

Mänskliga rättigheter i Västra Götaland

”Jag ska inte behöva outa mig själv
varje gång jag har ett samtal”

Rapport om bemötande av lhbtq-personer i Västra Götalands
län.



Kommittén för rättighetsfrågor

Kommittén för rättighetsfrågor bildades 2011 och ska stödja utvecklingen av ett systematiskt arbete för mänskliga rättigheter i Västra Götaland. Syftet är att främja alla människors rätt att delta i samhället på lika villkor.

Kommittén ska bland annat:

- lyfta fram fördelarna med ett rättighetsbaserat arbetssätt, både för Västra Götalandsregionens organisation och dess invånare
- uppmärksamma de mänskliga rättigheterna som en förutsättning för en demokratisk samhällsutveckling
- vara pådrivande i arbetet för att förhindra diskriminering som har samband med kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning sexuell läggning eller ålder.
- uppmärksamma särskilt utsatta grupper
- främja de nationella minoriteternas (judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar) möjligheter till egenmakt och inflytande samt att skydda och främja de nationella minoritetsspråken

Rättighetskommitténs kansli

Några av kansliets arbetsuppgifter är att utarbeta beslutsunderlag till kommittén för rättighetsfrågor, bidra till kompetensutveckling kring mänskliga rättigheter genom utbildningar, konferenser och seminarier samt att genomföra kontinuerliga samråd med organisationer inom olika rättighetsområden.

Kontaktperson

Kontaktperson för den här rapporten är Namn Namnsson, som du når via mailadress fornamn.efternamn@vgregion.se, eller via vår växeltelefon 010-441 00 00 på kontorstid.

Förord

Kommittén för rättighetsfrågors uppdrag är att främja förverkligandet av de mänskliga rättigheterna i Västra Götaland. En av kommitténs uppgifter är att samla kunskap om hur länets invånare upplever att människorättsprinciper, som principen om icke-diskriminering, fungerar i Västra Götalandsregionens verksamheter. En annan uppgift är att vara pådrivande i arbetet för att förhindra diskriminering som har samband med kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder.

Den här rapporten är beställd av rättighetskommitténs kansli, kansli till kommittén för rättighetsfrågor, för att samla kunskap om hbt-personers rättigheter. Rapporten består av elva intervjuer och 277 enkätsvar. Eftersom underlaget är begränsat kan resultatet ses som exempel på hur hbt-personers rättigheter tillgodoses i kontakten med Västra Götalandsregionen. Resultatet är därmed inte generaliserbart, även om vissa tendenser kan kännas igen inom andra delar av samhället.

Utredare Jeanette Stål och forskare Anna Westerståhl har genomfört studien och skrivit rapporten. Kansliet har gjort mindre ändringar av författarnas originaltext, som styckesindelningar, disposition och korrigerering av vissa ord. En del termer och prioriteringar är initierade av författarna som ”lhbtq” istället för ”hbt”, valet att fokusera forskningen på vården istället för Västra Götalandsregionens alla ansvarsområden och antalet intervjuade.

Vi vill rikta ett stort tack till intervjupersoner och de som svarat på enkätundersökningen för att de har delat med sig av sina tankar och erfarenheter. Självklart vill vi också tacka författarna Jeanette Stål och Anna Westerståhl som har skrivit denna intressanta studie.



Annika Ottosson
Förvaltningschef
Rättighetskommitténs kansli

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	3
1. Uppdraget.....	4
2 Sammanfattning.....	5
3. Inledning.....	6
4. Några begreppsliga förklaringar.....	9
5. Forsknings- och kunskapsöversikt.....	12
6. Studiens syfte.....	21
7. Metod för insamling och analys.....	21
8. Resultat.....	22
9. Hälsning från deltagarna till politikerna i Västra Götalandsregionen.....	44
10. Diskussion.....	47
11. Referenser.....	52
12. Ordlista/förkortningar.....	55
13. Bilagor.....	57

1. Uppdraget

Enheten för rättighetsfrågor vid Västra Götalandsregionen har hösten 2011 givit oss uppdraget att skriva en rapport om bemötande av lhbtq-personer (lesbiska, homosexuella, bisexuella, trans- och queerpåsoner) i några av regionens verksamheter. Denna rapport behandlar områdena hälso- och sjukvård, transport, kultur och utbildning med särskilt fokus på hälso- och sjukvård.

Syftet är att ta fram ett kunskapsunderlag till politiker i rättighetskommittén och tjänstemän inom Västra Götalandsregionen som ett stöd i deras fortsatta arbete med lhbtq-frågor.

Utredarna är:

Anna Westerståhl är verksam som distriktsläkare i primärvården och som forskare och lärare vid Enheten för Allmänmedicin, Sahlgrenska Akademien. Hennes forskningsområden behandlar bemötandefrågor inom hälso- och sjukvård med fokus på lesbiska kvinnor som patienter.

Jeanette Stål var anställd som utredare av Västra Götalandsregionen för studiens genomförande och har en fil. kand. i genusvetenskap samt en fil. mas. i mänskliga rättigheter. Hennes inriktning är genus och lhbtq-frågor i allmänhet och trans- och queerfrågor i synnerhet.

2 Sammanfattning

Rapporten behandlar bemötande av lhbtq- personer i några av Västra Götalandsregionens verksamheter med särskilt fokus på Hälso- och sjukvård. Den innehåller dels en kunskapsöversikt och dels resultatet av en enkät- och intervjustudie. Rapporten har genomförts på uppdrag av enheten för rättighetsfrågor och utgår ifrån ett rättighetsperspektiv där bemötande kopplas till icke-diskriminering och analyseras utifrån hur tillgången till rättigheter påverkas av bemötande. Områden som berörs är hälso- och sjukvård, kultur-, utbildnings- och transportverksamhet.

Många av deltagarna i studien hade erfarenheter av positivt bemötande, något fler av negativt bemötande och nästan hälften av enkätens deltagare hade aldrig varit öppna i möte med Västra Götalandsregionens verksamheter.

Ett kränkande bemötande visade konsekvenser för individens välmående och tillgången till rättigheter. Särskilt allvarligt framstod sambandet mellan diskriminering i vården och avbruten behandling, samt inskränkt rätt till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa.

Resultaten i denna rapport visar att lhbtq- personer inte sällan diskriminerades på grund av okunnighet och normativa föreställningar kring kön/könsidentitet och sexuell orientering.

För att komma till rätta med detta bör utbildningsinsatser som tar sin utgångspunkt i mänskliga rättigheter, icke-diskriminering, normkritik och lhbtq- frågor genomföras i samtliga verksamheter. Dessutom behöver diskrimineringsgrunderna sexuell orientering och könsöverskridande uttryck/identitet integreras i samtliga jämlikhetsplaner och policydokument och aktivt arbetas med i bemötandesituationer.

3. Inledning

I denna rapport ingår ett kunskapsunderlag baserat på i huvudsak svensk men också på internationell forskning samt en intervjuundersökning och en enkätstudie med invånare i Västra Götaland med erfarenhet av bemötande i Västra Götalandsregionens verksamheter.

Utgångspunkten för de mänskliga rättigheterna är att alla människor skall ses som fria och lika i värde och rättigheter. Alla människor har rätt att åtnjuta de mänskliga rättigheterna utan någon form av diskriminering. Diskriminering innebär en inskränkning av tillgången till rättigheter och därför är icke-diskrimineringsprincipen bärande i rättighetsanspråk. Alla människor äger samma rättigheter oavsett kön, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationell, etnisk eller social härkomst, egendom, börd eller ställning i övrigt som det artikuleras i Allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna från 1948, de påföljande Internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter och Internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter båda från 1966 samt Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) från 1950. Sverige har ratificerat samtliga i folkrättsligt bindande avtal och Europakonventionen är dessutom juridiskt bindande i nationell lagstiftning sedan 1995.

Att sexuell läggning/orientering samt könsidentitet inte explicit nämns i ovan beskrivna konventionstexter är en produkt av sin tid och ska enligt internationell praxis ändå vara likvärdiga diskrimineringsgrunder.¹ Sverige har också sedan 2009 en diskrimineringslagstiftning som särskilt nämner sexuell läggning och könsidentitet som diskrimineringsgrunder.²

3.1 Bemötande - en rättighetsfråga

Lhbtq- personers erfarenheter av bemötande i vissa av Västra Götalandsregionens verksamheter omfattar hälso- och sjukvård, kulturinrättningar, utbildning och kollektivtrafiken (som sedan årsskiftet 11/12 helt finansieras av Västra Götalandsregionen). Förutom icke-diskrimineringsprincipen kopplas rättigheter samman med de verksamheter som Västra Götalandsregionen ansvarar för; rätten till utbildning (rör Västra Götalandsregionens folkhögskolor och naturbruksgymnasier), rätten till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa (rör hälso- och sjukvården), rätten att fritt delta i samhällets kulturella liv (rör de kulturella institutioner Västra Götalandsregionen ansvarar för) och rätten att fritt förflytta sig (rör kollektivtrafiken).

¹ Abiri Elisabeth m fl (Delegationen för mänskliga rättigheter), *Ny struktur för skydd av mänskliga rättigheter*, Statens offentliga utredningar (SOU 2010:70), Elanders Sverige AB, Stockholm, 2010, s 111.

² Diskrimineringslagen 2008:567.

Rättigheter har historiskt delats upp i antingen medborgerliga och politiska rättigheter eller i ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Bland de förnämnda ingår rätten till fria val, politiskt deltagande och yttrandefrihet, i den andra kategorin ingår till exempel förbudet mot tortyr, rätten till kostnadsfri utbildning och samtliga av de övriga rättigheter som är direkt knutna till Västra Götalandsregionens verksamheter. Medborgerliga och politiska rättigheter är bindande från det att en stat ratificerat en sådan konvention och måste genomföras i direkt anslutning till ratificering medan ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter är av sådan karaktär att de får genomföras gradvis i förhållande till statens förmåga. Icke-diskrimineringsprincipen är bärande i samtliga fall och innebär att alla medborgare bör åtnjuta samma tillgång till rättigheter oavsett statens förmåga. För Sveriges del, som en västerländsk demokratisk välfärdsstat, förväntas samtliga rättigheter kunna säkras.

Att ha rättigheter för individen eller gruppen innebär att det finns en skyldighet hos staten att bereda tillgång till de verksamheter som utövar dessa rättigheter. Staten delegerar i mångt och mycket detta ansvar till bland annat kommuner, landsting och styrande organ i regionverksamhet. Skyldigheten att bereda tillgång till medborgarnas rättigheter innebär bland annat att bemöta människor på ett icke-diskriminerande sätt och att i sin verksamhet verka för likabehandling av samtliga berörda, såväl personal som brukare. Det räcker alltså inte med att verksamheten existerar eller att en lag är på plats utan tillgång i bred definition innefattar såväl bemötande som strukturer, normer och makt. Icke-diskriminerande bemötande handlar också om ett förhållningssätt som inkluderar människor med olika bakgrunder, förutsättningar och representationer.

I specifika fall inom undersökningsområdet kommer även andra rättigheter att vara av vikt i rapporten, som rätten till självbestämmande över kroppen, reproduktiva rättigheter och rätten att själv definiera sin könsidentitet. Enligt FN:s Världskonferens för mänskliga rättigheter 1993³ är mänskliga rättigheter både odelbara och samverkande. En följd av detta är att om en rättighet kränks får det konsekvenser på andra rättigheter. Om till exempel en persons rätt till utbildning kränks får det en negativ inverkan på individens möjlighet till politiskt deltagande då det förutsätter en viss kunskap om samhället och dess funktioner. Detsamma gäller rätten att fritt förflytta sig som hänger ihop med deltagande i samhället. Kulturinstitutioner utgör en källa till kunskapsproduktion och samhälleligt sammanhang för individen som är en viktig del av ett demokratiskt system och vårdapparaten har en central funktion både för den allmänna folkhälsan och för det individuella välmåendet.

³ United Nations- World Conference on Human Rights, *Vienna Declaration and Programme of Action A/CONF.157/23*, art. 5, 1993.

Rätten till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa är en av de grundläggande mänskliga rättigheterna och med grundläggande menas att den är fundamental för och samverkande med övriga rättigheter. Det gör att vårdverksamhetens icke-diskriminerande arbete med ett likvärdigt och respektfullt bemötande av samtliga patienter är av största vikt i ett samhälle som utgår ifrån de mänskliga rättigheterna. Ett kränkande eller diskriminerande bemötande leder till minskad tillgång att utöva sina rättigheter. Tillgång ska i detta sammanhang förstås i ett brett perspektiv där det inte enbart handlar om en fysisk tillgång till en verksamhet, såsom att verksamheten utåt sett vänder sig till alla, utan även om de dolda strukturer (som i detta fall en heteronormativ kultur) som förhindrar deltagande av samtliga medborgare.

3.2 Diskriminering

Diskriminering innebär en negativ särbehandling eller kränkning av en individ eller grupp på grundval av, i detta fall, könsöverskridande identitet/uttryck eller sexuell orientering (läggning) och kan ske på många olika sätt. Direkt diskriminering innebär att någon blir negativt särbehandlad och därmed utestängs eller missgynnas. Indirekt diskriminering handlar om att en regel eller förfaringsätt framstår som neutralt men som i praktiken innebär att någon/några missgynnas. Direkt och indirekt diskriminering, sexuella och övriga trakasserier samt instruktioner att diskriminera omfattas av Diskrimineringslagen.

Diskriminering är en fråga om makt. De grupper som riskerar att diskrimineras är de som befinner sig i underordnat läge eller i minoritet till dem som har makten i samhället. Kvinnor diskrimineras på grund av en könsmaktsordning som premierar män, funktionshindrade diskrimineras på grund av samhällsnormer kring funktionsnormativa kroppar med en viss uppsättning fysiska och mentala funktioner och en rumslig uppbyggnad därefter, icke-vita diskrimineras av strukturer som premierar vita västerlänningar och så vidare.

Diskriminering kan definieras på olika sätt. Den snävare definitionen innefattar tydliga utestängningsmekanismer från till exempel arbetsmarknaden, sämre karriärmöjligheter, svårigheter att komma in på bostadsmarknaden, orättvisa löneskillnader etcetera. Den vidare definitionen tar även hänsyn till trakasserier, mobbning och hatbrott. Kulturella normer som konstruerar grupper som ”de andra” och den dominerande gruppen som ett ”vi” (andrafiering) kan leda till exkludering, marginalisering och stigmatisering vilket i sin tur kan sammanfattas som diskriminerande samhällsstrukturer. En sådan kulturell norm är heteronormen som diskuteras närmare i kapitlet ”4. Några begreppsliga förklaringar”. I denna rapport kommer den vidare definitionen av diskriminering att användas.

Diskriminering kan vara strukturell, institutionell och individuell. Den kan vara avsiktlig eller oavsiktlig, den kan ha en tydlig avsändare eller vara anonym. Kategorisering, andrafiering och diskriminering av en grupp människor är inte nödvändigtvis konsekvensen av avsiktliga handlingar.

Majoritetssamhällets institutionaliserade normerande, neutrala och till synes objektiva handlingar kan ha en oavsiktlig diskriminerande effekt. Individuell diskriminering sker genom direkt diskriminering av en individ mot en annan. Institutionell diskriminering handlar om institutioners policy, regelverk, normer och arbetssätt samt individerna som verkställer dessa. Strukturell diskriminering syftar på samhällets institutionella ordning, normer och organiseringsformer som indirekt och oftast oavsiktligt diskriminerar personer såväl som grupper på olika sätt avvikande i förhållande till majoritetssamhället eller de som har mest makt. Strukturell diskriminering legitimerar och normaliserar indirekta former av negativ särbehandling av ”de andra”, i detta fall genom en heteronormativ kultur. Det kan vara svårt och inte heller särskilt fruktbart att skilja på institutionell och strukturell diskriminering då samhällets institutioner utgör grunden för samhällsstrukturen. Det kan dock finnas en skillnad i vilka åtgärder som krävs för att få bukt med olika former av diskriminering. I fall av institutionell diskriminering kan det handla om att förändra regelverk och förfarande, medan det i fall av strukturell diskriminering handlar om att förändra attityder, normer och maktstrukturer. Strukturell och institutionell diskriminering är normativ, rutinmässig och därmed en integrerad del av våra vardagliga sociala relationer, dominerande maktstrukturer, regler samt procedurer, och är inbäddad i institutionella sammanhang.⁴

Sverige är ett framstående land gällande rättigheter för lhbtq-personer i lagstiftning även om mycket fortfarande sker på olika villkor. När det däremot kommer till homo- och transfobiska/fientliga attityder som speglas i hatbrott, kränkningar, trakasserier och en stark heteronormativ kultur återstår en rad attityd- och normförändrande insatser. Den strukturella diskrimineringen av lhbtq-personer är alltså utbredd. Attityd- och normförändring tar längre tid än juridiska justeringar vilka kan fungera som föregångare till en sådan förändring som handlar om att integrera ett lhbtq- och rättighetsperspektiv genomgående i allt från utbildningar till daglig verksamhet i organisationer, företag och myndigheter. I ett lhbtq- perspektiv ingår en förståelse och kunskap kring gruppens gemensamma och enskilda behov och livsvillkor samt heteronormers effekter på inflytande och deltagande på lika villkor för nämnda individer.

4. Några begreppsliga förklaringar

4.1 Sexuell orientering/läggning

Vi har valt att använda begreppet sexuell orientering i stället för sexuell läggning och ansluter oss här till internationell forskning. Inom detta vidare

⁴ de los Reyes Paulina, Kamali Masoud (red), *Bortom vi och dem- teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering*, SOU 2005:41, Edita Norstedts tryckeri AB, Stockholm 2005.

begrepp ryms de tre aspekterna (sexuell) identitet, attraktion och praktik, vilka bättre fångar sexualitetsbegreppets bredd och djup.⁵

4.2 Heteronormativitet

Heteronormativitet innebär att heterosexualitet anses vara det naturliga, normala och önskvärda sättet att ordna relationer mellan människor. Heteronormativitet tar sig uttryck i kulturella normer - i det offentliga rummet i form av reklam, bildspråk och symbolik; i språkbruk; i beteendemönster och i förväntningar på individer att leva upp till normer kring könsuttryck och sexuell praktik. I bild- och symbolspråk handlar det om att endast eller till största del exponera olikkönade par och heterofamiljer samt människor med normativa könsmarkörer, alltså ”kvinnliga kvinnor” och ”manliga män” med sinsemellan skilda och kompletterande intressen, färdigheter och könsspecifika rumsliga utrymmen (till exempel kvinnor i kök eller med barn och män i garage eller med tekniska prylar). Ett heteronormativt språkbruk är att utgå ifrån hon/han, flickvän/pojkvän, mamma/pappa. Beteendemönster innebär att det finns normer kring hur tjejer/kvinnor respektive killar/män ska och bör uppföra sig i enlighet med det kön man fötts med. Förväntningar på kön och sexuell praktik gör att människor utsätts för ett kulturellt tryck att passa in i heteronormen och detta gäller alltså samtliga individer i ett kulturellt sammanhang. Det sker ofta automatiskt och utan reflektion och de flesta vet hur könsnormer uppfylls. Det är inte förrän någon avviker från normen den blir fullt synlig genom de reaktioner detta skapar.

De som avviker från heteronormen riskerar att diskrimineras och att råka ut för hatbrott och homo- och transfobi. Heteronormativitet kan därmed användas för att förklara strukturell diskriminering på grundval av sexuell orientering och/eller könsidentitet.

Heteronormativitet är också antagandet om att människor identifierar sig som antingen män eller kvinnor, med ett ömsesidigt sexuellt och emotionellt begär. Att födas med manligt könsorgan förväntas leda till en ”manlig” kropp, ett visst kroppsligt uttryck, ett begär riktat mot kvinnor och en känsla av att vara man och vice versa.

Kön är summan av juridiskt kön (antecknat i folkbokföringen), könsidentitet (det någon känner sig som), könsuttryck/genus (hur kön gestaltas och uppfattas) och biologiskt kön (det kön någon föddes med). Alla människor upplever inte att dessa delar harmonierar med varandra såsom transpersoner, queera eller andra som på något sätt bryter mot könsnormer.

⁵ McCabe Sean Esteban mfl, *Measurement of sexual identity in surveys: implications for substance abuse research*, Archives of Sexual Behavior, Online First 14 Maj 2011.

Transidentiteter, intersexualitet och queera identiteter visar på könets större komplexitet än vad det binära (tudelade) könssystemet tillåter, och icke-heterosexualitet utmanar heteronormer kring sexualitet.

Heteronormativitet är en del av maktstrukturer som kategoriserar människor i ”vi” och ”de andra” där ”vi” representerar de heterosexuella och ”de andra” lhbtq- personer. Skapandet av ”de andra” innebär inte bara att bli gjord till något annorlunda utan medför även en underordning där ”de andra” blir bärare av lägre status, det konstiga och icke önskvärda. I denna dualistiska ordning görs ”vi” sålunda till de bättre och de önskade. Detta skapande av de andra är inte bara förknippat med frågor om lhbtq-personer utan drabbar även till exempel etniska och religiösa minoriteter. När en grupp görs till ”de andra” skapas underlag för diskriminering.

4.3 Lhbtq

Lhbtq är ett samlingsbegrepp för människor som bryter mot sexualitets- och/eller könsnormer och består av lesbiska, homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner. Detta begrepp synliggör skillnaderna i livsvillkor mellan homosexuella kvinnor och män och ger utrymme åt dem som inte vill definiera sig inom begreppet hbt.

Att vara lesbisk, homo- eller bisexuell är en sexuell orientering medan att vara transperson handlar om könsidentitet. Lhbtq är sålunda ett spretigt begrepp som täcker en rad sinsemellan olika personer, identiteter, grupper och praktiker. Det som håller begreppet samman är inte en inbördes likhet utan en position/identitet/praktik som utmanar heteronormativitet på olika sätt.

Lesbiska och homosexuella attraheras och har sexuella/känslomässiga relationer med personer av samma kön, bisexuella attraheras och har sexuella/känslomässiga relationer med både samkönade och olikkönade.

Transperson är ett paraplybegrepp i sexualpolitiska frågor som innefattar en rad olika identiteter och uttryck som transsexuella, transvestiter, drag-kings/queens, transgenderister, nongenders, intergenders, och ibland räknas även intersexuella in, om de inte står för sig själva som ett ”i” i akronymen (lhbtqi).

Transsexuella identifierar sig med motsatt kön än det som personen är född i och önskar en bestående korrigerande av juridisk könstillhörighet (ibland även med kirurgiska och medicinska korrigerande åtgärder, men inte alltid). Transvestiter klär sig mer eller mindre frekvent i det andra könets kläder (enligt traditionella perspektiv på könad klädsel). Drag-kings/queens gör det motsatta könet som en roll vid speciella tillfällen, som på fest eller parad. Transgenderist lever mer eller mindre konstant i motsatt genus. Nongender identifierar sig som varken man eller kvinna. Intergender identifierar sig som mittemellan, bortom eller både som man och kvinna. Intersexuella föds med ett biologiskt kön som inte kan klassificeras som manligt/kvinnligt enligt gängse kategoriseringssystem. Transpersoner

handlar alltså om könsidentitet och kan ha vilken sexuell orientering som helst i övrigt.

Queer är både ett teoretiskt/politiskt begrepp och ett sätt att skapa identitet. Queer är en kritik av normer och kategoriseringar av kropp, kön, genus, sexualitet och tvåsamhet och queera identiteter låter sig inte fångas lätt i termer av kön och/eller sexualitet. Denna studie vänder sig dock endast till dem som definierar sig som queer i förhållande till sexuell orientering/könsidentitet, inte till dem som endast har ett queer-perspektiv på politik/filosofi/livsstil.

5. Forsknings- och kunskapsöversikt

5.1 Lhbtq-personers hälsosituation

Det finns en omfattande internationell, forskningsbaserad kunskap kring lhbtq-personers fysiska och psykiska utsatthet och betydelsen av detta för hälsan och denna kunskap stämmer väl överens med resultaten från nedan beskrivna svenska studier. Givetvis varierar graden av utsatthet och diskriminering med olika länders lagstiftning, och den kunskap som bekräftar de svenska resultaten kommer från länder som i många avseenden liknar Sverige såsom övriga Europa, USA och Australien. Med detta som utgångspunkt har vi därför valt att belysa problemen med i första hand exempel från svenska undersökningar för att komma så nära en uppfattning om svenskt vardagsliv som möjligt.

På regeringens uppdrag genomfördes 2005 en nationell folkhälsoenkät där kategorin sexuell läggning för första gången fanns med som variabel. Utifrån denna analyserades lhbtq-personers hälsosituation och utsatthet för diskriminering och kränkande bemötande.⁶

Enkäten visade att det allmänna hälsoläget bland lhbtq-personer överlag var bra men sämre än för övrig befolkning och sämst mådde bisexuella och transpersoner. Den fysiska hälsan var något sämre för lhbtq-personer som i högre utsträckning rapporterade svår värk och långvarig sjukdom än heterosexuella. Framför allt var det den psykiska hälsan som var oroväckande mycket sämre än den övriga befolkningens och enkäten visade att det var betydligt vanligare med psykisk ohälsa bland lhbtq-personer. Värst drabbade var unga homo- och bisexuella kvinnor samt transpersoner och även i denna grupp mådde de yngsta sämst. Folkhälsoinstitutets rapport

⁶ Statens Folkhälsoinstitut, *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Åtterrapporering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*, Rapport nr A 2005:19.

överensstämmer i stora drag med internationell forskning även om den senare är betydligt mer omfattande och detaljerad.⁷

Ungdomsstyrelsens rapport HON, HEN, HAN inriktar sig specifikt på unga lhbtq-personers hälsa och livsvillkor. Nästan varannan svarande ung homo- eller bisexuell kvinna i undersökningen uppgav nedsatt psykiskt välbefinnande, en fjärdedel av samma grupp hade försökt ta livet av sig och 47 procent hade haft självmordstankar. Bland unga transpersoner var siffran ännu högre och hela 65 procent av respondenterna i enkäten uppgav att de övervägt att ta sitt liv.⁸

Orsakerna till den sämre hälsan har undersökts ytterligare i projektet Diskriminering och hälsa, ett samverkansprojekt mellan Statens folkhälsoinstitut (FHI) och de tidigare uppdelade enheterna HomO, DO, JämO och HO (sedan 2009 Diskrimineringsombudsmannen DO).

Diskriminering och hälsa behandlar diskriminering i allmänhet där sexuell läggning och könsidentitet är två diskrimineringsgrunder bland andra. Studien visade ett samband mellan att bli utsatt för diskriminering och en sämre hälsa. I rapporten Särbehandlad och kränkt (en delrapport i projektet Diskriminering och hälsa) hänvisar författarna till studier som visar på psykologiska effekter av diskriminering i form av psykisk ohälsa, ångest, självmordstankar, minskad livskvalitet, nedstämdhet, och större användning av psykvården. Det visade sig tre till fyra gånger vanligare med nedsatt psykiskt välbefinnande hos gruppen som rapporterat kränkande bemötande än hos dem som inte hade den erfarenheten.⁹

Negativ stress är en del av ett nedsatt psykiskt välbefinnande och uppkommer bland annat när en person inte kan leva upp till omgivningens förväntningar och krav. Att tappa kontrollen över en situation på grund av otillräckliga resurser innebär stress och denna stress kan utmynna i manifest ohälsa och sjukdom. Att som lhbtq-person inte leva upp till heteronormen och att bli diskriminerad på grundval av detta krav innebär ofrånkomligen stress och förlust av kontroll i särskilt utsatta situationer. Ett heteronormativt samhälle stigmatiserar avvikare och bidrar till olika former av homofobi, hatbrott, verbal och fysisk diskriminering samt trakasserier,

⁷ McCabe, Sean Esteban mfl, *Assessments of difference in dimension of sexual orientation: implications for substance use research in a college-age population*. J Stud Alcohol, 2005 Sept, 66(5):620-629. Bostwick Wendy B mfl, *Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States*. Am Journal of Public Health, 2010 March, 100(3):468-475.

⁸ Ungdomsstyrelsen, *HON HEN HAN- En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner*, 2010:2, s. 35ff.

⁹ Frykman Jonas (red.), *Särbehandlad och kränkt- en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa*, Statens folkhälsoinstitut, Rapport nr R 2005:49, Edita Stockholm, 2006, s. 32ff.

vilka sammantaget har konstaterats utgöra psykosociala stressfaktorer för lhbtq-personer.¹⁰

Flera svenska studier visar att cirka hälften av alla lhbtq-personer har upplevt eller upplever återkommande homofobiska hatbrott under sina liv. Förövarna är oftast unga personer under 20 års ålder och de vanligaste hatbrotten är misshandel, olaga hot och ofredande. De begås framför allt i hemmiljö, på skolor eller på allmän plats¹¹. Betydligt fler män utsätts för dessa brott än kvinnor och männen utsätts oftare på skolor och på allmän plats medan kvinnor utsätts i hemmiljö (av grannar eller familj). Det är lika vanligt med en bekant som med en obekant förövare och detta strider enligt forskarna mot en gängse mediabild av ”den okände förövaren”.

I slutrapporten i projektet Diskriminering och hälsa¹² listas ett antal samband mellan just diskriminering och hälsa som framgått i studien. Diskriminering kan orsaka följande:

- Skillnader i möjligheter i livet som i sin tur leder till ojämlika socioekonomiska förhållanden.
- Olika bemötande som i sin tur leder till olikheter i tillgång till hälsofrämjande resurser (t ex sjukvård).
- Begränsat deltagande i samhället och därmed minskat inflytande. Maktlöshet och exkludering har visat sig ha en negativ effekt på hälsan.
- Förekomst av stressrelaterade symptom som kan leda till både fysiskt och psykiskt nedsatt hälsa.
- Påverkan på beteendemönster och livsstilsfaktorer som rökning och användning av alkohol och droger.

Samma studie påvisade ett starkare samband mellan ohälsa och upplevelse av diskriminering av myndighet än att uppleva den från till exempel en restaurang, teater eller dylik publik anrättning. Detta stärker ytterligare valet av studiens huvudområde, hälso- och sjukvården, bland de övriga verksamheter som Västra Götalandsregionen bedriver. Att studera den verksamhet patienter uppsöker, kanske just på grund av diskrimineringens ogynnsamma hälsoeffekter, är av största vikt för att säkra att vården ges på lika villkor för alla medborgare. Maktaspekten mellan vård sökande och vårdgivare är också av stor vikt gällande diskrimineringens effekter.

¹⁰ Statens Folkhälsoinstitut, *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Åtterrapporering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*, s. 13.

¹¹ Tiby Eva, Sörgård Anne-Marie, *En studie av homofoba hatbrott i Sverige*, Forum För Levande Historia, 2007.

¹² Frykman Jonas (red.), *Diskriminering - ett hot mot folkhälsan*. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa, Statens folkhälsoinstitut, Rapport nr R 2006:22, Ale tryckteam.

5.2 Bemötande av lhbtq-personer

Ett bra bemötande skall ges på lika villkor och vara icke-diskriminerande och patientbemötande skall präglas av delaktighet, kontinuitet och tillgänglighet. I en granskning av patientbemötande inom Västra Götalandsregionen framgår det att policydokument och jämställdhetsplaner saknas gällande diskrimineringsgrunderna sexuell orientering och könsöverskridande identitet/-uttryck samt att personal finner svårigheter i att definiera vad ett bra bemötande består i. Dessutom betonas problemet att de flesta planer utgår ifrån policydokument som rör relationer inom personalgruppen och inte från hur personalen skall agera gentemot patienter. Att bemötandefrågor är en viktig och naturlig del av det dagliga arbetet innebär i vissa fall att specifika icke-diskrimineringsåtgärder inte sätts in då bemötande förutsätts vara av god kvalitet.¹³

Att behandla alla människor lika kan verka vara en självklarhet för de flesta myndigheter, företag och institutioner men forskning visar att det i många fall förekommer diskriminering i bemötandesituationer. Det är också viktigt att komma ihåg att likabehandling inte är detsamma som att förutsätta att alla människor är likadana. Det handlar istället om att behandla alla människor utifrån principen om lika värde och med respekt för deras sinsemellan olikheter. Bemötandeproblem i form av okunnighet, fördomsfullhet, trakasserier och våld från det heteronormativa samhället är en del av lhbtq-personers dagliga liv och påverkar självuppfattning, relationer, beteende och hälsa. En annan allvarlig konsekvens av denna heteronormativitet är bristande möjlighet att få adekvat hjälp och stöd i såväl vardagliga som utsatta situationer vilket många lhbtq-personer är väl medvetna om.

Internationell forskning visar att lhbtq-personer ofta upplever okänsligt, okunnigt eller kränkande bemötande från vårdgivare och man efterlyser mer kunskap om lhbtq-personers livsvillkor men också en större medvetenhet hos vårdtagarna själva. Det finns också studier som visar att lhbtq-personer blivit professionellt bemötta och därmed har förtroende för vården. Svenska studier om vårdpersonals erfarenheter och kunskaper visar att även om ett bra bemötande anses vara en naturlig och integrerad del av det dagliga arbetet så saknas specifik kompetens kring bemötande av lhbtq-personer.¹⁴ I studier kring sköterskors bemötande av homosexuella visar det sig att många av patienterna har positiva erfarenheter av bemötande men också en stor osäkerhet kring att vara öppen med sin sexuella orientering. Partners till

¹³ Stenbjörn Cecilia, Wikner Mattias, Olsson Lena, *Patientbemötande och diskriminering - policy, åtgärder och uppföljning*, Västra Götalandsregionen, Revisionsenheten, Rev 28-2009, 2009.

¹⁴ Se till exempel Hansson & Lindblom; Stenbjörn, Wikner och Olsson; Knöfel Magnusson.

den vårdsökande behandlas i många fall som en vän och inte som partner och upplever ett exkluderande bemötande.¹⁵

I Röndahl, Innalas och Carlssons undersökningar hade de flesta sköterskor en positiv attityd gentemot homosexuella patienter. Dock visade 8 procent av de tillfrågade en väldigt negativ inställning¹⁶ och 36 procent av sköterskepersonal samt 9 procent av sköterskestudenter skulle avstå att behandla en homosexuell patient om möjlighet fanns¹⁷.

I en kartläggning av hur bra svenska företag är på att bemöta homo- och bisexuella kunder visade det sig att var femte homosexuellt par spontant kunde berätta om ett dåligt bemötande på grund av sin homosexualitet och hälften var osäkra på om de skulle bli bra bemötta som homo- eller bisexuella.¹⁸ 95 procent av de tillfrågade företagen från bil-, bank-, rese- och försäkringsbranschen uppgav att de utbildar sin personal i kundbemötande medan endast 4 procent inkluderade frågor om professionellt bemötande av homo- och bisexuella. Studien visade att ett vanligt problem i bemötande var att samkönade relationer osynliggjordes genom att blanketter, tilltal och arrangemang riktades enbart till heteropar. Ett bra bemötande var vanligast i Stockholm och Malmö och det dåliga bemötandet var lika spritt över landet. Risken att bli dåligt bemött var lika stor i till exempel Stockholm, Göteborg och Kiruna medan chansen att bli respektfullt bemött som homo- eller bisexuell var störst i Stockholm och Malmö. 75 procent av respondenterna rekommenderade gärna ett homovänligt företag till vänner och bekanta och man spred också vidare information om dåligt bemötande. Enligt studien fanns olika sätt att visa att verksamheten har ett professionellt bemötande av lhbtq-personer. Det kunde handla om att skylta med en regnbågsflagga, att sponsra Pride/HBTQ-festivalen eller dylikt arrangemang, att använda könsneutralt språk i sin externa kommunikation, att annonsera med bilder av samkönade par eller regnbågsfamiljer eller att avstå från att konsekvent använda heteropar i bildspråk.

Uppsatsen ”’Man vill ju bara ha samma bemötande som alla andra’ - En kvalitativ studie om bemötande av HBT(Q)-personer på Ungdomsmottagningen”¹⁹ baseras på intervjuer med patienter och personal på en ungdomsmottagning. Den tar inte bara upp exempel på bra och dåligt

¹⁵ Röndahl Gerd, "Lesbian and gay men's narratives about attitudes in nursing", I *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol 23 2009, s. 146-152.

¹⁶ Röndahl G, Innala S & Carlsson M, "Nurses' attitudes towards lesbians and gay men", I *Journal of Advanced Nursing*, vol. 47 2004, s. 386-392.

¹⁷ Röndahl G, Innala S & Carlsson M, "Nursing staff and nursing students emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed", I *Scandinavian Journal of Caring Sciences* vol 18 s. 19-26.

¹⁸ Börjeson Kristina, *Våningssäng på bröllopsresan*, RFSL 2007, s. 3.

¹⁹ Hansson Jenny & Lindblom Lisa, 'Man vill ju bara ha samma bemötande som alla andra' - En kvalitativ studie om bemötande av HBT(Q)-personer på Ungdomsmottagningen, C-uppsats, Göteborgs universitet, 2009.

bemötande utan problematiserar även strategin kring att ”komma ut” eller inte, alltså att våga vara öppen med sin sexuella orientering/könsidentitet, eller inte. Författarna tar upp tidigare forskning som visar på både positiva och negativa effekter med öppenhet/slutenhet. Att vara öppen kan ha lika dåliga effekter som att inte vara det, beroende på hur bemötandet blir. I en homo-/transfob miljö kan öppenheten bli ett problem och bemötandet kränkande/diskriminerande. Slutenheten kan i en annan miljö göra att personen både förminskar sig själv och får inadekvat vård eller råd på grund av en heteronormativ utgångspunkt i arbetet från personalens sida. Det är ett stort ansvar att komma ut, och detta ansvar läggs på individen om verksamheten inte på något sätt signalerar att den är en trygg miljö för öppna lhbtq- personer.

Uppsatsen tar upp tre olika strategier i mötet med ungdomsmottagningens personal: att berätta, att försöka berätta och att inte berätta. Den första gruppen var öppen, den andra gav ledtrådar för att avgöra om de vågade berätta, den tredje gruppen var inte öppen. Gemensamma erfarenheter från samtliga var känslan av att inte bli förstådd. De som kom ut hade upplevelser av ignorans, att problem viftades bort som hade med sexuell orientering att göra eller att den överproblematiserades, när den inte var specifik orsak till vårdkontakten. Att mötas av tystnad var ytterligare en reaktion. Positiva erfarenheter av att vara öppen beskrevs som att patienten fick relevant information och ett professionellt och kunnigt bemötande av personalen. Att försöka berätta kunde handla om att fråga barnmorskan om vilken smittorisk som finns vid samkönat sex men ändå inte få respons på att patienten inte var heterosexuell; alltså ignorans eller osynliggörande från personalen. Att inte berätta ledde till samma resultat som i de fall när försöken att berätta inte nådde till önskat resultat; patienten fick irrelevant information som utgick ifrån heterosex och -relationer.

Studien visade att ungdomarna även upplevde lokalerna som heteronormativa med särskilt fokus på unga tjejer som har sex med killar. Att ha ett välkomnande anslag riktat till lhbtq- personer uppfattades som exkluderande istället för öppet. Att i all övrig information endast och enbart rikta sig till heterosexuella (tjejer) förutom i ett undantag upplevdes i det fallet snarare som ett utpekande av dem som avviker än som en välkomnande gest.

Personalen i studien efterlyste mer specifik lhbtq-kompetens och upplevde det som oprofessionellt när de var tvungna att söka extern information om enkla frågor som smittorisk och provtagning vid samkönat sex. Det borde vara en självklar del av en barnmorskas yrkeskunnande på en ungdomsmottagning. Även ungdomarna i studien efterlyste denna typ av kompetens hos personalen för att få rätt information, behandling och ett bra bemötande. En annan anmärkning från ungdomarnas sida var att frågor om sexuell orientering borde integreras som standard i alla möten med patienter för att undvika missförstånd och att allt ansvar för att berätta läggs på patienten själv.

I den nationella folkhälsoenkäten från 2005 framgick att det var dubbelt så vanligt att bli utsatt för kränkande bemötande som homo- eller bisexuell än för övrig befolkning, både som engångsföreteelse och som upprepat kränkande bemötande. Vanligast förekommande var det bland unga homo- och bisexuella kvinnor, samt för transpersoner. Transpersoner rapporterade i sin tur upprepade kränkningar i dubbelt så hög grad som gruppen homo- och bisexuella²⁰. Enkäten påvisade ett tydligare samband mellan nedsatt psykisk hälsa och upprepade kränkningar jämfört med enstaka kränkningar (under den tidsperiod som undersöktes).²¹

Tidigare genomgångar av kurslitteratur på det medicinska området visar att könsskillnad både osynliggörs genom en manlig norm och att den utgår ifrån stereotyper av könsskillnader som kränker kvinnor, män och lhbtq-personer. Inom medicinen har icke-heterosexualitet belagts med tystnad eller patologisering och icke-heterosexuella har behandlats som avvikande. Den undervisning som finns om lhbtq-frågor har fokus på riskbeteende och är relaterade till sjukdom. En utmaning inom det medicinska området rör traditionen att utgå ifrån vad som är friskt/normalt och att försöka bota det som är sjukt/onormalt. Det innebär att fenomen som inte ansluter till normer riskerar att sjukdomförklaras och att man letar efter sätt att göra individen ”frisk”. Homosexualitet var fram till 1979 sjukdomsklassat i Sverige och än idag är transsexualism och andra transidentiteter psykiska diagnoser. Detta är ett belysande exempel på hur konstruktionen av icke-heterosexuella och icke könsnormativa individer går till. Att medicinen tar sin utgångspunkt i det biologiska skapar också en del bekymmer med att integrera kulturella perspektiv på skapandet av genus, av könsidentitet och könsuttryck. Ett grundläggande drag i lhbtq-personers identitetsskapande är just självdefinition och att själv definiera sin identitet som könad/okönad eller sexuell varelse är något som ligger långt ifrån medicinens biologiska och kategoriska utgångspunkter.²²

5.3 Bemötande av lhbtq-personer i vården – exempel från tre områden

5.3.1 Våld i nära relationer

En utsatt situation för lhbtq-personer är våld i nära relationer där behovet av kvalificerat professionellt bemötande är mycket stort. Internationell och svensk forskning har visat att det finns många likheter mellan våld i hetero-

²⁰ Roth N, Boström G & Nykvist K, *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer*, Statens Folkhälsoinstitut 2006:08, Elanders Gotab AB, Stockholm 2006, s. 70f.

²¹ Frykman Jonas (red.), *Särbehandlad och kränkt- en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa*, Statens folkhälsoinstitut, Rapport nr R 2005:49, s. 32.

²² Westerstahl Anna, *Genusperspektiv i grundutbildningarna vid Sahlgrenska Akademin. Strategier för förändring*. Rapport 2008, Göteborgs universitet.

och lhbtq-relationer men vad som skiljer är det hjälpsökande beteendet.²³ Lhbtq-personer söker i första hand hjälp och stöd av personer inom det egna nätverket och undviker länge olika samhällsinstanser av rädsla för dåligt bemötande och trakasserier. Bland annat kan en medföljande förövare bli betraktad som en vän, en bror eller syster av vårdpersonal vilket försvårar för patienten att komma till tals i enrum. En annan vanlig upplevelse är svårigheten att bli trodd och respekterad eftersom vårdpersonal som saknar specifik utbildning har svårt att förstå att en man faktiskt kan vara offer eller att en kvinna kan vara förövare. Lesbiska mödrar och deras barn befinner sig i en än mer utsatt situation men upplever trots det oprofessionellt bemötande från bland annat sjukvården.²⁴ En annan utsatt grupp är unga lhbtq-personer och inte minst unga transpersoner²⁵ som har mycket få, medvetna och kunniga samhällsinstanser att vända sig till.

5.3.2 Könsoverskridande identiteter

Heteronormativitet skapar förväntningar om att göra kön ”korrekt” för att bli bemött med trovärdighet; att till exempel identifiera sig som kille men inte uppträda ”manligt” (eller vice versa) föranleder ofta tvivel och kränkande bemötande för transpersoner.²⁶ Studier visar att vanliga problem i möte med vårdpersonal är att patienten blir kallad för sitt folkbokförda namn och pronomen istället för det patienten själv uppger och vill bli kallad. Det finns exempel på personal som remitterar patienter till fel könsspecifik vård och går efter könsspecifika medicinska tabeller för diagnostisering som inte överensstämmer med patientens kropp och transpatienter blir ofta tvungna att utbilda personalen i frågor rörande könsidentitet. Det händer också att patienten får närgångna frågor om sexualitet och könsidentitet när anledningen till besöket är något helt annat.²⁷

Transpersoner som vill få tillgång till hormonbehandling och/eller kirurgiska ingrepp måste gå via utredning kring transsexualism vilket gör att resten av transgruppen saknar statligt subventionerad vård för sin specifika problematik.²⁸ Transsexuella under könstillhörighetsutredning rapporterar

²³ Hester Marianne, Donovan Catherine och Fahmy E. *Feminist epistemology and the politics of method: surveying same sex domestic violence*. *Int J Social Research Method* 2010;13(3): 251-263. Holmberg Carin, Stjernqvist Ulrika, *Våldsamt lika och olika – om våld i samkönade parrelationer*. Rapport 36 Centrum för genusstudier Stockholms universitet, 2006.

²⁴ Ristock Janice. *Exploring dynamics of lesbian abusive relationships – preliminary analysis of a multisite, qualitative analysis*. *Amer J Commun Psychol* (31); 3-4:329-41, 2003.

²⁵ Mayer K, Appelbaum J mfl. The evolution of the Fenway Community Health model. *Am J Public Health* 2001 Jun;91(6):892-4.

²⁶ RFSL ungdom, *Att göra synligt- om unga transpersoner och ett bra bemötande*, Norra Skåne Offset, 2009.

²⁷ Ungdomsstyrelsen, *HON HEN HAN- En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner*, 2010:2.

²⁸ Socialstyrelsen, *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar- Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd*, 2010.

om könsstereotypa normer att leva upp till för att få korrekt diagnos, undermålig information och motivering kring behandlingsmetoder och alltför lång utredningstid.²⁹

5.3.3 Lesbiska par och insemination

Lesbiska par kan sedan 2005 få tillgång till insemination³⁰ inom offentlig sjukvård på samma villkor som heterosexuella par. Vid lagens införande diskuterades tillämpningen av den nya lagen ganska intensivt inom regionerna eftersom det saknades detaljerade riktlinjer, och delvis olika praxis har utvecklats till exempel vad gäller antal erbjudna inseminationsbehandlingar, avgifter och erbjudande till en eller bägge kvinnorna i ett par.³¹ Detta, och det faktum att lesbiska och heterosexuella par inte bedömts på samma grunder, har uppmärksammats av de lesbiska paren.

Sedan 2009 har Diskrimineringsombudsmannen (DO) fått in 269 anmälningar om diskriminering inom hälso- och sjukvården, varav 41 från Västra Götalandsregionen, och dessa gällde samtliga diskrimineringsgrunder.³² Många av dessa ärenden handlar om att vårdgivare behandlar patienter utifrån sina egna förutfattade meningar. DO har under åren behandlat sammanlagt 10 ärenden gällande sexuell orientering (läggning) som gått till förlikningar och domstolsärenden varav 3 gällde lesbiska kvinnor och insemination. Bemötandefrågor är alltså även här centrala och såväl internationell som svensk forskning visar att lesbiska kvinnor/par upplever problem med bemötande i kontakter med bland annat mödravårdcentralen, barnavårdcentralen, vårdcentraler och andra sjukvårdsinrättningar.³³ Studier har också visat att vårdgivares inställning till dessa frågor inte alltid stämmer överens med lagens intentioner om till exempel öppenhet om barnens ursprung.³⁴ Lesbiska kvinnors/pars uttalade önskemål om bemötande kan sammanfattas på följande vis: sjukvårdspersonal bör ha en öppen och fördomsfri inställning, inte göra heteronormativa antaganden om sexualitet, skaffa sig kunskap om lesbiska

²⁹ Stål Jeanette, "En bra transperson är en steriliserad transperson"- om steriliseringskravets funktion och konsekvens i svenska könstillhörighetsutredningar, Masteruppsats, Göteborgs universitet, 2011.

³⁰ Benämns egentligen assisterad reproduktionsteknik – ART – som innefattar insemination och assisterad befruktning utanför kroppen.

³¹ Sveriges kommuner och landsting (SKL), *Landstingens svar på frågor om insemination*, dnr. . 08/3271. 2008-10-16. SKL, 2008.

³² Håkan Sandesjö Göteborgsposten 2011-09-02.

³³ Werner Caroline, Westerståhl Anna, *Donor insemination and parenting: concerns and strategies of lesbian couples. A review of international studies*, Acta obstet gyn scand 2008(87):697-701.

³⁴ Lampic Claudia, Skoog Svanberg A och Sydsjö G, *Attitudes towards gamete donation among IVF doctors in the Nordic countries – are they in line with national legislation?* J Assist Reprod Genet 2009 (26)5:231-8.

kvinnors livsvillkor och, sist men inte minst, uppmärksamma medföräldern i en lesbisk parrelation. Det sistnämnda framstår som särskilt angeläget eftersom lesbiska föräldrar utmanar den grundläggande normen om ”faderskap” och medföräldern, som inte är biologiskt knuten till barnet, därför kan komma att betraktas som mindre viktig.³⁵

6. Studiens syfte

Syftet är att belysa lhbtq-personers erfarenheter av bemötande, i vid bemärkelse, i deras egenskap av brukare av Västra Götalandsregionens offentliga verksamheter, med fördjupning i hälso- och sjukvården.

Diskriminering, heteronormativitet och relevanta mänskliga rättigheter används som analytisk tolkningsram. Bemötande i vid bemärkelse innefattar såväl personliga kontakter via telefon eller i möte med personal som kontakt med blanketter, broschyrer, anslag, skriftlig information via Internet och i verksamhetens lokaler.

7. Metod för insamling och analys

Studien delades upp i två undersökande delar; en intervjuundersökning med fokus på vården som verksamhetsområde och en enkätundersökning där de huvudsakliga fyra områdena täcks in (utbildning, vård, kultur, transport).

Intervjuundersökningen genomfördes med elva deltagare med så jämn spridning som möjligt avseende ålder, boendeort, sexuell orientering, kön och könsidentitet (se 8.1 Demografi för fullständig tabell). Kriterierna var att identifiera sig som lhbtq och att vara bosatt i Västra Götaland med erfarenhet av bemötande i vården. Samma kriterium användes för enkätundersökningen fast då även med möjlig erfarenhet av övriga verksamhetsområden. För att finna deltagare till intervjuundersökningen affischerade vi på strategiska ställen som antingen vänder sig till lhbtq-personer eller som har anknytning till vården. Via en facebookside annonserades efter deltagare och våra egna nätverk användes för att sprida information genom snöbollsmetoden.

Intervjuerna genomfördes i personliga möten och vid ett tillfälle då detta inte var möjligt användes istället chat. Intervjuerna utfördes enligt en semi-strukturerad mall som innebar att vi utgick från ett antal teman med relativt öppna frågor för att få en så flytande berättelse som möjligt (se Bilaga 1 Intervjuguide). Intervjuerna bearbetades enligt en kvalitativ ramverksanalys³⁶ där teman lyfts ut och jämförs med den teoretiska ramen. Citat och statistik belyser resultaten. Teman som undersöks i studien är;

³⁵ Catherine Donovan, A.R Wilson, *Imagination and integrity: decision-making among lesbian couples to use medically provided donor insemination*, J Cult Health Sex 2008 (10)7:649-65.

³⁶ Pope Catherine, Mays Nicholas (ed), *Qualitative Research in Health Care*, BMJ Books, London 2000.

öppenhet, bemötande och diskriminering/kränkning och har i ett senare steg i analysen vidareutvecklats till fler underteman (se 8. Resultat).

Enkätundersökningen bestod av ett frågeformulär med 14 frågor som skapades utifrån den information vi fått in via intervjuerna (se Enkätundersökning). Enkäten distribuerades externt via Qruiser som är ett internetforum för lhbtq-personer och deras vänner. När enkäten besvarats sammanställdes resultaten av Qruiser för att sedan analyseras av oss och jämföras med de kvalitativa resultaten.

Fullständig anonymitet garanterades genom hela undersökningen. Enkäterna är anonyma från början till slut, intervjuerna kodades i transkriberingen och de inspelade samtalen raderades efter transkribering.

8. Resultat

8.1 Demografi

Resultaten från intervju- och enkätundersökningen presenteras tillsammans. Att studiens intervjuer riktades specifikt mot vården beror dels på att chansen för öppenhet är större i vården än i Västra Götalandsregionens övriga verksamheter, dels på att personer som möter personal inom vårdverksamheten redan från början befinner sig i en utsatt position som patient jämfört med att vara konsument, besökare eller student. Vårdpersonal besitter ett särskilt kunnande och har makten att ställa diagnos och påverka behandling. Det är dessutom patientens kropp eller psyke som kräver hjälp på olika sätt och denna materiella och mentala utsatthet, att rent bokstavligt vara i händerna på någon annan, skapar ett specifikt maktförhållande mellan vårdgivare och vårdtagare. Det starkare sambandet mellan ohälsa och diskriminering av myndighet eller annan institution med stor makt över individen är sedan tidigare känt och därför av vikt i valet av studiens fokus³⁷.

Intervjuundersökningen pågick under oktober och november 2011 och i denna deltog tolv personer, varav elva intervjuer användes som analysunderlag i denna rapport.

³⁷ Frykman Jonas (red.), *Diskriminering - ett hot mot folkhälsan*.

Tabell 1, tabellen visar intervjudeltagarnas fördelning över ålder, identifikation, boendeort samt mottagning.

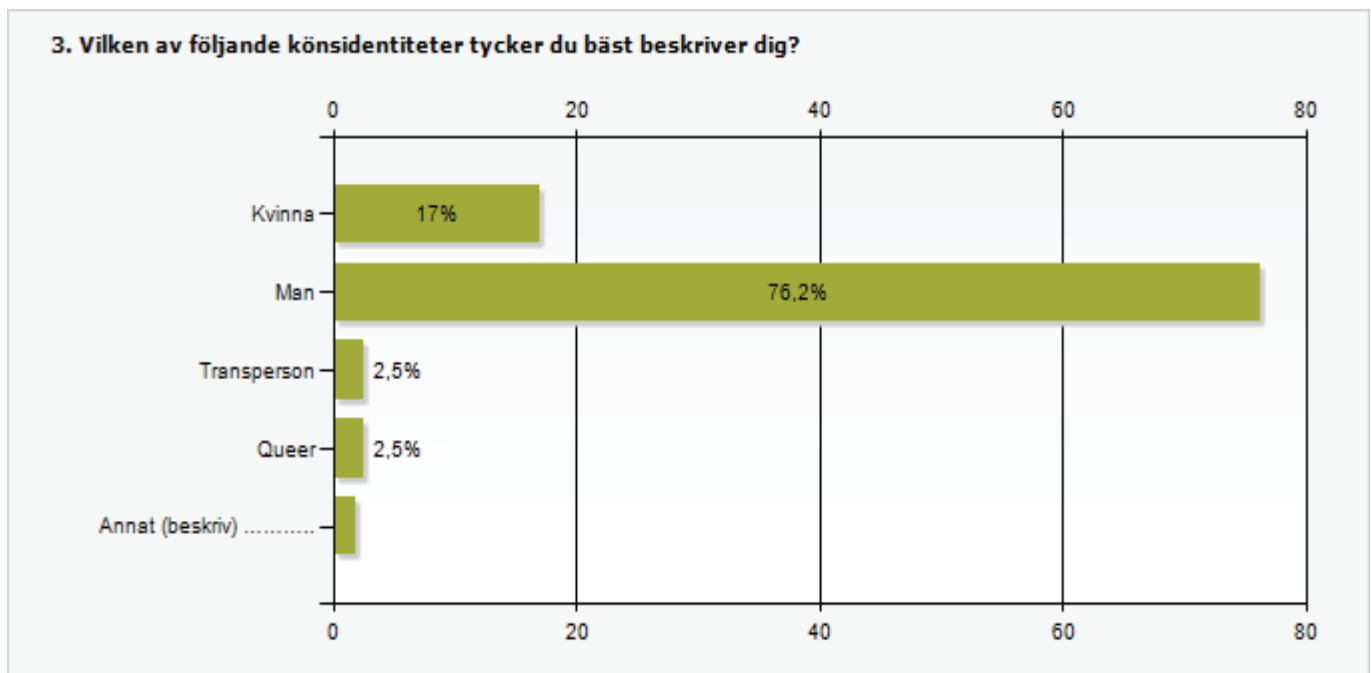
Ålder		Egen identifikation med lhbtq		Boendeort		Uppsökta mottagningar	
20-29	5	Lesbisk	6	Storstad	9	Specialistmottagning öppenvård	11
30-44	3	Homosexuell	1	Mindre stad	1	Vårdcentral	4
45-50	3	Gay	1	Glesbygd	1	Mödravårdcentral	1
		Bög	1			Ungdomsmottagning	2
		Bisexuell	1			Sjukhus	1
		Trans/queer	1				

Identifikation med lhbtq ställdes i intervjuerna som en öppen fråga där informanterna själva fick välja hur de definierade sig och vi har inte specifikt frågat efter könsidentitet eller sexuell orientering. Dock framgick det att en majoritet av informanterna själva definierade sig som tjejer/kvinnor gällande kön/könsidentitet. Åldersfördelning var jämn med viss övervikt för yngre medverkande. Samtliga har berättat om bemötande i vården, vissa om flera olika möten, andra om ett specifikt möte. De flesta har erfarenheter av bemötande i Göteborgsregionen oavsett boendeort, medan några har berättat om möten med vården på mindre orter i länet. Av elva informanter framträdde nitton olika berättelser kring bemötande. Av dessa har två informanter deltagit endast för att berätta om positiva erfarenheter av bemötande.

Enkäten distribuerades via QX på webcommunityn Qruiser. Enkäten riktades endast till medlemmar registrerade som boende i Västra Götaland och gick ut under ca en månad med början i december 2011. Sammanlagt kom 277 svar tillbaka från 279 mottagare vilket gav en svarsfrekvens på 99,3 procent.

Fördelning efter könsidentitet står i linje med representationen på Qruiser där majoriteten (72 procent) är killar/män. I enkäten svarade 76,2 procent att de definierar sig som män och 17 procent som kvinnor. Sammanlagt 6,8 procent angav svar utanför tvåkönsmodellen- vardera 2,5 procent svarade antingen transperson eller queer och 1,8 procent svarade annat med fri beskrivning (Figur 3). De fria beskrivningarna bestod av ”ingen definition, annan än de föreslagna kategorierna samt kille istället för man”.

Figur 3 Könsidentitet

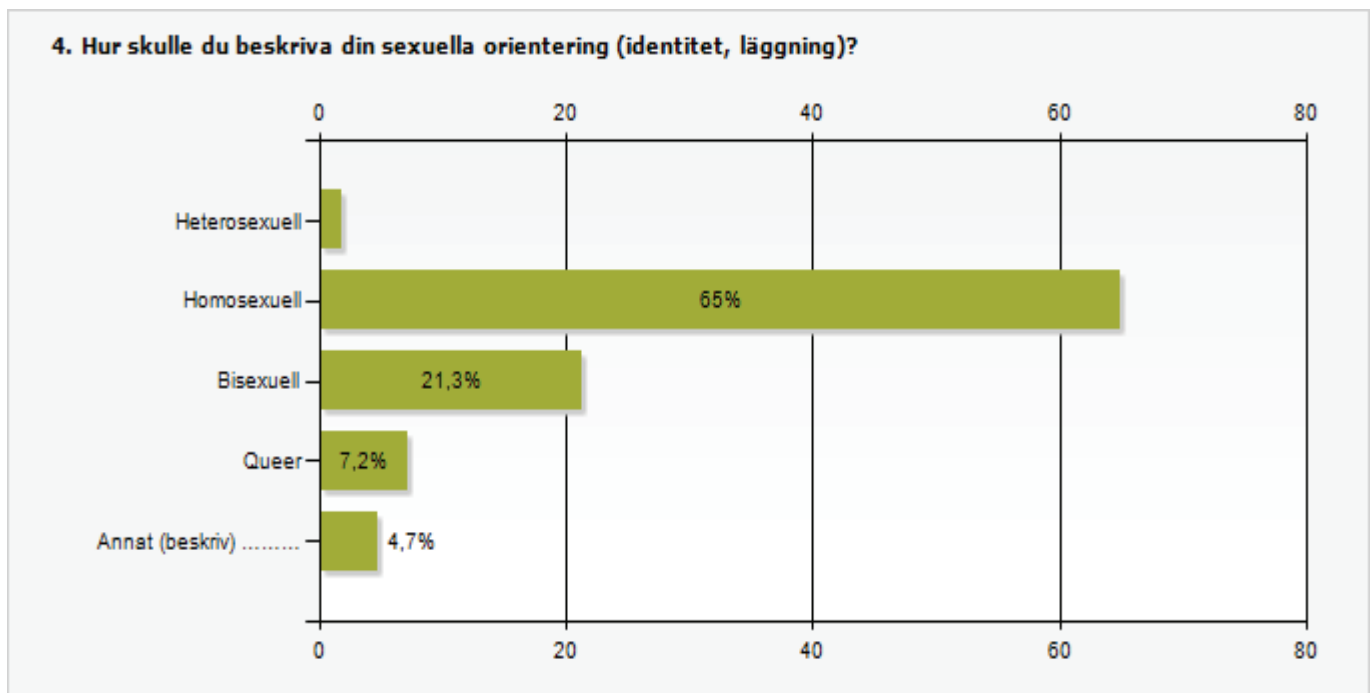


(Annat 1,8procent)

Enkätundersökningen hade en övervikt av svarande män medan intervjustudien hade ett motsatt förhållande.

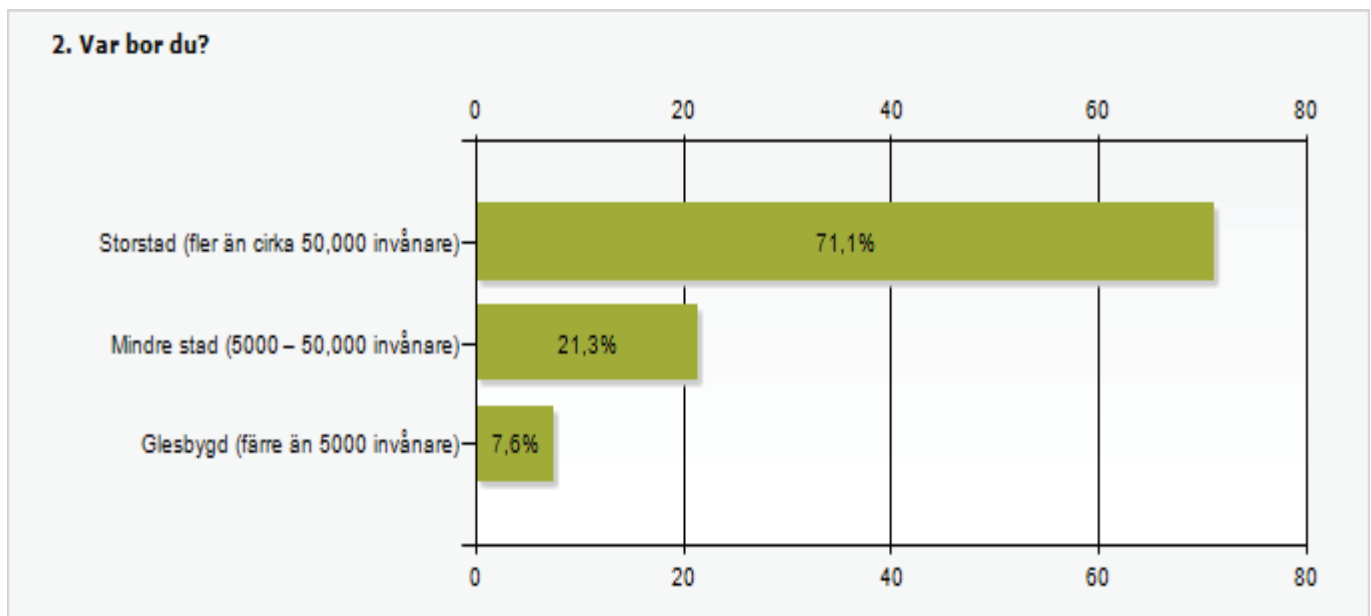
Så många som 65 procent av enkätens svarande uppgav homosexuell som sexuell orientering medan 21,3 procent definierade sig som bisexuella, 7,2 procent som queer och 4,7 procent som annat (Figur 4). Bland de fria beskrivningarna av sexuell orientering fanns svar som ”asexuell, pansexuell, flytande, svårdefinierad, till stor del fast definition, gay, privat eller obekvämt med att kategorisera sig”.

Figur 4 Sexuell orientering



71,1 procent av enkätsvaranden bodde i storstad, 21,3 procent i mindre stad och 7,6 procent i glesbygd (Figur 2).

Figur 2 Boendeort



Gällande ålder fanns en stor övervikt för yngre och 48,7 procent befann sig i intervallet 15-29 år.

Figur 1 Ålder

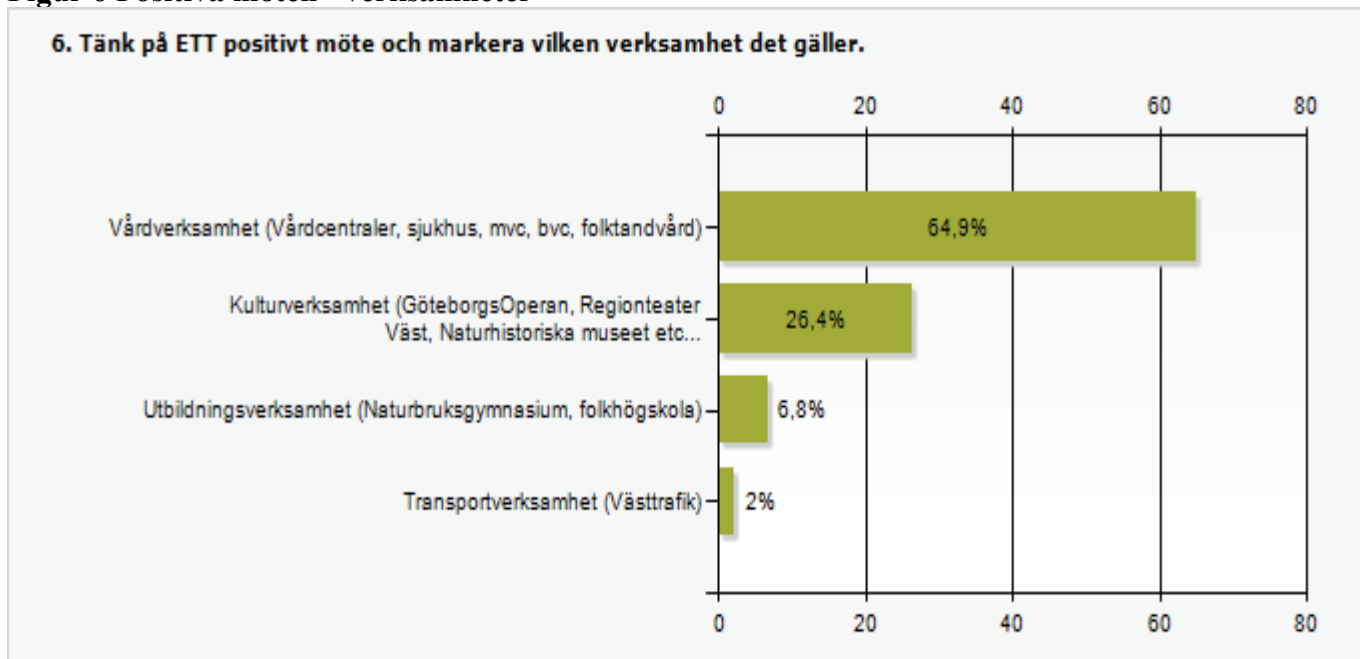


(65 år eller äldre 1,4procent)

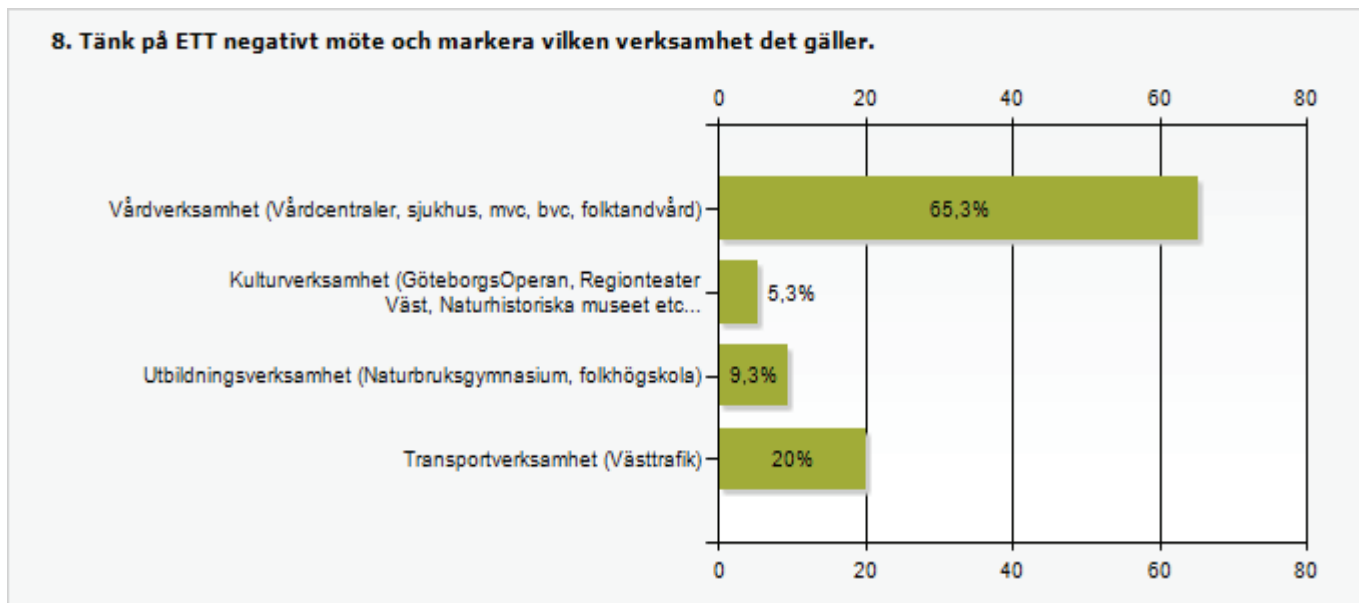
En majoritet av de svarande var alltså unga homosexuella män i storstad.

När det gällde både positivt och negativt bemötande svarade cirka 65 om bemötande i vården (Figur 6 och 8). Vad som skilde sig mellan negativt och positivt bemötande mellan verksamheter var att positivt bemötande bland den tillfrågade gruppen var vanligare i kulturverksamhet medan negativt bemötande var vanligare i transportverksamhet.

Figur 6 Positiva möten - verksamheter



Figur 8 Negativa möten - verksamheter



Intervjustudien föregick enkätundersökningen och de berättelser som växte fram under den perioden fungerade sedan som underlag för enkätens frågebatteri. Intervjustudien gav mycket information, både djup och personlig samt bred och allmängiltig. Detta bidrog till möjligheten att skönja mönster i bemötande av lhbtq-personer. Å ena sidan var upplevelserna av negativt bemötande var ofta lika varandra, å andra sidan fungerade berättelser om positivt bemötande närmast som en spegelbild av de negativa. Om till exempel avsaknad av kunskap upplevdes som en del av ett negativt bemötande så upplevdes ett kunnigt bemötande väldigt positivt.

I enkätens fråga 7 och 9 (se sidan 31 och 42) ombads de svarande att beskriva på vilket sätt bemötandet upplevdes som positivt eller negativt, med möjlighet att svara på båda frågorna. Svartalternativen var av flervalskaraktär och samtliga svar hade ett relativt jämt spann av svarande och få egna beskrivningar under alternativet ”annat”.

8.2 Öppenhet

Att vara öppen eller inte med sin sexuella orientering/könsidentitet var en fråga som var viktig för intervjustudiens deltagare. När det gäller vårdverksamhet fanns det några specifika mottagningar där fler tenderade att vara öppna av nödvändighet för att få korrekt information eller behandling; gynekologi och hud-/köns-mottagningar, ungdomsmottagningar, psykiatri och kuratorsverksamhet samt de mottagningar som vänder sig direkt till lhbtq-gruppen (där öppenheten ofta kommer per automatik). Under intervjuerna framkom även situationer där personer varit öppna på sjukhus och på vårdcentraler och öppenhet är alltså inte avhängigt mottagningens inriktning utan kan förekomma i samtliga av Västra Götalandsregionens verksamheter. Gemensamt för så gott som samtliga

informeranter var att de använde sig av strategier kring öppenhet i möte med till exempel vårdpersonal och medvetenheten om att negativt bemötande av lhbtq-personer förekommer var hög, även bland dem som berättar om positivt bemötande.

Lesbisk kvinna, 46 år. ”Man sitter ju ändå med någon form av strategi... jag är inte helt oförberedd.”

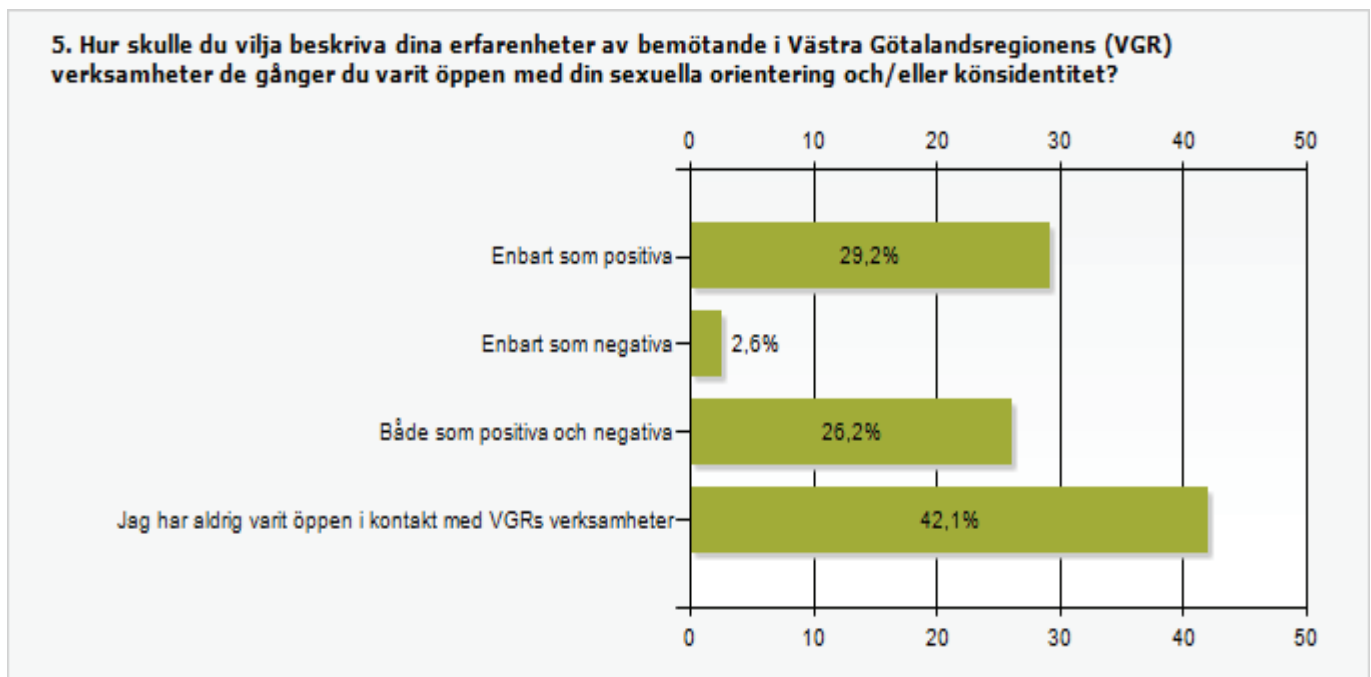
Strategierna förändrades efter varje upplevelse av negativt bemötande och ju fler gånger en person blivit kränkt desto mindre förtroende fanns för respektive verksamhet. Därmed stärktes känslan av att öppenhet innebar ett risktagande. För att hantera potentiella kränkningar valdes ibland ett bra och trevligt bemötande från vårdpersonalen istället för att riskera att bli kränkt. Antingen undveks då frågor helt och hållet som rörde ens sexuella orientering eller könsidentitet eller valdes en mer undvikande strategi som besvarade vissa frågor utan avslöjande av identitet.

Lesbisk kvinna 24 år. ”Hon frågade mig också om jag hade pojkvän, hon satt bara och var trevlig, men jag kom på mig själv med att jag säger bara nej och utvecklar inte. Jag vet inte, men det är nog lite ett allmäntillstånd att det inte alltid känns helt trevligt att outa sig själv. Det är väl det här att man alltid behöver outa sig, det går inte att bara vara utan att i varje nytt möte så ska man alltid komma ut. Man vet aldrig hur folk reagerar på det.”

Informeranterna vittnade om en beredskap kring frågan om öppenhet och tänkbara reaktioner från omvärlden.

I enkäten svarade hela 42,1 procent att de aldrig varit öppna i kontakt med Västra Götalandsregionens verksamheter (Figur 5).

Figur 5 Bemötande



Genom intervjuerna framkom olika anledningar till att inte vara öppen:

- Rädsla för öppenhet på grund av tidigare erfarenheter av kränkande bemötande.
- Att inte berätta som motståndsstrategi i en heteronormativ miljö.
- Sexuell orientering/könsidentitet kan ha varit irrelevant för besöket/kontakten.
- De svarande kan ha undgått kontakt med vårdverksamhet i stor utsträckning, där öppenhet är mest förekommande.

Strategier kring öppenhet varierade både emellan intervjudeltagare och från en situation till en annan. Personer ur den första gruppen i ovan beskrivna kategorier valde att inte berätta alldeles oavsett hur välkommandet eller miljön upplevdes vid det aktuella bemötandet på grund av tidigare negativa erfarenheter. Dessa erfarenheter behöver alltså inte vara kopplade till just den verksamheten det då var frågan om. Personer ur den andra gruppen använde sig av en motståndsstrategi kring öppenhet och kände på olika sätt av hur bemötandet kunde tänkas bli. Om en lhbtq-person då upplevde miljön i en verksamhet som heteronormativ (genom tilltal, symboler, frågeställningar) minskade utrymmet att med trygghet vara öppen. Risken för ett negativt eller kränkande bemötande ansågs då vara för stor för att komma ut och att inte berätta blev en strategi för skydd mot eventuella kränkningar.

Bemötande kan alltså vara av både positiv eller negativ karaktär som föregår valet av öppenhet. Att pejla av miljön eller försöka ge ledtrådar om att man är lhbtq innan man fattar beslut kring öppenhet är något som tidigare studier bekräftar. På samma sätt kan slutenhet - när det innebär en risk att bli kränkt/diskriminerad - fungera som en motståndsstrategi.³⁸

Bög, 25 år. ”Ibland orkar jag inte (vara öppen) som när någon heteromansläkare frågar om min tjej hemma.”

Citatet ovan är en beskrivning av hur ett heteronormativt tilltal minskar möjligheten att vara öppen som lhbtq. Ett icke-normativt språkbruk hade kunnat göra en skillnad i den situationen.

En del lhbtq-personer bryter mot förväntade könsmönster på ett sätt som gör att de tolkas som avvikare till heteronormen och då är valet kring öppenhet inte självklart. Om en person ”passerar” enligt heteronormativa perspektiv på utseende och könat beteende är öppenhet något man kan välja bort vid behov.

Bisexuell kvinna, 20 år. ”Det här med utseendet, jag ser väldigt heterosexuell ut, alltså att jag oftast har väldigt kvinnliga könsmarkörer. Så jag tror att jag hade fått ett helt annat bemötande om jag hade haft en mer androgyn stil.”

Närmare 58 procent hade varit öppna i möte med Västra Götalandsregionens verksamheter och av dessa svarade 50 procent att de enbart upplevt positivt bemötande, 45 procent hade erfarenheter av både positivt och negativt bemötande och endast 5 procent av enbart negativt bemötande. Hälften av dem som varit öppna i möte med Västra Götalandsregionens verksamheter hade alltså erfarenheter av negativt bemötande (Figur 5).

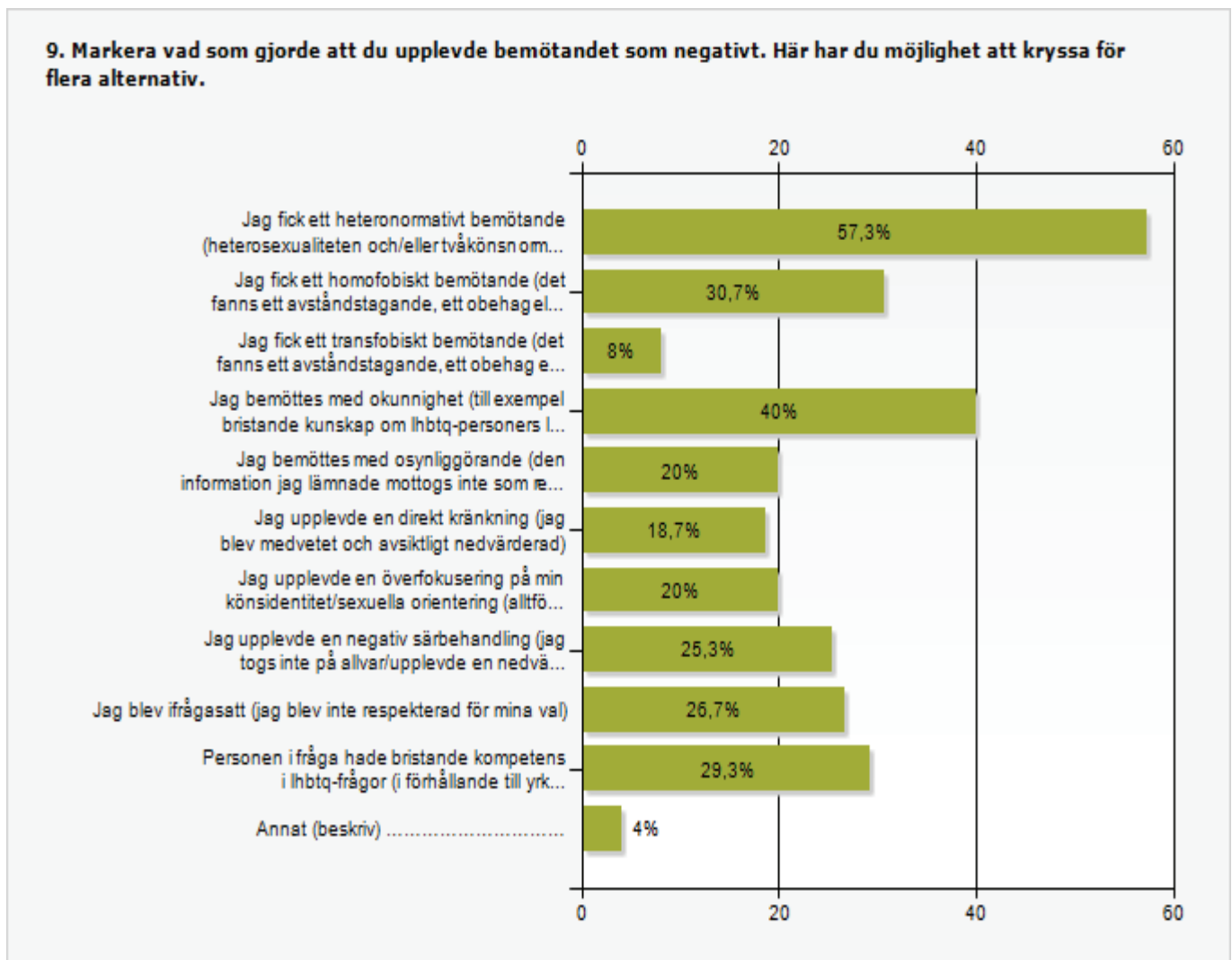
8.3 Negativt bemötande

8.3.1 Heteronormativa bemötanden

Av dem som upplevt negativt bemötande svarade 65,3 procent om negativt bemötande i vården, 20 procent i transportverksamhet, 9,3 procent i utbildningsverksamhet och 5,3 procent i kulturverksamheter. I enkäten exemplifierades heteronormativt bemötande med att heterosexualiteten och/eller tvåkönsnormen togs för given och fler än hälften svarade att de upplevt ett sådant bemötande (Figur 9). Bland intervjudeltagarna hade så gott som samtliga upplevt detta.

³⁸ Hansson Jenny & Lindblom Lisa, *’Man vill ju bara ha samma bemötande som alla andra’ - En kvalitativ studie om bemötande av HBT(Q)-personer på Ungdomsmottagningen.*

Figur 9 Negativa möten - upplevelser



På grund av att texten i detta diagram skymms av figuren skrivs hela frågeställningarna ut:

- Heterosexualiteten och/eller tvåkönsnormen togs för given (jag fick ett heteronormativt bemötande)
- Det fanns ett avståndstagande, ett obehag eller liknande kring min sexuella orientering (jag fick ett homofobiskt bemötande)
- Det fanns ett avståndstagande, ett obehag eller liknande kring min könsidentitet (jag fick ett transfobiskt bemötande)
- Jag bemöttes med okunnighet (till exempel bristande kunskap om lhbtq-personers livsvillkor)
- Jag bemöttes med osynliggörande (den information jag lämnade mottogs inte som relevant)
- Jag upplevde en direkt kränkning (jag blev medvetet och avsiktligt nedvärderad)
- Jag upplevde en överfokusering på min könsidentitet/sexuella orientering (alltför närgångna frågor när detta inte borde kommit i fokus)

- Jag upplevde en negativ särbehandling (jag togs inte på allvar/upplevde en nedvärdering av min person)
- Jag blev ifrågasatt (jag blev inte respekterad för mina val)
- Personen i fråga hade bristande kompetens i lhbtq-frågor (i förhållande till yrke, en mottagnings inriktning osv)
- Annat (beskriv)

Från intervjustudien har några problemområden kunnat pekas ut och exemplifieras. I möte med gynekolog/hud- eller könsmottagning samt ungdomsmottagning kunde det handla om att frågor ställdes med utgångspunkt i heterosexuella relationer, att homosexuella män gjordes till riskgrupper för HIV eller att alla kvinnor förväntades vilja ha preventivmedel som skydd mot graviditet. Att heterosexualitet tas för given gör även att den görs till det naturliga och rätta och icke-heterosexualitet som något avvikande och inte fullt så gott som heterosexuell praktik. Detta kunde uttryckas på följande vis:

Lesbisk kvinna 24 år. ”Besöket efter hos samma gynekolog, en månad senare då kom hon ju ihåg att jag hade flickvän och hon började samtalet bra så här ’har du fortfarande partner?’. Sen under själva undersökningen upptäckte hon att jag hade torra slemhinnor och då konstaterade hon att ’ja, jag ser här att du har torra slemhinnor, har du inte märkt det?’. ’Nä, det har jag inte märkt’ och hennes kommentar på det var att ’nä, hade du haft riktigt sex så hade du nog märkt det!’

Heteronormativitet i terapisaamtal kan bland annat ta sig uttryck i att som psykolog försöka patologisera homosexualitet. Om detta berättar en deltagare:

Bög, 25 år. ”När jag mår dåligt och gick till psykolog under gymnasietiden fokuserade en icke-hbtq-kompetent psykolog på ambivalent anknytningsmönster till fadern när jag kom ut som bög i rummet. Vad jag än snackade eller pratade om, så relaterades allt till ’vad som hade gått fel’ med mina päron eftersom jag var bög.”

Ett heteronormativt bemötande kan också leda till att ens partner behandlas som en vän eller att frågor ställs enligt normativa mönster istället för att vara öppna och inkluderande. Det kan också vara så att budskap och symboler i rummet gör att lhbtq-personer inte känner sig välkomna och att de därmed inte vågar vara öppna med sin sexuella orientering/könsidentitet som tidigare beskrivits (se kapitel 8.2 Öppenhet).

8.3.2 Homo- och transfobiska bemötanden

Av dem som upplevt negativt bemötande svarade 30,7 procent att de upplevt ett homofobiskt bemötande. I frågan exemplifierades ett homofobiskt bemötande med att det fanns ett avståndstagande, obehag eller liknande kring personens sexuella orientering (Figur 9).

Om heteronormativitet kan vara oavsiktlig och beroende av bristande kunskap eller ouppmärksamhet på personen framför en är homofobi ett

uttryck och en reaktion som förmedlar klart ogillande av icke-heterosexuella praktiker, identiteter och livsstilar. I bemötandesituationer kan homofobi uttryckas verbalt eller i tysthet via kroppsspråk, miner eller andra kroppsliga tecken. Under intervjuerna beskrevs homofobiska situationer där personal tydligt tagit avstånd med kroppen, backat undan och/eller lämnat rummet efter lhbtq-personen ”kommit ut”. Personal som haft ett uppdrag att närvara som stöd efter en operation avvek efter att patienten kommit ut som icke-heterosexuell.

Lesbisk kvinna 50 år. ”Men hon (en läkare) kom ner till avdelningen där jag låg efter några dagar, jag var ju väldigt omtöcknad och väldigt utsatt i situationen såklart. Men då kom hon fram till mig i sängen och liksom frågade något och jag försökte trycka hennes hand och visa att jag var glad och tacksam och visst hon förstod vad jag menade. Min partner var där och hon hälsade på henne. Sen försökte jag förklara att vi var ett par så jag gjorde såhär, som ett hjärta, och läkaren liksom hoppade undan ’det visste jag inte!’ och sen gick hon bara iväg.”

Mer subtila former av homofobi beskrevs som att personal himlat med ögonen eller visat avsmak i minspel.

Av dem som varit med om negativt bemötande svarade 8 procent (6 personer) att de upplevt ett transfobiskt bemötande. Frågan exemplifierades på samma sätt som homofobi men med avståndstagande, obehag eller liknande kring personens könsidentitet (Figur 9).

I enkätens inledning svarade sju personer att de definierade sig som transperson vilket innebär att sex av sju transpersoner bland de svarande upplevt ett transfobiskt bemötande i kontakt med Västra Götalandsregionens verksamheter.

Att mötas av transfobi uttrycktes på liknande sätt som homofobi som beskrivits ovan. Kunskapen kring transfrågor är begränsad och transgruppen är också relativt liten i relation till hela lhbtq-gruppen. Detta innebär att transpersoner ofta får utstå olika typer av transfobiska uttryck, av bristande förståelse, av närgångna frågor och av diskriminering. Att utmana normer kring kön verkar alltså möta större motstånd än att utmana normer kring sexuell orientering.

Transkille 30 år. ”Det är de här tysta kränkningarna, det är det här att man blir sedd på ett visst sätt. När det gäller trans så känns det som att, det är en liten annan skiftning. Det är inte det att de blir generade utan det är litegrann att ’vad är du för en konstig individ?’. Och så vet de inte alls vad det är för nånting, det enda de vet är män i klänningar ungefär.”

8.3.3 Bristande kunskap/kompetens och osynliggörande

Vad som i övrigt var påtagligt i enkätsvaren kring negativt bemötande var kunskapsbristen som också intervjudeltagarna beskrev utförligt.

Av dem som upplevt negativt bemötande svarade 40 procent i enkäten att de bemötts med okunnighet, till exempel bristande kunskap om lhbtq-personers livsvillkor.

I samma grupp svarade 29,3 procent att personalen hade bristande kompetens i lhbtq-frågor i förhållande till yrke eller mottagningens inriktning (Figur 9).

Att bemötas med okunnighet kan handla om att personalen inte har kunskapen om hur och under vilka villkor lhbtq-personer lever. Man kan inte utan vidare likställa samkönade par med heterosexuella, utan insikt om skilda livsvillkor. Det kan leda till att man i sin iver att behandla människor lika bemöter all som om de vore heterosexuella cis-personer.

Lesbisk kvinna 26 år. ”Sen så hade vi ju det här kuratorssamtalet också där jag upplevde att hon jämförde mig med en manlig partner väldigt mycket och inte såg att jag inte identifierar mig med den manliga partnern överhuvudtaget. Och hon tyckte liksom att ’jamen det är precis så som den manliga partnern känner när man skaffar barn’ och jag tyckte inte det. Jag hade funderat mycket kring att det inte kommer vara mina gener och att det hade ju varit en sorg för oss båda. Att vi kommer ju inte få den genetiska blandningen av oss. Vi har pratat mycket om det och det känns tråkigt.”

Att personalen har bristande kompetens i förhållande till yrke eller mottagning innebar till exempel att lhbtq-kompetensen inte var integrerad i hela verksamheten eller bland samtlig personal. Vad gäller brister i förhållande till yrke kunde det handla om att i kontakt med barnmorska inte få korrekt information kring STI-spridning mellan samkönade.

Lesbisk kvinna, 23 år. ”Så sa barnmorskan ’har du haft oskyddat samlag nyligen?’ och jag sa ’nej, alltså jag har bara sex med tjejer’. Barnmorskan bara spärrade upp ögonen och blev helt tyst. Jag fortsatte ’och jag vet inget om hur könssjukdomar sprids mellan tjejer så jag skulle gärna vilja veta det’ och hon bara ’oj, det vet jag ingenting om, jag måste gå och fråga någon.’ Sen kom hon tillbaka och sa att ’det finns i princip ingen möjlighet alls att det kan spridas’.

Vissa former av könssjukdomar där man har hudkontakt tänker jag att det är logiskt att det bör smitta och de borde utgå ifrån att man har det.

Men bara den här reaktionen att hon blev helt ställd, den här människan som har jättemycket utbildning och antagligen erfarenhet...”

Bland dem som varit med om negativt bemötande svarade 20 procent att de upplevt osynliggörande. Enkätfrågan exemplifierades med att informationen individen lämnade inte mottogs som relevant (Figur 9). Osynliggörande är ofta ett uttryck för bristande kunskap/kompetens kring lhbtq-personers livsvillkor och kan beskrivas som att lhbtq-personer inte lyssnas på, inte ses på sina egna villkor eller att den information som lämnas inte förstås eller uppfattas som relevant av mottagaren.

Nedan beskrivs en situation som på olika sätt skär in i den samlade kategorin okunnighet/bristande kompetens/osynliggörande.

Lesbisk kvinna 35 år ”Hon (psykologen) hävdade att det är ingen skillnad mellan att vara en heterosexuell kvinna och en homosexuell kvinna då, jag kan säga att jag tappade väldigt mycket förtroendet (för henne). Hela situationen slutade med att jag slutade terapin där självmant, efter att vi då hamnat i en slags konflikt, en förtroendekris kan man säga att det var för mig. Jag kände att jag kan inte lämna ut mig, jag kunde liksom inte bearbeta de saker jag behövde.

Det var egentligen därför jag skulle vilja berätta om den här situationen för även om man hbt-certifierar institutioner, så innebär ju inte det att alla personer man möter verkligen har en inre förståelse av vad det innebär att leva som lesbisk till exempel.”

Citatet ovan beskriver en terapisituation som inte fungerade på grund av bristande förståelse för en lesbisk kvinnas relationer, den miljö hon lever i och det problem hon kom dit för att prata om. När informanten försökte förklara hur hon upplevde sina relationer till andra lesbiska vänner möttes hon av just detta. Terapeuten vidhöll att lesbiska och heterosexuella kvinnor lever under samma villkor, trots informantens upplevelse av det motsatta.

8.3.4 Överfokusering och ifrågasättande

Av dem som varit med om negativt bemötande svarade 20 procent att de upplevt en överfokusering på sin sexuella orientering/könsidentitet. Enkätfrågan exemplifierades med alltför närgångna frågor när detta inte borde kommit i fokus (Figur 9).

Ett flertal exempel på detta kom också fram under intervjuerna där det bland annat handlade om terapiamtal där sexuell orientering eller könsidentitet problematiserades istället för det/de problem som patienten sökt för. Personer som sökt för att bearbeta sexuella övergrepp, lära sig hantera omgivningens bristande förståelse eller sin ångest över problem i livet berättade om hur deras sexuella orientering hamnat i fokus under terapiamtalen och behandlats som ett problem i sig.

Lesbisk kvinna, 23 år. ”Jag pratade om den där tjejen och så sa hon (psykoterapeuten) såhär ’jaha, är du bisexuell eller?’. Då sa jag ’nej, jag är homosexuell’. ’Jahaaaa’ sa hon och blev väldigt illa till mods, och fortsatte ’nej alltså, jag tycker inte du ska stänga den dörren, att du kan gilla pojkar, man kan inte veta i din ålder, det är för tidigt att bestämma sig’. Och då var jag 21 år.

Bokstavligen så trodde hon inte på mig när jag sa att jag var homosexuell. Då visste hon bättre och antagligen skulle jag väl inte gilla tjejer alls då utan det var det här pojkar är bättre, det ska man gilla. Jag minns några direkta citat, hon sa såhär ’du ska veta, genom alla mina år som psykoterapeut, jag har aldrig träffat ett lesbiskt par som har fungerat! Det fungerar inte, det är bara så’”.

I samtliga av dessa fall hoppade de intervjuade av terapin utan att ha bearbetat sina problem med minskat förtroende för vårdapparaten och inte sällan med ett sämre välmående än när terapin inleddes. Några hade dessutom nekats fortsatt terapi när de bett att få byta terapeut och fått bära skulden för den avslutade terapin själva.

Ett annat exempel på överfokusering gällde en enkel vårdsituation där ett recept på en etablerad behandling skulle förnyas.

Lesbisk kvinna, 46 år. ”Han (läkaren) sa det ganska direkt där när han hörde att jag var gay ’jaha, har du tagit hiv-test?’ Och då sa jag ’nej, varför skulle jag göra det?’. Han hade vart på konferens i London och man menade då att hiv är underdiagnostiserat även i Sverige och då sa jag att ’men lesbiska kvinnor är den grupp som har minst risk för hiv’”.

Liknande överfokusering på sexuell orientering och riskgruppstillhörighet är en vanlig upplevelse bland homosexuella män och illustreras av följande berättelse:

Bög, 25 år. ”Exempelvis när jag var 16 var jag utsatt för en våldtäkt av en annan man. Och när jag gick till vården dagen efter, så fokuserades allt på riskerna kring hiv/STI och det farliga i att ha oskyddat sex. Det blev en slags föreläsning om könssjukdomar där jag infantiliserades till att vara 10 år och okunnig att jag valde att då inte ta upp något med våldtäkten.

Man blir reducerad till en riskgrupp. Och den riskgruppen har det lagts ner mycket tid och resurser på i möten mellan olika instanser men det sipprar ner väldigt lite till det praktiska.

Så det är delvis en politisk märklig fråga där bemötande inte alltid funkar.”

Att den sexuella orienteringen/könsidentiteten kommer i fokus i möte med vården när detta är irrelevant för anamnes och behandling och att få för närgångna frågor var något som en intervjudeltagare beskrev som en gränsförskjutning för det privata som öppna lhbtq-personer får vara med om.

Transkille, 30 år. ”Det handlar väl om det där att om du kommer ut för någon som H eller B eller T så förskjuts de gränserna för vad som är privat hos normpersonen gentemot avvikaren. De (vårdpersonal) kan inte förstå att de gör det övertrampet, de tycker liksom att man är allmångods, speciellt när man är trans, då är man allmångods. Det är väldigt sällan någon inte frågar och undrar vad det är för något och ställer tusen frågor som man ibland inte orkar svara på, för man orkar inte vara deras utbildare. Speciellt inte om man ska komma och prata i terapi så vill man inte vara den som utbildar personen.”

Av dem som varit med om negativt bemötande svarade 26,7 procent att de blivit ifrågasatta. Enkätfrågan exemplifierades med att inte bli respekterad för sina val (Figur 9). Ifrågasättande bemötande beskrevs i intervjuerna som

att icke-heterosexualitet behandlades som en fas, som något som kan gå över till bisexualitet eller rentav heterosexualitet. Det kunde också handla om att som patient fråga efter lhbtq- specialiserade mottagningar och få personliga åsikter tillbaka istället för korrekt information. En intervjudeltagare berättade att hon och hennes partner frågade om föräldragrupper för samkönade par under inseminationsprocessen:

Lesbisk kvinna 26 år. ”Men vi frågade i alla fall henne då, vi har hört att det kanske finns någon sån i Askim och hon bara ’ja, jag förstår inte varför det ska vara så himla speciellt med det här, då vill man bli accepterad och sen så vill man ändå ha specialbehandling!”

Specialbehandling av lhbtq- personer var något som många intervjudeltagare återkom till. Många såg specialmottagningar som en tillfällig lösning som skapar utrymme för lhbtq- personers villkor och där det finns en särskild kompetens. Däremot ville de flesta intervjuade hellre se att kompetensen sprids genom all verksamhet så att lhbtq-personer kan känna sig trygga och väl bemötta var de än vänder sig.

En intervjudeltagare uttryckte skillnaden mellan att ha och att inte ha tillgång till sina rättigheter på följande sätt angående just specialbehandling:

Transkille, 30 år. ”Det är många som har fått för sig att det ska vara specialbehandling, folk verkar inte förstå att det handlar om lika rättigheter för att de ser inte de rättigheter som de redan har. Så det är väl därför de tror att det är specialrättigheter när det tas upp, för de förstår inte att de själva har haft dem hela tiden och haft den privilegierade ställning de har som cis-person och hetero och vit och västerlänning.”

8.3.5 Direkt kränkning och negativ särbehandling

I enkätfrågorna skildes kränkning och negativ särbehandling åt. Direkt kränkning exemplifierades med att bli medvetet och avsiktligt nedvärderad medan negativ särbehandling exemplifierades med att inte tas på allvar eller att uppleva en nedvärdering av ens person (Figur 9). Anledningen till detta var att fånga skillnaden i hur diskriminering kan ta sig uttryck och hur detta upplevdes av de tillfrågade med fokus på avsiktligheten i kränkningen/särbehandlingen.

Många av de intervjuade upplevde negativt bemötande som kränkande. Ju grövre övertramp på individens integritet eller mer uttalat och direkt avståndstagande/ ifrågasättande eller homo-/transfobiskt bemötande desto kraftfullare upplevelse av kränkning.

Ett enkätsvar: ”För speciellt i sjukvården då man oftast är sårbar kan ett dåligt bemötande vara fruktansvärt att uppleva.”

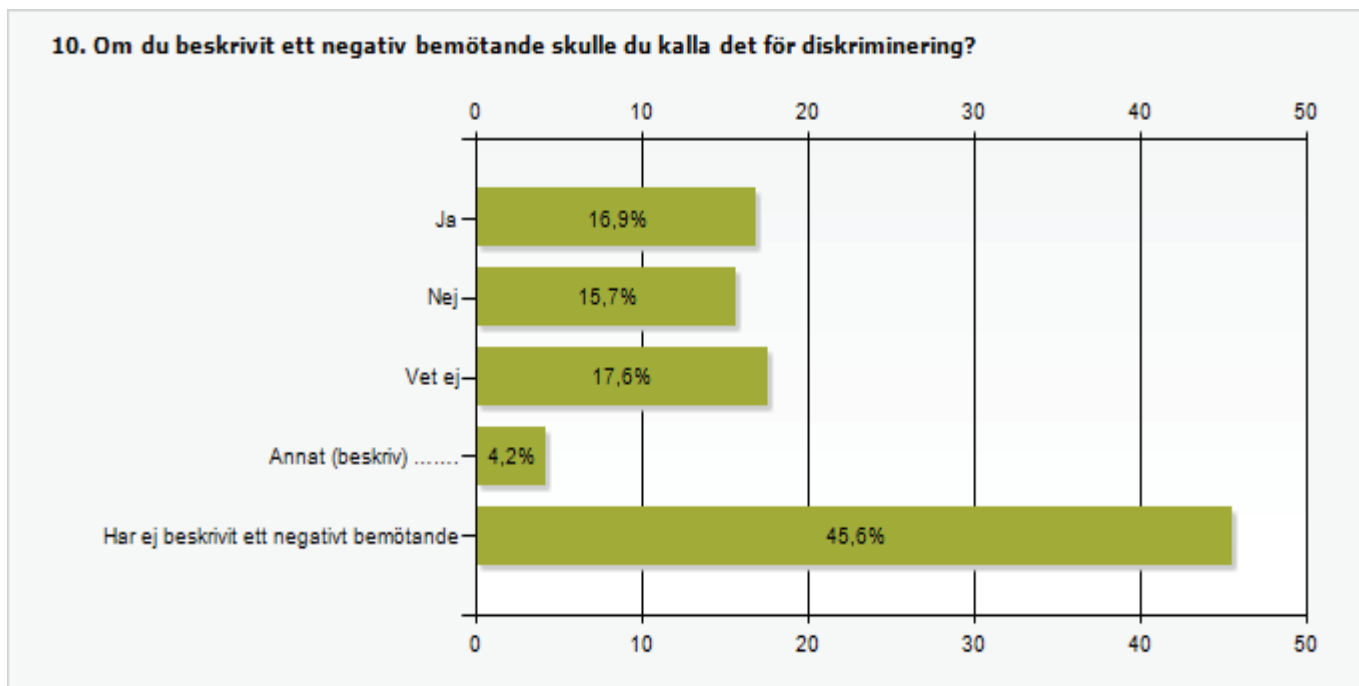
Alla de intervjuade definierade dock inte negativt bemötande som kränkande och ännu färre använde begreppet diskriminering för att beskriva situationen. Fler av enkätsvaren kring negativt bemötande angav negativ särbehandling (25,3 procent) jämfört med en direkt kränkning, 18,7 procent.

För att kunna peka ut en negativ särbehandling måste man ha kunskap om hur andra, som inte identifierar sig som lhbtq, bemöts och därför var den frågan svår att svara på för många av de intervjuade. Några benämnde det dock som negativ särbehandling då handlingen eller uttalanden varit uppenbart skild från hur heterosexuella/cis-personer blivit bemötta.

Att kränka någon kan i vid bemärkelse vara att förolämpa, att såra eller att inkräkta på en persons integritet och privatliv. Att känna sig kränkt är en subjektiv upplevelse av en relationell situation. Vissa kände sig kränkta av ett negativt bemötande men andra inte utan benämnde det på andra sätt (som ett "tokigt bemötande, okunnighet" etcetera).

Då så få personer i intervjustudien identifierade negativt bemötande som diskriminering har denna fråga skilts ut i enkäten och ligger separat (Figur 10). Av de tre alternativen "ja", "nej" och "vet ej" i denna fråga fördelade sig svaren i tre ungefär lika stora delar. De som svarat annat och själva benämnt det negativa bemötandet kallade det till stor del för okunnighet, medan några menade att oavsiktligt negativt bemötande inte kunde kallas diskriminering. Detta överensstämmer med intervjudeltagarnas egna reflektioner kring frågan. Att benämna en kränkning som diskriminering verkar vara ett stort steg för många medan det enligt ett rättighetsperspektiv kan vara fråga om just detta då det kopplas till en diskrimineringsgrund. När negativt bemötande blir kränkande mot en grupp eller enskilda individer på grundval av sexuell orientering eller könsidentitet är det fråga om diskriminering. Effekten av diskriminering är en begränsning av gruppens/individens rättigheter.

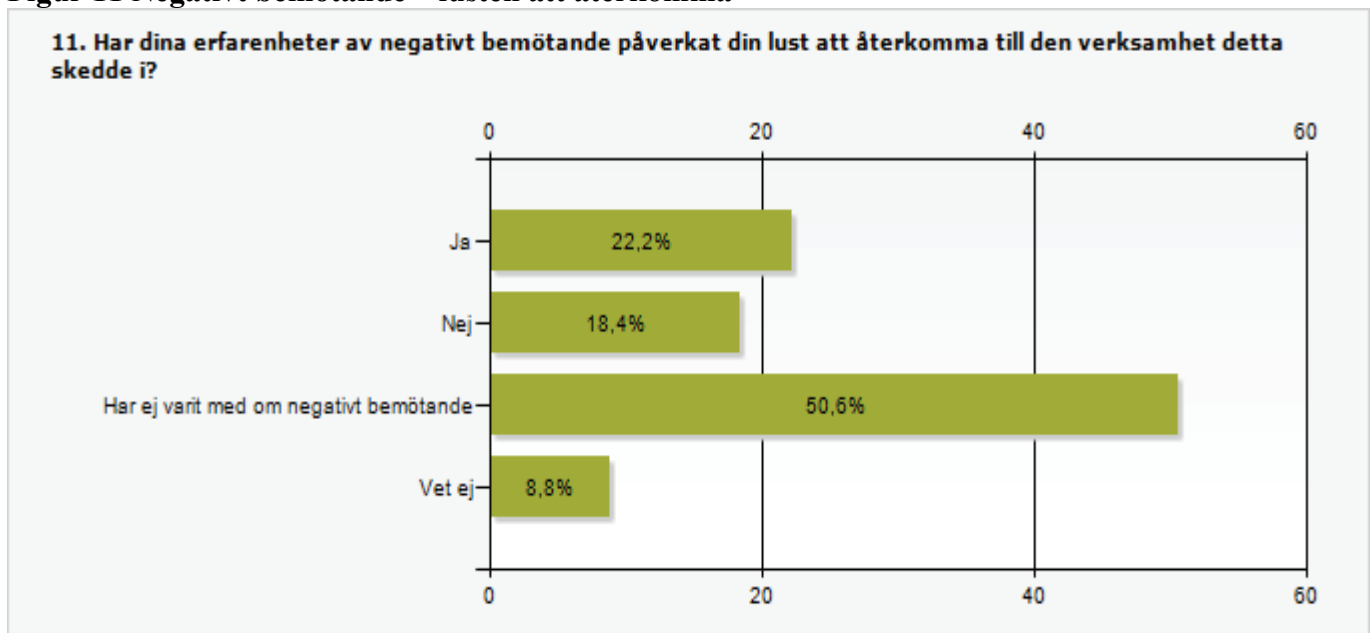
Figur 10 Förståelse av diskriminering



Eftersom handlingen bakom diskriminering inte behöver vara avsiktlig kan även ett heteronormativt bemötande grundat i okunnighet ha en diskriminerande effekt. Ett flertal av de intervjuade uppgav att kränkande bemötande gjorde att de drog sig för eller helt undvek att uppsöka samma eller liknande verksamhet igen av rädsla för upprepade kränkningar.

I enkäten såg förhållandet mellan negativt bemötande och lust att återkomma ut enligt Figur 11. Om man räknar bort dem som inte varit med om negativt bemötande svarade 45 procent att lusten att återkomma påverkats av negativt bemötande. Enligt samma omräkning svarade 37 procent att det inte påverkat deras lust att återkomma och 18 procent svarade ”vet ej”. Det är just detta förhållande, mellan det negativa bemötandet i termer av kränkning/diskriminering och oviljan att återkomma till denna verksamhet, som tydligt pekar ut effekten av diskriminering - en minskad tillgång att utöva sina rättigheter.

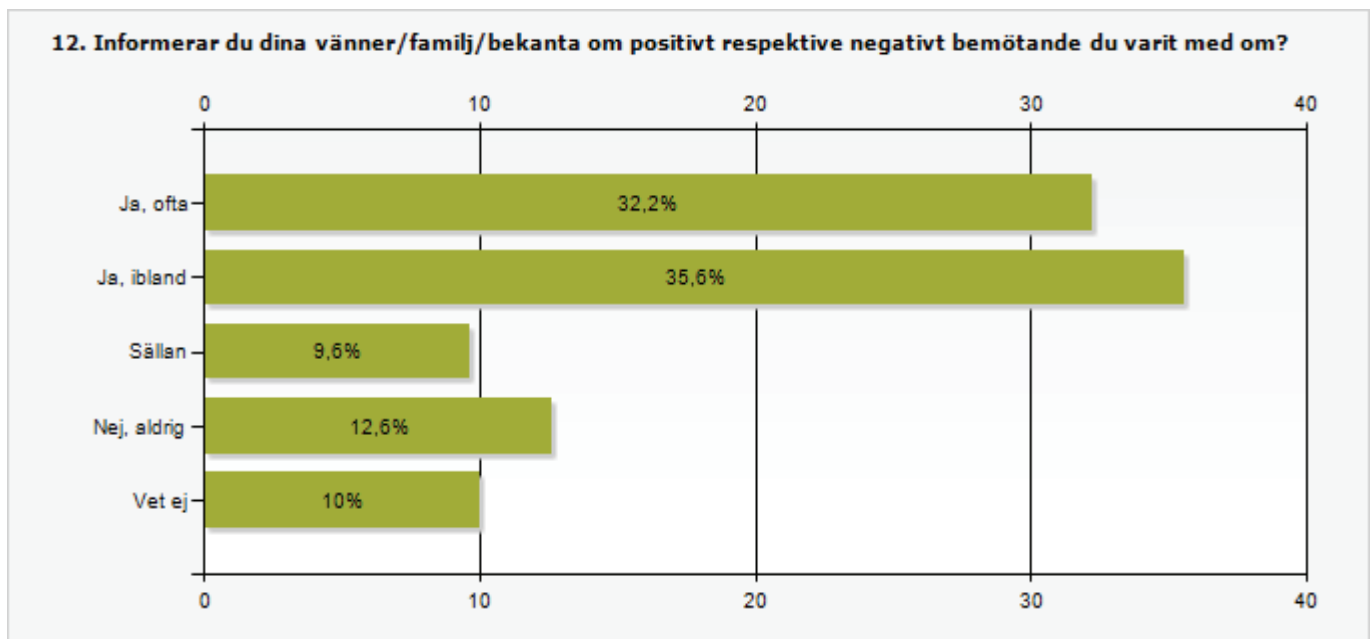
Figur 11 Negativt bemötande – lusten att återkomma



Som tidigare studier visat har lhbtq-personer en benägenhet att sprida information om bemötande till sin omgivning³⁹. Hela 67,8 procent av enkätens svarande uppgav att de ofta eller ibland informerade vänner/familj/bekanta om positivt respektive negativt bemötande (Figur 12). Det finns alltså anledning att tro att verksamheter som inte lyckas med ett icke-diskriminerande bemötande på sikt får dåligt rykte. När det gäller vårdverksamhet som är svårt att välja bort kan det leda till att lhbtq-personer som själva inte blivit diskriminerade i den verksamheten ändå drar sig för att uppsöka vården eller känner stress och oro inför ett vårdbesök.

³⁹ Börjeson Kristina, *Våningssäng på bröllopsresan*.

Figur 12 Information till vänner och familj



8.3.6 Mottagningspecifik problematik

Bland de intervjuades berättelser finns några särskilda problem i vården gällande lhbtq- kompetens som är värda att lyfta fram.

I kontakt med psykolog, kurator eller psykoterapeut berättade intervjudeltagarna vid upprepade tillfällen om att den sexuella orienteringen/könsidentiteten problematiserades helt oavsett på vilken grund vårdkontakten skapades. Det är ett exempel på hur lhbtq-personers identitetsskapande kopplas ihop med sjukdom och riskbeteende⁴⁰ som kränker individen och gör att terapeuten förlorar förmågan att hjälpa och stödja.

Hos gynekolog eller hud-/könsmottagning och ungdomsmottagningar saknades ofta kompetens om smittspridning av könssjukdomar bland kvinnor som har sex med kvinnor (KSK) och män som har sex med män (MSM) behandlades inte sällan som smittbärare av hiv och tillhörande en riskgrupp. Utöver detta fanns en stark heteronormativ kultur i allt från språkbruk, föreställningar om sexuell praktik bland icke-heterosexuella och standardiserade frågeformulär. Dessa berättelser stämmer överens med tidigare studier på området.⁴¹

⁴⁰ Westerståhl Anna, *Genusperspektiv i grundutbildningarna vid Sahlgrenska Akademin. Strategier för förändring.*

⁴¹ Se till exempel Hansson & Lindblom, Ungdomsstyrelsens rapport HON HEN HAN.

Föregående forskning har också visat svårigheter att integrera medföräldern bland lesbiska par i inseminationsprocesser. En intervjudeltagare beskrev det så här:

”Det är någonting som vi båda har reagerat på. Jag har fått kämpa väldigt mycket för att framhäva mig. En annan sån där incident som hände när vi var på det där första besöket det var ju att då skulle min partner göra ett ultraljud, det var liksom inget snack om att jag ville kanske sitta med henne och hålla henne i handen eller någonting utan jag fick sitta utanför och liksom rulla tummarna och kände mig väldigt exkluderad ur det sammanhanget.”

Lesbisk kvinna, 26 år. ”Den kompetensen som jag upplever saknas det är en förståelse av vad det innebär när ett samkönat par skaffar barn och hamnar i deras process. För oss är ju det bara någonting positivt att vi har kommit fram! Det är någonting som vi liksom har längtat efter i ett och ett halvt år och vi ser inte det som ett problem att vara där, vi ser det som en möjlighet. Så vi kommer ju dit med väldigt mycket glädje och hopp. Som jag känner inte riktigt har fått utrymme och det är ju, tycker jag, bara en förlust. För det hade man ju kunnat sprida liksom, till personalen när man möter dem.”

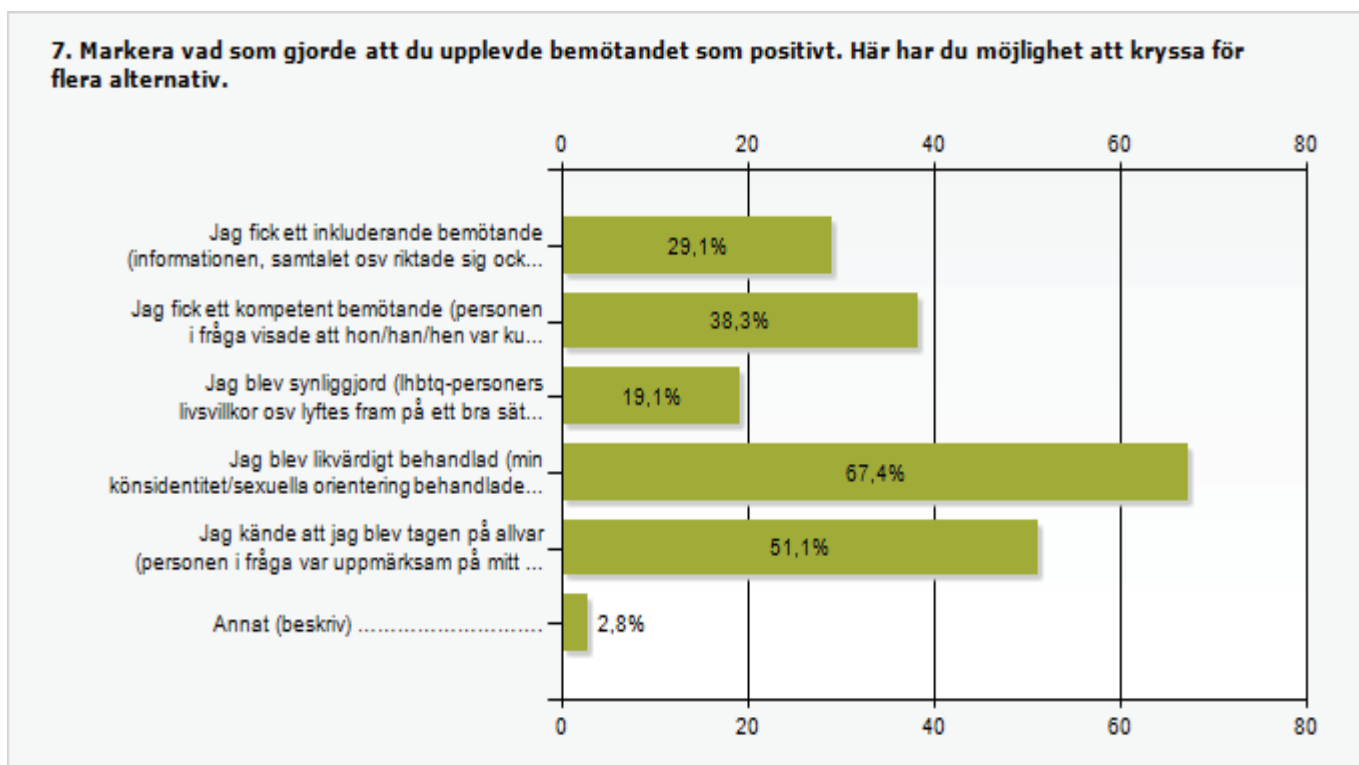
8.4 Positivt bemötande

De flesta som deltog i intervjustudien hade erfarenheter av positivt bemötande trots att de primärt berättade om det negativa. Två stycken deltog enbart med positiva berättelser och gav exempel på ett inkluderande sätt från personalens sida. Det kunde handla om att se den samkönade partnern som just en partner, att inte utgå från heteronormen i språkbruk och förfarande, att ha välkomnande symboler som en regnbågsflagga i receptionen. Detta signalerade att det fanns en viss kompetens och att öppenhet inte behövde vara ett risktagande.

I enkäten svarade 148 personer om upplevelser av positivt bemötande, antingen som enbart positiva eller som både positiva och negativa (Figur 5, sidan 23). En övervägande del beskrev bemötande i vården och mer än en fjärdedel hade varit med om positivt bemötande i kulturverksamhet (Figur 6, sidan 21).

Positivt bemötande listades i fem olika kategorier med förklaringar samt möjlighet att med egna ord beskriva ett sådant (Figur 7). Egna beskrivningar handlade bland annat om en respektfull polis (som faller utanför vårt område) och ett bra bemötande av en sjuksköterska som uppmärksammade en samkönad partner som just partner. Att bli likvärdigt behandlad exemplifierades med att personens könsidentitet/sexuell orientering behandlades med respekt och med samma attityd som till andra och 67,4 procent av dem som varit med om positivt bemötande uppgav denna erfarenhet. Att bli tagen på allvar exemplifierades med att personalen var uppmärksam på problemet/ärendet och 51,1 procent av dem som varit med om positivt bemötande delade denna erfarenhet.

Figur 7 Positiva möten - upplevelser



På grund av att texten i detta diagram skymms av figuren skrivs hela frågeställningarna ut:

- Jag fick ett inkluderande bemötande (informationen, samtalet osv riktade sig också till mig som lhbtq-person)
- Jag fick ett kompetent bemötande (personen i fråga visade att hon/han/hen var kunnig och/eller respektfullt intresserad av lhbtq-frågor)
- Jag blev synliggjord (lhbtq-personers livsvillkor osv lyftes fram på ett bra sätt)
- Jag blev likvärdigt behandlad (min könsidentitet/sexuella orientering behandlades med respekt och med samma attityd som till övriga)
- Jag kände att jag blev tagen på allvar (personen i fråga var uppmärksam på mitt problem/ärende osv)
- Annat (beskriv).

8.4.1 Kunskap och kompetens kring lhbtq

De tre första frågorna (Figur 7) handlade om inkluderande och kompetent bemötande samt att bli synliggjord. Dessa kan slås ihop till kunskapsfrågor om lhbtq. Av dem som varit med om positivt bemötande uppgav 29,1 procent ett inkluderande bemötande vilket exemplifierades med att informationen eller samtalet också riktade sig till lhbtq-personen. Ett inkluderande bemötande är motsatsen till ett heteronormativt bemötande; det är ett öppet förhållningssätt som välkomnar individer oavsett deras sexuella orientering eller könsidentitet, det utgår inte från heteronormativa

föreställningar/språkbruk/information etcetera och det bjuder in till samtal och öppenhet.

Lesbisk kvinna, 31 år. ”Hon (barnmorskan) fungerade väldigt bra för oss och det kändes som att hon var mån om att inkludera min partner fast inte på ett ivrigt, överambitiöst sätt utan mer som jag tänker att det är bra att göra.

De (på MVC) använde nog mycket det språkbruket i och för sig, att de pratade om mammor och pappor men jag upplevde inte att vi blev osynliggjorda i det utan mer att det var ju statistiskt mest så det såg ut men vid några tillfällen så sa hon ’eller den som inte är gravid’.”

Ett inkluderande och könsneutralt språk kan vara en liten justering från personalens sida som kan betyda mycket för en lhbtq-persons upplevelse av besöket.

Ett kompetent bemötande exemplifierades i enkäten med att personalen visade att hon/han/hen var kunnig och/eller respektfullt intresserad av lhbtq-frågor och detta hade 38,3 procent upplevt.

Att visa kunnighet är helt enkelt att förmedla den specifika kunskap om lhbtq-frågor som krävs i en given situationen. Att vara respektfullt intresserad av lhbtq-frågor är att kunna på ett icke påträngande och krävande vis ställa relevanta frågor där kunskap saknas, utan att göra lhbtq-personen till utbildare eller att individens integritet kränks.

Av dem som varit med om positivt bemötande svarade 19,1 procent att de blivit synliggjorda och beskrev detta som att lhbtq-personers livsvillkor lyftes fram på ett bra sätt.

Denna kunskapsfråga - att ha förståelse och insikt i lhbtq-personers livsvillkor - är kanske den djupaste kunskapen i lhbtq-frågor och har beskrivits genomgående i rapporten som förståelsen kring det specifika och särskilda i lhbtq-personers liv. Att ha kunskap kring hur en heteronormativ kultur verkar på lhbtq-gruppen i form av diskriminering, utsatthet och andrafiering är grundläggande och ger verktyg för att se individens behov bortom normer kring kön och sexuell praktik.

8.4.2 Symboler som välkomnar

Något som beskrevs i positiva ordalag av de intervjuade var symboler som välkomnar lhbtq-personer. Det kunde vara en regnbågsflagga i receptionen, information som riktade sig till lhbtq-personer eller affischer, tidningar och andra rumsliga tecken som antingen direkt tilltalade lhbtq-personer eller signalerade icke-heteronormativitet.

Lesbisk kvinna, 31 år. ”Och så var det fint när vi kom dit för de hade en liten regnbågsflagga som stod i receptionen på disken, det kändes ändå väldigt fint tyckte jag, det var en fin gest.”

Men på samma sätt som en regnbågsflagga kan signalera lhbtq-kompetens kan den också göra lhbtq-personer besvikna om personalen inte lever upp till den förväntade kunskapen symbolerna talar för. Det räcker alltså inte med att sätta upp en regnbågsflagga om kunskapen inte är så bred att alla individer ur lhbtq-gruppen kan förvänta sig bli kompetent bemötta.

9. Hälsning från deltagarna till politikerna i Västra Götalandsregionen

”Alla behöver ha öppna ögon för att vi finns precis framför dem! Jag tror att politiker ofta inte har en aning om att vi finns precis framför dem”.

Så svarade en enkättagare på frågan vi ställde om de ville framföra något till politikerna i Västra Götalandsregionen. Svaren gav ett gediget och entydigt material som kan sammanfattas i följande teman: kunskap, bemötande, lagar och rutiner och specifika rutiner i vården. De två sista temana ligger något utanför vårt påverkansområde men har ändå beröringspunkter med bemötandefrågor.

9.1 Kunskap

Allra mest efterfrågat var större kunskap och kompetens kring lhbtq-frågor i samtliga Västra Götalandsregionens verksamheter. I intervjustudien uttryckte en deltagare sin önskan om ökad kompetens på följande vis:

Transkille, 30 år. ”Att man inte säger att man är hbt-kompetent när man menar H:et och B:et. För det tycker jag händer väldigt, väldigt ofta och det att man vajar den här lilla regnbågsflaggan så himla högt och så hoppar man jämfota och så säger man ’vi kan hbt nu’ och sen så vet de inte skillnaden mellan transvestit och transsexuell. Att folk förstår att det berör alla, alltså står man där med en patient bör man ha koll, samma gäller om personen är muslim eller vad som helst som inte är normen så bör man ha någon form av grundkoll.”

Ett annat önskemål var att lhbtq-utbildning av personal borde göras obligatoriskt för att säkerställa att kunskapen genomsyrar samtliga verksamheter. Särskilt vårdpersonal borde få mer och bättre utbildning och många efterfrågade inte bara en teoretisk kompetens utan också praktisk eftersom vårdpersonal träffar människor i en rad olika situationer. Lhbtq-certifiering av vårdverksamhet efterfrågades såväl på större som på mindre orter. Vad gäller vårdens kliniska kompetens framstod gynekologisk verksamhet som särskilt viktigt att rikta utbildningsinsatser till. Kunskap kring testning och smittspridning av könssjukdomar bland KSK beskrevs också som bristfällig i många fall.

9.2 Bemötande

Bemötandefrågor i vården och utsattheten som patient var inte bara centralt för intervjudeltagarna utan nämndes specifikt även bland de svarande i enkäten. Ett icke-diskriminerande bemötande av lhbtq-personer är naturligtvis avhängigt kunskapsnivån men en återkommande, enkel

uppmaning från enkäten var att personal aldrig ska utgå från att den man möter är heterosexuell.

9.3 Lagar och rutiner

I såväl intervjustudie som enkätundersökning efterfrågades förändring av lagar och rutiner, framför allt gällande områdena adoption, inseminering, könsidentitetsutredningar och blodgivning.

Önskemål om ett underlättande av adoptioner för samkönade föräldrar framfördes via enkäten och i intervjustudien framkom synpunkten att även närståendeoptioner för lesbiska par som insemineras utomlands borde likställas med internationella adoptioner. Förfarandet idag gör nämligen att medföräldern inte kan ansöka om närståendeoption förrän barnet har fötts och för en av de intervjuade innebar det att medföräldern inte var juridisk förälder förrän barnet var 8 månader. Om den biologiska mamman förolyckats under tiden hade vårdnadsfrågan alltså varit oklar.

Att båda kvinnorna i ett par bör få lika möjligheter till inseminering var ett önskemål som fördes fram i enkäten. Landstingen har idag olika regler kring hur många försök paret får, hur dessa fördelas mellan kvinnorna samt till vilken kostnad. I Västra Götalandsregionen gäller dock att om det inte lyckas med den första tilltänkta får man byta person att inseminera, men antalet inseminationsförsök är begränsat till sex försök/par.

Kritik framfördes gällande könsidentitetsutredningar (som bedrivs på Lundströmmottagningen i Alingsås inom Västra Götalandsregionen) och högst upp stod kritiken mot steriliseringskravet (som är under förändring i skrivandets stund). Den långa utredningstiden fick kritik för att vara alltför psykiskt påfrestande för individen och det framfördes som viktigt att lyssna på transpersoners egna berättelser om könsidentitet, kropp och rättighetsanspråk. Via enkäten framkom önskemål om blodgivning även för MSM. Fram till 2010 var detta inte tillåtet då MSM klassificerats som särskild riskgrupp för hiv-spridning. Sedan dess har regeln ändrats och från och med januari 2012 har vissa blodcentraler inom Västra Götalandsregionen, som första landsting i Sverige, öppnat för prövning av MSM som blodgivare. MSM och personer som sålt sex har tidigare varit avstängda från blodgivning på livstid men kan nu få möjligheten att lämna blod efter en karenstid på 12 månader från senaste smittorisktilfället.⁴²

9.4 Specifika rutiner i vården

Testning av STI och hiv fick kritik både via enkät och intervjuer. Lesbiska kvinnor upplevde i många fall en stor kunskapslucka gällande smittspridning av STI mellan KSK och för MSM handlade det om att bli reducerad till riskgrupp för hiv. Vad som framkommit i denna studie är att

⁴² Se pressmeddelande från Geblod.nu: <http://geblod.nu/press/blodcentralerna-oppnar-upp-for-man-som-haft-sex-med-man-att-provas-som-blodgivare/>

lhbtq-personer upplevt sig kränkta i bemötandesituationer vid STI/hiv-testning då de stigmatiserats som i huvudsak potentiella smittbärare. Detta gällde även lesbiska kvinnor, trots att de inte tillhör en identifierad riskgrupp i detta avseende. Ett ytterligare problem gällande hiv var att personer som inte är öppna lhbtq hade mött ifrågasättande när de på eget initiativ bett om hiv-testning. Antaganden kring vem som befinner sig i risk för smitta eller spridning enligt heteronormativa perspektiv riskerar att å ena sidan stigmatisera en grupp och å andra sidan att missa testning av en annan (till exempel unga och heterosexuella).

10. Diskussion

10.1 Metodfrågor

Nedan presenterar vi några synpunkter som man som läsare kan ha glädje av att känna till när man tar del av forskningsresultat som gäller en minoritetsgrupp som lhbtq-personer.

För det första utgör de som svarar på riktade enkäter eller deltar i intervjuer inte en representativ del av hela gruppen och det går därför egentligen inte att generalisera till hela minoritetsgruppen. Detta görs dock ganska ofta. Däremot får man information om relevanta frågor från dem som svarat och eftersom en mängd olika studier rapporterar liknande svar kan man dra slutsatsen att dessa är relevanta och viktiga i sig (för en del av lhbtq-gruppen). Men man ska undvika att tänka i termer av till exempel att XX antal procent i lhbtq-gruppen någon gång har försökt att ta livet av sig. Detta kan leda till onödigt stigmatisering av gruppen och eländesskildringar som medför att lhbtq-personer inte känner igen sig och detta gäller inte minst unga personer.⁴³

För det andra är svarsfrekvensen från lhbtq-personer mycket låg i de relativt få populations-undersökningar som inkluderat frågor om sexuell orientering. Detta har hittills alltså inte varit någon lösning på metodproblemet och det finns många orsaker till det; alltifrån rädsla hos dem som svarar för bristande säkerhet vad gäller anonymitet till brist på svarsalternativ vad gäller sexuell orientering och kön. Det blir därför svårt att med säkerhet kunna dra slutsatser kring skillnader till exempel mellan lesbiska kvinnor och homosexuella män eller mellan olika transidentiteter. Det behövs alltså studier med mycket högt antal deltagare för att nå statistisk säkerhet och detta problem har också diskuterats internationellt.⁴⁴

För det tredje finns ofta ett underliggande antagande i studier att lhbtq-gruppen är en homogen grupp medan den i själva verket består av ytterst olika individer med till exempel relativt fast könsidentitet (män och kvinnor) och personer med en annan eller mer flytande sådan. Livsvillkoren för en lesbisk kvinna och för en homosexuell man är olika i alla samhällen och hänger ihop med deras olika positioner som män eller kvinnor men med en gemensam icke-heterosexuell orientering. Livsvillkoren för dem som överskrider könsgränser är först och främst beroende av en från normen avvikande könsidentitet där den sexuella orienteringen kan variera. Populationsundersökningar eller enkätstudier har hittills varken ägnat tid åt

⁴³ Savin- Williams, Ritch. "A critique of research on sexual-minority youths", *Journal of Adolescence* 2001;24:5-13 och Haas Ann P et al. "Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual and transgender populations: review and recommendations", *Journal of Homosexuality*, 2011;58:10-51.

⁴⁴ Malterud Kirsti mfl.. Epidemiological research on marginalized group implies major validity challenges; lesbian health as an example. *J Clin epidemiol* 2009(62);7:703-10.

förarbete med svarsalternativ eller utrymme i frågeformulären för att kunna fånga in dessa viktiga omständigheter.

Den studie som vi nu presenterar inom Västra Götalandsregionen är givetvis behäftad med flera av dessa urvalsproblem och andra begränsningar, till exempel att den med nödvändighet är liten. Vi har dock försökt kompensera detta genom att dels relatera till internationell och svensk forskning och de bemötandeproblem som rapporterats vara relevanta, dels genom att kombinera två metoder - intervju och enkät - för att bredda vårt urval, vårt sätt att kunna ställa frågor och våra frågeområden.

10.2 Bemötande - upplevelsen av kränkningar och svårigheten att anmäla

Att uppleva en kränkning är något individen bär med sig efter besöket, ofta under lång tid. Det förblir för det mesta olöst och skapar frågor kring ansvar och skuld för den som upplevt detta. I alla vårdsituationer finns ett tydligt maktförhållande mellan vårdgivare och vårdtagare vilket kan få stor betydelse för individen. De intervjuade beskrev relationen till vårdgivare som känslan av att vara utsatt; att inte ha kontrollen över beslut som fattas om den egna kroppen och hälsan; att lämna ut privata delar av sitt liv, sin kropp och sin sexualitet till en främling. Att sedan bli kränkt i denna situation och oförmögen att skjuta det ifrån sig skapade känslor av frustration och maktlöshet. Det speciella med negativt bemötande i vården är att kränkningen kan sätta sig i kroppen. Att känna avståndstagande eller ifrågasättande från någon som sedan skall undersöka en, kanske ta på ens kropp eller genomföra intima undersökningar kan vara en upplevelse som lämnar spår.

Många av de intervjuade berättade om en förtroendekris för professionella vårdgivare när de upplevt allt från okunnighet och ifrågasättande till grov kränkningar. Några resonerade kring ansvarsfrågan och möjligheten att anmäla kränkningar och diskriminering till högre instanser. Av dem som upplevt kränkande bemötande var det många som funderat över valet att anmäla men väldigt få har gått vidare. Det fanns olika anledningar till detta men gemensamt var att man tvivlade på att bli trodd och var rädd för att ord skulle komma att stå mot ord. Möjligheten att vinna en sådan tvist ansågs helt enkelt vara för liten för att orka driva processen.

Dessutom berättade flera i intervjuerna om de subtila negativa reaktionerna vid öppenhet. Det kunde handla om skiftande stämningar, kyla i mötet, höjda ögonbryn, ogillande minspel eller avståndstagande kroppsspråk. Denna typ av bemötanden är svåra att driva som diskrimineringsärenden och hade heller inte kunnat fångas upp i en enkät. De personliga berättelserna har därför en särskild betydelse i studien.

10.3 Tillgången till rättigheter

Som visats i rapporten har många upplevt kränkande bemötande utan att kalla det för diskriminering. Vår bedömning är att det handlar om diskriminering då kränkande bemötande förekommer på grund av den

undersökta gruppens sexuella orientering och/eller könsidentitet. Att studien i linje med tidigare forskning visar att det i många fall leder till en minskad tillgång till rättigheter skall betraktas som en allvarlig konsekvens av diskriminering.

Diskriminering kan som beskrivits i inledningen vara både avsiktlig och oavsiktlig, institutionell, strukturell och individuell. Det är svårt att avgöra avsiktligheten på grund av studiens begränsningar men det viktiga är att hålla i minnet att även oavsiktlig kränkning som kommer av okunnighet har samma effekt som avsiktlig och är därmed lika viktig att ta tag i.

Rätten till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa, rätten till utbildning, rätten att fritt delta i samhällets kulturella liv och rätten att fritt förflytta sig är de rättigheter som analyserats i bemötandesituationer kopplat till respektive verksamhet inom Västra Götalandsregionen. Som visats i enkäten var kollektivtrafiken det område, efter vården, där flest upplevt kränkande bemötande, medan kulturverksamhet kom på andra plats (efter vården) i positivt bemötande.

I studien fanns ett samband mellan ett kränkande bemötande och ovilja att återkomma till verksamheten. Sambandet visade sig starkt i intervjustudien med fokus på vården men även i enkäten svarade nästan hälften av dem som upplevt negativt bemötande att det påverkat lusten att återkomma. Detta förhållande kan antas gälla i olika hög grad i samtliga verksamheter, som även tidigare studier genomförda inom området bemötande av lhbtq-personer visat.⁴⁵

Viljan att återkomma hänger alltså samman med upplevelsen av kränkning, vars effekt visats vara större när den sker i myndighet än den i till exempel en kulturinstitution.⁴⁶

Om man ser till rapporterade kränkningar i studien blev alltså rätten till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa mest begränsad för lhbtq- personer följt av rätten att fritt förflytta sig.

Mest alarmerande framstår sambandet mellan kränkning och avbruten vårdbehandling, som flertalet deltagare vittnat om.

Förhållandet mellan negativt bemötande och viljan att återkomma gör det troligt att även tillgången till övriga rättigheter inskränkts, om än inte i lika hög grad som rätten till hälsa. Oavsett den individuella upplevelsen och känslan av kränkning eller viljan att återkomma är kränkande bemötande en del av en diskriminerande struktur som drabbar lhbtq-personer. Att drygt en tredjedel av dem som upplevt negativt bemötande i enkäten trots det svarade

⁴⁵ Kristina Börjeson, *Våningssäng på bröllopsresan*.

⁴⁶ Jonas Frykman (red.), *Diskriminering - ett hot mot folkhälsan*.

att detta inte påverkade lusten att återkomma är glädjande, men minskar inte behovet av att komma till rätta med att det överhuvudtaget förekommer kränkande bemötande.

Diskriminering av lhbtq-personer har visats vara både strukturell och institutionell och verkar genom en heteronormativ kultur som osynliggör och marginaliserar individer med identiteter bortom heterosexualitet och tvåkönsnorm. Den är strukturell i den mening att den är vardaglig, normativ och alltigenom spridd genom samhällets lager (i form av heteronormativitet), institutionell i frånvaron av lhbtq-perspektiv i till exempel policys och kunskapsfrågor och genom specifika rutiner som inte är anpassade till lhbtq-personer. Därför är det viktigt att integrera lhbtq-rättigheter och diskrimineringsgrunderna sexuell orientering och könsöverskridande uttryck/identitet i policydokument och utbildningsinsatser i samtliga av Västra Götalandsregionens verksamheter.

Frågan om ett icke-diskriminerande bemötande grundas i kunskap om rättighetsbaserade arbetsmetoder och en förståelse för hur heteronormativitet påverkar lhbtq-personers rättigheter negativt. Där är ett bra bemötande en viktig förutsättning.

Människorättsbaserade metoder utgår ifrån principerna om icke-diskriminering och deltagande samt kunskap om de mänskliga rättigheterna relevanta för verksamheten. Att bredda denna metod med normkritiska perspektiv på heteronormativitet och med lhbtq-kunskap är viktigt för implementeringen av lhbtq-rättigheter.

10.4 Utbildningsinsatser

Hur ska man då som ansvarig politiker eller chef ta till sig resultaten av denna studie?

Vi uppfattar det som viktigt att genom utbildningsinsatser på olika nivåer använda sig av både de konkreta positiva och negativa erfarenheter som deltagarna förmedlat. Genom de positiva berättelserna får man också bra exempel på hur bemötande ser ut när det fungerar. Det är tydligt att man efterfrågar en djupare kunskap, det vill säga en kunskap som innebär en verklig förståelse av effekten av marginaliseringen av en minoritetsgrupp, effekterna av ett respektfullt respektive ett diskriminerande bemötande och betydelsen av en medvetenhet om vem man själv är och var man befinner sig. Med andra ord kretsar en sådan utbildning kring en dynamisk relation mellan områdena kunskap – bemötande – medvetenhet.

Hur ska utbildningen gå till? Varje utbildning behöver förankras och legitimeras på en arbetsplats och därför bör givetvis chefer på olika nivåer satsa på långsiktig utbildning kring normer, normkritik, diskriminering, rättigheter och mer specifikt i detta fall kring heteronormer. Det är ett arbete över tid där anställda får möjlighet att bli nyfikna, utmanade och inspirerade att själva pröva sig fram i sitt dagliga arbete. Det är avgörande att avsätta tid till både konkreta utbildningsinsatser och till grupparbete och reflektion.

Till vem ska utbildningen riktas? Alla på en arbetsplats bör genomgå en grundutbildning men sedan kan det vara angeläget att fokusera på olika yrkesgruppers behov. Det första intrycket av en verksamhet/vårdinrättning är viktigt och det kan gälla den som svarar i telefonen, sekreteraren i kassan eller den fysiska miljön. I vården följer sedan en serie möten med olika yrkesgrupper som alla spelar en viktig om än tillfällig roll i vård och omsorg av människor. Vissa specialiserade arbetsplatser kan behöva en djupgående kompetens och träning och skaffar sig också mycket erfarenhet att arbeta med. Andra behöver en mer allmän kunskap men kan behöva träning i att se de problem som faktiskt existerar. Utbildningarna bör ingå i samtliga Västra Götalandsregionens verksamheter och ingå i chefsuppdrag men förslagsvis börjar man där intresse finns. En välutbildad arbetsplats kan vara mycket inspirerande för andra, särskilt om utbildningen lyfts fram som den kvalitetsfråga den är.

Vem ska utbilda? Det finns idag både enskilda personer och en hel del organisationer som har kompetens att utbilda i lhbtq- frågor och rättigheter. Bland annat har RFSL en hbt- certifieringsutbildning och Västra Götalandsregionen håller på att ta fram en utbildning i mänskliga rättigheter. Nyligen har också en hbt-diplomering i Västra Götalandsregionens regi startats för vårdverksamheter. Dessutom finns en stor mängd webb-material och några exempel ger vi i bilaga 2. Läs- och utbildningstips.

11. Referenser

Abiri Elisabeth m fl (Delegationen för mänskliga rättigheter), Ny struktur för skydd av mänskliga rättigheter, Statens offentliga utredningar (SOU 2010:70), Elanders Sverige AB, Stockholm, 2010.

Bostwick Wendy B mfl, Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *Am Journal of Public Health* 2010, March, 100(3):468-475.

Börjeson Kristina (2007) [Elektronisk] Våningssäng på bröllopsresan, RFSL 2007.

Finns på: http://www.rfsl.se/public/ff_vaningssang.pdf, senast besökt 2012-03-09.

de los Reyes Paulina, Kamali Masoud (red), Bortom vi och dem- teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering, Statens offentliga utredningar SOU 2005:41, Edita Norstedts tryckeri AB, Stockholm 2005.

Donovan Catherine, A.R Wilson, Imagination and integrity: decision-making among lesbian couples to use medically provided donor insemination *J Cult Health Sex* 2008 (10)7:649-65.

Frykman Jonas (red.), Diskriminering - ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa, Statens folkhälsoinstitut, Rapport nr R 2006:22, Ale tryckteam.

Frykman Jonas (red.), Särbehandlad och kränkt- en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa, Statens folkhälsoinstitut, Rapport nr R 2005:49, Edita, Stockholm, 2006.

Haas Ann P et al. "Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual and transgender populations: review and recommendations", *Journal of Homosexuality*, 2011;58:10-51.

Hansson Jenny, Lindblom Lisa (2009) [Elektronisk], 'Man vill ju bara ha samma bemötande som alla andra' - En kvalitativ studie om bemötande av HBT(Q)-personer på Ungdomsmottagningen, C-uppsats, Göteborgs universitet. Finns på: http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/21682/1/gupea_2077_21682_1.pdf, senast besökt 2012-03-09.

Hardesty 2009, Ristock Janice. Exploring dynamics of lesbian abusive relationships – preliminary analysis of a multisite, qualitative analysis. *Amer J Commun Psychol* (31); 3-4:329-41, 2003.

Holmberg Carin, Stjernqvist Ulrika, Våldsamt lika och olika – om våld i samkönade parrelationer. Rapport 36, Centrum för genusstudier, Stockholms universitet, 2006.

Knöfel Magnusson Anna Det syns inte utanpå men det känns inuti. Om heteronormer och diskriminering i hälso- och sjukvårde., HomO (ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning): Artikelnummer 06-060. HomO, 2006.

Lampic Claudia, Skoog Svanberg A och Sydsjö G, Attitudes towards gamete donation among IVF doctors in the Nordic countries – are they in line with national legislation? J Assist Reprod Genet 2009 (26)5:231-8.

Malterud Kirsti mfl.. Epidemiological research on marginalized group implies major validity challenges; lesbian health as an example. J Clin epidemiol 2009(62);7:703-10.

McCabe, Sean Esteban mfl, Assessments of difference in dimension of sexual orientation: implications for substance use research in a college-age population. J Stud Alcohol, 2005 Sept, 66(5)620-629.

McCabe Sean Esteban mfl (2011) [Elektronisk], Measurement of sexual identity in surveys: implications for substance abuse research. Archives of Sexual Behavior, Online First 14 Maj 2011. Finns på: <http://www.mendeley.com/research/measurement-sexual-identity-surveys-implications-substance-abuse-research/>

Pope Catherine, Mays Nicholas (ed), Qualitative Research in Health Care, BMJ Books, London 2000.

RFSL ungdom (2009) [elektronisk], Att göra synligt- om unga transpersoner och ett bra bemötande, Norra Skåne Offset. Finns på: http://www.rfslungdom.se/sites/default/files/rfslungdomtransbroschyr4enkla_0.pdf, senast besökt 2012-03-12.

Roth N, Boström G & Nykvist K, Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer, Statens Folkhälsoinstitut 2006:08, Elanders Gotab AB, Stockholm 2006.

Röndahl Gerd (2009) [Elektronisk] "Lesbian and gay men's narratives about attitudes in nursing", Scandinavian Journal of Caring Sciences, vol 23 s. 146-152. Finns på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19192241>, senast besökt 2012-03-09.

Röndahl G, Innala S & Carlsson M, (2004) [Elektronisk] "Nurses' attitudes towards lesbians and gay men", Journal of Advanced Nursing, vol. 47 s. 386-392. Finns på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15271157>, senast besökt 2012-03-09.

Röndahl G, Innala S & Carlsson M, (2004) [Elektronisk] "Nursing staff and nursing students emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed", Scandinavian Journal of Caring Sciences vol 18 s. 19-26.

Finns på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15005660>, senast besökt 2012-03-09.

Sandesjö Håkan (2011) [Elektronisk], Vården måste sluta diskriminera patienter, Göteborgsposten/Diskrimineringsombudsmannen 2011-09-02. Finns på: <http://www.do.se/sv/Press/Debattartiklar/Varden-maste-sluta-diskriminera-patienter/>, senast besökt 2012-03-13.

Savin- Williams, Ritch. "A critique of research on sexual-minority youths", Journal of Adolescence 2001;24:5-13.

Socialstyrelsen, Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar- Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd, 2010.

Statens Folkhälsoinstitut, Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Åtterrapporering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer, Rapport nr A 2005:19.

Stenbjörn Cecilia, Wikner Mattias, Olsson Lena, Patientbemötande och diskriminering - policy, åtgärder och uppföljning, Västra Götalandsregionen , Revisionsenheten, Rev 28-2009, 2009.

Stål Jeanette, "En bra transperson är en steriliserad transperson"- om steriliseringskravets funktion och konsekvens i svenska könstillhörighetsutredningar, opublicerad masteruppsats, Göteborgs universitet, 2011.

Sveriges kommuner och landsting (SKL), Landstingens svar på frågor om insemination, dnr. . 08/3271. 2008-10-16. SKL, 2008.

Tiby Eva, Sörgård Anne-Marie, En studie av homofoba hatbrott i Sverige, Forum För Levande Historia, 2007.

United Nations- World Conference on Human Rights, Vienna Declaration and Programme of Action A/CONF.157/23, 1993.

Ungdomsstyrelsen, HON HEN HAN- En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner, Ungdomsstyrelsens skrifter 2010:2.

Werner Caroline, Westerståhl Anna, Donor insemination and parenting: concerns and strategies of lesbian couples. A review of international studies. Acta obstet gyn scand 2008(87)7:697-701.

Westerståhl Anna, Genusperspektiv i grundutbildningarna vid Sahlgrenska Akademin. Strategier för förändring. Rapport 2008, Göteborgs universitet.

12. Ordlista/förkortningar

Andrafrisering – att genom normativ makt och marginalisering göra en grupp till ”de andra” i förhållande till de dominerande ”vi”.

Bisexuell – en person vars begär riktas mot personer av båda kön. Begäret kan innefatta fysisk attraktion, känslomässiga och/eller sexuella relationer eller fantasier.

Cis- person – en person vars könsidentitet, könsuttryck och biologiskt kön upplevs och uppfattas som enhetligt.

Dragkings/- queens – en person som iscensätter motsatt genus tillfälligt och för skojs skull som på fest eller parad.

Heteronormativitet – norm i samhället som påtalar det riktiga och önskvärda i att vara heterosexuell, på rätt sätt. I detta ingår tvåsamhetsnormen och tvåkönsnormen där alla människor förväntas identifiera sig som man eller kvinna med ömsesidigt begär samt kompletterande roller och beteende.

Heterosexuell - en person vars begär riktas mot personer av motsatt kön. Begäret kan innefatta fysisk attraktion, känslomässiga och/eller sexuella relationer eller fantasier.

Homofobi – en ideologi, uppfattning eller medveten värdering hos en individ, en grupp eller ett samhälle och som ger uttryck för en starkt negativ syn på homosexualitet eller på homo- och bisexuella människor

Homosexuell – en person vars begär riktas mot personer av samma kön. Begäret kan innefatta fysisk attraktion, känslomässiga och/eller sexuella relationer eller fantasier.

Intergender – någon som identifierar sig mellan tvåkönsmodellen eller som både man och kvinna.

Intersexuella – en person som föds med yttre eller inre biologiskt kön som inte är enbart kvinnligt eller manligt. Ca ett barn per 1500 föds med intersexuella tillstånd.

KSK - kvinnor som har sex med kvinnor.

Lhbtq – lesbiska, homosexuella, bisexuella, transpersoner, queer.

MSM - män som har sex med män.

Nongender – någon som identifierar sig bortom tvåkönsmodellen, som varken man eller kvinna.

Queer – en identitet som skiljer sig från heteronormen och som förhåller sig kritisk till fasta kategorier rörande kön/och eller sexualitet. En person kan

vara queer i sin sexuella orientering eller könsidentitet. Queer är också ett kritiskt perspektiv på köns- och sexualitetsnormer samt idén om tvåsamhet.

STI – sexually transmitted infection (sexuellt överförbara infektioner).

Transfobi - en ideologi, uppfattning eller medveten värdering hos en individ, en grupp eller ett samhälle och som ger uttryck för en starkt negativ syn på transpersoner.

Transgenderist – en person som mer eller mindre konstant lever i motsatt genus enligt tvåkönsmodellen.

Transperson – paraplybegrepp för transidentiteter. En transperson är någon som fysiskt, psykiskt, biologiskt och/eller socialt inte identifierar sig inom tvåkönsmodellen.

Transsexuell – en person som lever och identifierar sig med motsatt kön och önskar korrigera juridisk könstillhörighet, ibland även med kirurgi och hormonbehandlingar.

Transvestit – en person som ibland, ofta eller alltid vill klä sig som det andra könet (enligt könsnormativa klädkoder) eller använda sådana attribut.

13. Bilagor

Bilaga 1 Intervjuguide

Inledande frågor

- Namn?
- Ålder?
- Boendeort?
- Identifikation med lhbtq-begreppet? Känner du dig hemma med begreppet lhbtq, alternativt använder du annat själv?
- Var ägde mötet rum som du vill berätta om?

Tema bemötande

Vill du berätta om vad du tänkte på när du först kom i kontakt med vår annons?

Frågor att få svar på inom tema bemötande:

- Hade ditt vårdbesök koppling till sexualitet/könsidentitet eller kom det i fokus ändå?
- Positivt/negativt möte?
- Kompetent bemötande?
- Fanns det något som kunde varit bättre i mötet?

Tema öppenhet

Var du öppen med din sexualitet/könsidentitet i mötet?

Om ja:

- Berätta hur du ”kom ut” inför den/de du mötte och hur responsen var?

Frågor att få svar på inom tema öppenhet:

- Vem tog initiativet till öppenheten?
- Trygghet i att vara öppen?

Tema diskriminering

Kände du dig särbehandlad/diskriminerad/kränkt i ditt möte med vården?

Frågor att få svar på inom tema diskriminering:

- Om ja, hur och på vilken grund?
- Om ja, har det hindrat dig alternativt påverkat din lust att söka vård igen?
- Känner du dig osäker på hur bemötandet kommer att bli inför vårdkontakter?

- Finns det något du skulle vilja att vi framförde till politikerna i Västra Götalandsregionen gällande de här frågorna? Vad skulle vi kunna uppmana dem till?

Bilaga 2 Läs- och utbildningstips

Knöfel Magnusson Anna, Det syns inte utanpå men det känns inuti. Om heteronormer och diskriminering i hälso- och sjukvården. HomO (ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning) artikelnummer 06-060, 2006.

NCK (Nationellt centrum för kvinnofrid), Våld i samkönade relationer – en kunskaps- och forskningsöversikt. Eleonora Stolt, NCK-rapport 2009:2

RFSL Ungdom: Att göra synligt- om unga transpersoner och ett bra bemötande. Eddie Summanen & Hedvig Nathorst-Böös, RFSL Ungdom 2009.

Westerståhl Anna, Genusperspektiv på bemötande – ett rum fullt av (o)ordningar. I ”Professionell utveckling inom läkaryrket”. Red Andersson Sven-Olof mfl. 2012 maj Liber AB Stockholm s 141-156.

Weblänkar:

Jämställdhets- och likabehandlingsmetoder för utbildningsverksamhet:
<http://www.jamstallt.se/>

Forum för Levande historia och RFSLs metodmaterial om normer i allmänhet och heteronormer i synnerhet:
<http://www.levandehistoria.se/files/BRYT.pdf>

Ungdomsstyrelsens utredning av unga hbt- personers hälsotillstånd:
http://www.ungdomsstyrelsen.se/ad2/user_documents/HON_HEN_HAN.pdf

Material och övningar i normkritik kring manlighet, för unga:
<http://www.machofabriken.se/>

Katrin Byréus-Hagen, värderingsövningar: <http://www.byreus.com/>

Berit Ås, om härskartekniker:
<http://kilden.forskningsradet.no/c16881/artikkel/vis.html?tid=35132>

Publikationer från rättighetskommitténs kansli

Rättighetskommitténs kansli ger ut publikationer som berör diskrimineringslagstiftningens sju diskrimineringsgrunder, kön, etnisk tillhörighet, trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, könsöverskridande identitet och uttryck samt ålder. Publikationerna kan vara av olika format, men har alla syftet att bredda bilden av och sätta fokus på mänskliga rättigheter i Västra Götaland.

Publikationer i serien

2012:1 ”Jag ska inte behöva outa mig själv varje gång jag har ett samtal”, en rapport om bemötande av lhbtq-personer i Västra Götalands län.

Beställa och ladda ner fler exemplar

Fler exemplar kan beställas hos Adress och Distributionscentrum på www.vgregion.se/bestall. Du kan också ladda ner elektronisk kopia från vår webbplats www.vgregion.se/rattighet-kansli.

