



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

BEMÖTANDE AV TRANSSEXUELLA I VÅRDEN

- ur ett patientperspektiv

Författare

Carina Schouenborg
Mariam Rahimi

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| Uppsats/Examensarbete: | 15 hp |
| Program och/eller kurs: | Sjuksköterskeprogrammet |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Ht/2015 |
| Handledare: | Liselott Dellenborg |
| Examinator: | Susann Strang |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Ett stort tack till vår handledare Liselott Dellenborg som varit ett stort stöd och en hjälpande hand i arbetet med denna studie.

Tack!

- Carina Schouenborg & Mariam Rahimi, Göteborg 2015

| | |
|-----------------|--|
| Titel (svensk) | Bemötande av transsexuella i vården – ur ett patientperspektiv |
| Titel (engelsk) | The meeting between health care institute and transgender patients - patient experiences |
| Examensarbete: | 15 hp |
| Program: | Sjuksköterskeprogrammet |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Ht/2015 |
| Författare: | Carina Schouenborg Mariam Rahimi |
| Handledare: | Liselott Dellenborg |
| Examinator: | Susann Strang |

Abstract

The aim of this study is to highlight the experiences transgender patients have of health care. Our society is dominated by a heteronormative perspective, both in health care and the society as whole. Even in our education programs there are rarely information about different gender identities. This creates barriers for the patients, e.g. transsexuals, who don't fit into these norms. This may have a negative impact on the quality of the health care provided. There are different ways to define and categorize sex, e.g. as biological and as social. The social sex is what we usually classify as gender identity and that is the definition we use in this survey. We as nurses' have a duty to give equal health care to every patient no matter who this patient is. This duty is not always followed which is why we've chosen to make this survey. We have performed a literature survey over studies that show how transsexuals are treated in health care institutions. The studies generally have three themes in common. Our review clearly shows that transgender patients don't have the same quality of health care that other patients' do. Several examples of discriminating behavior were found, e.g. caregivers refusing to use the preferred name or pronoun of the patient. In some cases they stared at the patient or totally ignored them or even referred them to mental care. It is not only in the meeting with caregivers that is discriminating, it is also in policies and the documents that are used in health care. Our result clearly shows that we have to improve health care for transsexuals and we hope this survey will highlight the areas that have to change.

Keywords: Transgender, language, health care, treatment, policy

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Inledning..... | 2 |
| Bakgrund | 2 |
| Synen på kön - en historisk exposé | 3 |
| Teoretiska begrepp | 4 |
| Genus | 4 |
| Det heteronormativa perspektivet | 5 |
| HBTQ..... | 5 |
| Genuskoll | 6 |
| Vårdrelationen..... | 6 |
| Jämlikhet och jämställdhet i vården..... | 7 |
| Lagar och riktlinjer | 7 |
| Problemformulering | 8 |
| Syfte | 9 |
| Metod | 9 |
| Urval | 9 |
| Analys | 10 |
| Etisk reflektion | 10 |
| Resultat..... | 10 |
| Vårdrelationen | 10 |
| Vikten av ett holistiskt perspektiv..... | 10 |
| Kränkande och traumatiserande beteende | 11 |
| Språkbruk och ordval | 12 |
| Kunskap och riktlinjer | 12 |
| Barriärer för vård..... | 14 |
| Diskussion | 14 |
| Metoddiskussion..... | 14 |
| Resultatdiskussion | 16 |
| Osynliggörande | 16 |
| Upplevelser som skapar barriärer | 16 |
| När relationen inte är vårdande..... | 17 |
| Slutsats | 18 |
| Referenslista | 19 |
| Bilaga 1. | 22 |
| Bilaga 2. | 23 |

Inledning

Under en verksamhetsförelags utbildning (VFU) i sjuksköterskeutbildningen var en av oss med om en upplevelse som kändes förunderlig. VFU:n ägde plats på en vårdcentral och studenten skulle vara med en distriktssjuksköterska på ett bokad besök med en transsexuell patient som genomgått könskorrigering och nu behövde få hormonsprutor ett visst antal gånger om året. Denna spruta var det distriktssjuksköterskan som skulle ge. Bemötandet av patienten upplevdes som bra och som vilket annat möte som helst som distriktssköterskan hade med sina patienter. Efteråt när besöket skulle dokumenteras lägger distriktssjuksköterskan in en diagnoskod, för transsexuell. Detta ifrågasätter studenten, varför det skrivs som en diagnos och varför det skrivs överhuvudtaget när detta inte är första gången sprutan ges. Studenten undrar om det inte skulle kunna anses som kränkande att ens identitet klassas som en diagnos inom vården. Varför finns det då inte en diagnoskod för till exempel heterosexuell, etnicitet och klasstillhörighet? Det hör ju också till identiteten. Svaret från distriktssjuksköterskan var att hen inte tänkt på det tidigare, att hen bara gjort det per automatik och inte vet varför det är en diagnoskod. En diskussion förs kring detta som mynnar ut i ett samförstånd i att det är relevant att skriva med att patienten är transsexuell och könskorrigerad i journalen vid första mötet för att ha dokumenterat varför patienten får sina hormonsprutor, men att för varje spruta lägga till en diagnoskod känns inte etiskt försvarbart. Detta görs med diagnoskoder som högt blodtryck, diabetes och kärkramp till exempel. Vårdpersonal uppmanas att använda sig av diagnoskoder efter varje besök deras patienter gör, vilket vi upplever som korrekt men att transsexuell existerar som diagnoskod är däremot kränkande.

Vi har under sjuksköterskeutbildningen gång upptäckt att mycket av kurslitteraturen i sjuksköterskeprogrammet är skrivet ur ett heteronormativt perspektiv och sällan berör hbtq-personer som patienter. Vi har även upptäckt på våra verksamhetsförelagda utbildningar att samtliga dokument utgår från att patienterna identifierar sig som man eller kvinna och som heterosexuell, att det bara går att välja mellan man och kvinna som kön i sin journal, att det inte går att välja man eller fru om patienten är gift med någon av samma kön. Detta blir problematiskt och kan även bli kränkande för en person som inte passar in i de fack som finns. Ett alternativt hade varit att ta bort man och fru helt och använda sig av partner i alla situationer, då det under sjuksköterskeutbildningen ofta uppmanas att använda sig av öppna frågor i samtal med patienten. Det märks också i mötet mellan patient och vårdgivare att vårdgivaren tar för givet att patienten har en heteronormativ identitet och uttrycker någon sorts överraskning när det vid enstaka tillfällen kommer fram att patienten till exempel är transsexuell. Vi anser att identiteter, sexuella läggningar och familjekonstellationer som inte stämmer överens med de heteronormativa ramarna osynliggörs i vården. Vi har även sett att det osynliggörs inom utbildningen. När utbildning, kurslitteratur och även Socialstyrelsen brister i att ta upp transsexuella på ett korrekt sätt undrar vi hur de behandlas inom vården.

Bakgrund

Information och kunskap kring transsexuella inom vårdutbildning och vården är som sagt bristfällig. I kurslitteraturen till sjuksköterskeprogrammet nämns andra relations/familjekonstellationer än kärnfamiljen sällan. I viss litteratur nämns andra familjekonstellationer i en snabb mening och då att familjen kan bestå av till exempel vänner och sedan inte något mer och då oftast i de kapitel som tar upp genus. Det kommer sällan in i

något kapitel som handlar om omvårdnad och sjukdom generellt utan bara när det måste nämnas. Exempel från vår kurslitteratur är Birkler (2007) som berör könsidentiteten som en viktig komponent av tre i syftet att förstå sin personliga identitet. Han berör dock inte könsidentitet vidare i sin bok om etik och människosyn trots könsidentitet enligt honom är en av de tre delar som skapar en personlig identitet. Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt är ett annat exempel – här nämns människor endast som kvinnor och män och de framställs som varandras motpoler. På Socialstyrelsens hemsida definieras transsexualism som en könsidentitetsstörning. Vidare står där att “Transsexualism brukar beskrivas som ett tillstånd med en stark och bestående identifikation med det motsatta könet(...) Individerna brukar ha en övertygelse om att kroppen är fel och ett önskemål om att korrigera sin kropp så att den stämmer med den inre upplevelsen.” (Socialstyrelsen, 2010). Detta stämmer delvis in på definitionen av Norrhem, Rydström och Winkvist (2008), dock är det inte alltid en transsexuell persons önskan att genomföra en könskorrigering eller att de ser sin könsidentitet som en störning.

För att förstå hur transsexuella personer blir bemötta i vården är det ett antal begrepp som måste förklaras, dessa följer nedan under teoretiska begrepp.

Synen på kön - en historisk exposé

Transsexualitet är inte en sexuell läggning utan handlar snarare om vilket kön du tillhör. Det har genom historien funnits personer som inte innefattats i de rådande könsnormerna. Det har heller inte alltid varit helt givet att det bara funnits två kön. Det har under 1800- och 1900-talet funnits upptäckare och antropologer som i sitt sökande upptäckte att det i andra kulturer till och med fanns tre och fyra kön. Det är framförallt i Europa som vi har en polariserad uppfattning av två kön, det vill säga det kvinnliga och det manliga är tydligt separerade (Norrhem, Rydström & Winkvist, 2008).

Enligt Norrhem et al. (2008) behövs det en lagstiftning för transsexuella som tillåter könskorrigering genom operation och hormonbehandling samt byte av könstillhörighet i folkbokföringen. Ordet transsexuell är ett svenskt begrepp för engelskans gender dysphoria och innebär att en person inte känner sig tillfreds med sin kropps könstillhörighet och även har en stark vilja att ändra sin kropp så att hen får det kön som hen känner tillhörighet till. Det finns även ett begrepp som är transvestism och de personerna som tillhör den kategorin känner att de har ett behov av att klä sig i det andra könets kläder i olika stor utsträckning. Dessa begrepp samt intersex, vilket ett nytt ord för vad man förr kallade hermafroditism och innebär att man fötts utan tydliga könsmarkörer, och androgynitet, som är när en persons utstrålning och utseende ligger mellan det som enligt normen uppfattas som kvinnligt eller manligt. Detta har sedan 1990-talet samsats under paraplybegreppet transpersoner och det kallas även ibland för transgender som är ett samlingsnamn för alla könsöverskridande praktiker och identiteter (Norrhem, Rydström & Winkvist, 2008). Det finns även ett begrepp för personer som har ett juridiskt kön, könsidentitet, biologiskt kön och könsuttryck som hänger ihop och alltid har hängt ihop med normen, dessa kallas för cis-personer. Det är inte heller en sexuell läggning utan en könsidentitet och könsuttryck att (RFSL, u.å.). Enligt Hulter (2009) är definitionen av en transperson en persons upplevelse av könsidentitet och upplevelse av sig själv som person relaterat till kroppsuppfattning.

Transsexualitet är inte en sexuell läggning utan handlar snarare om vilket kön du tillhör. Det har genom historien funnits personer som inte innefattats i de rådande könsnormerna. Det har heller inte alltid varit helt givet att det bara funnits två kön. Det har under 1800- och 1900-

talet funnits upptäckare och antropologer som i sitt sökande upptäckte att det i andra kulturer till och med fanns tre och fyra kön. Det är framförallt i Europa som vi har en polariserad uppfattning av två kön, det vill säga det kvinnliga och det manliga är tydligt separerade (Norrhem, Rydström & Winkvist, 2008).

Enligt Norrhem et al. (2008) behövs det en lagstiftning för transsexuella som tillåter könskorrigering genom operation och hormonbehandling samt byte av könstillhörighet i folkbokföringen. Ordet transsexuell är ett svenskt begrepp för engelskans gender dysphoria och innebär att en person inte känner sig tillfreds med sin kropps könstillhörighet och även har en stark vilja att ändra sin kropp så att hen får det kön som hen känner tillhörighet till. Det finns även ett begrepp som är transvestism och de personerna som tillhör den kategorin känner att de har ett behov av att klä sig i det andra könets kläder i olika stor utsträckning. Dessa begrepp samt intersex, vilket ett nytt ord för vad man förr kallade hermafroditism och innebär att man fötts utan tydliga könsmarkörer, och androgynitet, som är när en persons utstrålning och utseende ligger mellan det som enligt normen uppfattas som kvinnligt eller manligt, har sedan 1990-talet samsats under paraplybegreppet transpersoner och det kallas även ibland för transgender för ett samlingsnamn för alla könsöverskridande praktiker och identiteter (Norrhem, Rydström & Winkvist, 2008). Det finns även ett begrepp för personer som har ett juridiskt kön, könsidentitet, biologiskt kön och könsuttryck som hänger ihop och alltid har hängt ihop med normen, dessa kallas för cis-personer. Det är inte heller en sexuell läggning utan en könsidentitet och könsuttryck att (RFSL, u.å.). Enligt Hulter (2009) är definitionen av en transperson en persons upplevelse av könsidentitet och upplevelse av sig själv som person relaterat till kroppsuppfattning.

Teoretiska begrepp

Genus

Idag talas det om ett socialt kön och ett biologiskt kön, där det sistnämnda är de skillnader vi har utifrån kromosomer, könsorgan och hormoner. Det förstnämnda innebär hur miljö och samhälle påverkar det kön vi har, vilka normer som byggts upp kring könet och det är just det sociala könet som vi kommer lägga mest fokus på i vår forskning. Här talas det även om könsroller som de olika arbetsbelastningar och beteenden som kommit till de olika könen (Johansson & Hovelius, 2004).

Det sociala könet går under begreppet genus, ett begrepp som vuxit fram ur feminismen och handlar om ojämlika maktförhållanden mellan könen (Hovelius & Johansson, 2004). Judith Butler är en amerikansk professor i retorik och skaparen av begreppet den heterosexuella matrisen. Judith har kritiserat uppdelningen av två kön för att det kan skapa en föreställning om att det finns en förkulturell, naturlig och ursprunglig manlighet och kvinnlighet. Även uppdelningen av biologiskt och socialt kön är socialt skapat (Ambjörnsson, 2006). Emily Martin, en amerikansk professor i socio-kulturell antropologi, anser att det inte finns ett rätt eller fel sätt att skildra biologiska processer. Hon vill däremot visa att våra föreställningar om biologi och reproduktion inte kan förstås bortom samhällets historiska och kulturella föreställningar om manligt och kvinnligt (Martin, 1991). Butler pratar också om att kön hör ihop med våra kulturella och sociala föreställningar kring vad det biologiska könet innebär, hon menade att kön är en effekt av dessa föreställningar och då inte ett uttryck för ett könsbaserat inre väsen. Ambjörnsson (2006) tar upp Judith Butlers begrepp den heterosexuella matrisen. Detta begrepp är en ram som organiserar genus, kroppar och begär i en ordning där feminint skiljs från maskulint för att sedan sammanföras genom det

heterosexuella begärets handlingar. Enligt detta synsätt finns det bara två kön och sätt att vara, de är motsatser till varandra och de förväntas åtrå, begära och ha sex med varandra.

Det heteronormativa perspektivet

Den heterosexuella matrisen påverkar vad samhället bestämt att en manlig man ska vara och hur en kvinnlig kvinna ska bete sig. Heteronormativitet innebär alla de normer, regler och praktiker som styr heterosexualitet, alla de koder som finns för vad som är manligt och vad som är kvinnligt samt den sexuella läggning som de båda könen ska ha - vi ska vara med det motsatta könet och ingenting annat. Den heteronormativa synen påverkar det bemötande vi har av andra människor samt hur vi själva vill bli bemötta (Sandell, 2004). Heteronormativitet är alltså det som anses vara det normala och den heteronormativa sexualiteten innebär att en manlig man ska vara med en kvinnlig kvinna. Detta är vad Butler menar med den heterosexuella matrisen som nämns ovan. Hon anser att män och kvinnor, manligt och kvinnligt, inte existerar utanför den ramen (Ambjörnsson, 2006).

På samma sätt som det finns förutfattade meningar om hur de olika könen ska bete sig finns det även en bild av den sexuella läggningen. Heteronormativitet handlar om de normer och förväntningar som finns om könsidentitet och sexuell läggning. Denna tanke handlar då om att det finns vissa förväntningar på att du ska vara sexuellt attraherad av personer av motsatt kön och att du tillhör det kön som du ser ut att tillhöra (RFSL u.å.). Berg (2009) betonar att heteronormativitet finns i hela samhället: i skolan, på jobbet, i vården med mera. Detta kan göra att ett uttryck för till exempel homosexualitet och bisexualitet blir ett hot mot heterosexualiteten som norm. Detta sätt att tänka påverkar vården och kan leda till missförstånd, fel vård och skapande av kränkning och otrygghet (RFSL, u.å.).

Att vara heterosexuell behöver inte innebära att du är heteronormativ; heterosexuella personer kan vara kritiska till heteronormativitet och synen på den naturliga sexuella läggningen (Wasshede, 2010).

HBTQ

HBTQ är ett samlingsbegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner och andra som har så kallade queera uttryck och identiteter. För att få ett bra underlag kommer vi att förklara de olika delarna av HBTQ, det vill säga Hetero-, Bi-, Transsexuell och Queer. Att vara homosexuell är en identitet som tilldelas en person som har sex och blir kär i en person av samma kön (Ambjörnsson, 2006). Att vara bisexuell innebär en person som kan bli kär i och har sex med en person oavsett vilket kön denna person tillhör (Norrhem, Rydström & Winkvist, 2008). Dessa två begrepp har med sexualitet att göra. Att vara transsexuell är ett sätt att avvika från den heteronorma matrisen. En person som är transsexuell har "rätt" sorts genusbeteende och begär men har "fel" biologiskt kön, personer som upplever att de har fötts i fel kropp (Ambjörnsson, 2006). Det är inte en fråga om sexualitet utan en fråga om kön (Norrhem, Rydström & Winkvist, 2008). Enligt Ambjörnsson (2006) har begreppet queer inte heller helt med sexuell identitet att göra. Inom queer finns något som kallas för queerteori och handlar om att ifrågasätta heteronormativiteten och de förhållningssätt vi har till det normativa. De som identifierar sig med queerteorin i dagens samhälle ifrågasätter varför kärlek och sexualitet mellan kvinnor och män har blivit en norm och med vilka argument som finns för att denna norm har upprätthållits och överförs från generation till generation (Norrhem, Rydström & Winkvist, 2008). Teorin innebär att sexualitet kan ses på många olika sätt, till exempel som en sexuell identitet eller handlingar. Ibland kan det förstås som ett normsystem. Queerteorin handlar alltså om att vända sig emot att det finns riktiga och

autentiska sexuella identiteter som kommit ur ett inre väsen eller gener. Teorin vill istället understryka det mångtydiga, godtyckliga, relationella och flytande med kön och sexualitet (Ambjörnsson, 2006).

Genuskoll

Määttä och Öresland (2009) talar om ett begrepp som kallas genuskoll och de definierar det som en medvetenhet om attityder, föreställningar och värderingar som styr vårt seende, våra tankar och våra handlingar i förhållande till jämställdhet mellan kvinnor och män. Istället ska vi ta ett steg tillbaka och se vilka beteenden som finns runt om oss, för att sedan utifrån kunskap om genus förändra dessa. Det vill säga identifiera och ”avgenusifiera” genusbias. På så sätt synliggörs felaktiga och ofta omedvetna föreställningar om kvinnor och män. Genusbias är något som går emot den svenska hälso- och sjukvårdslagen som innebär att sjukvården ska ge god vård till alla på lika villkor. Genusbias är diskriminerande mot patienten och kan leda till fel handlingar (Määttä & Öresland, 2009).

Vårdrelationen

När en människa blir en patient, det vill säga att patienten söker hjälp för att bli vårdad och att vårdaren är där för att hjälpa, skapas en vårdrelation mellan hen och vårdaren. Denna sortens relation skiljer sig från andra sociala relationer som en människa har med till exempel vänner, partner och familj då du som patient hamnar i en beroendeställning. Vårdrelationen kan beskrivas som asymmetrisk, vilket innebär att de kraven en patient har på sin vårdare kan vårdaren inte ha tillbaka på patienten (Snellman, 2009). Snellman (2009) utvecklar denna relation och utgår från Nordenfelt, en professor inom hälso- och sjukvård i teori och etik. Han menar på att varje möte mellan människor är etiskt laddade och att vi då ställer oss inför valet att möta den andra personen med respekt eller med ignorans. De möten som uppstår inom vården är mellan en sjuksköterska med en viss kompetens och en patient som är sjuk. Den sjuka patienten kan ibland vara i svår kris i och med sjukdomen hen drabbats av. Att vara patient innebär att vara behövande vilket kan ge en känsla av ovärdighet, en känsla av att förlora inflytande över den egna situationen. I relation till sjuksköterskan och dess omsorgsarbete innebär ett större beroende från patienten en ökad makt hos sjuksköterskan. Ju mindre patienten kan styra själv, desto mer kan sjuksköterskan styra. Vid sjukdom sätts patientens autonomi på spel. För att som patient kunna bibehålla sin autonomi och därmed minska på sitt beroende krävs självbestämmande. Autonomi beskrivs av Henriksen och Vetlesen (2001) som en viktig etisk princip som varje person har rätt till. Autonomi kan beskrivas som en känsla av oberoende, vilket ger en känsla av frihet. Inom vården uppstår autonomi när patienten får rätt att bestämma över sitt eget liv. Som sjuksköterska kan autonomi främjas genom ett respektingivande bemötande, genom att respektera patientens människovärde. Detta leder till att autonomi ingår i människans förståelse av människovärde. Detsamma gäller självbestämmande som är en synonym till autonomi. Denna rätt som patienter har till autonomi och självbestämmande bör respekteras för att patienten ska känna sig oberoende (Henriksen & Vetlesen, 2001).

Sjuksköterskans arbete går ut på att vilja göra gott för patienten, att kunna ge det som främjar hälsa. För att kunna göra det behöver sjuksköterskan kunskap om vad patientens upplevelse av sin situation, detta får hen genom att skapa förtroende och genom att lyssna (Florin, 2009). I en vårdrelation är det viktigt med en patientfokuserad vård för att patienten inte ska känna sig dåligt behandlade. Patienter ska kunna få kunskap om sin sjukdom samt den information patienten behöver för att kunna ta sig igenom sin sjukdom och då skapas en önskvärd vård, en patientfokuserad vård (Fransson & Sellgren, 2009). Patienter kan genom kunskap om sin

sjukdom få en möjlighet till att vara med och ta beslut och uttrycka sin egen vilja under vårdtiden. Detta går under begreppet patientdelaktighet, vilket möjliggör för patienten att delta i beslut om vård och behandling (Eldh, 2009). För att delaktighet ska skapas krävs att patient och sjuksköterska delar på information. Patienten ska få den information som behövs för att kunna delta i beslut kring sin vård. Den information som ges bör vara anpassad till patienten, så att patienten förstår det som sägs. Informationen behöver bli kunskap och för att bli det behöver informationen vara relevant, förmedlad på ett sätt så patienten förstår, utgå från det patienten redan vet. En dialog är bland annat ett verktyg som underlättar överföringen från information till kunskap. Sjuksköterskan kan genom en dialog ta reda på vad patienten behöver och vill veta istället för att utgå från vad hen själv känner behov av att förmedla (Eldh, 2009). Fransson och Sellgren (2009) beskriver patientfokuserad vård med fyra grundstenar; Kommunikation med patienten, patienten som samarbetspartner, hälsofrämjande åtgärder samt olika medicinska och/eller fysiologiska behandlingar. De menar att se på patienten som samarbetspartner och att göra patienten delaktig i sin vård inte är samma sak. Att se på patienten som samarbetspartner är ett vidare begrepp där delaktighet ingår. Som samarbetspartner har patienten rätt till att vara delaktig i att planera den medicinska vård och omvårdnad som berör hen under vårdtiden (Fransson & Sellgren, 2009), det vill säga: patientdelaktighet är en del i den patientfokuserade vården.

En vårdrelation är inte alltid vårdande, utan kan också vara icke-vårdande och därmed skapa ett ökat lidande för patienten. Det bemötande som patienten får av sjuksköterskan påverkar huruvida relationen blir vårdande eller inte. En icke vårdande relation kan ge upphov till känslor som hopplöshet, förlust av egenvärde och minskad tillfredsställelse. Ur en patients perspektiv kan en icke-vårdande relation uppstå när hens egna resurser, värderingar och medvetenhet inte används av sjuksköterskan, när hen upplever att den egna uppfattningen av situationen inte stämmer överens med sjuksköterskans. Att patienten inte blir riktigt sedd. Att bidra till en icke-vårdande relation ger inte patienten någon upplevelse av hälsa. Genom att se patienten som hen vill bli betraktad, genom att möta patientens egen självbild kan detta undvikas. Den självbild patienten har behöver inte vara något som sjuksköterskan håller med om eller tycker om, det handlar snarare om att sjuksköterskan ska få en förståelse för patienten och utifrån den förståelsen skapa en god relation, en vårdande relation (Snellman, 2009).

Jämlikhet och jämställdhet i vården

Ett etiskt begrepp som är centralt i denna uppsats är jämlikhet, att vården ska vara jämlik. Med det menas inte att vårdrelationen ska vara jämlik eftersom den i sin natur är asymmetrisk och sjuksköterskan är i en maktposition, utan att varje patient ska få en jämlik vård. Alla patienter ska ha samma möjligheter och förutsättningar inom vården. Detta begrepp handlar om lika villkor, möjligheter och rättigheter för alla människor oavsett social klass, etnicitet, sexuell läggning och kön (Öresland & Lutzen, 2009). Inom sjukvården är det även viktigt med jämställdhet, som till skillnad mot jämlikhet betonar villkor, möjligheter och rättigheter mellan män och kvinnor. Det talas då om att behandla män och kvinnor likvärdigt, att behandla utefter behov och med god kvalitet. Idag har vi könsstereotyper som kan ha en inverkan på vårdkvalitet och patientsäkerhet, män och kvinnor får olika bemötande (Määttä & Öresland, 2009).

Lagar och riktlinjer

Transsexuellas rättigheter till en jämlik vård täcks av flera lagar och styrdokument som sjuksköterskor ska arbeta utifrån och förhålla sig till.

International Council of Nurses (ICN) är ett styrdokument som vi ofta återkommer till i sjuksköterskeprogrammet på Göteborgs universitet. Den består av 4 etiska koder. I dessa koder framkommer det att "omvårdnad ska ges respektfullt, oberoende av ålder, hudfärg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politiska åsikter eller social ställning." (International Council of Nurses, 2014).

I hälso- och sjukvårdslagen står det i § 2 att: 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. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. (SFS: 1982:763)

Det finns enligt lag vissa punkter som en transsexuell person måste uppfylla för att få en annan könstillhörighet än den som står i folkbokföringen. Dessa punkter är att personen:

1. sedan en lång tid upplever att han eller hon tillhör det andra könet,
2. sedan en tid uppträder i enlighet med denna könsidentitet,
3. måste antas komma att leva i denna könsidentitet även i framtiden,
4. har fyllt arton år.

(SFS 1972:119)

Diskrimineringslagen är en lag som har till ändamål att motverka diskriminering. och främja lika rättigheter och möjligheter oavsett könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, kön, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller ålder (SFS 2008:567).

Mänskliga rättigheter kommer upp ofta i vår utbildning. Regeringen har en hemsida som behandlar information kring dessa rättigheter. På denna sida står det att de rättigheterna är universella och gäller för alla. Rättigheterna slår fast att alla människor, oavsett kultur, land och sammanhang, är födda fria och lika i värde och rättigheter (regeringskansliet, u.å.).

Problemformulering

Att vara transsexuell är något som inte ingår i det heteronormativa synsättet som är det, i vårt samhälle, "normala" synsättet. Genom att ha ett heteronormt synsätt i samhället och också i vården så påverkar detta de som inte tillhör normen; det kan få konsekvenser i vården. Inom vården ska sjuksköterskan vara öppna och lyssna på patienten, men studier visar att redan vid bemötandet av personer som inte följer normerna görs en skillnad i hur de behandlas beroende på genus. Jämlikhet i vården ska vara oberoende av till exempel sexuell läggning och kön (Määttä & Öresland, 2009). Hur betar vi vårdare oss i mötet med personer som är transsexuella? Redan när sjuksköterskan tar anamnesen kan det uppstå svårigheter då en patient tvingas berätta om sin sexuella läggning, vilket kan leda till att patienten känner oro inför hur vårdgivaren kommer att reagera. Detta är en välgrundad oro då det har framkommit i studie av Röndahl, Innala och Carlsson (2003) att många i personalen inom vården hade velat undvika att vårda till exempel homosexuella.

Hur är då bemötandet gentemot någon som står utanför normerna även i hur de identifierar sig som kön? I det exempel som vi tar upp i inledningen får patienten ett bra bemötande, men diskrimineras ändå när distriktssköterskan skriver in hans sexuella identitet som en diagnoskod. Detta gjorde hen utan att reflektera över det, utan att se det diskriminerande i handlingen. Vi saknar studier kring hur transsexuella patienter upplever sig bli bemötta i vården.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa transsexuella patienters upplevelser av bemötande i vården.

Metod

Vi har gjort en litteraturoversikt vilket innebär en genomgång av vetenskaplig litteratur inom ett visst område. Utifrån studiens syfte har vi tagit ut sökord, detta med hjälp av Cinahl headings och svensk MeSH. De sökord som använts är health care, transgendered person, ethics, gender identity, transsexualism, nurs*, experience, transgender. Av dessa sökord är health care, transgendered person, ethics, gender identity meshstermer. Genom olika kombinationer av dessa sökord gjordes sökningar i databasen Cinahl. Till en början användes sökordet "transsexualism" men det gav alldeles för få sökträffar. Genom att läsa de artiklar som sökningen gav insåg vi att de istället använder ett annat ord för transsexuella personer, nämligen "transgender". I artiklarna använder forskarna "transgender" på samma sätt som vi använt "transsexualism". "Transsexualism" ersätts med "transgender" och antalet sökträffar blir betydligt fler, men fortfarande väldigt få. I de olika sökningarna i Cinahl var en del artiklar återkommande, därför gjordes det en bred sökning i Pubmed. De sökorden som användes i sökningen på Pubmed var transgendered person och health care och gav 268 sökträffar. Av de artiklar som vi ansåg följa vårt syfte var de samma som vi redan hittat via sökningar i Cinahl. Samtliga sökningar finns presenterade i bilaga 1.

Urval

Det första urvalet gjordes utifrån en granskning av artikeltitlar. De artiklar som vi ansåg beröra vår studies syfte valdes ut. Sedan granskades samtliga abstract, av de artiklar som fortfarande var relevanta för vår studie gjordes ytterligare en översiktsgranskning på hela studien. Utifrån översiktsgranskningen valdes nio artiklar ut som ansågs vara relevanta för det syfte vår studie har. Dessa har vi båda enskilt granskats utifrån Willman, Bahtsevani och Stoltz (2011) mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser för att sedan diskutera våra olika bedömningar. Fem av artiklarna har fått resultatet "hög", tre som "medel" och en som "låg".

Bortfall har förekommit vid de olika stegen av granskningen. Vid granskning av artikeltitlar valde vi bort de artiklar som enbart belyst psykisk ohälsa hos transsexuella personer. Artiklar som vi behövde beställa eller betala för att läsa var de som främst valdes bort vid granskning av abstracts. Vid översiktsgranskningen valde vi bort artiklar som berör sjukförsäkring då det kan se väldigt olika ut från stat till stat. I detta steg valdes även artiklar som handlar om den individuella ekonomi och kunskap bort då det inte svarar på syftet för denna studie. Slutligen valde vi bort artiklar som beskriver patientens upplevelse i könskorrigeringsprocessen. Inklusionskriterier har varit att artiklarna handlar om personer som identifierar sig själva som transsexuella samt att artiklarna är vetenskapliga. "Peer reviewed" har angetts som en begränsning vid sökningar för att få sökträffar med vetenskapliga artiklar. Ytterligare en inklusionskriterie är att artiklarna ska få medel eller hög betygsättning utifrån den granskningsmall som vi använt oss av.

Analys

De nio artiklarna har vi läst var för sig för att sedan träffas och diskutera. Sedan har vi med färgkodning tagit ut olika tema i artiklarna, även detta har vi först gjort enskilt för att sedan jämföra färgkodningen med varandra. Genom att diskutera vad respektive har kommit fram till har olika teman och underteman identifierats. Utifrån våra granskningar av artiklar har vi kunnat definiera tre huvudteman med tre underteman.

De artiklar som vi valt att ta med är publicerade mellan 2008 och 2015 och kommer från USA, Kanada och England. Detta är länder där det går att se likheter i deras syn på människor, samhälle och vård. En artikelöversikt finns i bilaga 2.

Etisk reflektion

Av nio artiklar är det endast en som blivit godkänd från en etisk kommitté och det är den artikel som använt sig av djupintervjuer. Ytterligare en artikel har diskuterat kring etiskt ställningstagande och då låtit deltagarna få välja ut ett alias. Författarna till studien har förklarat att endast alias, ålder och könsidentitet kommer användas i resultatet. Författarna har även låtit varje deltagare få läsa sitt material för att kunna lägga till eller ta bort information och därmed få en chans att kontrollera det egna materialet innan publicering. Detta var en enkätundersökning. De andra sju studierna saknar godkännande från någon etisk kommitté. Av dessa sju är tre av dem enkätstudier, tre av dem litteraturöversikter och en av dem är en studie baserad på fokusgrupper.

Resultat

Resultatet mynnade ut i tre huvudteman och tre underteman; **Vårdrelationen** (vikten av ett holistiskt perspektiv, kränkande och traumatiserande beteende, språkbruk och ordval), **kunskap och riktlinjer** och **barriärer i vården**.

Det förekommer en del positiva upplevelser av vården dock upplever majoriteten av deltagarna att vården inte är jämlik. De som hade upplevt positiva möten med vården var de som aktivt letat efter en vårdgivare som accepterat deras könsidentitet.

Vårdrelationen

Vikten av ett holistiskt perspektiv

I Sperber, Landers och Lawrences (2005) studie intervjuades totalt 34 transexuella personer i fyra fokusgrupper. Deltagarna fick diskutera sina upplevelser som uppstått hos dem när de varit i kontakt med vården. Av denna studie framgår att samtliga deltagare anser att vård med god kvalitet hänger på att vårdgivarna är villiga att lyssna, lära och avvara tid till att diskutera transsexualism. Några av deltagarna belyser även kontinuiteten av vårdgivare och riktlinjer för vården som viktiga faktorer för att bidra till en vård med god kvalitet. Ansvar för en bra miljö och bemötande ligger inte enbart hos sjuksköterskan eller läkaren de träffar, utan även hos andra yrkeskategorier som jobbar på vårdinrättningen. Alla som jobbar inom vården borde ha kunskap om vad transsexualism innebär (Sperber et al. 2005). I en annan studie uttrycker deltagarna att vårdpersonalen bör se hela människan, något som de anser saknats då de varit i kontakt med vården. Om en patient har en fysisk smärta kan det vara så att hen har en psykisk smärta också. Deltagare upplevde att deras psykiska smärta osynliggjordes då vårdpersonalen inte kunde se deras psykiska jag, det vill säga deras identitet. När vårdpersonalen förstår, lyssnar och ser hela personen skapar det tilltro och trygghet vilket gör

att de upplever sig bli bättre vårdade. Det framgår att vårdkvalitén påverkas om personalen visar respekt för transpersonernas upplevda könsidentitet eftersom de då känner att de kan slappna av och fokusera på sin hälsa istället för att vara oroliga och stressade för hur de ska förklara sig och hur de kommer bli bemötta (Hagen & Galupo, 2014).

I studien av Sperber et al. (2005) beskriver deltagarna en bra vårdgivare som en person som kanske inte har alla svar men som är villig att lyssna. Flera av deltagarna upplevde att de idag finns brister inom vården när de kommer till bemötande. De nämner bland annat okunskap från vårdpersonal som ett beteende som försämrar vårdkvalitén. Att vårdgivaren accepterar patientens genusidentitet är en nyckel till god kvalitet i vården. Ett exempel tas upp med en transsexuell patient hos en gynekolog där läkaren inte var känslig inför att patienten kände sig obekvämt när hen upplevde sig som man men har ett kvinnligt kön (Sperber et al. 2005).

Kränkande och traumatiserande beteende

Det är många av deltagarna som beskriver vården som traumatiserande på grund av den bristande förmågan till gott bemötande. Istället har de mötts av bland annat verbala övergrepp, skrott och viskningar mellan vårdpersonalen. Deltagarna upplever därav en känsla av obehag och besvär hos vårdgivarna (Sperber et al. 2005). I en studie av Shires och Jaffee (2015), som bara använder sig av deltagare som identifierar sig som female-to-male (ftm), visar de på att framförallt verbalt övergrepp, nekad jämlik vård och fysiska övergrepp är de övergrepp som förekommer. Här har författarna sett att ca 40 % av deltagarna någon gång har upplevt sig bli diskriminerande i vården (Shires et al. 2015). I en annan studie framkommer det att majoriteten av deltagarna blivit diskriminerade på grund av sin sexuella identitet (Zuzelo, 2014). Det kommer tydligt fram att de som löper större risk för diskriminering är de som lever fullt ut som sitt icke-medfödda genus, de som har sin transidentitet i någon dokumentation samt de som genomgått någon form av könskorrigering (Shires et al. 2015). Samma fakta framkommer i en studie av Bradford, Reisner, Honnold och Xavier (2013), där de även tar upp transsexuella i en yngre ålder som mer utsatta än de äldre. Deltagare upplever en rädsla inför besöket med vårdpersonalen, en rädsla inför att bli diskriminerade och/eller bristfälligt behandlade på grund av deras sexuella identitet (Peate, 2008).

Det deltagarna skulle vilja känna gentemot sina vårdgivare är framförallt tillit, att det blir lyssnade på. Men det diskuteras att det är mycket sällan det förhåller sig så. Samtliga i studien av Sperber et al. (2005) talar om att de istället blivit förnedrade av vårdgivare och vissa har till och med nekats vård på grund av sin genusidentitet. En deltagare berättar att hon var male-to-female (mtf) och fick höra att hon inte skulle få någon vård av vårdgivaren, utan att hon skulle söka till en veterinär istället då vårdgivaren endast behandlar ”människor”. Andra deltagare berättar att bemötandet från vårdgivarna har ändrats efter att de gått ut med sin genusidentitet. Ett exempel är när en barnmorska plötsligt ifrågasatte patientens förmåga som förälder på grund av dennes transidentitet (Sperber et al. 2005). I en berättelse i Merryfeather och Bruce (2014) studie berättar en deltagare om att han levde som man på heltid, hade genomgått bröstkorrigering och gick på hormonbehandling. När han en gång var i kontakt med vården, för en operation som inte hade med hans kön att göra, frågade läkaren om han kunde få se patientens genitalier, med ursäkten att han inte hade sett en transperson tidigare. Deltagaren sa nej, kände sig sårbar och tog upp känslan med sjuksköterskan och bad om att få sina genitalier täckta under operationen. Trots detta samtal lyfte sjuksköterskan på skynket under operationen och deltagaren såg sjuksköterskans chockerade ansiktsuttryck. Efter detta kände patienten sig mycket sårbar och den känslan följde honom under lång tid (Merryfeather et al. 2014). Att identifiera sig som female-to-male (ftm) och vara i kontakt med vården har

gett upphov till känslor som oro hos personen. Framför allt när de varit i behov av en gynekolog och samtidigt identifierat sig själva som ftm. Detta på grund av att de inte visste vilken reaktion de skulle få av personalen (Shires et al. 2015). Många av deltagarna upplever att det ibland läggs för mycket fokus på deras genusidentitet istället för orsaken till varför de sökt vård (Sperber et al. 2005).

Språkbruk och ordval

Det finns en stor känslösam smärta och i vissa fall rädsla hos transsexuella som kommer i kontakt med vården. När det kommer till språk som vårdpersonalen har använt sig av för att definiera patientens kön i mötet med en transsexuell patient har upplevelserna varierat. De flesta deltagarna i studien av Hagen et al. (2014) har upplevt i alla fall några positiva erfarenheter; två har neutrala upplevelser och endast en har uttryckt att hen inte har några positiva upplevelser i mötet med vårdpersonal när det kommer till språket. De som haft positiva upplevelser har dock inte haft det genom hela sin sjukvårdstid utan har oftast lagt ner stor tid på att hitta rätt vårdinrättning och vårdgivare som behandlar de bra (Hagen et al. 2014). Patienter som inte gjort en könskorrigering upplevde mötet med vårdpersonal som jobbiga när de inte blev kallade för de pronomen som de själva önskade, som de själva identifierar sig med (Sperber et al. 2005).

Samtliga 20 deltagare i studien av Hagen et al. (2014) bekräftar att sjukvården använder sig av ett binärt språk. Alltså ett språk med endast man och kvinna, hon och han. Det binära språket har bidragit till varierande upplevelser såsom bekräftelse, frustration och isolering beroende på patientens egen könsidentitet. Upplevelserna varierar över tid, i samband med deras egna köns-processer. Bristen på alternativ ger en upplevelse av att känna sig utanför, osynlig, brist på tillit och en känsla av att inte bli tagen på allvar. De som inte definierar sig som något kön känner mest svårigheter med det binära språket. De upplever rädsla inför att förklara då de känner att de skulle bli kritiserade, ifrågasatta och skrattade åt. Samtliga deltagare tycker att en diskussion kring deras könsidentitet inte skulle förstås av personalen, vilket ledde till misstro för vad personalen kan göra för deras hälsa. De som ser sig själva som ett kön, till exempel genom att ha gjort en könskorrigering, upplevde sig bekräftade av det binära språket. Äntligen kunde de kryssa i sitt kön utan att behöva vara i någon gråzon. De menar på att det varit en kamp innan de fått sitt juridiska kön (Hagen et al. 2014).

Kunskap och riktlinjer

Transsexuella patienter upplever att de själva får ge kunskap till vårdpersonalen om vad det innebär att vara transsexuell och känner att det inte redan finns kunskap på vårdinrättningen (Merryfeather et al. 2014). I en artikel beskriver de mer ingående om de olika beteende som deltagarna ansåg var problematiska. De beteendena innefattar till exempel en okänslighet när de kommer till deltagarnas könstillhörighet och de bekymmer som finns kring detta, avigt interagerande av vårdpersonalen, nekad vård, vård som inte är av bra kvalitet, verbalt förminskande samt påtvingad vård (Kosenko, Rintamaki, Raney & Maness, 2013). Shires et al. (2015) tar upp ett förslag på varför det kan se ut så här och innebär att det kan finnas en känsla att vårdgivaren känner sig obekvämt som grundats i att de fått för lite utbildning om genusidentiteter och då känner sig illa till mods när de möter en person som inte passar in i de former som hen lärt sig i utbildningen. Detta kunde också ge upphov till de reaktioner som personalen kunde få när de får reda på att patienten identifierar sig som transperson. Om det är en dålig reaktion påverkar det transpersonerna negativt genom en känsla av oro över att behöva söka sig till vården (Shires et al. 2015). Många upplever att personalen är fast vid hur en person ser ut eller har för legalt namn och respekterar inte vad de själva upplever sig som.

Vårdpersonalen kan uppleva sig bli "lurade" av patientens utseende och frågar inte, eller lyssnar inte på patienten, trots att de skrivit sitt önskade tilltalsnamn i inskrivningsformulären. Vårdpersonalen använder sig ändå av det "riktiga" namnet när de ropar in patienten från väntrummet (Hagen et al. 2014). En av deltagarna i en studie hade blivit utsatt för att en läkare skickade vidare deltagaren för att han inte fått reda på i förväg att hen var transsexuell och ville då inte behandla patienten. Detta trots att deltagaren var där av helt annan anledning och därav inte känt att det var relevant att berätta om sin genusidentitet (Bauer, Hammond, Travers, Kaay, Hohenadal & Boyce, 2009). Hagen et al. (2014) tar även upp inskrivningsformulären som finns och att det många gånger bara går att välja mellan man och kvinna och de då inte innefattar vad en transperson känner sig som. När vårdpersonalen inte frågade om vilket kön de själva ansåg sig som gjordes det oftast felaktiga bedömningar (Hagen et al. 2014). I en annan artikel framkommer det också att ibland har vårdpersonalen trots att transpatienten skrivit i, enligt personalen, fel kön på inskrivningsformuläret när de skrivit i sitt föredragna kön. När transpatienter inte känner att de kan fylla i man eller kvinna i formuläret har de ibland även valt att inte kryssa någon av rutor. Vårdgivare har då själva kryssat i, i efterhand då de antagit att patienten missat att fylla i den rutan. Detta kan tvinga patienten att "komma ut" som transperson då de ibland vill rätta vårdgivaren (Bauer et al. 2009). Vissa inskrivningsformulär har ett tredje alternativ: annat, vilket en del deltagare i Hagen et al. (2009) studie kände sig bekväma med. De upplevde då att vårdinrättningen ändå hade gjort en ansträngning med det tredje alternativet, även om det alternativet inte riktigt innefattar vad transpersonen upplever sig som. Men det är ändå en förändring som ger ett ytterligare alternativ. Ett fåtal uttryckte dock att det tredje alternativet gjorde det svårare för dem, att välja "annat" gav en rädsla inför bemötande, rädsla för att bli diskriminerad. Många deltagare anser att de kämpar med de få alternativen som finns i enkäter på vårdinrättningar. Några beskriver en upplevelse av att bli satta i en box, ett fack. Upplevelsen påverkar sedan mötet med vårdpersonalen. Kampen bottenar i att transpersoner vill att hela deras identitet ska bli sedd av vårdpersonalen som möter dem (Hagen et al. 2014).

I studien av Merryfeather et al. (2014) berättar de om en person som genomgått en könskorrigering och bytt namn lagligt till ett namn som stämmer överens med hennes nuvarande kön. Trots detta använder sig vårdgivare på en sjukhusvistelse hennes gamla namn och pronomen även fast hon sagt till att det är fel. Efteråt får hon hjälp att fylla i ett klagomål mot sjukhuset, varpå de ändrade i sina riktlinjer till en som synliggjorde och respekterade det nuvarande namnet, de nuvarande pronomen och kön hos en som genomgått könskorrigering

Författarna diskuterar hur lite som hänt med bemötandet mot transpersoner, de riktlinjer som finns och respekten för dessa personer, inom vården under de 11 åren som deras berättelser utspelar sig. De tar upp att det som möjligtvis har ändrats är att transpersoner har fått mer styrka till att prata för sig själva. Det har även på vissa håll börjat uppföras riktlinjer för att skydda de som ändrar sitt kön eller genusidentitet utanför de dominanta genusnormerna (Merryfeather et al. 2014).

I vården finns det en brist på riktlinjer som berör transsexuella och samtidigt en brist på kunskap om varför sådana riktlinjer är nödvändiga. Det finns som tidigare nämnts ingen plats för transsexuella i dokumenten i vården (Bauer et al. 2009). Sjuksköterskeyrket har varit långsamt i att uppföra riktlinjer kring transpatienter eller sjuksköterskor. Utifrån litteraturen blir det tydligt att det finns en brist av familjära ord som är lämpliga i vården av transpersoner. Det finns fortfarande exempel på sjuksköterskor som misslyckas använda det

föredragna pronomen eller namnet, som missbrukar klienterna emotionellt eller verbalt samt nekar att ge respektfull vård till genus-avvikande personer (Merryfeather et al. 2014).

Barriärer för vård

I vården upplever transpersoner att det finns barriärer för dem, barriärer som hindrar jämlik och god vård. Dessa barriärer består av flera komponenter, till exempel undvikande av att söka vård, svårigheter med remisser, brist på kunskap hos vårdgivare och nekad vård. I vårddokument, riktlinjer och vårdutövande upplever många transpersoner sig som raderade, osynliga, då de inte finns omnämnda i dessa dokument. Detta skapar en ojämlikhet i vården (Bauer et al. 2009). För att hitta vårdinrättningar som ger god vård till transsexuella, har många fått leta på till exempel internet, via organisationer och genom andra transvänner. Det har visat sig vara svårare att hitta bra vårdgivare för de som bor utanför tätorten och som talar andra språk än engelska (i ett engelskspråkigt land) (Hagen et al. 2014). Många transpersoner får åka lång väg för att få bra kvalitet på vården och bli accepterade (Bauer et al. 2009). Detta bekräftas i en studie som gjorts i Virginia USA, där deltagare upplevt diskriminering då de varit i kontakt med vården. När deltagarna en gång blivit diskriminerade har det lett till minskad tillit till vården, oavsett om de bytt vårdinrättning eller ej. Deltagare beskriver det även här som att det skapas en barriär mellan de själva och vårdpersonalen (Bradford et al. 2013).

Sjuksköterskans uppdrag innebär bland annat att ge en säker vård, etisk vård, ha medlidande och kompetens. För att kunna genomföra detta är det viktigt för sjuksköterskan att bli medveten om problem som transpersoner utsätts för och möter. Sjuksköterskan måste få ökad kunskap för att kunna motverka de diskurser om till exempel osynliggörande gentemot de som inte passar in i ”normen” (Merryfeather et al. 2014).

Det återkommer i flera av artiklarna att det dåliga bemötandet av transpatienter och bristen på respekt grundar sig i den bristande kunskapen hos vårdgivarna. Mer forskning kring genusidentiteter och framför allt transpersoner bidrar till ökad information i vårdutbildningar (Sperber et al. 2005, Shires et al. 2015, Bauer et al. 2009). Deltagarna i studien av Sperber et al. (2005) anser att det inte känns säkert att gå till andra vårdgivare än de som har kunskap om transsexuella då de ofta känner att läkare stirrar och inte vill behandla dem när de till exempel har gjort en bröstkorrigering, eller vårdgivare som anser att patienten lider av psykisk ohälsa för att hen är transsexuell (Sperber et al. 2005). Detta framkommer även i studien av Bauer et al. (2009) som fokuserar på forskning och att det inom forskning länge varit så att transsexualitet ansetts vara en sjukdom. Därav kan det vara svårt för transsexuella att få psykiatrisk vård för riktiga psykiska problem då vårdgivaren kan anta att det bara har med transidentiteten att göra (Bauer et al. 2009). I ytterligare en studie uppmärksammar de problem som kan uppstå när en transsexuell person söker hjälp för psykisk ohälsa, där deltagare menar att vara både transsexuell och uppleva en psykisk ohälsa ökar oddsen för diskriminering (Bradford et al. 2013).

Diskussion

Metoddiskussion

Ett problem som uppstod tidigt i vår studie var att våra sökningar inte gav många sökträffar. Antalet sökträffar blev något bättre när ”transsexualism” ersattes med ”transgender”, däremot var antalet sökträffar fortfarande få. Att göra en litteraturöversikt inom ett ämne som få har forskat kring innebär begränsningar. Ett annat tillvägagångssätt hade kanske varit önskvärt,

till exempel hade vi istället kunna göra en enkätundersökning på sjukhus i Sverige för att ta reda på hur transsexuella personer upplever bemötandet inom vården. Anledningen till att vi inte valde detta tillvägagångssätt var tidsbrist. Två artiklar behövdes beställas och betalas för i fall vi ville läsa dem. Diskussion fördes kring hur vi skulle behandla dessa artiklar men vi kom fram till att avstå från att köpa eller beställa artiklarna, då vi inte kunde förlita oss på enbart en artikels titel. Vidare i granskningen visade det sig att de nio artiklar som vi valt ut varit relevanta för vårt syfte och behovet av fler artiklar har inte funnits då de kommit fram till liknande resultat i samtliga artiklar.

De artiklar som valts ut till denna studie har varit både kvalitativa och kvantitativa. Tre av dem har varit enkätstudier, tre litteraturstudier, en har använt sig av djupintervjuer, en av fokusgrupper och en av både fokusgrupper och en litteraturstudie. Trots de olika tillvägagångssätten har artiklarna presenterat liknande resultat. Samtliga har påvisat att diskriminering av transsexuella personer i deras kontakt med vården. Detta ökar giltigheten i vår studie, vilket vi ser som en styrka. Genom att granska artiklar med olika kombinationer av metod ger det studien en större helhetsbild då de genom sina olika tillvägagångssätt belyser fenomenet ur olika synvinklar.

Trots att valda artiklar varit både kvalitativa och kvantitativa har vi granskat dem utifrån en kvalitativ granskningsmall. De kvantitativa artiklarna som granskats utifrån denna mall kan ha fått ett högre eller lägre resultat än om de hade granskats utifrån en mall som är anpassad till både kvalitativa och kvantitativa artiklar, vilket är en svaghet i denna studie. Under granskningen har vi själva reflekterat över artiklarnas innehåll och form. Ett exempel är den artikeln som utifrån granskningsmallen bedömts ha låg trovärdighet. Det är en kvantitativ studie som vi anser är relevant till vår studie, med innehåll och referenser som är trovärdiga. Vi gjorde därför ett undantag och lät ha med den artikeln då vi förstod att bedömningen påverkats av val av granskningsmall. En annan granskningsmall som är anpassad till både kvalitativa och kvantitativa studier hade varit önskvärt.

Valda artiklar är publicerade mellan 2008 och 2015 och kommer från USA, Kanada och England. Ingen exklusion har behövt göras till årtal och land då valda artiklar av en slump varit skrivna nyligen samt kommit från länder där sjuksköterskeyrket och synen på människan varit liknande. Vi har diskuterat kring huruvida stater i USA har olika kunskap om transsexuella patienter, men genom granskningen av artiklarna har vi sett att de utgår från liknande förhållningssätt hos sjuksköterskorna. I bakgrunden till artiklarna finns information som ger oss en bild av hur sjuksköterskors förhållningssätt bör vara och hur situationen för transsexuella är i landet och staten.

Samtliga artiklar har varit skrivna på engelska och varit från engelsktalande länder, och vi har förståelse för att det eventuellt blivit feltolkning när vi översatt resultatet till svenska då engelska inte är vårt modersmål. För att undvika feltolkning har vi därför valt att granska samtliga artiklar var för sig för att sedan jämföra tolkningar och diskutera då tolkningarna skilt sig. Ytterligare en åtgärd för att minska risken för feltolkning är att vi slagit upp ord i engelskt-svenskt lexikon samt slagit upp i synonymordlistor. Ett exempel är ordet "policy" som vi översatt till "riktlinjer", även om det finns ett svenskt ord som också är "policy".

Av de nio artiklar som vi valt är det bara en som fått ett godkännande av en etisk kommitté och det är den studie som använt sig av både fokusgrupper och litteraturstudie. Den uppsats som använt sig av djupintervjuer har fört ett resonemang kring det etiska ställningstagandet och låtit deltagare att välja ett alias samt kontrollera sitt egna material innan publicering. Det

är en svaghet att fler artiklar saknar godkännande av en etisk kommitté eller de inte för en diskussion kring det. De artiklar som gjort en litteraturstudie hade kunnat presentera de artiklar de använt sig av ur ett etiskt perspektiv.

Resultatdiskussion

Osynliggörande

Det framgår i alla artiklar att bemötande av transpersoner måste förbättras. Genom olika undersökningar kan brister inom sjukvården avslöjas vilket i sin tur kan leda till ett bättre mottagande av de som anser sig själva vara transsexuella (Zuzelo, 2014). Det förekommer övergrepp på olika sätt och olika nivåer från exkludering i inskrivningsformulären till verbalt övergrepp och nekad vård. Det råder en dominerande diskurs i osynliggörande när det kommer till transpersoner och många av författarna tar upp att det är där som arbetet bör börja. Den övergripande lösningen på att öka medvetenheten och på så sätt förbättra vården för transpersoner är att öka kunskapen kring dessa personer. Det måste göras mer forskning kring transpersoner och den informationen ska användas i vårdutbildningar och i riktlinjer på vårdinrättningar (Sperber et al. 2005, Kosenko et al. 2013, Shires et al. 2015, Hagen et al. 2009, Bradford et al. 2013, Bauer et al. 2009, Merryfeather et al. 2014). Tanken kring olika genusidentiteter har funnits i vårdutbildningen i Kanada sen 1980-talet (Merryfeather et al. 2014), men trots detta finns det fortfarande många brister i bemötandet av transsexuella patienter. Det var även på 1980-talet som bilden av omvårdnad och medicin som könsneutral kom att ifrågasättas även i Sverige bland annat genom en bok som heter Att vara kvinna är ingen sjukdom. Boken ledde till intresse kring ämnet och fler böcker samt gjorde Socialstyrelsen en utredning 1997 "Jämställd vård på lika villkor" (Määttä & Öresland, 2009). Vi har själva i vår utbildning upplevt en avsaknad av information och kunskap kring dessa patienter och när det nämns handlar det oftast om sexuella läggningar och inte genusidentiteter som avviker från våra normer.

I en av artiklarna talar författarna om genus i sin forskning. Det är mycket sällan transpersoner är inkluderade i forskning och är de det så osynliggörs de genom att anta att alla är cis-personer. När information har skapats kring ämnet har det oftast inte blivit infört i läroböcker, utbildningar, vårdprotokoll eller annan dokumentation eller så har det förts in som en sexuell läggning. Deltagarna i Bauers studie vill lyfta fram att det är viktigt att förtydliga att om en patient är transsexuell innebär inte det att hen även är homosexuell, vilket de tycker att vårdpersonal bör ta hänsyn till (Bauer et al. 2009).

Trots att vissa vårdinrättningar verkar ha kunskap om vad transsexualism innebär, kan de fortfarande vara fast i tvåkönsmodellen. Viss vårdpersonal verkar inte förstå att en person kan känna att de inte tillhör något av de två kön vi har i vårt samhälle. Trots att kunskapen ibland finns hos vårdgivarna kan det ändå vara så att de tänker och handlar utifrån ett heteronormativt perspektiv, medvetet och/eller omedvetet.

Upplevelser som skapar barriärer

Upplevelser som varit återkommande hos deltagare i de olika studierna är oro och rädsla över att söka vård. Dessa upplevelser bygger på tidigare negativa erfarenheter av vården kontakt med vårdpersonalen ägt rum. De negativa upplevelserna har bland annat varit förminskande, stirrande, undvikande av ögonkontakt med patienten, vägran att använda det föredragna namnet eller pronomen, nekad vård samt remiss till psykiatrisk vård relaterat till patientens sexuella identitet. En del av dessa negativa erfarenheter har deltagarna upplevt som övergrepp. Konsekvensen har blivit att patienter som definierar sig själva som transsexuella

undvikit att berätta om sin genusidentitet, eftersom de har varit rädda för att bli särbehandlade, få obekväma frågor eller annorlunda behandling av vårdpersonalen. Något vi blev förvånade över var att deltagare som genomgått en könskorrigering och därmed fått ett nytt juridiskt kön upplevde att de blev mer diskriminerade än de som inte genomgått en könskorrigering. Transpersoner blir diskriminerade oavsett om de genomgått könskorrigering eller inte, vilket ger oss en känsla av att de kan få en känsla av att aldrig kunna "göra rätt". De deltagare som känner sig nöjda med sina vårdgivare idag är de äldre som letat länge efter en vårdgivare de känner tillit för. Det ska inte behöva vara så att man måste leta efter en bra vårdgivare, alla vårdgivare ska vara bra. Transsexuella patienter vill bli accepterade när de tar kontakt med vården och uttrycker att de gärna kan ta frågor som berör deras sexuella identitet, men känner en oro över att för mycket fokus kan hamna kring deras sexuella identitet och att besöksorsaken då kan glömmas bort. Detta är en balansgång vi måste få lära oss redan i utbildningen. Att fråga men att inte fråga för mycket.

När relationen inte är vårdande

Som Snellman (2009) säger är vårdrelationen i sin natur asymmetrisk, men att den kan användas på olika sätt och därmed inte alltid bidra till en god vård. Vi har klargjort vad det innebär att vara patient, hur det kan ge en känsla av att förlora sitt inflytande över den egna situationen. Ett större beroende från patienten innebär en ökad makt hos sjuksköterskan (Henriksen & Vetlesen, 2001). Utifrån de artiklar vi läst har vi kunnat se hur transsexuella patienter diskrimineras. Det framkommer att vårdrelationen många gånger är icke-vårdande. Transsexuella patienter förnedras, tvingas att "komma ut", blir nekade vård, får inte den hjälp de är där för att få bland annat. Precis som alla andra människor är även transsexuella patienter människor med känslor, med behov. Precis som alla andra patienter hamnar en transsexuell patient också i en beroendeställning när hen tar kontakt med vården. De ska inte behöva känna rädsla och oro inför vården bara för att de identifierar sig som transsexuella.

Patientfokuserad vård är en önskvärd modell att arbeta utifrån, där sjuksköterskan och patienten arbetar tillsammans för att en vårdande relation ska skapas. Båda bidrar med det de kan, där patienten är expert på sig själv och sjuksköterskan har kunskap som kan hjälpa patienten. Det bemötande som patienten får av sjuksköterskan påverkar huruvida relationen blir vårdande eller icke-vårdande. Det vi möter i vår studie är en majoritet av deltagare som blivit utsatta för icke-vårdande relationer när de varit i kontakt med vården. Detta går emot den patientfokuserade vården. Inte nog med att transsexuella patienter under själva vårdtiden då känner oro och rädsla, utan det bidrar även att de i framtiden har minskad tillit till vården.

Deltagare i de vetenskapliga artiklar som vi studerat beskriver hur de önskar att vården skulle ha varit, åtgärder och rekommendationer. De önskar att mer kunskap om transsexuella samt innebörden av en transsexuell persons hälsa och vård skulle finnas. För att skapa en säker vårdmiljö krävs respekt och kunskap om transsexualism. Genom ökad kunskap kan mer kompetent vård också ges. Inskrivningsformulär och annan dokumentation bör göras om så transpatienter också inkluderas. Vårdpersonal bör lyssna, fråga om vad patienten föredrar att kalla sig, undvika förutfattade meningar om patienternas identitet och kropp samt utöka språket så det inkluderar transpersoner (Sperber et al. 2005, Hagen et al. 2014). Vi måste arbeta fram bra alternativ på inskrivningsformulär och i databaser för dem som inte upplever sig som man eller kvinna eller som inte upplever sig som det juridiska könet.

Den definition som Socialstyrelsen (2010) har om transsexuella stämmer visserligen överens med den definition som vi valt att utgå ifrån, däremot skriver Socialstyrelsen även att

transsexualism är en könsidentitetsstörning. Vi anser att just begreppet störning är negativt laddat och borde tas bort alternativt omformuleras i Socialstyrelsens definition. Vi frågar oss varför bemötandet inte är jämlikt för alla patienter. Varför det inte blivit bättre på de åren som transsexualism funnits som begrepp. Utifrån de artiklar vi granskat och litteraturen vi läst kan vi tänka oss att det handlar mycket om kunskapsbrist, brist på riktlinjer och brist på acceptans av det avvikande som påverkar vården. Precis som många av våra studier tar upp så tror även vi att de riktlinjer och dokument som finns behöver ses över och se till att de inkluderar transsexuella patienter. Det är då det kan ske en minskning av diskursen osynliggörande. Vi är dock oroad över hur lång väg det är dit, när till och med Socialstyrelsen definierar transsexualism som en störning, hur ska vårdinrättningar förväntas ändra sina riktlinjer när inte Socialstyrelsen har gjort det?

Slutsats

I vår forskning har vi kommit fram till att det finns mycket orättvisa i vården när det kommer till transsexuella patienter. I inledningen tar vi upp ett exempel där en distriktssköterska skriver in en diagnoskod för transsexuell och att hen gör det utan att ens tänka tanken på att just den diagnoskoden kan ses som diskriminerande. Det förekommer alltså kränkningar och diskrimineringar både medvetet och omedvetet, oavsett blir bemötandet detsamma för patienten. Detta problem måste synliggöras, sjuksköterskor och annan personal som arbetar inom vården bör få mer kunskap inom området för att bemötandet av transsexuella patienter ska bli bättre.

Om vården skapar känslor som gör att en person inte vill söka vård igen har vården misslyckats vilket är ett allvarligt.

Hur kan vi ändra på det? Utifrån de artiklar vi läst och de diskussioner som uppstått mellan oss genom arbetets gång har vi kommit fram till vissa hållpunkter som vi tror är nödvändiga för att ändra på hur transsexuella patienter blir bemötta inom vården. Det går inte att betona nog hur viktigt det är med kunskap. Det vi har märkt är att det inte forskas så mycket på det ämne vi valt, därför skulle vi gärna se att fler studier i framtiden som berör detta ämne. Dessa studier kan sedan användas som undervisningsmaterial och på så sätt nå ut till vårdpersonalen, där ibland sjuksköterskeutbildningen. Det behöver skapas en acceptans och kunskap behöver spridas om de människor som inte faller inom de heteronormativa ramarna. Om vi är osäkra på hur en patient upplever sig måste vi fråga vad patienten föredrar istället för att utgå från de normer som finns. Transsexualism beskrivs idag som både störning och avvikelse, denna stämpel måste bort, att vara transsexuell är inte att vara sjuk. Vi vill därmed belysa att transsexualism inte passar in som en diagnoskod. Sist men inte minst måste det ses över de riktlinjer och dokument som används inom vården så att de inkluderar alla patienter.

Referenslista

- Ambjörnsson, F. (2006). *Vad är queer?* Stockholm: Natur och Kultur
- Bauer G., Hammond R., Travers R., Kaay M., Hohenadel K. & Boyce M. (2009). '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*, 20(5), 348-361
- Berg, L. (2009). Hur blir unga sexuella aktörer? – En konstruktionistisk förklaringsmodell. I C. Magnusson & E. Häggström-Nordin (Red.), *Ungdomar, sexualitet och relationer* (s.33-50). Lund: Studentlitteratur AB
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad – Etik och människosyn*. Stockholm: Liber
- Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A. & Xavier, J. (2013). Experiences of Transgender-Related Discrimination and Implications for Health: Results From the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal Of Public Health*, 103(10), 1820-1829
- Eldh, A, C. (2009). Delaktighet och gemenskap. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (s. 45-64). Lund: Studentlitteratur AB
- Florin, J. (2009). Omvårdnadsprocessen. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s. 47-82). Lund: Studentlitteratur AB
- Fransson Sellgren, S. (2009). Ledarskap och organisering av omvårdnadsarbete. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s. 243-270). Lund: Studentlitteratur AB
- Hagen, D. B. & Galupo, M. P. (2014). Trans Individuals' Experiences of Gendered Language with Health Care Providers: Recommendations for Practitioners. *International Journal Of Transgenderism*, 15(1), 16-34
- Henriksen, J-O., Vetlesen, A. (2001). *Etik i arbete med människor*. Lund: Studentlitteratur AB
- Hulter, B. (2009). Sexualitet. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (s. 677-710). Lund: Studentlitteratur AB

- International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2015-11-20, från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Johansson E, E., Hovelius, B. (2004). Begrepp och teorier. B. I Hovelius & E, E. Johansson (Red.), *Kropp och genus i medicinen* (s. 35-46). Lund: Studentlitteratur AB
- Kosenko, K., Rintamaki, L., Raney, S. & Maness, K. (2013). Transgender patient perceptions of stigma in health care contexts. *Medical Care*, 51(9), 819-822
- Martin, E. (1991). The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles. *Chicago journals*, 16(3), 485-501
- Merryfeather, L. & Bruce, A. (2014). The Invisibility of Gender Diversity: Understanding Transgender and Transsexuality in Nursing Literature. *Nursing Forum*, 49(2), 110-123
- Määttä, S. & Öresland, S., (2009). Genuskoll i omvårdnad. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (s. 89-106). Lund: Studentlitteratur AB
- Norrhem, S., Rydström, J. & Winkvist, H. (2008). *Undantagsmänniskor - En svensk HBT historia*. Finland: WS Bookwell
- Peate, I. (2008). Caring for transgendered people: opportunities and challenges. *British Journal Of Nursing*, 17(8), 540-543.
- Regeringskansliet. (u.å.). *De mänskliga rättigheterna*. Hämtad 2015-11-20, från <http://www.manskligarattigheter.se/sv/de-manskliga-rattigheterna>
- RFSL (u.å.). *Heteronormativitet och dess konsekvenser*. Hämtad 2015-10-14, från <http://www.rfsl.se/?p=412>
- Röndahl, G., Innala, S., & Carlsson, M. (2003). Nursing staff and nursing students' attitudes towards HIV-infected and homosexual HIV-infected patients in Sweden and the wish to refrain from nursing. *Journal Of Advanced Nursing*, 41(5), 454-461
- Sandell, K. (2004). Heteronormativitet i medicinsk kunskap och praktik. I B. Hovelius & E, E. Johansson (Red.), *Kropp och genus i medicinen* (s. 343-352). Lund: Studentlitteratur AB

- SFS 1972:119. *Lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2008:567. *Diskrimineringslag*. Stockholm: Kulturdepartementet
- Shires, D. A. & Jaffee, K. (2015). Factors Associated with Health Care Discrimination Experiences among a National Sample of Female-to-Male Transgender Individuals. *Health & Social Work, 40*(2), 134-141
- Snellman, I. (2009) Vårdrelationer – en filosofisk belysning. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (s. 377-407). Lund: Studentlitteratur AB
- Socialstyrelsen. (2010). *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar - Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Sperber, J., Landers, S., & Lawrence, S. (2005). Access to health care for transgendered persons: results of a needs assessment in Boston. *International Journal Of Transgenderism, 8*(2/3), 75-91
- Willman, A., Bahtsevani, C. & Stoltz, P. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB
- Wasshede, C. (2010). *Passionerad politik: om motstånd mot heteronormativ könsmakt*. Lund: Bokbox förlag
- Zuzelo, P. R. (2014). Improving Nursing Care for Lesbian, Bisexual, and Transgender Women. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 43*(4), 520-530
- Öresland, S. & Lutzén, K. (2009). Etiska stigar och moraliska vandringar. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (s. 357-376). Lund: Studentlitteratur AB

Bilaga 1.

| Datum | Databas | Sökord | Begränsningar | Antal träffar | Relevanta abstrakt | Granskade artiklar | Valda artiklar |
|-------|---------|--|---------------|---------------|--------------------|--------------------|----------------|
| 14/10 | Cinahl | Transgendered person, ethics | Peer reviewed | 24 | 0 | 0 | 0 |
| 14/10 | Cinahl | Gender identity, health care | Peer reviewed | 198 | 4 | 2 | 0 |
| 15/10 | Cinahl | Transsexualism, ethics, nurs* | Peer reviewed | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 15/10 | Cinahl | Transgendered persons, ethics, nurs* | Peer reviewed | 4 | 3 | 1 | 0 |
| 19/10 | Cinahl | Transgendered persons, experience, health care | Peer reviewed | 33 | 6 | 6 | 4 |
| 19/10 | Cinahl | Transgendered persons, experience, health care | Peer reviewed | 134 | 5 | 5 | 4 |
| 20/10 | Cinahl | Transsexualism, nurs* | Peer reviewed | 53 | 6 | 2 | 0 |
| 20/10 | Cinahl | Transgender, nurs* | Peer reviewed | 140 | 3 | 1 | 0 |
| 26/10 | Pubmed | Transgendered persons, health care | Peer reviewed | 268 | 3 | 0 | 0 |

Bilaga 2.

| Titel, författare, årtal, land | Syfte | Metod | Resultat | Kvalitetsbedömning |
|--|--|--------------------------------|--|--------------------|
| Sperber J., Landers S., Lawrence S., 2008 | Att förbättra vården för transpersoner genom att utforska vad transpersoner upplever när de söker vård. | Fokusgruppstudie, 34 deltagare | Det finns många områden som behöver förbättras, jämlik och god vård förekommer sällan för transpersoner. Beteenden som ignorans, diskriminering och okänslighet är vad som verkar vara en norm för dessa patienter. Det behövs mer forskning och utbildning i ämnet för att överkomma dessa barriärer till god vård. | Hög |
| Kosenko K., Rintamaki L., Raney S., Maness K., 2013 | Undersöka hur genusidentiteten och presentationen förutspår upplevelsen av diskriminering hos läkare eller sjukhus för transmän efter att en kontroll av socioekonomiska faktorer. | Enkätstudie, 152 deltagare | 41,8% av de ftm som svarat har upplevt någon form av verbalt övergrepp, fysiskt övergrepp, nekad vård eller ojämlikvård. De som levde fullt ut som sitt icke-födda genus och de som hade det skrivet i sin journal upplevde mer diskriminering. Kvalitetsbedömning: medel | Hög |
| Hagen D. B., Galupo M. P., 2014 | Att hitta rekommendationer för vård för möjligheten att direkt påverka trans* hälsa. | Djupintervjuer, 20 deltagare | Fyra huvudteman kom fram; medicinska formulär, försäkring för kön versus genusidentitet, binärt språk och helhetssyn på personen. Mest positiva erfarenheter, dock inte från början. | Medel |
| Bradford J., Reisner S. L., Honnold J. A., Xavier J., 2013 | Att undersöka samband mellan avgörande sociala faktorer i vård och upplevelser av transsexuell-relaterad diskriminering som rapporterats av transsexuella i Virginia. | Enkätstudie, 350 deltagare | 41% rapporterade diskriminering i vården relaterat till sin transsexualitet. Faktorer som kom fram handlade bland annat om vart de bodde, genus, låg socioekonomisk status och tillhörande av en minoritet. | Hög |
| Zuzelo P. R., 2014 | Utforska en större kontext av lbt-hälsa relaterat till sjuksköterskans kunskap, yrkesutövande och trovärdighet. | Litteraturoversikt | Saknas information i sjuksköterskestudenters kurslitteratur kring lbt-kvinnor, kurslitteratur utgår mer från heteronormativa former. Sjuksköterskor i USA ska förhålla sig till etiska koder men trots det förekommer diskriminering av lbt-kvinnor och däribland hbtq-personer. | Låg |

| | | | | |
|--|--|---------------------------------|---|-------|
| Bauer G., Hammond R., Travers R., Kaay M., Hohenadel K. M., Boyce M., 2009 | Att analysera data för att belysa diskriminerande handlingar och förutfattande meningar som uppstår på individ-, organisation- och systematiska nivåer. | Fokusgruppsstudie, 85 deltagare | Det råder en stor brist på kunskap kring transsexuella personer, forskning görs sällan kring dessa personer och det får dem att känna sig osynliga. Det finns brist på riktlinjer som gäller transsexuella samt en brist på kunskap kring att det är nödvändigt. Det finns många upplevelser av barriärer till vård och det måste åtgärdas. | Hög |
| Merryfeather L., Bruce A., 2014 | Att belysa kraften av dominanta diskurser och bristen på adekvat förståelse av genus mångfaldhet som sjuksköterska. | Litteraturöversikt | Transsexuella osynliggörs mycket i vården och detta är ett hot mot de etiska riktlinjer sjuksköterskor har. Det har varit en mycket långsam utveckling av riktlinjer kring transsexuella i sjuksköterskeyrket. | Hög |
| Peate I., 2008, England | Att ge inblick i komplexiteten som är associerat med genusidentitet och några aspekter kring den vård som finns tillgänglig för transsexuella personer. | Litteraturöversikt | Transsexuella har en rädsla för att bli diskriminerade och få sämre vård på grund av deras identitet. Sjuksköterskans attityd kan direkt påverka mötet med patienten och vilken kvalitet vården kommer få. Det krävs mer kunskap och utbildning i ämnet och sjuksköterskan måste bli medveten om hur dennes attityd påverkar mötet | Medel |
| Shires D. A., Jaffee K., 2015 | Undersöka hur genusidentiteten och presentationen förutspår upplevelsen av diskriminering hos läkare eller sjukhus för transmän efter att en kontroll av socioekonomiska faktorer. | Enkätstudie, 6450 deltagare | 41,8% av de ftm som svarat har upplevt någon form av verbalt övergrepp, fysiskt övergrepp, nekad vård eller ojämligvård. De som levde fullt ut som sitt icke-födda genus och de som hade det skrivet i sin journal upplevde mer diskriminering. | Medel |