



UMEÅ UNIVERSITET



"DET ÄR FOKUS PÅ RÄTT SAKER"

Hbtq-personers upplevelser av Region Västerbottens hbtq- diplomering

Ida Linander & Maria Nilsson

2021

Institutionen för epidemiologi och global hälsa

Förord

I denna rapport presenteras och analyseras en intervjustudie, som genomfördes år 2021 med hbtq-personer som besökt hbtq-diplomerade verksamheter i Region Västerbotten. Hbtq-diplomeringen är en del av ett långsiktigt och strukturerat arbete med de normer som skapar ojämlik hälsa och inkluderar ett patientperspektiv, arbetsmiljöperspektiv och ett verksamhetsperspektiv. Antalet diplomerade verksamheter inom regionen har ökat ganska snabbt de senaste åren men det har saknats kunskap om hur diplomeringen fungerat ur ett patientperspektiv. Under våren 2021 då mycket annan verksamhet pausats på grund av pandemi fanns en god möjlighet att ställa frågor om upplevt bemötande på hbtq-diplomerade verksamheter. Rapporten ger kunskap om hbtq-personers vårdbehov och synliggör hur Region Västerbotten kan fortsätta sitt arbete för att dessa behov och rättigheter tillgodoses, således bidrar rapporten till en vidareutveckling av hbtq-diplomeringen. Studien skedde på uppdrag av Folkhälsoenheten Region Västerbotten och är genomförd samt författad av Ida Linander (postdoktor) och Maria Nilsson (professor), Institutionen för Epidemiologi och Global Hälsa, Umeå Universitet.



UMEÅ
UNIVERSITET

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	3
BAKGRUND	4
HBQ-DIPLOMERINGAR SOM EN INTERVENTION FÖR MER JÄMLIK TILLGÅNG TILL VÅRD	4
FRAMVÄXTEN AV HBQ-CERTIFIERINGAR OCH DIPLOMERINGAR	5
TIDIGARE RAPPORTER OCH STUDIER OM HBQ-DIPLOMERING	6
BEGREPPSANVÄNDNING	6
SYFTE	7
METOD OCH MATERIAL	8
STUDIEDESIGN	8
REKRYTERING	8
DELTAGARNA	8
INTERVJUERNA	8
ANALYS AV INTERVJUERNA	9
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT	10
UNDVIKA NORMATIVA ANTAGANDEN FÖR ATT FOKUSERA PÅ KUNSKAP OCH VÅRDMÖTETS SYFTE	10
EN MÅNGBOTTNAD UTSATTHET, INOM OCH UTANFÖR VÅRDEN	16
SYNLIGHET, INNEHÅLL OCH OMSÄTTNING TILL PRAKTIK	20
DISKUSSION OCH FÖRSLAG FRAMÅT	24
REFERENSER	26

Sammanfattning

Hbtq-diplomeringen i Region Västerbotten ämnar bidra till ett strukturerat och långsiktigt arbete med hbtq (homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner), normer och jämlikhet inom regionens verksamheter. Detta arbete sker både utifrån ett patientperspektiv, ett arbetsmiljöperspektiv och ett verksamhetsperspektiv. Denna rapport fokuserar på patientperspektivet och fokuserar på upplevelser av hbtq-diplomerade sjukvårdskliniker inom Region Västerbotten.

Inom ramen för studien har 12 intervjuer genomförts med hbtq-personer som har erfarenheter från någon av regionens diplomerade kliniker. Intervjuerna har analyserats med hjälp av tematisk analys.

Intervjuerna representerar olika erfarenheter av regionens hbtq diplomering, men också olika åsikter och perspektiv. Vissa menar att hbtq diplomering är bra och viktigt, något alla kliniker bör genomgå medan andra har en mer avvaktade hållning och delvis problematiserar fenomenet. Men i stort framkommer positiva erfarenheter av kliniker i Västerbotten som hbtq-diplomerats. Hbtq-kompetens beskrivs ofta i relation till bemötandefrågor men det är tydligt utifrån deltagarnas erfarenheter att ett gott möte med vården inbegriper fler aspekter. Förutom vikten av att ett respektfullt bemötande som undviker normativa antaganden kom medicinsk/klinisk kunskap upp och även kunskaper om hbtq-personers livsvillkor. Deltagarna berör flera faktorer som de menar påverkar fler våldsökande men kan få större konsekvenser för hbtq-personer, exempelvis att bo i ett stads- eller landsbygdsområde eller ha invandrarbakgrund. Brist på kontinuitet bland vårdgivare beskrivs tvinga hbtq-personer att komma ut om och om igen och brist på resurser och stressad personal upplevs göra personalen mer benägen att återgå till ett mer normativt bemötande, det vill säga utgå ifrån cis- och heteronormativa antaganden.

Utifrån intervjuerna framkommer förbättringspotentialer. Ibland handlar det om enskilda vårdgivare som behöver fortbildas och ibland behövs det rutiner för att exempelvis dokumentera saker i journalen. En önskan om hbtq-kompetent gynekologisk vård återkommer och det påpekas att det saknas klinisk kunskap om exempelvis STI och risk för cervixcancer i relation till lesbiska sexuella praktiker, även på diplomerade kliniker. Det är viktigt att diplomeringen uppdateras och att alla på kliniken är utbildade, annars skapas en känsla av att diplomeringen inte spelar någon roll. På samma sätt är det viktigt att diplomeringen inte enbart blir symboler och skrivna ord, det är viktigt att klinikerna faktiskt besitter hbtq-kompetens som omsätts i adekvat vård till hbtq-personer.

Bakgrund

Denna rapport fokuserar på upplevelser av hbtq-diplomerade sjukvårdskliniker inom Region Västerbotten. Hbtq-diplomeringen i Region Västerbotten syftar till att initiera ett strukturerat och långsiktigt arbete med hbtq (homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner), normer och jämlikhet inom regionens verksamheter. Detta arbete sker både utifrån ett patientperspektiv, ett arbetsmiljöperspektiv och ett verksamhetsperspektiv. Denna rapport fokuserar på patientperspektivet. I regionens beskrivning av processen framgår det att diplomeringen ska bidra till att förbättra kunskapen om hbtq-personer och deras vårdbehov, och en målsättning om ökad jämställdhet och jämlikhet uttrycks.

Hbtq-diplomeringar som en intervention för mer jämlik tillgång till vård

Hälso- och sjukvårdssystem kan ses som en viktig bestämningsfaktor för hälsan och har, när de fungerar bra, också möjlighet att vara en kompensatorisk institution, och därmed bidra till en mer jämlik hälsa genom att ge mer vård till dem som har större behov (WHO, 2008; En mer jämlik vård är möjligt, 2014). Det är känt att det finns en ojämlikhet i hälsa mellan hbtq-personer och heterosexuella och cis-personer (personer som identifierar sig som det kön som tilldelas vid födseln jämfört med transpersoner), där hbtq-personer är mer benägna att rapportera psykisk ohälsa, vissa STI (sexuellt överförbara infektioner) och vissa cancerdiagnoser (Zeeman et al. 2019). Men i stället för att bidra till minskande hälsoklyftor mellan hbtq-personer och heterosexuella/cis-personer visar tidigare forskning att tillgången till hälso- och sjukvård för hbtq-personer är begränsad på flera sätt, vilket kan bidra till och förvärra ojämlikheterna i hälsa. Här ska tillgång till vård förstås i ett brett perspektiv, att det handlar om allt ifrån att kunna identifiera ett vårdbehov, söka vård, få tillträde till vården och få sitt vårdbehov tillgodosett (Levesque m.fl. 2013). Som vi har visat i tidigare forskning kan uppfyllda vårdbehov förklara en del (25-43%) av ojämlikheten i hälsa mellan heterosexuella och icke-heterosexuella (Gustafsson, Linander & Mosquera, 2017). Hbtq-certifieringar/diplomeringar har använts som en intervention för att förbättra tillgången till hälso- och sjukvård för hbtq-personer. Men om hbtq-certifiering/diplomering faktiskt påverkar tillgången till hälso- och sjukvård och i förlängningen gruppens hälsa är fortfarande okänt.

Jämlik tillgång till hälso- och sjukvård är en lagbunden rättighet i Sverige. I andra länder har det rapporterats att hbtq-personer har sämre tillgång till sjukvårdsförsäkringar (Buchmueller, 2010; Meyer, 2008) men eftersom hälso- och sjukvården i allmänhet är skattefinansierad i Sverige är sådana problem mindre här. Dessutom anses Sverige ofta ligga i framkant när det gäller hbtq-rättigheter och levnadssituation (även om Sverige senaste åren stannat av i relation till andra europeiska länder med avseende på juridiska rättigheter för hbtq-personer (ILGA, 2021)). Trots detta visar studier att 40-62 procent av transpersonerna i Sverige skjutit upp eller undvikit att söka vård på grund av rädsla för att bli dåligt behandlade (Transgender Europe, 2017; Folkhälsomyndigheten, 2015, se även Bauer m.fl., 2014; Cruz, 2014). Personer i samkönade relationer är mer benägna att rapportera uppfyllda hälsobehov, och för kvinnor i samkönade relationer är det mindre troligt att nyligen ha genomgått mammografi eller Pap-smear-test (Buchmueller, 2010). Hbtq-personer i Sverige möter också flera olika hinder när de försöker få tillgång till hälso- och sjukvård, såsom erfarenheter av stigmatisering, fördomar, diskriminering, heteronormativa antaganden och bristande kunskap och synlighet (Klittmark m.fl., 2018; Folkhälsomyndigheten, 2015; Rönndahl m.fl., 2006; Transgender Europe, 2017; Westerstahl & Ståhl, 2012; Whittle et al., 2008). Dessa ovannämnda problem i tillgång till, och mötet med hälso-

och sjukvården rapporteras också från andra länder (Bauer m.fl., 2009; Munson & Cook, 2016; Poteat m.fl., 2013; Riggs m.fl., 2014; Romanelli & Hudson, 2017; Sanchez m.fl., 2009; Transgender Europe, 2017; Whittle et al., 2008).

Vi vet också att det finns skillnader i mötet med vård inom gruppen hbtq-personer, till exempel i en europeisk studie var deltagande transpersoner dubbelt så benägna att rapportera diskriminering i möten med hälso- och sjukvården jämfört med resten av hbtq-gruppen (EU, 2013). Forskning vid ungdomsmottagningar i Sverige visade att även om det inte finns några signifikanta skillnader i hur unga heterosexuella, homosexuella, lesbiska och bisexuella användare av klinikerna betygsätter dem när det gäller deras ungdomsvänlighet, så klassade queera, asexuella och transpersoner ungdomsmottagningarna generellt lägre (Waernerlund m.fl. 2020). Detta visar på vikten av att analysera och vara uppmärksam på skillnader och specifika behov inom hbtq-gruppen. Vidare har tidigare studier i andra sammanhang visat att det finns skillnader i tillgång till vård bland hbtq-personer beroende på hudfärg/etnicitet och socioekonomi (Zeeman m.fl., 2019), vilket visar på vikten av att uppmärksamma och analysera hur sådana sociala faktorer får betydelse i vårdmötet.

För att motverka dessa ojämlikheter i tillgången till hälso- och sjukvård mellan hbtq-personer och heterosexuella/cis-personer är en central statlig strategi att öka kunskapen om hbtq-frågor och hbtq-certifiering/diplomering har formulerats som ett sätt att förbättra hbtq-kompetensen inom hälso- och sjukvården (Regeringen, 2014). År 2014 anslog regeringen "över 6 miljoner kronor under 2014-2016 till utbildningssatsningar som syftar till att öka hbtq-kompetensen i offentlig sektor" (Regeringen, 2014, s. 58). Socialstyrelsen har genom ett regeringsuppdrag (2015) tagit fram ett kurspaket "för fortbildning av vårdpersonal om olika aspekter av respektfull och professionell behandling och insatser inom vården" (s. 40) och har även publicerat en rapport som exemplifierar olika regioners arbete med hbtq-diplomering. Således prioriteras utbildningsinitiativ för att förbättra vården av hbtq-personer i styrningen av hälso- och sjukvården. Men som FORTE (2018) lyfter fram har effekterna av hbtq-certifiering/diplomering hittills inte undersökts och det har pekats ut som ett viktigt forskningsområde (se även Smolle och Epsvall, 2021).

Framväxten av hbtq-certifieringar och diplomeringar

RFSL (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande) var den första aktören som erbjöd hbtq-certifiering till olika typer av verksamheter och organisationer, bland annat vårdkliniker (RFSL, 2020). De första certifieringarna genomfördes 2008 och i augusti 2020 rapporterade RFSL att de hade certifierat cirka 500 verksamheter sedan 2008. Idag erbjuds hbtq-certifiering/diplomering även av andra aktörer, framförallt regioner själva. Flera regioner har utvecklat egna utbildningsinsatser (vanligtvis kallade hbtq-diplomering) för sjukvårdskliniker. Till exempel Jämtland Härjedalen, Västra Götaland, Stockholm, Västerbotten och Regioner i samverkan (som består av Blekinge, Halland, Kronoberg, Jönköping, Sörmland, Örebro och Östergötland vilka har lånat Västra Götalands modell) erbjuder idag hbtq-diplomering i egen regi.

De olika hbtq-diplomerings-/certifieringsprocesserna ser lite annorlunda ut. Men generellt fokuserar hbtq-diplomeringen på det kliniska mötet och arbetsmiljön ur ett hbtq-perspektiv och inkluderar föreläsningar, workshops och praktiska uppdrag med organisationens dokument och praxis på arbetsplatsen. Flera aktörer nämner att de arbetar med normkritik och normmedvetenhet (Region Västerbotten, RFSL, Västra Götaland). Att bli diplomerad innefattar ett åtagande att arbeta kontinuerligt med hbtq-frågor, och kliniken behöver uppdatera sina kunskaper ungefär vart tredje år för att förbli diplomerad.

En tidigare studentuppsats menar att grunden bakom certifieringar är att utbildning av vårdpersonal om hbtq kommer att leda till ökad kunskap och ett förbättrat bemötande, vilket i sin tur kommer att göra hbtq-personer mer villiga att söka vård. Det antas att mer kunskap kommer att leda till mindre diskriminering och därmed kommer tillgången till vård och i slutändan hbtq-personers hälsa att förbättras (Trapper, 2016). Därmed kan hbtq-diplomering potentiellt påverka hälsan i målgruppen på två sätt; direkt genom mindre exponering för diskriminering (som kan kopplas till minoritetsstress (Meyer, 2003)) och dels genom förbättrad tillgång till hälso- och sjukvård.

Tidigare rapporter och studier om hbtq-diplomering

Det finns inga forskningsprojekt som har tagit ett bredare grepp om, eller kritiskt analyserat hbtq-certifiering/diplomering tidigare. Men även om det inte finns några publicerade studier som specifikt analyserar hbtq-certifiering/diplomering, visar intervjustudier med hbtq-personer, om till exempel hbtq-kompetens inom vården i allmänhet, att certifiering/diplomering uppfattas positivt eftersom det anses kunna öka kunskapen om hbtq-frågor bland vårdgivare (Johansson Wilén & Lundsten, 2019; Tapper, 2016). Vår tidigare forskning visar att transpersoner aktivt sökte efter vårdkliniker med hbtq-certifiering (Linander, 2018).

Regionala rapporter och utvärderingar visar att hbtq-diplomering upplevs viktigt av hbtq-personer och att vårdgivare uppfattar det som positivt (Johansson Wilén & Lundsten, 2019; Tapper, 2016). Dessa regionala rapporter har bland annat föreslagit att hbtq-diplomering skapar medvetenhet på den diplomerade kliniken, sätter hbtq-frågor på agendan och bidrar till ett förbättrat kliniskt möte. I en rapport hävdas det att hbtq-diplomering bidrar till en mer jämlik hälso- och sjukvård (Johansson Wilén & Lundsten, 2019). Intervjuade hbtq-personer uppgav också att de hade högre förväntningar på diplomerade kliniker än icke-diplomerade kliniker. Men det har också rapporterats om brist på tid och resurser för att förändra invanda arbetssätt och problem med att vårdgivare som själva är hbtq-personer blir ansvariga för implementering av diplomeringen (Johansson Wilén & Lundsten, 2019).

Begreppsanvändning

”Cisnormativitet” beskriver de sociala diskurser och praktiker som förutsätter att individer identifierar sig som, och har en kropp som normativt följer, det kön de tilldelades vid födseln. Cisnormativitet är tätt sammankopplat med ”heteronormativitet” som handlar om att en individ antas attraheras av och leva ihop med en person av ”motsatt” kön. Normerna förutsätter en binär könsnorm. Cisnormativitet och heteronormativitet bidrar att exkludera hbtq-personer och kan också vara en del av institutionella strukturer som är uppbyggda för att följa heterosexuella och cispersoners behov och förutsättningar (se till exempel Butler, 1990; Enke, 2012; Kennedy, 2013; Linander, 2018).

Syfte

Syftet med detta pilotprojekt är att, utifrån hbtq-patienters perspektiv, studera Region Västerbottens hbtq-diplomering utifrån fem forskningsfrågor. Följande forskningsfrågor användes för att vägleda datainsamlingen och analysen:

1. Hur upplever hbtq-personer sin tillgång till, och möten med, vården?
2. Vilka fördelar upplever de med hbtq-diplomerade kliniker?
3. Vad finns det för stödjande och stärkande faktorer i vårdmötet?
4. Vilka problem upplever de i mötena med/tillgången till hbtq-diplomerade kliniker?
5. Hur upplevs kvalitén på vårdmötena, vad kan förbättras och utvecklas?

Metod och material

Studiedesign

För att besvara syftet och frågeställningarna har tolv kvalitativa individuella djupintervjuer genomförts. Inklusionskriterier för deltagande i studien var att deltagarna hade besökt en hbtq-diplomerad klinik inom Region Västerbotten de senaste tre åren, var hbtq-personer och över 18 år.

Rekrytering

Rekryteringen skedde i flera steg för att försöka uppnå en bredd av erfarenheter bland deltagarna. De flesta deltagare rekryterades genom en riktad annonsering på Facebook och Instagram, riktad till personer som bor i Västerbotten, över 18 år gamla. För att bredda rekryteringen utifrån exempelvis olika kliniker, geografisk position och ålder sattes annonser därefter upp på ett antal diplomerade kliniker utanför Umeå-området men ingen av deltagarna har uppgett att de kom i kontakt med studien på det sättet. En riktad annons publicerades därefter på Facebook och Instagram, riktad till personer som bor i Lyckseleområdet, Skellefteåområdet och södra Lappland. Annons publicerades också i lokala RFSL-grupper. Någon deltagare uppger att de fått information om studien genom en kompis. I annonsmaterialet fanns kontaktuppgifter där de potentiella deltagarna kunde anmäla sitt intresse för att delta, varefter vi kontaktade dem och skickade information om studien och frågade om de ville genomföra en intervju.

Deltagarna

De tolv deltagarna är mellan 20-40 år gamla. De har samtliga varit i kontakt med någon hbtq-diplomerad klinik i Umeå-området senaste tre åren. Tio av dem bor för närvarande i Umeå medan två pendlar eller är utflyttade. Tre deltagare identifierar sig som män, två som icke-binära och sju som kvinnor. Majoriteten identifierar sig som homosexuella (inkl. lesbisk), tre som queer eller pansexuell och en valde att inte svara på den frågan. De flesta deltagarna arbetar medan fyra studerar (universitet, folkhögskola och komvux). Följande kliniker har deltagarna erfarenheter ifrån: Ungdomshälsan Umeå, Livio, Familjecentralen Ålidhem, Familjecentral BVC Ersboda, Hud och STD Västerbotten, Psykiatrisk akutmottagning, Remissmottagning psykiatri Umeå. En har också under en längre tid försökt få tillgång till Könssidentitetsmottagningen i Umeå.

Intervjuerna

Intervjuerna var semistrukturerade utifrån en intervjuguide som arbetades fram utifrån det material som finns att tillgå om regionens hbtq-diplomering, samt utifrån tidigare rapporter om hbtq-diplomering/certifiering och forskning om hbtq-personers erfarenheter av vården. Efter genomförande och preliminär analys av de två första intervjuerna reviderades intervjuguiden för att undvika upprepningar och skapa bättre struktur och djup på intervjuerna.

Alla intervjuer genomfördes med videotelefonsamtal (på grund av Covid-19, med hjälp av Zoom), ljudinspelades och transkriberades ordagrant. Innan intervjuerna började gick intervjuaren noggrant igenom informationsbrevet och spelade in muntligt samtycke från deltagarna alternativt skickade deltagaren en inscannad underskriven version av samtyckesbrevet. Innan intervjun påbörjades svarade deltagaren på ett antal korta frågor som syftade till att få en överblick av intervjudeltagarnas sociodemografiska bakgrund. Intervjuerna varade mellan 17 minuter och 57 minuter.

Analys av intervjuerna

Intervjuerna analyseras med hjälp av tematisk analys (Braun & Clarke, 2006) och följde i stora drag stegen som föreslås av Braun & Clarke (2006), 1) lära känna materialet genom att läsa igenom det upprepade gånger, 2) initial kodning av materialet, 3) preliminär tematisering av materialet, och 4) revidering av teman, 5) sammanställning av rapport. Intervjupersonernas berättelser står i fokus (induktiv ansats) för analysen.

I steg ett läste båda forskarna materialet och diskuterade därefter centrala tematiker och möjliga tolkningar. I steg två kodades delar av intervjuerna som korresponderade med syftet och frågeställningarna. I steg tre började framväxande teman definieras och fyllas med innehåll. Därefter reviderades teman i samband med att rapporten skrevs (steg 4-5).

Etiska överväganden

Etiska överväganden har varit viktiga under hela processen. Forskningspersonernas frivillighet har betonats i informationsbrevet och i direkt anslutning till intervjuerna. Informerat samtycke inhämtades skriftligt eller muntligt i samband med intervjutillfället efter möjligheter att ställa frågor till intervjuaren. Vid intervjutillfället fick även deltagaren information gällande konfidentialitet och frivillighet, inklusive möjlighet att inte svara på alla frågor under intervjun. Intervjuaren var även tydlig med att deltagaren kunde ändra sig och dra tillbaka sin medverkan. Efter att den inspelade intervjun avslutats gjordes en kort utvärdering av hur deltagaren upplevde samtalet. Konfidentialitet säkerställdes genom att anonymisera materialet och använda pseudonym.

Etikprövningsmyndigheten har godkänt studien (Dnr: 2020-00929).

Resultat

Intervjuerna representerar olika erfarenheter av regionens hbtq diplomering, men också olika åsikter och perspektiv. Vissa menar att hbtq diplomering är bra och viktigt, något alla kliniker bör genomgå (t ex Sara) medan andra har en mer avvaktade hållning och delvis problematiserar fenomenet (t ex Andrej). I de följande temana har vi sammanställt dessa erfarenheter och berättelser. I första temat kommer vi beskriva tre områden (bemötande, medicinsk/klinisk kunskap och kunskap om hbtq-personers livsvillkor) som återkommande kom upp i intervjuerna som stärkande och viktiga i mötet med vården och som deltagarna upplevde ibland fungerade bättre på diplomerade kliniker. Men dessa var också områden som flera deltagare upplevde kunde förbättras ytterligare. Därefter kommer vi beröra faktorer som deltagarna menar berör fler än hbtq-personer eller berör hbtq-personer olika, men som kan få större konsekvenser för (vissa) hbtq-personer i deras möten med vården. Slutligen kommer vi dyka rakt på diplomeringen som sådan och deltagarnas reflektioner kring att stöta på diplomerad sjukvård.

Undvika normativa antaganden för att fokusera på kunskap och vårdmötets syfte

Hbtq-kompetens beskrivs ofta i relation till bemötandefrågor men det är tydligt utifrån deltagarnas erfarenheter att ett gott möte med vården inbegriper fler aspekter. Förutom vikten av att ett respektfullt bemötande som undviker normativa antaganden kom medicinsk/klinisk kunskap upp och även kunskaper om hbtq-personers livsvillkor. Samtidigt var dessa aspekter tätt sammanvävda där ett gott bemötandet exempelvis både kunde vara en grund för att gå vidare till den medicinska/kliniska kunskapen men också i vissa fall kunde buffra för bristande kunskaper. Innan vi går djupare in på dessa aspekter vill vi nämna en övergripande tematik.

I flertalet intervjuer beskrivs kompetensen i vården som bättre när det gäller sexualitet men sämre när det gäller könsidentitet (många av deltagarna tillhör, eller har erfarenhet av att tillhöra, båda grupperna), Jamie sa exempelvis:

Vanligtvis skulle jag säga att det är en mycket bra upplevelse. Jag är... när det gäller sexuell läggning. Människor är alltid mycket, åtminstone de människor jag har träffat har varit ganska utbildade när det gäller sexualitet. Men jag har också märkt att människor inte alltid har tillräckligt med kunskap vad det gäller kön. När det gäller non-binary, icke-binära, det är ganska svårt för dem att ibland ens förstå. Eller för det mesta får vi inte ens frågan vad vårt kön är eftersom det vanligtvis går på vad som står i vårt pass. Så det är en stor grej som händer varje gång jag besöker någon form av hälsocentral. (Jamie)

Skillnaden mellan kön och sexualitet handlade både om bemötande, t.ex. i relation till hur frågor ställdes om sexualitet respektive exempelvis pronomen och könsidentitet. Men det handlade också bredare om kunskaper om livsvillkor för olika personer inom hbtq-spektret och om mer specifika kunskaper om livsvillkor. Vi återkommer till några av dessa aspekter inom respektive undertema.

Respektfullt bemötande – Att undvika normativa antaganden

Bemötandefrågor var det som många deltagare först lyfte upp som positivt på de diplomerade kliniker de varit i kontakt med, men också som något som de upplevde ständigt behövde utvecklas. Ett bra bemötande beskrivs som en grundtrygghet, grundförståelse och som en förutsättning för att andra aspekter ska fungera bra.

En central aspekt av bemötandet som många deltagare nämner är vårdgivarens frågor. Frågorna kan, när de fungerar bra, kännas bekräftande och öppna upp utrymme för att ta upp aspekter av sin sexualitet och könsidentitet:

Och det tycker jag kan bli svårt att liksom öppna det samtalet så då var det skönt att de ofta frågade om man hade sex med tjejer eller killar liksom så att jag inte behövde säga det. Så det tycker jag är skönt liksom att det finns nånting som de lägger upp som jag kan svara på istället för att man ska själva säga det. (Emma)

De frågade så klart lite frågor om min, inte just sexualiteten utan mer vilka kön personer som man då har haft sex med bland annat eller är intresserade av för att då besluta vilka sorts tester man ska ta och liknande och vilken rådgivning de ska ge. Men det var ju inte på nåt sorts fördomsfullt sätt utan det var, det kändes på ett väldigt respektfullt sätt. (Elias)

Och det är väl att såhär, ja, men jag vet någon gång, jag vet inte om det varit, kan det ha varit någon såhär ungdomshälsa någonstans som också var regnbågs.... när jag gick dit och såg den, då tänkte jag, ja, men skönt, nu kommer jag inte få frågan varför jag inte går på p-piller när jag har sex, typ så. Eller så, den frågan kommer ställas på ett annat sätt iallafall. Så att, på något sätt så, och det gör ju att man förväntar sig att, ja, men att frågor kanske ställs då på ett mera inkluderande sätt och för mig då, då är ju det också en förväntan på kvalitet, på hur jag blir bemött så. (Sara)

Deltagarna beskriver också att det märks när vårdgivarna känner sig trygga i sina frågor och inte obekväma och att det är viktigt att det känns som att vårdgivaren kan ta hand om svaren, inte bara ställa plikttröna frågor.

Och sen kommer man in och så är det så här ja, men typ, de börjar ställa så här allmänna frågor ofta och också på ett, ja inte fördomsfullt sätt utan det är mer så här bara, nej, vad är du här för, vad kan vi hjälpa dig med och så börjar man med ja, men vill du berätta om typ pronomen, sexualitet om du vill göra det eller just ta upp såna detaljer som då är en viktig del just om man kommer till ungdomsmottagningen så kan det ofta vara ganska viktig. Och att de ändå tar upp det på väldigt, som att de vet vad de pratar om. Det är inte att de heller är, de är också helt bekväma med att ställa frågorna vilket också är skönt. Det är inte så att de bara nu måste vi ställa de här frågorna eller att de är jätteobekväma med det. Ja, så ställer de frågorna och så är det ändå att man känner att ja, men de här kan man prata med. Det är inte nånting, ja att man nu inte vågar säga som det är. (Elias)

Men frågor kan också, när de fungerar sämre, kännas påträngande, skapa osäkerhet och otrygghet och ibland är det frånan av frågor som upplevs som problemet, att exempelvis inte få en fråga om föredraget pronomen eller könsidentitet. Ett angränsande problem var erfarenheter av att vårdgivaren använde ord som den vårdsökande inte var bekväm med, som exempelvis "biologisk kvinna" till en transman eller fel pronomen: "förutom den gången har de alltid kallat mig 'hon'" (Jamie).

Många av deltagarna kommer också in på ifrågasättande och menar att deras positiva erfarenheter av diplomerade kliniker kan sättas i samband med att de aldrig blivit ifrågasatta i sin sexualitet eller könsidentitet:

Men jag har inga dåliga exempel varken från mödravård eller barnhälsovård, därifrån. Jag tycker att de är, det har aldrig ifrågasatts nånting och det tycker jag är väldigt skönt. Det enda, det har varit en gång en barnläkare som, eller han kanske inte var barnläkare, han var läkare i alla fall, han antog att mitt barn som heter xxx [namn] var en pojke (Johanna).

Johanna nämner antaganden vilket också på olika sätt återkommer i andra intervjuer. Antaganden sker på diplomerade kliniker men nämns i ännu högre utsträckning i relation till andra kliniker. Sara har inga erfarenheter av normativa antaganden av diplomerade kliniker men för att exemplifiera konsekvenserna av att någon exempelvis antar könet på ens partner så berättar Sara om ett tandläkarbesök:

Men där var det verkligen, just den där frågan, jag bor med min sambo, och så var det, 'vad heter han', sedan så försökte jag säga [...] det är ändå en lite utsatt situation att sitta i en stol, käften är öppen och så är det någon som frågar, och så ser man heller inte reaktionen på det man säger för att när någon inte bara kopplar vad det är man säger, då blir man också rädd att såhär, jaha, oj, vad händer när personen förstår, är det så att det är någon som inte reagerar bra på det här? Vad kommer det innebära för den vården jag får just nu?

De normativa antagandena som deltagarna nämner handlar om att deras egen könsidentitet eller deras partners könsidentitet antas men också att det finns antaganden om deras sexuella preferenser eller att de är genetiska föräldrar till sina barn. Vissa upplever det inte som jobbigt att rätta vårdgivare medan andra tycker det är jobbigt/svårt, och att det exempelvis kan få betydelse i relation till den beroendeställning man är i som patient:

Jag är ju extremt medveten att det finns så här väldigt vardagliga maktformer i, när man träffar en person som har extremt mycket kunskapsövertag över mig. (Andrej)

På grund av bland annat sådana anledningar kan det i vissa fall vara så att man som vårdsökande väljer att inte rätta vårdgivaren, Eli som är icke-binär säger:

Ja men eftersom jag inte har sagt nånting och dom ser ju en, jag är där för att bara få ett preventivmedel så givetvis ser dom mig som fullständigt kvinna. Men det är ju nånting jag har liksom valt och stå ut med. (Eli)

Det vill säga, genom att Eli uthärdar att bli läst som kvinna så kan fokus hamna på det som Eli sökt vård för; preventivmedlet. Andra berättar att de har ganska lätt att stå upp för sig själva i vårdsammanhang och Emma menar att det också beror på situation och relation:

Det var faktiskt hon [psykologen på den diplomerade kliniken] som föreslog att jag kanske skulle boka en tid och testa mig för könssjukdomar och såhär. Och då så sa jag, eller då, jag kommer inte riktigt ihåg exakt hur vi kom in på det men då antog ju hon att jag hade sex med killar och då kände jag mig så bekväm med henne att jag liksom kunde rätta henne för att vi ändå hade haft regelbunden kontakt väldigt länge. /.../ Så jag tyckte också att det var skönt att det var liksom, aa men att vi kunde gå vidare och inte göra en så stor grej av det även om hon hade liksom antagit det.

Således kan en god relation med vårdgivaren "buffra" för vissa mindre misstag, men också aspekten av att "inte göra för stor grej av det" kom fram som viktig, att be om ursäkt och gå vidare för att fokus ska vara på de aspekter som personen sökt vård för.

När deltagarna får svara på vad de tycker kännetecknar ett gott bemötande eller vad de har för förväntningar på diplomerade kliniker så säger ex. Emma:

Jag hade nog förväntat mig ett visst, nej men en viss försiktighet som kanske gemene man inte har när man pratar om liksom relationer och sex. På just det här liksom antagandet att alla delar samma erfarenhet och att man kan känna sig så himla liksom... att man kommer där och ska störa ordningen typ. Men skulle jag söka mig till klinik som var hbtq-certifierad så hade jag liksom både förväntat mig mer, ett mer diskret bemötande tror jag.

Således återkommer aspekter av att inte anta, försiktighet eller diskret bemötande som Emma kallar det. Liknande aspekter beskriver Katrin som kännetecknande av ett "inlyssnande bemötande", och att det exempelvis handlar om att alla hbtq-personer inte har samma preferenser när det gäller ordval med mera och att det därför är viktigt att vara inlyssnande som vårdpersonal. Eli, som identifierar sig som icke-binär, är inne på liknande aspekter:

Det fanns iallafall en öppenhet för att låta mig förklara och definiera mig själv. Och lyssna på vad jag hade och säga. Sen kanske inte deras bakgrundskunskap var jättebra. Men det behövs ju inte på samma sätt när man är, det är klart att det är lättare om dom redan vet, om jag använder bara ord som dom redan kan, det är klart att det blir mycket, mycket lättare. Men man kan kompensera genom att ta till sig all information man får och faktiskt lyssna. Man kan komma ganska långt på det sättet. (Eli)

Det vill säga, Eli pekar på vikten av en öppenhet hos personalen och att det kan räcka långt, även när viss kunskap saknas. Här kan öppenhet förstås som att personalen undviker att utgå ifrån cis- och heteronormativa antaganden. En annan deltagare pratar om betydelsen av att vårdpersonal är inkännande (Andrej), men att han upplever att det skiljer sig mellan olika professioner, att omvårdnadspersonal kan vara bättre på de bitarna än läkarna.

För vissa deltagare var gott bemötande för vissa deltagare detsamma som att bli bemött som vem som helst, t.ex. sa Rickard:

Jag har ändå upplevt, ja, men det jag kan säga, jag har upplevt inget speciellt egentligen, att man känner sig, det är inget såhär märkvärdigt alls. Så det, om jag, nu kan ju inte jämföra mig med om jag hade varit heterosexuell och hade testat mig men min upplevelse är att jag får samma typ av bemötande som jag skulle ha fått om jag haft en annan typ av sexuell läggning eller identitet. (Rickard)

Och precis som Rickard nämner är det flera som pekar ut just att det "inte blir något märkvärdigt" som viktigt. Detta kan kopplas samman med hur ett bra bemötande beskrivs möjliggöra ett fokus på det personen sökt vård för, Sara sa:

Så att, och såhär generellt då att det aldrig är, man behöver som aldrig gå igenom hbtq-frågorna innan vi pratar om det som faktiskt är viktigt så. Och det är fokus på rätt saker.

På detta sätt kan bemötandet ses som en grund att stå på i relation till de kommande underteman; det vill säga, ett gott bemötande är en förutsättning för att den kliniska kompetensen, och kunskapen om livsvillkor ska kunna ta plats i vårdmötet.

Vikten av, och bristen på, klinisk/medicinsk kunskap

En annan aspekt som deltagarna beskrev kunde fungera okej på diplomerade kliniker var att de hade klinisk/medicinsk kunskap i relation till det deltagarna sökte vård för. Det handlade exempelvis om risker för sexuellt överförbara infektioner och om könsbekräftande vård. Men medan bemötande kom upp mer uttalat och direkt i intervjuerna så kom denna aspekt upp mer sällan och implicit. Dessutom var det något som flera upplevde saknades även på diplomerade kliniker.

Katrin hade erfarenheter av diplomerad familjecentral och menade att:

Som sagt det viktigaste är nån slags bemötande, och såhär, 'oj, vet jag inte, så tar jag reda på det', men att... ha en kunskapsnivå, och liksom uppdatering, och få hjälp då med uppdatering av ledning, eller region vid såhär ny forskning (Katrin)

Just detta med behovet av uppdaterad och relevant kunskap återkom inom ett antal områden och Katrin betonar att det inte bör vara upp till den enskilda vårdgivaren att se till att vara uppdaterad. I flera intervjuer nämns att det saknas information kring vilka infektionsrisker det finns i samband med lesbiskt sex, en deltagare berättar om ett besök hos en barnmorska:

Det blir lite såhär, 'aa nej men jag vet inte men vi testar väl för de här grejerna [sexuellt överförbara infektionerna] för att det är det man brukar pröva för och såhär. [...] det blir lite fundersamt för att jag vet ju inte och sen så frågar man liksom en barnmorska som också inte riktigt vet... hur... alltså, vilka risker som finns. (Emma)

Denna kunskapsbrist handlade inte bara om testning vid STI utan även relevansen av delta i screeningprogram med cervixprovtagning/cellprov, där någon exempelvis fått höra att de inte behövde delta i screeningprogrammet:

Men det dom sa var att om du inte ens kan ha samlag [pga vestibulitproblem], då behöver du inte ens göra provet. Och så hoppas jag att det här är sant för jag har inte gjort fler prov. Jag hoppas bara att det stämmer. (Sara)

En deltagande icke-binär transperson med cervix upplevde att kallelsen till cervixprovtagningen inte var transinkluderande och hade därför valt att inte delta i screeningprogrammet. En annan deltagare, transman, sa:

Ja, men en sak som var väldigt negativ som jag var med om var att jag, ja, men jag har ju en livmoder som jag innerligt hatar och det betyder att jag måste egentligen göra alltså cellprov, heter det det?

Intervjuare: Ja.

Alexander: Ja och det gör ju inte jag för att jag får jättemycket ångest och dysfori av typ gynekologiska undersökningar och då fick jag, men då var jag hos min endokrinolog och han gav mig, för det finns ju en, det gör ju det i xxxx [stad] också på kvinnokliniken och dit vill jag ju inte gå och så sa han att men du ska få numret till den här kliniken i xxx [stad] istället och de har ganska mycket erfarenhet av just transpersoner, att det är många transpersoner som har gjort ja, men cellprov från livmodern där. Så de ska vara bra och så ringde jag och prata med den personen och hon använde så här biologisk kvinna, vagina, bla, bla, bla, alla ord som ger mig panik och det var ett jättejobbigt möte över telefon och jag känner inte alls att jag kan rätta eller att, så jag ringde bara och avbokade den tiden för att jag inte ville gå dit och det blir ju en hälsofara för mig själv också för jag tar ju hellre livmoderscancer än genomgår gynundersökning och jag tänker att jag skulle kunna genomgå gynundersökning och det fanns ett bättre språkbruk som var mer korrekt utifrån min kropp och en annan transkompetens hos de som jobbar. Så jag upplevde att det var ganska jobbigt att få lovat från min endokrin att det här är en mottagning som är bra. De har haft med många transpersoner att göra och sen får jag ändå, är helt oförberedd på att typ bli kallad biologisk kvinna och sånt som jag absolut hatar.

Alexander hade alltså hoppat över cellprovtagning på grund av att han upplevde att själva provtagningen innebar mycket könsdysfori men också på grund av bristen på transkompetens och önskade en transkompetent gynekologisk vård med möjligheter till exempelvis självprovtagning. I Alexanders berättelse framkommer också hur bemötandaspekter är basala för att kunna nyttja vårdens kliniska kunskaper och praktiker.

Medan deltagande lesbiska och transpersoner beskrev en större osäkerhet kring vårdens kunskaper kring sexuell hälsa så fanns det bland deltagande homosexuella män en mer självklar beskrivning av relevansen och kompetensen kring sexuellt överförbara infektioner. Samtidigt fanns det även där frågor kring risker:

På min tid när jag växte upp så var ju det, fanns det inte så mycket vetenskapliga publikationer som tydde på att man skulle kunna smitta någon genom oral kontakt, däremot genom anal kontakt, ja, gud ja, verkligen. Men det här med kondomer vid oral kontakt, det blev jag så här 'va? Finns det verkligen nån studie som lyser på något sådant samband?' Ja, och jag minns att den här sjuksköterskan som tog min fråga hon var nog nästan tvungen att hålla in sin kollega för att redogöra för hur det var och den här kollegan var ju också lite ställd, men oj då, hoppsan, det är nån som är nyfiken på såna frågor, detaljfrågor. 'Nej, men rent allmänt tycker vi att det är bra med [som skyddar även vid orala kontakter och ja, det är ju väldigt få men det är ändå viss risk.' Jag bara 'ja, men vadå viss risk? Det finns ju en viss risk i allt vad vi gör. Menar ni att man måste ändra på sina sexualvanor på grund av det?' Och det fick jag inget riktigt bra svar på. (Andrej)

Sådana råd upplevdes som moraliserande och kan ses som att de knyter an till samhällseliga idéer kring homosexuella mäns sexualvanor.

Ett annat område som nämndes när det gällde vikten av klinisk kunskap var inom psykiatrin. För vissa innebar det att det, även inom diplomerad verksamhet, ibland slentrianmässigt antogs att homosexualitet eller transerfarenhet var grunden för psykisk ohälsa. Elias, som hade erfarenheter från en rad olika mottagningar i relation till sin psykiska hälsa, upplevde däremot att det fanns ett bättre sätt att närma sig den frågan på diplomerade kliniker:

'Att du gillar tjejer, är det roten för din psykiska ohälsa?' Men den frågan dyker väl alltid upp förr eller senare, det gör den. Men inom hbtq diplomerade verksamheter jag har varit med om, där har den kanske tagits upp på andra sätt som har varit med eller vad sa man säga, ja, men man vet att de mer välutbildade sätt och kanske mer bara men typ har du den sortens sex du gillar att ha eller ja, men får du ut det du vill få ut av dina relationer, har du nåt trauma från det. Om det ställs på mycket bättre sätt då just den sortens verksamheter. (Elias)

Det vill säga, vårdgivare på diplomerade kliniker upplevs mer välutbildade och Elias sa också senare i intervjun att hon har upplevt att personal inom de diplomerade verksamheter har kompetens att ta emot svaren. Andra deltagare nämnde hur deras hbtq-identitet i mötet med icke-diplomerad vård hamnat för mycket i fokus:

Ja, inte på den [diplomerade] kliniken men jag har varit med om det i andra, alltså jag har haft andra kuratorer efter det där de har fokuserat på också väldigt så här konstiga ytliga, ja, såna saker. För det är ju såklart att det är ju viktigare till exempel eller det har ju påverkat mig minst lika mycket att förlora en förälder som att vara trans. (Alexander)

Således återkommer vikten av att fokus hamnar på relevanta saker under vårdmötet, vilket också kopplar an till nästa tema.

Förståelse för hbtq-personers livsvillkor

Tätt sammankopplat med både bemötande och klinisk kompetens var en upplevelse av att det ibland kunde finnas bättre förståelse för hbtq-personers livsvillkor på diplomerade kliniker. Elias uttryckte det som att det var skönt när "de har insikter just om hbtq frågor". När Alexander får frågan vad han förväntar sig av en diplomerad klinik säger han:

Ja, men som transperson så vill jag att de ska ha förståelse för hur det påverkar till exempel mitt kärleksliv eller så här datingmöjligheter och också arbetsmöjligheter. För det har varit väldigt stora hinder i mitt liv att komma ut i jobb och det är inte samma för alla transpersoner men för mig har det verkligen varit en kamp och det vill jag att en hbtq certifierad, alltså jag vill att de ska förstå vad det finns för fördomar hos folk fortfarande och så här hur jag blir bemött som transperson i arbetslivet till exempel eller i andra sammanhang. Jag vill att det ska finnas en parallell mellan psykisk ohälsa och, alltså att det ska finnas en förståelse för att hbtq personer har mer psykisk ohälsa och förstå vad den psykiska ohälsan kommer ifrån. Att det är kopplat till just att vara hbtq.

I förra temat beskrev Elias och Alexander hur sammankopplingen mellan hbtq och psykisk ohälsa ibland kunde överdrivas men här lyfter Alexander fram vikten av att vårdgivare förstår situationen på gruppnivå och förstår den sociala kontext som bidrar till den psykiska ohälsan i gruppen.

Möjligen kan denna något paradoxala framställning förstås utifrån vikten av att undvika antaganden om samband på individnivå men att det är viktigt att förstå hur det ser ut på gruppnivå och varför. Även denna aspekt av hbtq-kompetens kopplas till vikten av att fokus hamnar där det bör:

Jag upplevde att hon fokusera på konstiga saker och det upplever jag ibland att kuratorer och psykologer gör. Typ att de fokuserar på att jag har bytt namn och jag tänker för mig har det varit en jätteliten del av min könsidentitetsprocess, just mitt namnbyte och att det kändes som att jag gav saker som hon hade kunnat fördjupa sig mer i men att hon valde att fokusera på väldigt ytliga grejer förmodligen för att hennes egna kunskap var ganska låg. (Alexander)

Emma betonar också vikten av att vårdpersonal, speciellt de som arbetar med psykisk hälsa förstår hbtq-personers livsvillkor:

Alltså att det finns en förståelse för liksom som samhället ser ut och den här delade erfarenheten många har. Där man känner sig liksom onormal och att man tvivlar väldigt mycket på sig själv. Eller jag gjorde det och många av mina kompisar som du vet... alltså att man liksom... man försöker hitta på nån sorts... många vuxna som jag har pratat om det här med förstår inte riktigt, utan de... aa men gärna liksom kanske att den man pratar med

kan ha nån sorts... kan vara lite påläst och inte... aa, jag vet inte. /.../ Ja, att inte bara tänka liksom att för att vi bor i Sverige så är det super och man vaknar en dag och tänker liksom, oj, nej men jag var ju homosexuell. Nu är livet perfekt, alltså såhär. För det känns som att det finns nån sorts missförståelse, för det kan vara svårt och utforska det om sig själv, även om man är i en miljö som är väldigt accepterande på ytan, alltså, även om alla verkar vara så himla fine med det så kan det ändå vara väldigt svårt. (Emma)

Således efterfrågas en förståelse för vilka saker hbtq-personer kan kämpa med och som kan skapa psykisk ohälsa. För vissa deltagare var detta också kopplat till att slippa utbilda sin vårdgivare:

Tycker jag det kan bli aningens obekvämt att prata om det med folk som är väldigt välvilliga men som bara inte riktigt förstår. Alltså det blir nån sorts obalans i det man berättar och att de ska vara så himla duktiga och lyssna och försöka förstå men man ska bara berätta allting och återuppleva allt det här och hela tiden... alltså det känns hela tiden lite grann som att förklarar för nån annan än att man blir förstådd. (Emma)

Att slippa bli lärare till sin vårdgivare återkom på olika sätt i intervjuerna. Emma uttryckte att det fanns en skillnad i denna aspekt mellan diplomerade kliniker och andra kliniker hon besökt i världen:

Att de som jobbar på en sån klinik har ändå kanske har träffat och stött på det här innan så att man slipper bli nån sorts såhär lärare för hur det fungerar också.

När vi frågar Jamie hur hen agerar när det saknas kunskap i vårdmötet säger Jamie:

Det beror på min energi den dagen och vilket humör jag är på. Och jag är ju på besök där för att jag har psykiska problem eller, så det passar inte eller är inte på rätt humör eller det känns inte som rätt ställe att faktiskt sitta där och undervisa min terapeut.

Vidare beskriver Jamie att det ibland kan vara enklare att bara "stänga ner" och inte konfrontera de bristande insikterna.

Vissa deltagare menade att bemötandet behövde anpassas eftersom man som hbtq-person har andra erfarenheter i bagaget, t.ex. sa Alexander:

Ja, men det skulle vara jättebra om han till exempel validera mig genom att prata om transmän eller också ha en förståelse för att, och jag tycker också att min hormonläkare kan vara ganska så dra likheter mellan mig till andra cis, alltså till cismän som har, på nåt sätt att jag inte har, ja, men det finns många cismän också som känner osäkerhet kring det här eller också skulle vilja ha mer behåring eller skulle vilja ha mer. . . Och jag tänker att men de kommer ju inte bli ifrågasatta som män då. Jag riskerar ju ändå också våld om jag inte passerar.

Eller den överläkaren upplever jag inte är, eller där upplever jag inte att det finns jättemycket hbtq kompetens eller att det finns, jag tycker att jag får ett bemötande som är typ som samma bemötande som man skulle ge en cisman till exempel. Men jag tänker att jag har andra behov och en annan osäkerhet kring min kropp som en cisman inte har.

Det vill säga, eftersom det saknas kunskap om hbtq-personers livsvillkor blev bemötandet inte relevant och inlyssnande. På detta sätt vävs de olika aspekterna av hbtq-kompetens också samman, det behövs ett gott bemötande som bas men samtidigt behövs också kunskap om livsvillkor för att kunna ge ett relevant bemötande.

En mångbottnad utsatthet, inom och utanför vården

Deltagarna beskriver att deras erfarenheter av hälso- och sjukvård också beror på många andra aspekter, som att bo i ett stads- eller landsbygdsområde eller ha invandrarbakgrund, men också att problem som påverkar alla vårdsökande kan få större konsekvenser för hbtq-personer. Till exempel kan en brist på kontinuitet bland vårdgivare tvinga hbtq-personer att komma ut om och om igen.

Flera korsande marginaliserade positioner

Flera av deltagarna berör hur de utifrån egna erfarenheter upplever att deras vårdmöte ibland också, eller i ännu större utsträckning, påverkas av andra marginaliserade positioner. Dessutom beskriver deltagarna hur vården är en del av ett större samhällsklimat, som både förbättrats för hbtq-personer men som fortfarande präglas av heteronormativitet (och cisnormativitet utifrån författarnas tolkning).

Något som är slående i intervjuerna är en beskrivning av utsatthet som deltagarna bär med sig in i vården och som i vissa fall aktualiseras i vårdmötet. Några av deltagarna har inte svenska som modersmål (Jamie, Andrej, Cleo) och beskriver hur detta påverkar deras vårdmöten och att det i vissa fall är svårt att veta om brister i vårdmötet beror på att de är hbtq-personer eller bryter på svenska/pratar engelska.

Det tar definitivt energi eftersom, och dessutom har jag det intersektionella problemet att inte kunna beskriva saker på svenska. Så det blir också en utmaning, så totalt sett är det mycket arbete att ens förklara mitt problem. (Jamie)

Jamie fick frågan vad som kan blir bättre på diplomerade kliniker och sa:

Som jag sa, detta med språket. Om patienten pratar engelska kanske de [vårdpersonalen] behöver veta åtminstone några avgörande ord på engelska. För det hände mig att det för ett tillfälle var en annan terapeut jag träffade. Så hon hade superbråttom av någon anledning som jag inte vet. Hon kollade tiden. För jag tror att det var före semestern, så hon kollade klockan hela tiden när vi pratade och jag var tvungen att säga ordet "själv mord" [suicide] flera gånger och hon förstod det inte. Jag var tvungen att beskriva vad det betyder.

Jamie beskriver vidare att personal inte förstått när den använt ord som "non-binary" eller könsneutrala pronomen på engelska. Andrej har en känsla av att språket har större betydelse än hbtq-identiteten:

Men det där med att den där etniska bakgrunden är otroligt mycket viktigare, det för mig har varit hela tiden en sån här ständig källa för oro för att jag undrar hela tiden om jag framför mina tankar och åsikter och föreställningar på ett rätt grammatiskt sätt på svenska och det har varit nästan så här paranoia för att de flesta som jag träffar säger ja, 'men xxx [namn] du måste verkligen lugna ner dig'.

Både svårigheter med språket och även att vara hbtq-person i sig beskrivs skapa en vaksamhet och en beredskap för att reagera på eventuella heteronormativa/cisnormativa och homofoba/transfoba. En deltagare beskriver det som att den skannar av rummet och gör en bedömning om det är ett hbtq-vänligt rum. Att ständigt vara vaksam, beredd och skanna av tar energi och skapar stress som deltagarna uttrycker det.

En annan aspekt som kommer upp är skillnaden mellan stor stad, liten stad och landsbygd. Bland deltagarna finns det olika perspektiv på hur platsen spelar roll för vårdbesöket, exempelvis sa Sara:

Jag går ju då mest på Norrlands Universitetssjukhus eller på någon hälsocentral, men det är ändå i Umeå. Jag tror att jag skulle känna väldigt annorlunda om jag bodde i någon, på någon mindre ort och om jag då visste att en klinik eller så var diplomerad, då skulle ju verkligen den tryggheten spela roll. /.../ Och är du på ett mindre ställe, ja, och så är man ju inte lika anonym heller utan, även om du kanske inte känner läkaren och de har tystnadsplikt absolut, men någon annan som var på vårdcentralen samtidigt eller vad det nu kan vara. (Sara)

Det vill säga Sara menar att en hbtq-diplomering på mindre platser hade känts viktigare men pekar också ut en sårbarhet på mindre platser, där det kan vara svårare att vara anonym i vården. Alexander har delvis en annan syn på detta:

Jag tänker Västerbotten så är det väl ett jättestort problem att vård lägger ner och att det finns för lite. Så jag tänker att det är ju en sak jag skulle ja, se till att typ hbtq-personer inte

måste resa jättemånga mil för att ens få träffa vård överhuvudtaget och att eftersom det finns så lite resurser så finns det ju också kanske bara en kurator inom flera mils avstånd och att du får pendla ganska lång för att kunna.... Så fler vårdinrättningar och mer möjligheter att, och det behöver inte betyda att det är en hbtq-certifierad mottagning och bara att det ska finnas, att det ska vara möjligt att byta kurator eller gå till en sjuksköterska eller vad det nu kan vara. Men också fördel på mindre platser är ju också att ja, men till exempel där jag bor. Att jag har ju bara behov komma ut för några personer och sen vet alla om det. Så då får jag ett bra bemötande för att alla redan vet att jag är trans eller men bättre bemötande än kanske en större ort och måste komma ut hela, hela tiden. Det är nackdelar med det där. (Alexander)

Så medan Alexander pekar ut en rad nackdelar med att bo i ett glesbefolkat område så kan det också finnas en fördel av att det inte känns så anonymt; att slippa komma ut hela tiden. Emma har flyttat från en större stad till en glesbefolkad plats och intervjuaren frågar om en diplomering skulle kunna göra att hon åkte längre för att få vård:

Beroende på vad jag skulle vilja ha hjälp med... sen tror jag nog att jag skulle kunna tänka mig att åka lite längre. För att liksom känna att man kommer ifrån det här att man blir liksom... lite som ett djur på zoo att... aa, där kommer hon som hela tiden ska förklara för alla hur hon har sex för att barnmorskan fattar typ inte. Så det hade jag nog. Jag hade funderat över det iallafall. Sen så bor jag nu... alltså jag bor xxx [plats] som ligger lite ute på landet så att då får man ju också väga mot hur värt det är, hur långt det blir? Och jag är ju inte liksom inte den som skulle absolut inte skulle såhär gå till liksom nånting som inte är hbtq-certifierat heller. (Emma)

Emma lyfter här aspekten att inte bli som djur på zoo, vilket hon upplever det finns större risk för på en mindre ort och i intervjuerna återkommer en önskan om att känna att man är en bland flera. Sammanfattningsvis framkommer både fördelar och nackdelar med att möta vården på mindre och orter men gemensamt är en vilja, och ett behov av, att få ett hbtq-kompetent bemötande.

Vikten av struktur för att slippa komma ut gång på gång

Stress, bristande resurser, bristande kontinuitet bland personalen beskrevs som faktorer som skapade brister i vården och som kan få större konsekvenser för hbtq-personer som redan har lägre förtroende för vården. I detta undertema beskrivs också en förståelse för att vårdpersonal inte alltid har de bästa förutsättningarna för att skapa ett hbtq-kompetent vårdmöte.

Flera deltagare var inne på vikten av att vården känns tillgänglig:

Nej, alltså när det håller till exempel såna här saker som STD mottagningar eller liknande så för mig spelar det roll snarare en annan faktor spelar större roll och det är tillgängligheten. (Andrej)

Andrej menar att tillgängligheten spelar större roll för hans val av klinik än om det finns en hbtq-diplomering. När Elias pratade om vad som fungerat väl i hans möte med ungdomsmottagningen sa han:

Det var, för de första var det jättelätt att boka tid och det är alltid känt när man slipper krångla med telefonköer i all evighet och ja, tjorv och det är enkelt att boka tid och så kommer man dit, jättetrevlig personal, tydligen, ja, men här ska ni stå, här ska ni sitta. (Elias)

Att lätt få tillgång till vården är således viktigt. Detta var också kopplat till en annan aspekt som framkom i intervjuerna, en upplevelse av att resurserna i vården var knappa och att personal ofta var stressade. När Elias får en fråga om hur hon tycker vården för hbtq-personer kan bli bättre säger hon:

Ja, alltså mer personal och mer utbildning. Ofta just inom ja, psykiatri är det ju många [hbtq-personer] som söker hjälp, men det tar också så lång tid ofta att få hjälp för det är underdimensionerat, det finns inte nog mycket personal, det finns inte nog mycket resurser

och de försöker ju ofta göra det bästa de kan, men märker ju att ja, men vi har inte resurser, det kommer ta några månader innan du får ordentlig hjälp. Vi kan bara hjälpa till just nu med akuta saker och det måste vi fortsätta göra nu i flera månader för att de inte har de resurserna som krävs och man märker ju på de att de vill ju göra mer men de kan inte det. (Elias)

Brist på personal och resurser och underdimensionerad verksamhet skapar bristande tillgänglighet och väntetider och Elias pekar också ut psykiatrin som drabbat, en typ av vård som flera hbtq-personer behöver. Katrin är inne på liknande resonemang:

Det är ju många inom vården som... har väldigt dåliga förutsättningar liksom. Och är det... är det stressigt, så... ja, gör man mer misstag, eller blir inte liksom lika öppen och inlyssnande och sådär. Jag tror väl att jag sa just att, jag tror att det är jätteviktigt att det är att det är förankrat på en ledningsnivå... när man gör såna saker. (Katrin)

Katrin belyser hur stress och dåliga förutsättningar kan få konsekvenser för bemötandet. Att det därför krävs en förankring på ledningsnivå kan tolkas som att det är viktigt att det finns tid och resurser avsatta för att bedriva det förändringsarbete som en hbtq-diplomerings innebär. Möjligen kan man också tolka Katrin som att det krävs extra tid och utrymme för att undvika normativa antaganden – med andra ord när läget blir stressat och pressat går personer tillbaka till invanda mönster (normer). Andrej pekar ut ett mer specifikt problem kopplat till stress och tidspress hos personalen:

Definitivt bra, jag hade gärna fått lite mer tid för att ställa vissa uppföljningsfrågor, särskilt det där om PrEP¹ och sånt. De var väldigt trevliga, de var väldigt tillmötesgående på andra möjliga sätt. Men det var lite grann känsla av att ojdå, det är en verksamhet som är i stress för att de måste hantera väldigt många patienter. (Andrej)

Andrej beskriver hur han upplevde att det inte fanns utrymme att ställa följdfrågor eller ta upp saker som låg strax utanför besökets huvudsakliga syfte. I detta fall hade han önskat få diskutera möjligheten att ta PrEP och olika fördelar och nackdelar med det.

En annan aspekt som några deltagare nämnde är hur journalen används som arbetsverktyg i vården:

Ja, alltså det är alltid jätteskönt när läkarna säger, eller när man märker att läkarna har läst igenom ens journaler. Så det är ju alltid jätteskönt när de bara okej, men vi har läst igenom det och så tar den så här kort sammanfattning. Är det så här det här, att vi utgår från det här, är det så. Är det här också din bild av det hela. (Elias)

Elias beskriver att detta är en aspekt som fungerat bra vid den hbtq-diplomerade kliniken som han varit i kontakt med och även Johanna har bra erfarenheter från den diplomerade familjecentralen som hon besökt:

Nu har vi haft två [BVC-sköterskor] men båda har varit, de är duktiga på att komma ihåg syskon och förälderns namn och så eller att det är, ja, komma ihåg eller att de i alla fall läser på lite innan så att de frågar om det och det tycker jag känns inkluderande, det är ju en sån, man behöver ju inte stå där och förklara varje gång att ja, just det är andra föräldern är också en kvinna så att hon har ingen pappa och det har aldrig ställts några såna frågor, jaha, vad gör pappa idag eller ska inte pappa följa med nån gång, det har aldrig hänt.

Att vara påläst på patientens bakgrund och kontext handlar således också om att undvika normativa antaganden, det kan fungera som en påminnelse och göra att hbtq-personer slipper att exempelvis rätta vårdgivaren när det gäller familjekonstellation eller andra aspekter. Jamie har dock andra erfarenheter av en annan hbtq-diplomerad klinik:

¹ PrEP är hiv-mediciner som en person som är hiv-negativ kan ta i förebyggande syfte för att undvika få hiv.

Och jag har ju mina journaler så jag förväntade mig att personen som skulle prata med mig nästa gång hade antingen läst min journal eller skummat igenom så att de har historien när de faktiskt startar konversationen. Och, tyvärr i det här teamet var det inte vad som hände. Ofta kom de dit utan att ha någon kontext alls, t.ex. jag är säker på att jag i början tog upp mitt kön på ett eller annat sätt. Kanske inte förklarat men nämnt det och ändå plockades det inte upp av nästa person. (Jamie)

Jag skulle definitivt säga att eftersom mina journaler är tillgängliga för vårdpersonalen bör de åtminstone skumma igenom det innan de träffar en patient, för när jag måste förklara samma sak om och om igen är det inte bara tröttsamt, utan ibland traumatiserande. /.../ För då är det upp till mig att komma ut vid olika tillfällen. (Jamie)

Att återkommande behöva berätta sin historia och upprepande gånger behöver komma ut i vården beskrivs som frustrerande och energikrävande men också traumatiserande. Det kan förstås i relation till att detta också är problem som hbtq-personer stöter på i sin vardag; att kontinuerligt behöva komma ut inför nya personer. Detta är också kopplat till vikten av någon typ av kontinuitet bland vårdgivare, där deltagare berättar om en stress kring att hela tiden möta ny vårdpersonal. Elias berättar om en erfarenhet från en icke-diplomerad klinik:

Oftare är det väl kanske problem med just kontinuitet att personalen byts ut så fort och folk blir tjänstlediga, de slutar, ja, men då blir de direkt en ny läkare, en ny vårdkontakt och det är mer sällan en fast vårdkontakt. /.../ Sen beror det också på vad som står mer i journalerna och sen har ju inte jag heller tillgång till alla journaler. Just psykiatrins journaler är inte tillgängliga för en själv, i alla fall i Västerbotten. Och där beror det också på vad de har skrivit in, för de skriver in så här allmänt om en, vilket de ju ibland kan göra, ja, men det här är allmän information. Då kan det ju stå med redan där och då kan det vara skönt. Ja, men då slipper man ta upp det igen. Men visst, ibland så blir det att man ska återupprepa samma saker för nya läkare och då är också det en del av det kanske att man måste komma ut inför dem. (Elias)

Sammanfattningsvis berättar deltagarna om problem som är relativt välkända inom vården (problem med stressad personal, brist på kontinuitet, tillgänglighet och resurser). Däremot beskriver deltagarna hur dessa aspekter kan få större konsekvenser för hbtq-personer. Genom att vården präglas av hetero- och cisnormer så kan hbtq-personer tvingas komma ut flera gånger eller i brist på tid och resurser återgår personalen till invanda mönster.

Synlighet, innehåll och omsättning till praktik

Medan en deltagare beskriver att hon och hennes partner aktivt bytt familjecentral för att komma till en diplomerad verksamhet (Katrinn) så har majoriteten av deltagarna inte sökt sig till den diplomerade kliniken just för att den varit diplomerad. Däremot så beskriver deltagarna att de på olika sätt noterat diplomeringen. Samtidigt finns det bland vissa deltagare en ovisshet kring vad diplomeringen faktiskt innebär och en undran hur ibland omsätts till praktik.

Ord och symboler måste följas upp av handling

Många av deltagarna beskriver hur de stötte på hbtq-diplomeringen först när de exempelvis kom till den diplomerade klinikkens väntrum eller såg det på personalens namnskyttar.

jag tycker om att de berättar att det är det, på ett bra sätt, det syns på, att, direkt när man kommer dit, det syns i behandlingsrummen eller på personalen har, ja, men det är lite en, men de har en regnbågsfärgad nyckelknippa, till exempel. Det, för det första är en sådan bra grej. (Sara)

Regnbågsflaggan nämns flera gången som en synlig och tydlig symbol för en inkluderande klinik. För många är det symboliska värdet stort, det beskrivs skicka viktiga signaler om att hbtq-personer är inkluderade och "visar att de gått en utbildning" (Elias), Johanna säger vidare:

Så tycker jag det är, om man tänker på typ som på förlossningsvården eller mödravården där att det till exempel är, det känns bra, vissa som bär en sån namnbricka som har prideflaggan på sig. Då känns det som nåt slags ställningstagande, så här, ja, men det där, du känns bra. Det är en grej jag har tänkt på i bemötandet. (Johanna)

Detta signalvärde har betydelse för hbtq-personer själva:

Nej, men jag tänker för mig iallafall så har jag varit på alla ställen där man på något sätt har, det hänger, det finns en liten regnbågsflagga eller en hylla med broschyrer eller vad det nu kan vara, vart det än är, det behöver inte bara vara vård, så blir jag direkt såhär, jaha, här finns det en vilja eller en strävan iallafall, och kanske rent av finns det, är det här ett det 100 procentigt tryggt rum? Så det tänker jag är viktigt. Ja, man kan ju, har man lite broschyrer om någonting, jag vet inte vad det kan vara, men då, och det finns andra patienter som läser det, då kanske man folkutbildar lite på vägen. (Sara)

Det vill säga, det kan visa en vilja och strävan men också vara viktigt för andra som sitter i väntrum – det kan fungera folkbildande som Sara uttrycker det. Symbolvärdet beskrivs betyda mer för vissa - Rickard tyckte inte det spelade så stor roll för han själv, men...

...jag tror det kommer vara, det är otroligt gynnsamt för de som alternativt nyligen kommit ut och erkänt sin rätta sexualitet eller identitet, eller de som inte har offentligt erkänt det utan är inne i garderoben som man brukar säga. Då tror jag det har en större betydelse.

Förutom regnbågssymboler och själva diplomaten för diplomeringen så pratar deltagarna om exempelvis "böcker från regnbågshyllan":

Och min erfarenhet där spontant tänker på det är faktiskt att jag har tänkt på, redan om man sitter i väntrummet så har de böcker där som är, ja, men från typ regnbågshyllan. Och det är väl det jag har reagerat på och känt att det har varit en väldigt positiv upplevelse. Att det representerar alla familjebildningar (Johanna)

Andra beskriver att de sett hbtq-broschyrer i väntrummet och representation i filmer på exempelvis föräldrakurser (Katrin). Dessa symboler beskrivs bland annat få en att slappna av och känna sig inkluderad, Johanna utvecklar funktionen:

Ja, men det gör ju att jag känner mig normaliserad i samhället, att det känns vad ska man säga, normaliserat, normalt för våra barn eftersom det är sånt vi läser hemma kanske och som representerar deras verklighet och min verklighet att den bekräftas, att den finns. Och det gör också att det känns som en tryggare miljö att vara i. (Johanna)

Samtidigt som flera betonar vikten av signalvärdet finns det också deltagare som ställer sig mer skeptiska, Rickard säger:

I och med det var så himla diskret med någon ynklig liten, men flagga som kunde lika gärna stått, typ storleken som man kunde förvänta sig att det finns på en födelsedagsårta, så skulle jag inte känna att det är något speciellt. (Rickard)

Andra deltagare ställer sig exempelvis frågande till vad en diplomering innebär i praktiken men också vad det innebär i termer av uppdatering och förlängning:

En grej som jag tänkte på sist jag var där, när man ser den här, att de är regnbågscertifierade [diplomerade] och sådär, så står det inte så mycket om, för det jag började tänka på var såhär, ja, men det här gjordes, jag vet inte vad det stod för datum men det var några år sedan, vad, det står ingenting heller om vad gör de för att uppehålla sin kompetens och så. (Sara)

Det fanns således funderingar kring vad en hbtq-diplomering innebar i praktiken men också vad det innebar på sikt.

Flera deltagare nämner att signalerna måste vara sanna – de måste backas upp och synas i praktiken, exempelvis sa Andrej:

Jag har ju tänkt också på det i olika andra sammanhang att vi har ju till exempel, på min verksamhet så finns det ganska mycket det här med jämställdhets-mainstreaming och såna här saker och jag ser paralleller, att så här utbildningar, om de inte verkligen drivs av eldsjälar som ens entusiasm verkligen spiller över till övrig personal så blir det ofta någonting som man gör för att det ser bra ut på pappret och det kan vi visa till politikerna att vi har minsann gjort det och inget fel med det, men ord måste faktiskt följas upp av handlingar tänker jag och det är för det mesta faktiskt i all offentlig verksamhet tycker jag att det finns ett stort glapp mellan ord på pappren i olika policy dokument och huruvida dessa ord verkligen implementeras i verkligheten, i den dagliga verksamheten. (Andrej)

Det vill säga, medan vissa menar att symbolvärdet är viktigt i sig självt menar andra att det inte räcker med symboler och signaler utan att det viktiga är att det verkligen sker förändringar i praktiken. Dessutom menar deltagare att det får större konsekvenser om man stöter på problem på diplomerade kliniker:

Jag tror att hade den, jag vet inte, om den hade suttit där första gången jag hade kommit in hade jag kanske blivit ganska glad. Men när dom redan har, jag har redan träffat dom innan den kom dit och jag, aa, jag har redan känt att nej. Det, dom fattar inte det här. Så då när skylten kommer upp då, då är det som att jaha, det var ju fint att dom har en liten skylt. Men inte så mycket mer.

Intervjuaren: Nej. Om man tänker liksom åt andra hållet, får det liksom större, får det större proportion när man trots den här diplomeringen möter kanske inte så bra liksom kunskap och sådär?

Eli: Jag tycker ju att det blir mycket värre. För det tar ju också bort hela, det tar ju bort från hela vad den här diplomeringen är för nånting då.

Således är det viktigt för deltagarna att den kompetens som förväntas hos en hbtq-diplomerad klinik faktiskt matchar det som sker i praktiken på den diplomerade kliniken. En diplomering skapar förväntningar och om de förväntningarna inte införlivas så riskerar diplomeringen tappa sitt värde.

Hbtq-kompetens bör inte vara enskilda vårdgivares ansvar

Bland flertalet deltagare fanns det, som vi visat, många positiva erfarenheter från diplomerade kliniker. Däremot var det vissa deltagare som hade funderingar kring varför det fungerade bättre på dessa kliniker. Vissa deltagare menar att på några kliniker kanske det handlar om "eldsjälar" som driver på kompetensutvecklingen och initierar en diplomering, och att kliniken möjligen även utan diplomering fungerat bättre än andra kliniker på grund av dessa "eldsjälar". Samtidigt menar exempelvis Andrej att det är "eldsjälarna" som kan få en diplomering att gå från policy till verklighet (se ovan). Några deltagare beskriver hbtq-kompetensen som personbunden, även på diplomerade kliniker, och att generellt i vården upplevs hbtq-kompetensen som...

... väldigt varierande. Mycket såhär personbundet, liksom... men kanske också om man är på en välfungerande liksom vårdenhet, eller inte. (Katrin)

Alexander, har lite sämre erfarenheter av en vårdkontakt på en diplomerad klinik och bytte sedan till en annan person på samma klinik där han fått ett bra bemötande, han reflekterar över detta och säger:

jag tycker inte heller att det ska ligga på alltså enskilda personer, att det ska vara enskilda personer som har mer kunskap än andra och att du ska ha tur att hamna hos de personerna utan du ska inte behöva till exempel som jag byta från din första kontakt till en annan för att den inte var nog kompetent. Utan då ska det va utbredd kompetens på hela kliniken och bland alla som jobbar där. (Alexander)

Dessa funderingar anknyter också till att deltagarna betonar vikten av att alla kliniker har en hbtq-kunskap:

Alltså det vore fint om det var inte bara vissa engagerade eldsjälar som jobbar som driver igenom det utan att det fanns ett allmänt intresse på vårdinrättningarna att bemöta hbtq personer och att det också är så här bra för att få en mångfald och jag tänker särskilt små kommuner och inlandskommuner att alla behöver ju kunna få bo kvar och då måste göras möjligheter för personer att kunna bo kvar och inte behöva flytta till Umeå till exempel. (Alexander)

Associerat till detta är problemet om man möter en vårdpersonal som inte deltagit i hbtq-diplomeringsutbildningen eller läkarstudenter, Andrej berättar om en erfarenhet:

Då inledde jag ju en ganska långvarig relation som avslutades i fjol och då gick jag ju förstas och testade mig igen och då var det väl, bemötandet var helt okej, jag minns då var det var nån läkarstudent som satt med och hon skulle köra nån så här undersökning med mig och det var nån enkät som hon ville att jag skulle svara på och jag ställde henne några uppföljningsfrågor och hon var totalt så där oförstående inför mina frågor. (Andrej)

Utifrån erfarenheter att det behövs på alla kliniker och att alla på kliniken bör vara utbildad menar deltagare att hbtq-kompetens bör ingå i grundutbildningar:

Och alla, egentligen, det borde ju också ingå i grundutbildningarna men också, och det är som jag sa i början där, att det också görs kontinuerligt, uppdatering. (Sara)

Någon deltagare som haft kontakt med samma klinik under många år reflekterar också kring om förbättringarna han upplever avspeglar hbtq-diplomeringen eller om de avspeglar en samhällsförändring:

Alltså jag tror att det avspeglar ju den här skillnaden som finns, den avspeglar ju i stort den här samhälleliga förändringen. Att det finns lite större förståelse för att det finns lite olika beteendemönster, olika sexuella identiteter och därmed också olika sexuella beteenden. (Andrej)

Samtidigt finns det, som vi visat ovan, en övergripande erfarenhet om att det kan fungera bättre på diplomerade kliniker än inom icke diplomerad hälso- och sjukvård. Sammantaget framkommer vikten av att hbtq-kompetensen inte ska vara upp till den enskilda vårdgivaren utan bör handlar om ett prioriterat arbete för att förbättra kompetensen hos samtliga inom vården.

Diskussion och förslag framåt

Sammanfattningsvis framkommer en positiv bild av kliniker i Västerbotten som hbtq-diplomerats. Flera deltagare berättar om ett gott bemötande, kunnig och välvillig personal. Det finns fortfarande förbättringspotential, ibland handlar det om enskilda vårdgivare som behöver fortbildas och ibland behövs det rutiner för att exempelvis dokumentera saker i journalen. En önskan om hbtq-kompetent gynekologisk vård återkommer och det påpekas att det saknas klinisk kunskap om exempelvis STI och risk för cervixcancer i relation till lesbiska sexuella praktiker, även på diplomerade kliniker. Det framgår också att det är många andra faktorer som spelar roll för hbtq-personers möte med vården, brist på resurser, kontinuitet och stressad personal upplevs göra personalen mer benägen att återgå till ett mer normativt bemötande, det vill säga utgå ifrån cis- och heteronormativa antaganden. Det är viktigt att diplomereringen uppdateras och att alla på kliniken är utbildade, annars skapas en känsla av att diplomereringen inte spelar någon roll. På samma sätt är det viktigt att diplomereringen inte enbart blir symboler och skrivna ord, det är viktigt att klinikerna faktiskt besitter hbtq-kompetens som omsätts i adekvat vård till hbtq-personer.

Resultaten liknar på flera sätt de resultat som tidigare framkommit i rapporter om hbtq-diplomeringar i andra regioner (Johansson Wilén & Lundsten, 2019; Tapper, 2016), vilket kan stärka resultatens robusthet. Johansson Wilén och Lundsten (2019) har även intervjuat vårdpersonal och även där framkom en risk att vissa eldsjälar blir ansvariga för att driva på hbtq-kompetensen, i deras studie lyftes exempelvis att detta kunde vara vårdpersonal som själva är hbtq-personer. Tidigare rapporter har dock inte i så stor utsträckning lyft fram hur de bredare förutsättningarna för vården påverkar hbtq-personers möte med vården, vilket vi ser som en viktig aspekt att lyfta fram. Möjligen kan man tänka att vården är känsligare eller mer sårbar för hbtq-personer, att det kräver mer energi från vårdpersonalen att tänka till och frångå förutfattade meningar. I relation till sådan problematik kan diplomerade kliniker arbeta med att upprätta rutiner för att undvika att dessa brister drabbar hbtq-personer i högre utsträckning än andra vårdsökande. Rutiner är också viktigt för att se till att det inte är upp till enskilda vårdgivare att ge en hbtq-kompetent vård utan att det är ett ansvar som ligger på kliniker som helhet. Deltagarna lyfter också fram vikten av en tillgänglig vård (vilket ibland funkar bra och ibland mindre bra på diplomerade kliniker) vilket är en viktig aspekt i relation till tidigare studier som visat att hbtq-personer skjuter upp vårdbesök (Folkhälsomyndigheten, 2015).

Delarna som framkommer som viktiga i denna studie kan kopplas samman med hur genussekretariatet formulerar och definierar hbtq-kompetens; "Att ha kunskap om hbtq-personers levnadsvillkor"; "Att ha kunskap om hur normer kring kön och sexualitet skapar över och underordning i vårt samhälle" och "Att ha kompetens att tillämpa denna kunskap i praktiken". Medan deltagarna ofta startar i bemötandefrågor så är det också flera som kommer in på kunskap om levnadsvillkor och nämner även vikten av kliniskt kunnande.

Det finns en tendens i materialet att hbtq-kompetens blir olika saker för olika subgrupper. När det gäller lesbiska finns en övervikt mot kompetens kring föräldraskap och fertilitet, när det gäller transpersoner handlar det mycket om psykisk ohälsa och vård för könsdysfori och när det gäller bögar är fokus till stor del på sexuellt överförbara infektioner. Detta må till viss del stämma med vad de olika subgrupperna söker vård för i högst utsträckning men riskerar också att bidra till en stereotypisering och att det finns risk att missa viktiga aspekter när hbtq-personer söker vård. Detta går inte att fastställa som ett tydligt resultat i denna studie, dels på grund av materialets begränsade omfattning, dels på grund av att det kvalitativa materialet ger begränsade möjligheter

att göra sådana jämförelser. Det kan däremot vara viktigt att ha i åtanke i utvecklingen och utformningen av diplomerings, t.ex. när det gäller exempel, case, beskrivningar av gruppen etc.

Utifrån deltagarnas reflektioner om skillnader mellan stad/landsbygd och tillgång till det svenska språket kan det finnas en poäng att se över hur diplomerade kliniker fördelar sig utifrån geografisk plats och olika socioekonomiska områden. Detta är viktigt för att undvika att diplomerings ytterligare bidrar till att öka vissa orättvisor, till exempel genom att fokusera på urbana eller socioekonomiskt gynnade områden. Om det skulle finnas sådana tendenser bör det diskuteras i relation till dagens system där kliniker själva väljer om de vill bli diplomerade. Detta kan också kopplas till deltagarnas reflektioner kring att "eldsjälar" driver på utvecklingen hbtq-kompetens. Som nämnt efterfrågas en hbtq-kompetent gynekologisk vård men om kvinnoklinikerna i regionen inte har eldsjälar som driver på processen att diplomerar finns en risk att dessa kliniker inte diplomerar och att hbtq-kompetens ses som något valbart,

En avslutande reflektion

En av deltagarna syns inte så mycket i resultatet, personen hade misstolkat inklusionskriterierna och hade inte besökt en diplomerad klinik men stod däremot sedan lång tid i kö till könsidentitetsutredningen som är diplomerad. Personen berättar om en väldigt otillgänglig vård, en stor ovisshet om när den ska få komma till sitt första besök och brev med knapphändig information där första besöket skjuts framåt. Detta är förknippat med frustration och ett stort psykiskt lidande. Personens historia är långt ifrån unik, mycket av det den berättar känns igen från Linanders (2017, 2019, 2021) tidigare studier. Detta fick oss att fundera kring vilken typ av vård kan och bör diplomerar? Könsidentitetsutredningen är en omstridd typ av vård ur ett hbtq-perspektiv, huruvida dess sätt att arbeta gynnar eller missgynnar transpersoners hälsa och tillgång till vård. Att sätta ett hbtq-diplom på denna typ av verksamhet riskerar sända fel budskap kring vad en hbtq-diplomering innebär men kan, å andra sidan, bidra till att förbättra könsidentitetsutredningens vård. Det finns således inget enkelt svar på detta men som kring processen i stort tror vi det finns en poäng att ha ett kontinuerligt reflexivt förhållningssätt kring diplomerings roll, syften och symbolvärde.

Referenser

Bauer, G.R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K.M., & Boyce, M. (2009). 'I don't think this is theoretical; this is our lives': How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20, 348–361.

Bauer, G.R., Scheim, A.I., Deutsch, M.B., & Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63, 713–720.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77–101.

Buchmueller, T., & Carpenter, C. S. (2010). Disparities in health insurance coverage, access, and outcomes for individuals in same-sex versus different-sex relationships, 2000–2007. *American Journal of Public Health*, 100(3), 489–495.

Butler, J. (1990). *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*. London/New York: Routledge.

Cruz, T.M. (2014). Assessing access to care for transgender and gender nonconforming people: A consideration of diversity in combating discrimination. *Social Science & Medicine*, 110, 65–73.

Enke, A. (2012). The education of little cis - cisgender and the dicipline opposing bodies. In A. Enke (Ed.), *Transfeminist perspectives in and beyond transgender and gender studies*. Philadelphia, PA.: Temple University Press.

Folkhälsomyndigheten. (2015). Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Grant, J.M., Mottet, L.A., Tanis, J., Herman, J., Harrison, J., & Keisling, M. (2010). National transgender discrimination survey report on health and health care. *National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force*. Washington, DC, 1–23.

Gustafsson, P. E., Linander, I., & Mosquera, P. A. (2017). Embodying pervasive discrimination: a decomposition of sexual orientation inequalities in health in a population-based cross-sectional study in Northern Sweden. *Int J Equity Health*, 16(1), 22.

ILGA-Europe. (2021). *Rainbow Europe 2021. Reflecting the legal and policy human rights situation of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (lgbti) people in Europe*. Retrieved: <https://www.ilga-europe.org/rainboweurope/2021>. Hämtad: 2021-10-10.

Johansson Wilén, E., & Lundsten, E. (2019). *Hbtq-personers upplevelser av bemötande inom hbtq-diplomerade vårdverksamheter i Västra Götalandsregionen*. Västra Götalandsregionen.

Kennedy, N. (2013). Cultural cisgenderism: Consequences of the imperceptible. *Psychology of Women Section Review*, 15, 3–11.

Klittmark, S., Garzón, M., Andersson, E., & Wells, M. B. (2019). LGBTQ competence wanted: LGBTQ parents' experiences of reproductive health care in Sweden. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(2), 417-426.

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, 12(1), 18.

Linander, I. (2018). *"It was like I had to fit into a category" People with trans experiences navigating access to trans-specific healthcare and health*. Umeå Universitet, Umeå.

Linander, I., Alm, E., Goicolea, I., & Harryson, L. (2019). "It was like I had to fit into a category": Care-seekers' experiences of gender regulation in the Swedish trans-specific healthcare. *Health*, 23(1), 21-38. doi:10.1177/1363459317708824

Linander, I., Alm, E., Hammarstrom, A., & Harryson, L. (2017). Negotiating the (bio)medical gaze - Experiences of trans-specific healthcare in Sweden. *Social Science and Medicine*, 174, 9-16. doi:10.1016/j.socscimed.2016.11.030

Linander, I., Lauri, M., Alm, E., & Goicolea, I. (2021). Two steps forward, one step back: A policy analysis of the Swedish guidelines for trans-specific healthcare. *Sexuality Research and Social Policy*, 18, 309-320.

Myndigheten för vårdanalys. (2014). *En mer jämlik vård är möjlig: analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Munson, S., & Cook, C. (2016). Lesbian and bisexual women's sexual healthcare experiences. *J Clin Nurs*, 25(23-24), 3497-3510.

Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22-29.

RFSL. (2020). Hbtqi-certifiering. Retrieved from <https://www.rfsl.se/certifiering-och-utbildning/hbtqi-certifiering/>.

Riggs, D., Coleman, K., & Due, C. (2014). Healthcare experiences of gender diverse Australians: A mixed-methods, self-report survey. *BMC Public Health*, 14, 230-230.

Romanelli, M., & Hudson, K. D. (2017). Individual and systemic barriers to health care: Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(6), 714.

Sanchez, N.F., Sanchez, J.P., & Danoff, A. (2009). Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health*, 99, 713-719.

Tapper, N. (2016). *Spelar hbtq-diplomeringen någon roll? En utvärdering av hbtq-diplomeringen med fokus på Västra Götalandsregionen*. Göteborgs Universitet, Kandidatuppsats.

Transgender Europe. (2017). Overdiagnosed but under served: Trans healthcare in Georgia, Poland

Waenerlund, A.-K., San Sebastian, M., Hurtig, A.-K., Wiklund, M., Christianson, M., & Goicolea, I. (2020). Assessing the youth-friendliness of youth clinics in northern Sweden: a survey analyzing the perspective of the youth. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-8.

Westerståhl, A. och Stål, J (2012). "Jag ska inte behöva outa mig själv varje gång jag har ett samtal". Rapport om bemötande av lhbtq-personer i Västra Götalands län. Västra Götalandsregionen: rättighetskommitténs kansli.

Whittle, S., Turner, L., Coombs, R., & Rhodes, S. (2008). *Transgender eurostudy: Legal survey and focus on the transgender experience of health care*. ILGA Europe.

WHO Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report*: World Health Organization.

Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Mirandola, M., Gios, L., . . . Pinto, N. (2019). A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health*, 29(5), 974-980.



UMEÅ UNIVERSITET

Institutionen för epidemiologi och global hälsa 901 87 Umeå 090 786 50 00 www.umu.se