer vars könsidentitet och/eller könsuttryck alltid eller under perioder skiljer sig från det juridiska kön som registrerades för dem vid födseln. Till exempel; transsexuella, transvestiter, intergendens med flera. De är en marginaliserad grupp i samhället och forskning tyder på att de mår sämre, både fysiskt och psykiskt, än befolkningen i stort. Syftet med studien var att kartlägga vilken forskning som finns gällande transpersoners erfarenheter av bemötandet i sjukvården. Teoretisk ram var Personcentrerad omvårdnad och Queerteori. Studien är en litteraturoversikt, tio artiklar söktes fram genom databaserna Cinahl, PubMed och PsykInfo. Resultatet delades in i kategorierna; osynlig-görande, transfobi, okunskap, konsekvenser samt positiva erfarenheter. Det visade sig att det råder brister i bemötandet av transpersoner. Sjukvården saknar kunskap och tillgång till den kunskap som faktiskt finns. Många har varit utsatta för ett transfobiskt bemötande, vilket bland annat lett till att en del vid sjukdom inte vågat söka hjälp. Det förekommer också att en del köper hormoner illegalt. Ett genomgående tema i alla kategorier visade sig vara vikten av språket. Framförallt viktigt var användandet av pronomen och namn, vilket sågs som tecken på en acceptans av den självdefinierade identiteten. Sjukvårdspersonal, och övrig personal inom vården, behöver vidareutbildning kring transfrågor både allmänt, kring medicinska frågor samt om personligt bemötande. Men ansvaret behöver också lyftas till organisatoriska nivåer. Strukturella förändringar behöver göras gällande bland annat journalföring och dokumentation med mera. Transpersoner behöver också synliggöras, bland annat i det fysiska rummet på mottagningar och sjukhus och även i informationsmaterial. Och sist men inte minst; det behövs mer forskning på området.

<b>INNEHÅLL</b>	<b>Sid</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>2</b>
<b>BEGREPP</b>	<b>2</b>
<b>LAGAR</b>	<b>3</b>
Hälsa- och sjukvårdslagen	3
Lagen om fastställande av könstillhörighet	3
Diskrimineringslagen	4
<b>HISTORIA</b>	<b>4</b>
<b>PREVALENS</b>	<b>5</b>
<b>HÄLSOLÅGET</b>	<b>5</b>
<b>TEORETISK REFERENSRAM</b>	<b>6</b>
Personcentrerad vård	6
Queerteori	7
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>8</b>
<b>SYFTE</b>	<b>8</b>
<b>METOD</b>	<b>8</b>
<b>VAL AV ANALYSMODELL</b>	<b>8</b>
<b>DATAINSAMLING</b>	<b>8</b>
<b>URVAL</b>	<b>8</b>
<b>ANALYS</b>	<b>9</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>9</b>
<b>OSYNLIGGÖRANDE</b>	<b>9</b>
<b>TRANSFOBI</b>	<b>10</b>
<b>OKUNSKAP</b>	<b>10</b>
<b>KONSEKVENSER</b>	<b>12</b>
<b>POSITIVA ERFARENHETER</b>	<b>13</b>
<b>SPRÅK</b>	<b>14</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>16</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>16</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>16</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>19</b>
<b>BILAGA 1 -ARTIKELÖVERSIKT</b>	<b>22</b>

## INLEDNING

HBT (Homosexuella, Bisexuella och Transpersoner) klumpas ofta ihop till ett och samma begrepp, även om grupperna i mångt och mycket skiljer sig åt. H och B handlar om sexualitet, medan T handlar om könsidentitet. Vissa saker har dessa grupper gemensamt. Men transbegreppen är mer komplexa och ifrågasätter fler normer, därför är transpersoner på många sätt en mer utsatt grupp än exempelvis homo- och bisexuella. Det borde således inte vara självklart att klumpa ihop alla, men då detta ofta görs finns en stor risk att transrelaterade frågor inte beaktas. Ett exempel på detta är vårdhandboken som har en text om bemötande av HBT- personer i vården. Innehållet är viktigt och bra skrivet, men i texten nämns inte transpersoner, trots att rubriken (HBT) indikerar att det ska handla om dem också (1).

Göteborgs kommunfullmäktige gav 2005 stadskansliet i uppdrag att belysa situationen för HBT-personer i Göteborg. Deras rapport "Är Göteborg en stad att leva, älska & verka i för alla?" glömde också bort transpersoner, och därför tillkom 2006 en del 2; "Ett samtal om transpersoners livssituation". I den får Erica Larsson, dåvarande ordförande i RFSL (Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter) Göteborg, frågan: Hur blir transpersoner bemötta inom sjukvården i Göteborg? Hon svarar:

*"Egentligen inte alls! Så lite kan personalen om den här gruppen. Till exempel kan konsekvensen för en transperson som söker hjälp inom psykiatrin bli direkt förödande. Eftersom medvetenheten är så liten, finns risken att könsidentiteten uppfattas som problemet, när det i själva verket är något helt annat personen söker hjälp för." (2 s. 7).*

Genom mitt engagemang i bland annat RFSU (Riksförbundet för sexuell upplysning) och HBTQ-gruppen i nätverket Ingen Människa Är Illegal har jag på olika sätt kommit i kontakt med många transpersoner. Flera har delat med sig av berättelser där de blivit diskriminerade, bland annat i kontakter med vården. Det har till exempel lett till att en del när de är sjuka, drar sig in i det längsta innan de söker hjälp. Somliga handlar illegala hormoner via internet för att deras utredning drar ut på tiden, eller för att de inte får någon diagnos.

Under mina sex terminer på sjuksköterskeprogrammet har jag aldrig hört någon nämna att transpersoner ens finns, om jag inte själv tagit upp det. Därför har jag nu valt att själv fördjupa mina kunskaper inom detta område.

## BAKGRUND

### BEGREPP

Transperson	är ett paraplybegrepp som avser personer vars könsidentitet och/eller könsuttryck alltid eller under perioder skiljer sig från det juridiska kön som registrerades för dem vid födseln. Till exempel transsexuella, transvestiter, intergender med flera (3).
Cis-person	är den som inte är transperson. Helt enkelt en person vars biologiska kön, juridiska kön och könsidentitet sammanfaller (3).
Transsexualism	är en medicinsk diagnos för transsexuella. Transsexuell är den som upplever sig vara av ett annat kön än det juridiska kön den tilldelades vid födseln, och har ofta en vilja att förändra kroppen helt eller delvis med exempelvis kirurgi, eller hormonbehandling så att den överensstämmer med ens könsidentitet. För en del innebär det ett övergångsstadium tills man har korrigerat sin kropp. Andra fortsätter att se sig själva som transsexuella även efter den köns-konfirmerande behandlingen (4).
FtM	är en förkortning för Female-to-Male, på svenska Kvinna-till-Man eller transman. En transsexuell person som är FtM var vid sin födsel juridiskt kategoriserad som kvinna men känner sig som, och är, en man (4).
MtF	är en förkortning för Male-to-Female, på svenska Man-till-Kvinna eller transkvinna. En transsexuell person som är MtF blev vid sin födsel juridiskt kategoriserad som man men känner sig som, och är, en kvinna (4).
Transition	är den process, eller ”resa” som till exempel en transsexuell person gör när den ändrar sin kropp och/eller juridiska kön så att de överensstämmer med dennes könsidentitet. En del ser det som en slags livsprocess, som fortsätter livet ut. Medan andra ser det som en övergående fas som har en början vid behandlingsstart och avslutas i samband med att behandlingen avslutas (4).
Intergender	är den person som identifierar sig som mellan eller bortom kvinna/man-uppdelningen av kön. Vissa som är intergender känner sig både som kvinna och man, vissa känner att de befinner sig mellan de två kategorierna, medan andra inte känner sig som något kön alls. En del som är intergender vill förändra kroppen genom hormoner och/eller kirurgi, andra inte. Många personer som är intergender använder ”hen”, ”den” eller något annat könsneutralt som pronomen (3).
Transvestit	är den person som mer eller mindre ofta, helt eller delvis använder sig av ett annat könsuttryck. Det kan handla om kläder, kroppsspråk, röstläge och andra attribut (4).

**Heteronorm** innebär att alla antas vara heterosexuella och att heterosexuell samlevnad antas vara det naturliga sättet att leva. Förutsättningen för detta är en binär könsuppdelning där alla förutsätts vara antingen ciskvinnor eller cismän. Med begreppet heteronormativitet åsyftas:

*”de institutioner, strukturer, relationer och handlingar som vidmakthåller heterosexualitet som något enhetligt, naturligt och allomfattande” (5 s. 11).*

**Cis-norm** innebär att alla människor förutsätts vara cispersoner. Detta leder till att transpersoner marginaliseras och exkluderas då de helt enkelt inte finns i människors sociala referensramar (3).

**Transfobi** är rädsla för att uppleva eller erkänna känslor som leder till att individen i olika utsträckning kan överskrida de traditionella genus- eller könsrolls-identiteterna. Tar sig ibland uttryck som rädsla eller hat mot transpersoners könsidentitet och/eller könsuttryck (4).

Att vara transperson har ingenting med sexualitet att göra utan handlar om hur man ser på sin könsidentitet. Som transperson kan man vara homo-, hetero-, bi-, asexuell eller något annat (3).

## **LAGAR**

### **Hälso- och sjukvårdslagen**

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (6).

### **Lagen om fastställande av könstillhörighet**

För att få könskonfirmerande behandling krävs idag diagnosen transsexualism, att man är ogift, svensk medborgare, myndig samt att man har blivit steriliserad eller på annat sätt saknar fortplantningsförmåga (7). Dessa krav gör att en del könsbytespatienter tvingas skilja sig eller sterilisera sig mot sin vilja. De fråntas även rätten att frysa ner sina könsceller. Innan diagnosen kan fastställas och behandling påbörjas krävs en utredning som tar ca ett år. På en del håll i landet är väntetiden för utredning mycket lång, mer än ett år på vissa ställen. Detta innebär stora psykiska påfrestningar för den som väntar på att få påbörja en utredning. År 2010 tillsattes en utredning av lagen i socialstyrelsens regi. Den föreslår bland annat att alla krav på medicinska ingrepp, däribland sterilisering, upphör för att en person ska kunna erhålla en ändrad juridisk könstillhörighet. Dessutom föreslår de att kraven på att personen ska vara ogift och svensk medborgare också tas bort. Vidare pekas på vikten av att intersexuella och unga transpersoners situation utreds vidare, då dessa grupper är extra utsatta (8).

## **Diskrimineringslagen**

Kön och sexuell läggning infördes som diskrimineringsgrunder 1980 respektive 1999. Diskrimineringsombudsmannen (DO) bildades 2009, och sedan dess ingår även skydd mot diskriminering som har samband med könsidentitet och könsuttryck (9). Efter DO:s första verksamhetsår gjordes en analys över antalet inkomna anmälningar. Det visade sig att inom området hälso- och sjukvård förekom anmälningar om diskriminering som hade samband med samtliga diskrimineringsgrunder; kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. DO får främst in anmälningar som handlar om diskriminerande bemötande inom hälso- och sjukvården (10).

Första året (2010) var det dock bara sju anmälningar som gällde könsidentitet och könsuttryck, vilket innebär 0,5 % av alla ärenden. DO misstänker dock att mörkertalet är stort. Bakomliggande orsaker kan vara att transpersoner, jämfört med andra grupper, inte varit organiserade särskilt länge och att kunskap kring vilka rättigheter man har är låg. Dessutom är DO en myndighet som måste följa offentlighetsprincipen, och detta kan vara avskräckande för många som inte har kommit ut ännu, eller redan lever i en socialt pressad situation (11).

## **HISTORIA**

Människor som på olika sätt har identifierat sig med och/eller levt som något annat kön än det i kulturen allmänt accepterade har sannolikt funnits i alla tider och kulturer. Beroende på kultur har de betraktats som mer eller mindre avvikande, på ett positivt eller negativt sätt. Sättet att se på kön har också varierat; att kön är något absolut, bestående av en binär uppdelning i män och kvinnor är historiskt sett ett ganska sent påfund. Hos de nordamerikanska indianerna erkände ca 150 stammar fler än två kön, ”two-spirits”, ett flertal av dem även fyra eller fem kön (4). Inom hinduisk och buddistisk tradition finns på vissa håll en trekönsmodell. I Nepal, Sydafrika och vissa delar av Indien finns det tre juridiska köns kategorier (12).

På 1850-talet stiftades lagar i flera städer i USA som gjorde det olagligt att klä sig i det motsatta könets kläder, vilket tyder på att det fanns personer som brukade göra just detta (13).

Ett fenomen som förekom i hela Europa från 1500-talet och framåt var att kvinnor, som tröttnat på sin roll i hemmet klippte håret kort, klädde sig i manskläder och exempelvis tog värvning i armén eller gick till sjöss. Mellan 1500-1839 har man kartlagt 120 fall av kvinnor som levt som män i Nederländerna. Då den största källan är förhör och rättegångsprotokoll rörande personer som ”avslöjats”, och det rimligen måste funnits personer som aldrig gick igenom någon rättegång, finns det troligtvis ett stort mörkertal (14).

1952 genomgår Christine Jörgenson en av världens första könsbytesoperationer i Köpenhamn och uppmärksamheten kring detta leder till en större öppenhet kring ämnet (13).

1972 blir Sverige första land i världen att erbjuda transsexuella och intersexuella möjligheten att få en ny juridisk könstillhörighet efter utredning. Samma år började även behandling med hormonterapi och operationer att erbjudas i Sverige (7).

1979 bildas föreningen Benjamin, Sveriges första förening för transpersoner (15).

2001 tar RFSL ställning för att aktivt börja jobba för transpersoners rättigheter (16).

## **PREVALENS**

Forskningsresultat och åsikter kring förekomsten av transpersoner går brett isär. I Sverige har förekomsten för transsexualism beräknats till 1 på 37.000 för MtF och 1 på 103.000 för FtM, siffrorna har varit liknande i flera internationella studier (17).

Det finns dock de som menar att förekomsten kraftigt underskattats. De tidigare beräkningarna gjordes genom att ta antal personer som genomgått könskonfirmerande behandling, och dela dessa med resten av befolkningen. Men med tanke på att de länder som genomför köns-konfirmerande behandling inte gjort det särskilt länge, och att långt i från alla har sökt hjälp, har ny forskning, visat på att siffran snarare är minst 1 på 500. Det verkar inte heller finnas någon skillnad mellan förekomst i antal mellan MtF och FtM (18).

Någon exakt siffra kanske aldrig kommer att finnas, men statistiken visar tydligt på att gruppen transpersoner växer och fler och fler ansöker om att få byta kön. I Sverige inkom 1992-1997 i genomsnitt 17 ansökningar per år, 1998-2003 var samma siffra 23 och 2004-2009 hade den stigit till 37. Vad det beror på är inte känt, möjligtvis är en förklaring att öppenheten i samhället har ökat, och att tillgången till vård förbättrats (8). Ökningen ser liknande ut i övriga Europa (19).

## **HÄLSOLÄGET**

Att vara transperson är förknippat med stigma, och många vågar inte vara öppna med sin identitet. Då det råder stor oklarhet kring hur många som finns går det inte heller att avgöra hur pass stort bortfall man får i forskning som exempelvis syftar till att kartlägga gruppens hälsa. Nedan följer en kort lägesbeskrivning om transpersoners fysiska och psykiska hälsa. Om inte annat anges kommer informationen från svenska undersökningar (4).

Gruppen HBT-personer skattar sin psykiska hälsa sämre än resten av befolkningen. Transpersoner, speciellt unga, skattar den ännu lägre. Dock är forskare eniga om att den sämre hälsan inte enbart beror på att de är transpersoner, utan till stor del är en följd av att ha ett svagare socialt stöd i förhållande till befolkningen som helhet. Av alla transpersoner uppger sig 37 % sakna tillit till de flesta andra människor, 32 % saknar helt socialt stöd. Bland unga transpersoner (19-29 år) uppger endast 25 % att de har någon form av socialt stöd (4).

Personer som genomgått könskonfirmerande behandling skattar sin psykiska hälsa högre efter behandlingen, än innan (4, 8).

De som är öppna med sin sexuella identitet och sin könsidentitet, tenderar att uppleva ett större socialt stöd än de som inte är öppna. Under grundskoleperioden är det ovanligt att ungdomar kommer ut med sin HBT-identitet, det kan bland annat göra det svårt att skapa vänskaps-relationer, vilket i sin tur bidrar till en svag skolanknytning, som i samband med lågt själv-förtroende vidare skapar sämre förutsättningar än andra att genomföra studierna framgångsrikt.

Transpersoner diskrimineras även på arbetsmarknaden, studier i Storbritannien visar att 35 % av de som genomgått könsbyte tvingats till arbetslöshet (4).

När det gäller brott, uppger 65 % av HBT-personer under 30 år att de utsatts för någon form av homofobiskt hatbrott under de senaste 12 månaderna, för de över 30 år är siffran 40 % (3). Hälften av alla trans-personer har någon gång övervägt att ta sitt eget liv. Bland unga 19-29 år, var andelen 65 % (4).



Bruket av alkohol och droger är högre bland HBT-personer jämfört med hela befolkningen (4). I en del områden USA är bruket av intravenösa droger hos transpersoner mycket utbrett. På grund av svårigheter att få arbete och tillgång till behandling tvingas de ofta till prostitution; för att få pengar till hyran, men även för att finansiera illegala hormoner. Efter en tid är det vanligt att pengar behövs för att också finansiera bromsmediciner mot HIV. Studier har visat att stigma, fattigdom, hemlöshet, beroende, våld, obehandlad psykisk sjukdom, arbetslöshet, brist på rättslig status och brist på socialt stöd, skapar en miljö där HIV sprids lätt. I en studie från 2008 är andelen transkvinnor i Nordamerika som är HIV-smittade uppskattad till 27,7% (20).

Unga transpersoner är, som ovan framgår, en särskilt utsatt grupp. Ett av de viktigaste skälen är, precis som hos vuxna, de heteronormativa föreställningarna om kön, som leder till stigmatisering och osynliggörande. Ett annat skäl till psykisk ohälsa hos unga transpersoner kan vara att man innan insikten om att vara transperson har nåtts, inte vet vem man är. När insikten kommer uppstår först lättnad, men sedan väntar nya problem som i sin tur kan leda till psykisk ohälsa; oförstående omgivning, diskriminering, konflikter inom familjen, lång väntan på vård med mera (3).

## **TEORETISK REFERENSRAM**

### **Personcentrerad vård**

Personcentrerad vård har sitt ursprung inom psykologin. Carl Rogers (1902-1987) var en av grundarna till den humanistiska psykologin. Han menade att våra beteenden inte är reaktioner på omedvetna konflikter, utan snarare reaktioner på medvetna upplevelser av våra jag och vår omgivning. Det centrala begreppet i Rogers teori är "the self". Självbilden utvecklas så snart ett barn kan göra skillnad på sig själv och andra och den är sedan något som utvecklas i takt med våra livserfarenheter. Självbilden hjälper oss att leva i samklang med, och förstå omvärlden. Vi har ett behov av att det finns en samstämmighet, kongruens, mellan vår självbild och vår omvärld. Erfarenheter som är inkongruenta kan leda till mycket ångest och oro (21).

För att kunna förstå en människa måste man försöka att se verkligheten från dennes perspektiv. Inom vården växte begreppet personcentrerad vård fram främst inom geriatriken och vid vård av personer med intellektuella funktionshinder. Sedan har det spridit sig vidare till andra delar av vården. Begreppet likställs vanligtvis med god, humanistisk vård (22).

Språket kan ses som bidragande till att konstruera den verklighet vi upplever, och en del av dess funktion är att sortera och etikettera. Personcentrerad vård kritiserar patientbegreppet, då det lämnar personens unikheter till förmån för en abstrakt kategorisering av en stor grupp människor, som kanske egentligen inte har så mycket gemensamt. När patientbegreppet används är sjukdom och behandling i fokus, medan personbegreppet öppnar upp för andra värden (22).

Personcentrerad vård kan beskrivas som en vård som strävar efter att synliggöra hela människan, och som likställer andliga, existentiella, sociala och psykiska behov, med fysiska behov. Det handlar om att respektera och bekräfta personens upplevelse och

tolkning av sin ohälsa och sjukdom. Dessutom värnas om personens självbestämmande, möjlighet till medbestämmande och delaktighet.

Det innebär också att förhålla sig till personens unika perspektiv som likvärdigt det professionella perspektivet. Vilket till exempel betyder att låta en person göra det val den önskar, och respektera detta utan att kritisera eller moralisera. Vidare handlar det om att lämna individfokuseringen och lyfta fram närstående i omvårdnaden, då en person inte endast är en individ utan finns till beroende av sitt sociala sammanhang (22).

Personcentrerad vård menar att människors identitet skapas till viss utsträckning i mötet med andra. Sjukdom kan i en del fall innebära att plötsligt tvingas leva med en mer eller mindre sviktande kropp, vilket kan leda till att i olika stor utsträckning blir beroende av andra. Med tanke på mötets betydelse för identiteten blir det då ytterst viktigt att reflektera över hur vården utförs (22).

### **Queerteori**

Queerteori fick sitt genomslag i nordisk genusforskning på 1990-talet och har sina rötter i den lesbiska feminismen, gayrörelsen och transaktivismen. Tidigare har kampen för exempelvis kvinnors- och HBT-personers rättigheter handlat om likaställning. Med queer har allt mer kommit att handla om att tänka bortom uppdelningarna i kön och sexualiteter. Man kan se queerteori som ett slags *”redskap att ifrågasätta samhällets för givet tagna sanningar, vare sig det handlar om genus, sexualitet eller annan form av normalitet”* (23 s. 9).

Judith Butler, framstående inom queerteorin, menar att genus är en norm som ständigt produceras och reproduceras. Hen utgår från ett poststrukturalistiskt perspektiv, vilket bland annat innebär en syn på identitet som något kulturellt och socialt skapat, där människan inte existerar bortom de handlingar den utför och de sociala strukturer som den är inbegripen i. Vad hen menar är att synen på kön som någonting fritt från sociala och historiska villkor inte bara fastställer hur vi ska vara som man och kvinna, utan även *att* vi ska vara man eller kvinna (5).

Butler anser också att genus är någonting vi ständigt skapar, genom vårt tal och våra handlingar. Hen utgår från begreppet performativitet, vilket innebär en syn på att genus är en process, någonting som ständigt görs. Genom språket och upprepade handlingar blir människan till som man eller kvinna. Språk, handlingar och andra uttryck kan ses som genusmarkörer för antingen det manliga eller det kvinnliga. En människa vars kropp inte genusmarkerats blir inte begriplig. Till exempel blir en person som ser ut som en kvinna, men som agerar och rör sig som en man, svår för omgivningen att förstå och hantera, just för att personen agerar och rör sig på ett sätt som inte är förenligt med ett kvinnligt genus (5).

Butlers resonemang ger dock uttryck för en möjlighet till förändring av genus. Enligt henoms perspektiv har människor möjlighet att agera utanför stereotypa ramar, och kan på så vis skapa alternativa genus (23).

Butler menar att normer för erkännande skapar eller raserar föreställningen om det mänskliga;

*”Förutsättningen för att man skall kunna söka bevara sin egen varelse är att man är involverad i att få och ge erkännanden. Om vi inte är igenkännliga, om det inte finns några normer för igenkännande genom vilka vi vill bli möjliga att känna igen, då är det inte möjligt att bevara ens varande, och vi är inte möjliga varelses; vi har blivit uteslutna från möjlighet.” (24 s.49-50).*

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Transpersoner är en liten, men mycket stigmatiserad grupp i samhället. Några studier har gjorts som kartlagt på vilka sätt de diskrimineras och hur pass mycket sämre än resten av befolkningen de mår. Men varför, hur och vad som kan göras åt det har det inte skrivits lika mycket om. Eftersom mitt område är omvårdnad, vill jag ta reda på hur det ser ut här.

## **SYFTE**

Att beskriva hur transpersoner upplever mötet med vården och vilka specifika behov de har.

## **METOD**

### **VAL AV ANALYSMODELL**

För att kunna kartlägga forskningsläget inom området, valde jag att göra en litteraturöversikt. Det innebär att ta reda på vilken forskning som redan finns inom ett visst område för att få en uppfattning om vad som studerats och vilka teoretiska utgångspunkter som använts (25).

### **DATAINSAMLING**

Sökning efter artiklar gjordes i databaserna; Cinahl, PubMed och PSYCinfo, med dessa sökord; Transgendered persons, Transsexualism, Nursing och Health care, se tabell 1. Sökordet; intersexual användes också men gav inga träffar och är därför inte med. Sökningen gjordes med följande avgränsningar; vetenskapligt granskade artiklar (peer reviewed), svenska eller engelska som språk, samt att de inte skulle vara äldre än tio år (2001-2011). Ingen geografisk avgränsning gjordes.

### **URVAL**

Ett första urval gjordes genom läsning av abstracts. Inklusionskriterier som användes var; artiklar med kvalitativ ansats och att fokus var på transpersoners erfarenheter av att bli bemötta i olika former av vårdsammanhang. Det var dock inte helt lätt att hitta artiklar och kriterierna var därför tvungna att utökas. Således ingår även en fallstudie, två enkätstudier och en studie som utgår från vårdpersonalens perspektiv och deras upplevda behov av kunskap. Sammanlagt är det tio artiklar; sju från USA, två från Kanada och en från Australien/Nya Zeeland, se bilaga 1.

**Tabell 1**

<b>Databas, sökdatum</b>	<b>Sökord, söktermer</b>	<b>Avgränsningar</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Referensnummer</b>
Cinahl 24 mars 2011	Transgendered persons AND Health care	Peer reviewed	55	20, 27, 32, 34
Cinahl 24 mars 2011	Transgendered persons AND Nursing	Peer reviewed	16	28, 34
Cinahl 24 mars 2011	Transsexualism AND Health care	Peer reviewed	64	26, 27, 34
PubMed 24 mars 2011	Transgendered persons	Peer reviewed	61	29, 34
PSYCinfo 25 mars 2011	Transgender AND health care	Peer reviewed	104	20, 27, 30, 31, 33
PSYCinfo 25 mars 2011	Transsexualism AND health care	Peer reviewed	94	20, 27, 29, 30

## **ANALYS**

Först lästes alla artiklar igenom flera gånger för att få större förståelse för vad de handlade om. Sedan lästes artiklarna igenom ytterligare ett par gånger med syfte att leta efter kategorier som hängde ihop och återkom i flera artiklar. Det var många kategorier som ändrades och slogs ihop ett flertal gånger. Till sist beslutades vilka som skulle gälla, alla fick varsin färg och artiklarna lästes igenom en gång till då all text där valda kategorier förekom färgkodades.

## **RESULTAT**

### **OSYNLIGGÖRANDE**

En form av systematiskt/organisatoriskt osynliggörande märks i utformandet av till exempel formulär, recept och texter; i princip överallt måste man uppge om man är man eller kvinna. På en del ställen går det inte att boka tid hos en gynekolog om man juridiskt är man, och i en del datorsystem går det inte att journalföra en prostataundersökning på en person som juridiskt är kvinna (20).

Vårdgivare tar upp vikten av att lyfta blicken över det personliga mötet individer emellan, och även se organisatoriska strukturer. Ett inkluderande bemötande och att en mottagning är välkomnande hänger inte enbart på enstaka vårdgivare. Det är ledningen som har ansvar att se till att det finns riktlinjer och att verksamheten är transinkluderande både i det fysiska rummet, genom själva behandlingen, och i det personliga mötet. Det finns transfobi och motstånd till förändring hos anställda och de som vill verka för en förändring behöver stöd och uppbackning (26).

En artikel tar upp att osynliggörande när det gäller transpersoner har dragits ett steg längre. I den talas det om "erasure", vilket kort och gott betyder raderande. Transpersoner är osynliga i medicinsk- och omvårdnadsvetenskaplig forskning, då den

utgår från att alla medverkande är cispersoner och deras anhöriga likaså. Således har medverkande som varit transpersoner systematiskt "raderats", och transpersoners erfarenheter har osynliggjorts. Detta har en kumulativ effekt, då transpersoner inte blivit räknade. En medverkande uttrycker sig så här:

*"I'm, one of the dead ones. Remember, just because you're transsexual, you're one of the dead ones. All of this time that I've survived, I'm one of the walking dead because we're not counted; we're not represented anywhere."* (20 s. 352).

När forskning faktiskt inkluderar transpersoner är den informationen sedan inte alltid inkluderad i exempelvis böcker och informationsmaterial, eller så är den det på ett sådant sätt att frågor kring könsidentitet blir sammanblandade med frågor kring sexuell läggning, vilket ofta innebär att det enbart kommer att handla om sexuell läggning (20).

Något som också bidrar till osynliggörandet av transpersoner är att antal transpersoner ständigt underskattas. Till exempel har en klinik i Toronto, den största staden i Ontario, fler inskrivna transpersoner som patienter än vad som enligt nuvarande siffror beräknas finnas i hela Ontario, Kanadas näst största provins. Uppfattningen att de inte är så många gör att transpersoner behandlas som enstaka fall samt att det inte avsätts tillräckligt mycket pengar till stöd och forskning (20).

## **TRANSFOBI**

Transfobi inom hälso- och sjukvården var ständigt återkommande i de flesta artiklar, det kan handla om allt mellan ett höjt ögonbryn till att bli nekad vård (20, 26, 27, 28, 29, 30, 31). En form av kränkande behandling är att bli skrattad åt (27, 28, 30, 31, 26), och att det viskas bland personalen (27).

Att komma ut som transperson innebär att man riskerar att mötas av reaktioner som till exempel; fysiskt avståndstagande (27, 29), att få frågor om sin sexuella identitet eller praktik (29), att få sitt föräldraskap ifrågasatt (27, 28), att anhörigas könsidentitet blir ifrågasatt (28), att få irrelevanta frågor om sin psykiska hälsa när man söker vård för en somatisk åkomma (28) eller ett hotfullt bemötande (31).

Transpersoner har till exempel blivit kallade; "såna som du" (27 s. 83), "alien", "det" (28 s. 29), "the filthiest most perverted thing on earth" (31 s. 488). Och fått höra saker som; "uppsök en veterinär, här behandlar vi människor" (27 s.85), "du behöver finna gud, inte hormoner" (31 s. 488). En transman blev ombedd att raka av sig skägget innan han besökte gynekologen (28).

Att helt enkelt nekas vård är också något som förekommer (20, 27, 31), vilket kan leda till att transpersoner skickas vidare mellan olika vårdgivare, utan att få hjälp (20, 27).

## **OKUNSKAP**

Brist på kunskap är något som finns hos både transpersoner och vårdgivare (20, 26, 27, 28, 30, 32). Det gäller både kunskap om transpersoners livsvillkor, medicinsk behandling vid transition, primärvård och psykisk vård (20, 26, 30).

Vårdgivare efterfrågar mer forskning, då det är svårt att hitta information, vilket ibland beror på att den faktiskt inte finns. De upplever det frustrerande att inte kunna informera sina patienter, och att de ibland inte vet om den behandling de rekommenderar kan leda till biverkningar eller skador (26). Vad som efterfrågas bland både transpersoner och vårdgivare är kunskap om till exempel effekter och risker med långtidsbehandling av hormoner (26, 27).

Frågor som det är svårt att få svar på kan vara; är risken för prostata- och bröstcancer högre vid hormonbehandling? (20, 26, 30) Ökar det risken för hjärt- och kärlsjukdomar hos transmän? (28) Vilka konsekvenser får det att binda bröstet om det görs varje dag under flera år? (32) Och hur fungerar könskorrigering kirurgi efter ett antal år? (20)

Det saknas också kunskap om hormonbehandling i kombination med olika sjukdomstillstånd. Exempelvis kan en del bromsmediciner mot HIV påverka hormonnivåerna, och det skulle också kunna vara så att en samtidig hepatitinfektion påverkar hormonbehandlingen på något sätt (26).

Ibland har vårdgivare information som de inte vidareförmedlar till sina patienter. En del transsexuella som fått diagnos vet till exempel inte alltid vilken diagnos de fått (33).

På en del ställen saknas det riktlinjer för vård av transsexuella. Ibland finns de, men det är ingen självklarhet att alla vårdgivare känner till det (26, 27). Något som transpersonerna själva ibland får upplysa sina läkare om (27).

Något som nämns i flera artiklar är att många transpersoner själva får betydelsen som ”upplysare” till sina egna vårdgivare (20, 26, 27, 30, 31). En del vårdgivare tycker att det är bra och är öppna för att lära sig, medan andra är helt ointresserade (26, 27), och vissa provoceras av att deras patienter kan mer än de (27).

Vissa transpersoner tycker att det är bra att de kan fungera som utbildare till sina vårdgivare (30), medan det för andra kan kännas jobbigt. Det kan bli en börda för patienter att behöva upplysa den person som egentligen ska vara ett stöd för en (26, 31).

Transpersoner beskriver också hur de, i brist på kompetent vårdpersonal, också agerar utbildare till andra transpersoner. Det handlar till exempel om hur man injicerar hormoner och slänger nålar korrekt, samt att vidareförmedla information och vårdkontakter (30).

*”We take things into our own hands. If the government and health care industry are not going to do it for us, then we are going to do it until they catch on and start doing it with us” (30 s. 152).*

Förhållandet till den egna kroppen kan på olika sätt vara svårt för många transpersoner, vilket vårdgivare saknar kunskap om. För en del transmän kan det till exempel vara jobbigare att ha bröst än vagina, men flera vårdgivare verkar tro det motsatta. Brösten är inte alltid lätta att dölja, och det kan vara lättare att passera som man utan dem (32, 33). Gynekologiska undersökningar upplevs som mycket jobbigt för många, men är ändå något som de flesta tycker är viktigt och vill ha ändå (32). För

en del är det inte viktigt med kirurgi, utan det räcker med hormonbehandling (27, 33). Det kan vara viktigare att fortsätta ta sina hormoner än andra livsuppehållande mediciner, exempelvis bromsmediciner för HIV (26).

Det saknas en förståelse för att transpersoner är olika. Det är en mycket heterogen grupp, med stora olikheter sinsemellan, och vad som är viktigt för den ene kan vara mindre betydelsefullt för den andre. Det upplevs som viktigt bland transpersoner att öka vårdgivares förståelse för detta (20, 26, 27).

Många vårdgivare har en stereotyp bild av hur en transperson ska se ut och bete sig, och en oförmåga att förstå att en transperson kan vara något annat än den bilden (20, 26, 29). För många verkar den bilden vara att en transperson är en homosexuell man i ”drag” (26, 29).

Den valda familjen är för många transpersoner viktigare än den biologiska eller ingifta familjen. Det kan vara så att föräldrar, barn och före detta partners har sagt upp kontakten med en sedan man kom ut (29, 31), och nätverket av nära vänner kan då vara de som känner en bäst. De är då dessa som utgör det största och viktigaste stödet, och det bör vara de som inkluderas när vårdrelationer byggs. Vilket inte alla vårdgivare vet, eller har förståelse för (29).

Brist på kunskap finns bland alla personalkategorier, inte enbart vårdgivare såsom sjuksköterskor, läkare, psykologer, tandläkare med flera, utan även hos receptionister, städare, säkerhetspersonal, vaktmästare, apotekspersonal, och så vidare... (20, 26, 27, 28). Den första person man träffar behöver inte vara vårdpersonal, utan är kanske receptionist. Det är viktigt att alla personalkategorier har ett bra bemötande eftersom det första mötet och intrycket av mottagningen är betydelsefullt för om man ska känna sig trygg under besöket eller inte (26, 27).

*”I can't even make it through the front door without staff staring at me, laughing at me or whispering about my gender presentation” (27 s. 83).*

Bland vårdgivare kan det finnas en rädsla för att säga fel sak, eller ställa fel fråga. Risken blir då att ingen fråga ställs, och att hela mötet blir ett enda undvikande. Vårdgivare efterfrågar kunskap om hur de ska bemöta transpersoner på ett bra och bekräftande sätt (26).

## **KONSEKVENSER**

Det har hänt att transpersoner som blivit nekade vård på exempelvis akutmottagningar eller olycksplatser har avlidit (27).

Tidigare negativa erfarenheter, eller rädsla för ett negativt bemötande, har lett till att en del undviker hälso- och sjukvårdsinrättningar helt (20, 28, 29, 30, 31). En del drar sig, vid symtom på sjukdom, in i det längsta innan de söker vård, vilket gör att de hamnar på akuten med åkommor som vid behandling i ett tidigt stadie inte hade behövt bli akut (29).

Det finns transmän som har sin livmoder och sina äggstockar kvar, men som inte vågat gå till en enda gynekologisk undersökning under hela sitt liv, fast de egentligen vill (32). Och de finns de som haft oskyddat sex och vill HIV-testa sig men inte vågar, på grund av rädsla för eventuella följdfrågor som man riskerar att utsättas för (27).

En del självbehandlar sig, och köper hormoner illegalt, på internet eller får av vänner (20, 27, 29).

Vissa lägger mycket tid på att försöka hitta en vårdgivare som är transvänlig (27). För en del innebär det att de måste resa långt för att komma till en mottagning (20).

Att passera som det kön man identifierar sig som är för de flesta transpersoner någonting positivt (27, 29). Men i vårdsammanhang kan det leda till osäkerhet. Cisnormativiteten gör till exempel att man förutsätts vara biologisk kvinna, om man ser ut och beter sig som en kvinna, oavsett om man är det eller ej. Att inte veta om det är medicinskt nödvändigt att komma ut som transperson eller ej kan upplevas som mycket jobbigt (27, 28, 32). Osäkerheten finns vid varje vårdtillfälle, oavsett vad för slags typ av vård som söks (27, 30).

Beslutet att komma ut som trans eller ej baseras på vilken vårdgivare man möts av, vilken relation man har, och om någon tillit har hunnit byggas upp (32). Det beror också på dagsform; nuvarande sinnesstämning och ork eller lust att behöva förklara sig (27, 32).

Flera personer berättar om möten med sjukvården, som med kompetent personal, hade kunnat leda till att en transitionsprocess påbörjats tidigt. Men eftersom de enbart träffat ovetandes och oförstående vårdgivare fick de inte möjlighet att inleda transition förrän flera år efteråt (34).

Det är inte enbart okunskap och transfobi som gör att personer drar sig för att söka vård, utan har också med bland annat försäkringssystemet (i USA) att göra. Exempelvis slutar vissa försäkringsbolag att betala behandling för icke-transrelaterade sjukdomar om de får reda på att man är transperson (27). Ett recept med en medicin som oftast används för män men är utskrivet till en kvinna kan på en del ställen vara omöjligt att hämta ut (26, 30, 31, 33).

## **POSITIVA ERFARENHETER**

Det flesta har mött någon form av transrelaterat dåligt bemötande i vården, men det finns också de som skattar sin nuvarande vård som bra (33), och alla som har vårdgivare med specialkompetens i dessa frågor är nöjda med sin vård (30, 33). Många skattar också sin nuvarande hälsa som bra eller mycket bra (31). De som har gått igenom eller påbörjat transition säger sig må mycket bättre än innan, både fysiskt och psykiskt (31).

Olika faktorer för att vården och bemötandet ska upplevas som bra eller inte är:

-Kontinuiteten, att få träffa samma personer vid varje besök. Det betyder att man inte måste oroa sig för om man behöver komma ut eller ej, och vilken reaktion det ska få (26, 27). Att ha en vårdgivare som man litar på och som man vet kommer att lyssna på en uppskattas mycket (27).

-Att bli behandlad med empati, förståelse (31), respekt, värdighet och medkänsla (30), att personalen har en icke-dömande attityd (31), och att de tar sig tid (26, 30).

-Att vårdgivare kallar en vid rätt pronomen och accepterar ens upplevda kön som det riktiga (27, 28, 29, 30, 31).

-Att bli inkluderad som en likvärdig partner till sjukvårdspersonalen när de gäller medicinska beslut (31).



- Att bli tillfrågad i förväg om en student får närvara, och att då ha möjlighet att säga nej (30).
- Att vårdgivare som inte kan allt ändå är öppna för att lära sig (27, 31).
- Att vårdgivarna är kompetenta och insatta i den medicinska och kirurgiska behandlingen (31).
- Att vårdgivare har god kännedom om transcommunityt och förståelse för vad det kan innebära att vara transperson (29, 31).

Vårdgivare som förstår att det finns en maktrelation och till exempel ställer frågor på ett bekräftande sätt snarare än ifrågasättande, uppskattas mycket (26).

Vårdgivare som tagit sig tid att bygga upp en god vårdrelation kan lättare uppmuntra transpatienter att söka vård i tid och gå till preventiva undersökningar, exempelvis screenings för cancer (29, 28).

Andra faktorer som påverkar upplevelsen är att; mottagningen är lättillgänglig (27), det finns riktlinjer för vård av transpersoner samt att dessa används (27) och att ansträngningar görs för att ändra på medicinska dokument och journaler så att de stämmer med könsidentiteten (31).

Att konkret synliggöra transpersoner på mottagningar och sjukhus är något som kan underlätta för möjliggörandet av positiva vårdkontakter. Det kan göras genom att exempelvis ha transpersoner som anställda, att transpersoner är synliga i informationsmaterial (27, 30) och att det i väntrum finns lättillgänglig transrelaterad information, exempelvis om stödgrupper och nätverk (30). Att se sig själv speglad i sin omvärld gör att man känner sig välkommen (30).

## **SPRÅK**

Vikten av språk lyfts fram i många av artiklarna (20, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32). Det är ett genomgående tema som skulle kunna tas upp i alla ovanstående kategorier. Till exempel är det osynliggörande att det inte finns begrepp att tala om transpersoner och att de begrepp som ändå finns inte används, vilket i sin tur kan bero både på okunskap och transfobi. Det har till exempel hänt att vårdgivare råkat "avslöja" att någon är transperson av misstag, genom att till exempel ropa upp någon med fel namn i en väntsal (31). En transkvinna som kom ut för sin läkare bad denne kalla henne för hon. Men läkaren fortsatte att kalla personen för "han", trots upprepade förfrågningar, vilket fick personen att känna både ledsamhet och ilska (27).

Språket kan i flera fall vara viktigare än det kroppsliga;

*"I'm not interested in medically transitioning, but I want the recognition of masculinity in terms of getting called by male pronouns... it's not like I need access to immediate hormones and surgery, but I need the respect and people to know that I am uncomfortable with a lot of parts of my body"* (27 s. 82).

Att inte få sitt valda namn och rätta pronomen använt upplevs av många som frustrerande och kränkande, och kan ge upphov till känslor av både ilska, frustration och sårbarhet (27, 28, 29, 30, 31, 32).

*”When people don't respect my name and my pronouns, it can feel really frustrating and that definitely doesn't make me feel very comfortable or welcome in a medical situation.” (32 s. 335)*

De vårdgivare som respekterar människors självvalda pronomen uppskattas mycket;

*”The thing that I really appreciate about the clinic is that they are aware of the little things that make a transgendered person's experience at the doctors go smoother, like they always use the right pronouns. They use language that lets me know that they don't think of me as a freak or an oddity.” (30 s. 140).*

För transmän som är gravida och föder barn är det mycket viktigt att bli kallad pappa och inte mamma (28).

Att behöva kryssa i en ruta där det står antingen man eller kvinna upplevs av många som jobbigt då det inte framgår om det menas biologiskt kön eller upplevd könsidentitet (26, 27, 28, 32), samt att det saknas alternativ till kategorierna man/kvinna (27, 32). En medverkande beskrev att svårigheten med att fylla i intagningsformulär där man behöver uppge kön ökar känslan av sårbarhet, en känsla som kvarstår under resten av vårdtillfället (32). Lösningar på problemet föreslås vara att lägga till en tredje ruta (26, 27), att ta bort de två rutorna och istället ha en tom rad där man själv får skriva (27), eller att ha klargörande frågor som tar reda på vilken information vårdgivarna egentligen behöver veta (32). Då det finns fler än två rutor att kryssa i än två upplevs detta som mer inkluderande;

*”More options on the forms means there is more room in people's minds” (32 s. 335).*

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Syftet med litteraturöversikten var att gå igenom vilken forskning som finns rörande vårdens bemötande av transpersoner, samt hur transpersoner upplever mötet med vården och vilka specifika behov de har. Eftersom jag under urvalets gång kände mig nödgad att utvidga inklusionskriterierna kan man konstatera att syftet kartläggning av forskningsläget är uppfyllt.

Forskning som finns inom detta område är begränsad, vilket kan ses som en svaghet. Till exempel var det ingen geografisk avgränsning i litteratursökningen, men då sju av artiklarna är från USA, två från Kanada och en från Australien, kan man säga att blev en önskad geografisk avgränsning ändå. På grund av samhällliga och kulturella skillnader går det inte att direkt överföra resultatet på transpersoner i Sverige. Exempelvis ser försäkringssystemen olika ut i Sverige och USA, och det förefaller vara större risk att hamna utanför det ekonomiska skyddsnätet där, vilket antagligen kan påverka även hälsan samt tillgången till hälso- och sjukvård. Troligtvis kan det finnas andra skillnader som inte framgår lika tydligt, men som ändå skulle kunna påverka resultatet.

På grund av detta, samt på grund av kvalitativa studiers begränsade deltagarantal, anser jag att det inte går att dra några generella slutsatser kring transpersoners upplevelser och behov. Men då resultaten som framkommer i artiklarna på många sätt är liknande, och många teman återkommer på liknande sätt tycker jag ändå att det är högst relevant och har en viss tyngd. Jag skulle vilja säga att resultatet ger en riktning kring hur det ser ut, men att det behövs mer forskning på området.

Analysen och indelningen av kategorier var inte helt lätt att göra. Det finns ingen tydlig gräns kategorierna emellan, de flyter snarare in i varandra på ett överlappande vis. Artiklarna kommer från vitt skilda vårdssammanhang, vilket kan ses som en styrka då det ger en bredd, men också som en svaghet då det inte går att se specifika skillnader på bemötandet beroende på typ av vård. En annan svaghet är att de flesta artiklar uteslutande handlar om transsexuella personer. Förekomst av andra transidentiteter och deras upplevelser finns det än mindre skrivet om. Detta gäller även intersexuella. Då många intersexuella i något skede genomgår en transitionsprocess kan det mycket väl vara så att några finns representerade i artiklarna, men utan att detta framgår.

### **RESULTATDISKUSSION**

Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, står det i hälso- och sjukvårdslagen (6). Något så grundläggande borde vara en självklarhet. När vården inte accepterar/respekterar en persons könsidentitet, uppstår inkongruens mellan personens självbild och hur omgivningen (i detta fall vården) ser på en, vilket enligt Rogers kan leda till ångest och oro (21).

Således kan man konstatera att vårdens oförmåga att acceptera transpersoners identitet leder till en form av psykiskt lidande. Som flera av artiklarna visade på, leder detta i sin tur till att många transpersoner drar sig för att söka vård, och i värsta fall väntar till

ett akut skede (29). De som ändå väljer att söka vård riskerar att på grund av okunskap eller transfobi få felaktig behandling, eller att kort och gott nekas behandling (27).

För att förstå transpersoners problematik att få plats i det här samhället vände jag mig till queerteorin och Butler. Hen menar att den binära uppdelningen man och kvinna inte bara fastställer *hur* vi ska vara som man och kvinna, utan även *att* vi ska vara indelade i kategorierna man och kvinna. Att själva indelningen är fabricerad (5). Jag kan se kopplingar mellan Butlers teori om erkännande och Rogers tankar kring kongruens. På samma sätt som Rogers menar att det behöver finnas kongruens mellan en människas självbild och dennes omgivning (21), menar Butler att man behöver bli erkänd för att kunna vara en möjlig varelse. Om det inte finns några normer där en person kan bli erkänd, blir den personen utesluten från möjlighet (24). Rogers utgår från individen, och att man behöver sätta sig in i dennes situation för att förstå vad den upplever och vad den behöver (21). Jag ser Butlers teori som länken från Rogers individ till denne individs position i samhället. Om vi nu blir till i mötet med andra, vilket de båda menar, går det inte att koppla bort den kontext vi befinner oss i för att förstå vår upplevda verklighet. Vilka möjligheter det finns att uppnå kongruens och erhålla erkännande beror på vilka normer som råder i det samhälle eller den institution vi befinner oss i.

I en artikel som tar upp det faktum att transpersoner ofta blandas ihop med homo- och bipersoner, och således osynliggörs, menas på att kategorin transpersoner bör delas in i två; en för transmän och en för transkvinnor då dessa grupper skiljer sig åt och har olika behov. Jag skulle vilja ha åtminstone en till kategori. Transsexuella personer bryter mot många normer, men de får ändå till viss del plats inom ramarna för den binära könsuppdelningen. Personer som är intergender, och somliga intersexuella, som varken definierar sig som män eller kvinnor, har än svårare att få erkännande.

Till Rogers kongruens och Butlers erkännande går det även att koppla begreppet erasure; minns transpersonen som kände sig som en levande död på grund av bristen på representation (20). Osynliggörande och transfobi har många gemensamma nämnare, men det finns ändå en skillnad. Man skulle kunna säga att erasure är frånvaro av erkännande, medan transfobi är ett erkännande som inte står i kongruens med ens självbild, och således blir en kränkning. Bristen på kongruens blir tydlig när det handlar om hat/rädsla. Men de behöver dock inte vara motpoler, osynliggörande kan också vara uttryck för fobi. Det är till exempel stor skillnad på att kalla någon vid fel pronomen på grund av okunskap, för att man inte vet eller förstår bättre, och att medvetet göra det, för att man inte accepterar att någon själv ska definiera sitt eget kön.

På grund av de exempel på transfobiskt bemötande som kom fram i resultatet (20, 26, 27, 28, 29, 30, 31), kan man förstå att transpersoners farhågor inför att komma ut är väl grundade. Det bör därför framgå tydligt om varför man journalför någons kön, om det av medicinska skäl är viktigt att det biologiska könet registreras eller ej. Kontinuitet bör vara eftersträvansvärt i alla former av vård. Men med tanke på denna rädsla och oro bör kontinuitet vara extra eftersträvansvärt i de fall då den vårdsökande är transperson.

Att involvera närstående och familjemedlemmar i vården är centralt inom personcentrerad omvårdnad då en människa är beroende av sitt sociala sammanhang. Som framkom i resultatet är det för somliga transpersoner inte den biologiska eller ingifta familjen som är den närmaste (29, 31). Ofta ses de närmaste vännerna som en slags självvald familj, och det bör vara upp till personen själv att bestämma vilka som ska involveras i vården, något det behövs större förståelse för.

Jag tycker att det är viktigt att lyfta fokus från individnivå och istället försöka se normer och strukturer. Problemet är inte att vi har illasinnade sjuksköterskor och läkare på våra mottagningar och sjukhus. Diskriminering grundar sig ofta i okunskap, och som tidigare nämnt ingår idag inte någonting om transpersoner i exempelvis sjuksköterskeutbildningen. Det är upp till ansvariga för verksamheter att se till att det finns riktlinjer, att dessa följs, samt att alla medarbetare får vidareutbildning. Utbildning både vad gäller fakta, för att fylla kunskapsluckor, men där det även finns möjlighet att medvetandegöra sina egna identiteter och privilegier, för att på så sätt bli bättre i sitt personliga bemötande. Det finns mycket man på individnivå inte kan göra så mycket åt, hur ska man till exempel kunna boka en gynekologisk undersökning för en man om datasystemet inte tillåter detta? Det behövs stora strukturförändringar vad gäller boknings- och journalsystem, kallelser till screenings, patientmaterial och så vidare.

Normer kring kön, att det finns kön, och hur de olika könen ska bete sig är självfallet inte unikt för sjukvården, utan genomsyrar hela samhället. Dock anser jag att alla vårdinrättningar, oavsett område, bör vara ett så kallat "safe space" för transpersoner. Hit kommer människor för att söka hjälp, och här jobbar människor som vill vara stöd, och som dessutom är utbildade för att kunna se varje enskild människas behov. Det skulle räcka med att sörja för att lagen om patientens självbestämmande och integritet följs, så skulle man komma långt.

Vikten av språket är som sagt ett genomgående tema. I den personcentrerade vården kritiserar patientbegreppet då det kategoriserar en stor grupp människor samt sätter sjukdom i fokus. Språket ses som bidragande till att konstruera den verklighet vi lever i (22). Således kan språket ses som en nyckel till bekräftning, till erkännande. Genom att exempelvis använda en persons valda namn och pronomen visar man på en acceptans av personens levda verklighet, att de rymms i samma verklighet. Det vill säga kongruens uppstår och ett hot om eventuellt framtida psykiskt lidande orsakat av vården har eliminerats.

Att antalet transpersoner underskattas, en stark cisnorm samt att fördomar om hur en transperson ska se ut och bete sig, gör att man oftast inte vet om det är en cis- eller transperson man möter. Det går inte att se om en person är trans eller cis. Inom sjukvården finns transpersoner representerade överallt, såväl hos sjuksköterskor, läkare, städare, administration, patienter och så vidare.

Vidare är det viktigt att komma ihåg att olika former av förtryck samverkar. Transpersoner som även utsätts för andra former av diskriminering relaterat till exempelvis; etnicitet, ålder, klass, sexualitet osv är i en än större utsatt position, vilket man måste vara medveten om.

## REFERENSER

1. Vårdhandboken, Vårdrelaterade möten med Homo- och Bisexuella samt Transpersoner [Hemsida på internet] Citerad 10 Maj 2011. Tillgänglig från: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Bemotande-i-var-d-och-omsorg-HBT-perspektiv/Vardrelaterade-moten-med-Homo--och-Bisexuella-samt-Transpersoner-HBT/>
2. Är Göteborg en stad att leva, älska och verka i för alla? Göteborg: Stadskansliet Göteborgs Stad; 2007.
3. Hon hen han -en analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner. Stockholm: Ungdomsstyrelsen; 2010.
4. Larsson S, Lilja J, Fossun B, Bergström Walan M-B, Berg M. Vem får man vara i vårt samhälle? -Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2008.
5. Butler J. Könet Brinner! Stockholm: Natur och Kultur; 2005.
6. Hälsö- och sjukvårdslagen. [SFS 1982:763] Stockholm. Socialdepartementet.
7. Lagen om fastställande av könstillhörighet. [1972:119] Stockholm. Socialdepartementet.
8. Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar -Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
9. Diskrimineringslagen. [SFS 2008:567] Stockholm. Arbetsmarknadsdepartementet.
10. Diskriminerings Ombudsmannen, Fokus på sjukvård. [Hemsida på internet] Citerad 3 Maj 2011. Tillgänglig från: <http://www.do.se/sv/Press/Pressmeddelanden-och-aktuellt/2011/Fokus-pa-sjukvard/>
11. Diskriminerings Ombudsmannen, Könsidentitet och könsuttryck. [Hemsida på internet] Citerad 3 Maj 2011. Tillgänglig från: <http://www.do.se/sv/Press/Pressmeddelanden-och-aktuellt/2010/Seminarium-Pride-House-Konsidentitet-och-konsuttryck--vad-hande-sedan/> tis 3maj 2011
12. International Lesbian Gay Bisexual, Trans and Intersex Association. [Hemsida på internet] Citerad 24 Mars 2011. Tillgänglig från: <http://www.ilga.org>
13. Stryker S. Transgender History. Berkely: Seal Press; 2008.
14. Dekker R, Van de Pol L. Kvinnor i manskläder -en avvikande tradition Europa 1500-1800. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion; 1995.

15. Föreningen Benjamin. [Hemsida på internet] Citerad 26 Mars 2011. Tillgänglig från: <http://www.foreningenbenjamin.se>
16. RFSL - Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter. [Hemsida på internet] Citerad 24 Mars 2011. Tillgänglig från: <http://www.rfsl.se>
17. Lundberg PO, Löfgren-Mårtenson L, red. Sexologi. 2 uppl. Stockholm: Liber AB; 2002.
18. Olyslager F, Conway L. On the Calculation of the Prevalence of Transsexualism. 2007. [Hämtad från internet] Citerad 24 Mars 2011. Tillgänglig från: <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/Prevalence/Reports/Prevalence%20of%20Transsexualism.pdf>
19. Whittle S, Turner L, Combs R, Rhodes S. Transgender Euro Study: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care. Bryssel: ILGA-Europe; 2008.
20. Bauer G, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel K, Boyce M. "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2009; 20(5): 348-361.
21. Passer MW, Smith RE. Psychology -the science of mind and behavior. 2 uppl. New York: McGraw-Hill; 2004.
22. Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård. [Hämtad från internet] Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2010. Citerad 10 maj 2011. Tillgänglig från: [http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80\\_26nov\\_OM%20Personcetrerad.pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80_26nov_OM%20Personcetrerad.pdf)
23. Ambjörnsson F. Vad är queer? Stockholm: Natur och Kultur; 2006.
24. Butler J. Genus Ogjort -Kropp begär och möjlig existens. Stockholm: Norstedts akademiska förlag; 2006.
25. Friberg F, red. Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006.
26. Lurie S. Identifying training needs of health-care providers related to treatment and care of transgendered patients: a qualitative needs assessment conducted in New England. *International Journal of Transgenderism*. 2005; 8(2/3): 93-112.
27. 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.
28. Adams E. If transmen can have babies, how will perinatal nursing adapt?. *The American Journal of Maternal Child Nursing*. 2010; 35(1): 26-32.

29. Schilder A, Kennedy C, Goldstone I, Ogden R, Hogg R, O'Shaughnessy M. "Being dealt with as a whole person." Care seeking and adherence: the benefits of culturally competent care. *Social Science & Medicine*. 2001, June; 52(11): 1643-1659.
30. Hussey W. Slivers of the Journey: The Use of Photovoice and Storytelling to Examine Female to Male Transsexuals' Experience of Health Care Access. *Journal of Homosexuality*. 2006; 51(1):129-158.
31. Pitts M, Couch M, Mulcare H, Crow S, Mitchell A. Transgender people in Australia and New Zealand: health, well-being and access to health services. *Feminism & Psychology*. 2009; 19(4): 475-495.
32. Dutton L, Koenig K, Fennie K. Gynecologic care of the female-to-male transgender man. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2008, July; 53(4): 331-337.
33. Rachlin K, Green J, Lombardi E. Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*. 2008;54(3):243-243-258.
34. Morgan S, Stevens P. Transgender identity development as represented by a group of female-to-male transgendered adults. *Issues in Mental Health Nursing*. 2008; 29(6): 585-599.



## BILAGA 1. ARTIKELÖVERSIKT

20.

- Titel:** "I don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives": How Erasure Impacts Health Care for Transgender People
- Författare:** Bauer G R. Hammond R. Travers R. Kaay M. Hohenadel K M. Boyce M.
- Tidsskrift:** Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 2009
- Land:** Canada
- Syfte:** Att ta reda på hur osynliggörande påverkar transpersoners möten med sjukvården. Två olika sorter kartlades: informationsmässig & institutionell. Det beskrivs hur dessa två former av osynliggörande tillsammans "raderar" transpersoner och producerar ett system där transpersoner ses som anomalier.
- Metod:** Grounded theory. Kvalitativ studie, 85 personer från 18 år och uppåt.

26.

- Titel:** Identifying Training Needs of HealthCare Providers Related to Treatment and Care of Transgendered Patients: A Qualitative Needs Assessment Conduct in New England.
- Författare:** Laurie S.
- Tidsskrift:** International Journal of Transgenderism, 2005
- Land:** USA
- Syfte:** Att ta reda på vilken kunskap och erfarenheter sjukvårdspersonal har av att möta transpersoner, och vad behöver de för att bli bättre.
- Metod:** Kvalitativ ansats. Intervjuer med 13 personer.

27.

- Titel:** Access to Health Care For Transgendered Persons: Results of a Needs Assessment in Boston
- Författare:** Sperber J. Landers S. Lawrence S. Snow J.
- Tidsskrift:** International Journal of Transgenderism, 2005
- Land:** USA
- Syfte:** Identifiera transpersoners behov av sjukvård. Ta reda på deras erfarenheter. Identifiera hinder för ett bra bemötande och ta reda vad som kan förbättras.
- Metod:** Kvalitativ studie. 34 personer, indelade i 4 fokusgrupper.

28.

- Titel:** If Transmen Can Have Babies, How Will Perinatal Nursing Adapt?
- Författare:** Adams E D.
- Tidsskrift:** The American Journal of Maternal Child Nursing, 2010
- Land:** USA
- Syfte:** Transmän födda som biologiska kvinnor kan bli gravida och föda barn. Att ta reda på hur mödravården kan göra för att bemöta dessa transmän utan att vara diskriminerande, samt stödja deras väg till föräldraskap.
- Metod:** Fallstudie

29.  
 Titel: "Beeing dealt with as a whole person." Care seeking and adherence: the benefits of culturally competent care.  
 Författare: Schilder A J. Kennedy C. Goldstone I L. Ogden R D. Hogg R S. O'Shaughnessy M V.  
 Tidsskrift: Social Science & Medicine, 2001  
 Land: Canada  
 Syfte: Att undersöka sambandet mellan identitet och erfarenheter av möten med sjukvården hos HIV-positiva sexualitetsminoriteter.  
 Metod: Grounded theory, datainsamling genom fokusgrupper och intervjuer. 47 medverkande, varav 10 MtF-personer.
30.  
 Titel: Slivers of the Journey  
 Författare: Hussey W.  
 Tidsskrift: Journal of Homosexuality, 2006(?)  
 Land: USA  
 Syfte: Att beskriva FtM-personers erfarenheter av möten med sjukvården.  
 Metod: Metod som heter "Photovoice". De medverkande får fotografera sin verklighet. Innebörden av bilderna diskuteras och analyseras sedan tillsammans med de fem medverkande.
31.  
 Titel: Transgender People in Australia and New Zealand: Health, Well-being and Access to Health Services  
 Författare: Pitts M K. Couch M. Mulcare H. Croy S. Mitchell A  
 Tidsskrift: Feminism & Psychology 2009  
 Land: Australien och Nya Zeeland  
 Syfte: Att kartlägga transpersoners hälsa och tillgång till, samt bemötande av sjukvården.  
 Metod: Enkät, 253 medverkande.
32.  
 Titel: Gynecologic Care of the Female-To-Male Transgender Man  
 Författare: Dutton L. Koenig K. Fennie K.  
 Tidsskrift: Journal of Midwifery & Women's Health, 2008  
 Land: USA  
 Syfte: Transmän har inte tillgång till den primärvård de behöver och de vanliga cancer-screeningarna görs ej på dem. Detta innebär onödiga hälsorisker. Hur ser bemötandet av transmän i vården ut, och hur kan det göras bättre så att de får den vård de behöver?  
 Metod: Kvalitativ studie, intervjuer av sex själv-identifierade transmän mellan 19-45 år. De medverkande hittades via annonser och email-listor. Varje intervju tog ca en och en halv timme.

33.

Titel: Utilization of Health Care Among Female-to-Male Transgender Individuals in the United States.

Författare: Rachlin K. Green J. Lombardi E.

Tidsskrift: Journal of Homosexuality, 2008

Land: USA

Syfte: Vilka behov av vård finns hos FtM-personer, och vilka erfarenheter har de av den vård de hittills fått?

Metod: 122 ifyllda enkäter.

34.

Titel: Transgender Identity Development as Represented by a Group of Female-To-Male Transgendered Adults.

Författare: Morgan S W. Stevens P E.

Tidsskrift: Issues in Mental Health Nursing, 2008

Land: USA

Syfte: Att undersöka FtM-personers identitetsprocess, kroppsliga erfarenheter, relationer och erfarenheter av sjukvården.

Metod: Kvalitativ studie, djupintervjuer med 11 st medverkande mellan 34-49 år.