

**TRANSEXUELLA PERSONERS UPPLEVELSE AV BEMÖTANDE
INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD
TRANSEXUAL PEOPLE'S EXPERIENCE OF TREATMENT IN
HEALTH CARE**

Examinationsdatum: 2014-05-19
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs: 41
Examensarbete, 15 högskolepoäng
Författare: Evelina Renström
Författare: Nina Saffo

Handledare: Britten Jansson
Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Transsexualism bedöms idag vara en psykiatrisk diagnos. Diagnosen ställs av en psykiatriker och därefter remitteras individen vidare för att genomgå en könsutredning. För ett juridiskt könsbyte måste en ansökning göras till Rättsliga rådet vilket är en del av Socialstyrelsen. Mellan år 1992 och år 2009 har det totalt inkommit 540 ansökningar om ändrad könsidentitet till Rättsliga rådet. De senaste åren har antalet ansökningar ökat successivt. Tidigare forskning har visat att kunskapsnivån om transsexualism hos hälso- och sjukvårdspersonal är låg samt att bemötandet är bristande. Vidare framkommer att stigmatisering och diskriminering förekommer inom hälso- och sjukvård gentemot transsexuella personer.

Syfte

Syftet var att beskriva transsexuella personers upplevelse av bemötande inom hälso- och sjukvård.

Metod

En kvalitativ design användes. Sju personer som idag lever i motsatt kön till det de tilldelades vid födseln intervjuades med semistrukturerad metod. En intervjuguide användes vid samtliga intervjuer. En kvalitativ innehållsanalys användes vid analysen av all data.

Resultat

I studien framkom att transsexuella personer bemöts otillfredsställande inom svensk hälso- och sjukvård. Även kunskapen om transsexualism är bristfällig. Ökad kunskap är önskvärt. Vidare framkom att det föreligger skillnader i kunskap och bemötande mellan olika vårdinstanser. Att benämnas med felaktigt pronomen samt utsättas för irrelevanta frågor i vårdssammanhang upplevs som kränkande.

Slutsats

Studien visade att förbättringar gällande bemötande av transsexuella personer inom svensk hälso- och sjukvård är nödvändigt. Kunskap inom transsexualism visade sig ha ett visst samband med bemötandet.

Nyckelord: Transsexualism, bemötande, kunskap, utbildning, hälso- och sjukvårdspersonal

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Sexualitet	4
Transsexualitet	4
Könskorrigering	6
Lagstiftning	6
Kunskap och utbildning inom hälso- och sjukvård	7
Stigmatisering och diskriminering	9
Bemötande	10
Personcentrerat bemötande	12
Problemformulering	12
SYFTE	13
METOD	13
Val av Metod	13
Urval	13
Datainsamling	14
Genomförande	14
Databearbetning	15
Dataanalys	15
Forskningsetiska överväganden	17
RESULTAT	18
Kunskapens betydelse för mötet	18
I mötet	21
Patienten i underläge	23
DISKUSSION	25
Resultatdiskussion	25
Metoddiskussion	27
SLUTSATS	29
Fortsatta studier	29
Klinisk relevans	30
REFERENSER	31
BILAGA A-B	

INLEDNING

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) § 2 säger följande ”Målet för hälso- sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för människors lika värde och för den enskilda människans värdighet...”. Med grund i detta var författarna intresserade av att undersöka hur transsexuella personer upplever bemötandet i svensk hälso- och sjukvård relaterat till personliga erfarenheter samt vetenskaplig forskning vilken tydligt visar att lagen långt ifrån alltid följs.

BAKGRUND

Sexualitet

Sexualitet definieras som människans intima och emotionella relationer, sexuella njutning, behov och beteende samt fortplantningsbeteende (Löfgren-Mårtenson, 2013). Vidare beskriver World Health Organisation (2006) (WHO) sexualitet ur ett helhetsperspektiv, där både sociala, psykologiska samt biologiska delar lyfts fram och där sexualiteten beskrivs som en del i människans personlighet.

Sexuell orientering har tre komponenter. Dessa tre komponenter är *sexuell identitet* det vill säga etiketten människor sätter på sig själva för att beskriva sig för andra människor. *Sexuellt beteende* beskrivs som könet på den sexuella partnern, oavsett etiketten personen ifråga använder. Tredje komponenten är *sexuella attraktionsmönster*, vilket avser den typ av sexuella fantasier och begär en person har oavsett om dessa utövas eller inte (Eliason, Chinn, Dibble & DeJoseph, 2013).

Transsexualitet

Flertalet människor förknippar könsidentiteten med den fysiska kroppen. För en minoritet av befolkningen stämmer inte könsidentiteten överens med den fysiska kroppen (Eliason et.al., 2013).

Transsexualitet förknippas vanligtvis med begreppet transperson, vilket ursprungligen kommer från engelskans transgender. Begreppet transperson är ett paraplybegrepp för personer som på något sätt lever som det motsatta könet, eller på annat sätt identifierar sig i det kön personen ursprungligen inte är född i. Begreppet inrymmer en rad olika förfaranden vilka på något sätt bryter från samhällets normer gällande könstillhörighet. Exempel på detta är personer som klär sig i det motsatta könets kläder det vill säga transvestiter, drag queens, drag kings samt män och kvinnor som uppträder likt det andra könet. En transsexuell person har däremot en varaktig vilja att leva sitt liv i det andra könet än vad individen från första början är född i (Berg, Bergström-Walan, Larsson, Lilja & Fossum 2008).

Vidare kan begreppet transsexualitet och att vara transsexuell beskrivas att individen upplever sig vara född i fel kropp. Detta kan ge sig uttryck i att personen känner en intensiv önskan om att förändra sin kropp exempelvis genom hormonell behandling samt kirurgi i riktning mot den könstillhörigheten personen identifierar sig med (Arver, Dhejne & Öberg, 2010).

Diagnos

Enligt Socialstyrelsen (2010) måste en person vilken önskar ändra könstillhörighet diagnostiseras med transsexualism vilket bedöms vara en psykiatrisk diagnos. Diagnosen fastställs av en psykiatriker. Löfgren-Mårtenson (2013) menar att det sker en patologisering av transsexuella personer vilket är problematiskt. Vidare beskrivs hur transsexualismen ofta framställs obehagligt och avvikande. I en studie av Roque och Rodrigues (2012) anses borttagandet av transsexualitet från listan psykiatriska sjukdomar vara kontroversiellt och skulle kunna resultera i att sjukförsäkring nekas för gruppen transsexuella i många länder.

Diagnosen transsexualism ställs genom International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems -10 F64.0 och beskrivs följande:

”En önskan om att leva och bli accepterad som en medlem av det motsatta könet, ofta åtföljt av en känsla av obehag eller otillräcklighet med det egna anatomiska könet och en önskan om hormonell eller kirurgisk behandling för att kroppsligen likna det prefererade könet så mycket som möjligt.”
(Socialstyrelsen, 2011, s 194).

Även i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -IV 302.85 finns en definition benämnd *könsidentitetstörning*. I denna definition beskrivs bland annat att individen ska ha en intensiv och kvarvarande identifikation med det motsatta könet. Störningen orsakar ett betydande lidande eller sämre funktion socialt, inom arbete och studier eller i andra viktiga delar av livet för individen (American Psychiatric Association, 2013).

Ökad risk för mortalitet och sjukdom

I Dhejne et al. (2011) studie gjord i Sverige har 324 transsexuella personer studerats under år 1973 till år 2003. Avseendet var att undersöka om dessa individer löper en ökad risk för mortalitet, självmordsbeteende och ökad psykiatrisk sjuklighet i jämförelse med den allmänna befolkningen. Individerna vilka ingick i studien hade utfört kirurgiskt könsbyte samt tilldelats ny rättslig könstillhörighet. I studien framkommer att dessa transsexuella individer, såväl kvinnor som män, löper tre gånger ökad risk för mortalitet i jämförelse med den allmänna befolkningen. En särskild ökning fanns gällande självmordsfrekvensen, men en ökning sågs även för hjärt- kärlsjukdom samt malignitet. Gällande slutenvård för psykiatrisk sjukdom sågs likaså där en ökning hos gruppen av transsexuella individer i jämförelse med andra personer födda samma år och av samma kön. Slutligen dras slutsatsen att transsexuella personer vilka utfört kirurgiskt könsbyte är en riskgrupp vilka behöver långvarig uppföljning, såväl psykiatriskt som somatiskt. Vidare menar Dhejne et al., (2011) att även om kirurgi och hormonell behandling lindrar könsidentitetskrisen är det uppenbarligen inte tillräckligt och förbättrad vård samt uppföljning krävs således för denna patientgrupp.

I en studie av Nuttbrock et al., (2010) deltog 571 man- till- kvinna transsexuella, där bland annat prevalensen av svår depression undersöktes samt andelen självmordsförsök. Personerna var indelade i grupperna “yngre”, 19-39 år och “äldre”, 40-59 år. Bland de yngre var prevalensen för svår depression 54,7 procent. Bland de äldre låg siffran på 52,9 procent.

En minoritet på 9,6 procent bland de yngre uppgav att de vid två eller fler tillfällen i livet hade utfört självmordsförsök. I gruppen äldre var minoriteten något mindre, 6,7 procent uppgav där att de vid två tillfällen eller fler någon gång försökt ta sitt liv (Nuttbrock et al., 2010).

Könskorrigering

Vid könskorrigering är hormonterapi en del av behandlingen. Klinisk erfarenhet av att ha behandlat dessa individer har gjort att rekommendationer vuxit fram. För transkvinnor rekommenderas östrogen och gonadotropinagonist innan operation. För transmän rekommenderas testosteron och gonadotropinagonist. Under behandling med dessa preparat måste övervakning ske i avseende på biverkningar, framförallt hematologiska, biokemiska och fysiska sådana. Efter operation måste ett intag av lämpliga könshormoner fortgå för resten av livet med regelbunden uppföljning (Wylie, Fung, Boshier & Rotchell, 2009).

Enligt Udeze, Abdelmawla, Khoosal och Terry (2008) studie framkommer att ingen signifikant skillnad på individers självrapporterade psykiska mående kan urskiljas under den första sexmånadersperioden efter kirurgiskt könsbyte. I studien har 40 individer följts vilka gått från man till kvinna. Relaterat till detta rekommenderar Udeze et al. (2008) att adekvat uppföljning krävs till dessa patienter samt att patienterna måste mötas upp angående deras förväntningar på den omedelbara postoperativa perioden.

Könskorrigering i Sverige

När en individ vill byta sin könidentitet i Sverige är första steget en kontakt med allmänpsykiatri där personen bokar tid hos en psykiatriker. Där berättar personen om hur denne känner samt berättar om sig själv. Psykiatrikern tar sedan ett beslut om individen ska remitteras vidare till ett speciellt utredningsteam. Hos detta team får personen träffa olika kompetenser till exempel psykolog, kurator och psykiatriker. Kontakten pågår under minst två år och syftar till att grundligt utreda, stötta och bedöma om personen kan diagnostiseras transsexualism. Under det andra året genomgår personen "real life experience". Med detta menas att individen ska börja leva som det kön personen identifierar sig med. Individen ska då göra förändringar i sitt liv. Det kan exempelvis vara att byta förnamn, berätta på sin arbetsplats om livsförändringen, välja toalett och omklädningsrum efter det kön personen identifierar sig med. Efter perioden av real life experience kan individen ansöka om att juridiskt byta kön och med kirurgi korrigera könsorganet om så önskas. Detta är dock inte ett krav, personen kan fortsätta att leva under real life om det är individens önskan, under en obegränsad tid. Det är socialstyrelsens Rättsliga råd vilket handlägger ansökningarna om byte av juridiskt kön samt eventuell könskorrigering kirurgi (Transformering, 2013). Mellan år 1992 och år 2009 har Rättsliga rådet mottagit 540 ansökningar om ändrad könsidentitet. Antalet sökningar har successivt ökat under senaste åren. Mellan år 2004 och år 2009 mottog socialstyrelsens Rättsliga råd i genomsnitt 37 ansökningar per år (Socialstyrelsen, 2010).

Lagstiftning

Den 1 juli år 1972 började en ny lag gälla i Sverige: (1972:119), *Lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall* (Socialstyrelsen, 2010). Det gjorde att Sverige var det första landet i världen vilket lagstiftade om könstillhörighet.

Under 60-talet framkom att personer vilka ville leva i det motsatta könet hade börjat byta namn och till och med genomgått både medicinska och kirurgiska ingrepp för att få börja sitt liv i det kön individen identifierade sig med. Detta banade vägen för en ny lag då nya frågor och funderingar uppstod kring könstillhörighet. I lagen från år 1972 ingick fyra krav för ett juridiskt fastställande av kön, nämligen att individen ska vara ogift, 18 år fyllda, svensk medborgare samt steril eller genomgå sterilisering (Socialstyrelsen, 2010).

En viss modifiering av lagen har skett sedan dess då vi människor med tiden utvecklas och samhället med oss. Exempelvis har kravet på sterilisering ändrats och en ny lag trädde i kraft den 1 juli år 2013 där detta krav är upphävt. Det är numera också möjligt för transsexuella att frysa ner könsceller (Sveriges Riksdag, 2013). Lagen om fastställande av könstillhörighet säger att individen måste vara ogift samt inneha svenskt medborgarskap. Detta är under proposition hos riksdagen. Förslaget lyder att individen ej ska behöva vara ogift samt att icke svenska medborgare ska kunna få fastställelse, dock måste utländska medborgare ha varit bosatta i Sverige i minst ett år innan tillstånd kan ges (Socialstyrelsen, 2010).

Enligt Socialstyrelsen (2010) måste även lagen om 18-årsgräns ses över. Det måste finnas möjlighet för ungdomen att uttrycka sin känsla av könstillhörighet. Vårdnadshavare har rätt och skyldighet att se till barnets bästa, men med barnets stigande ålder bör även dennes mognad, tankar och känslor tas på största allvar. Enbart en juridisk fastställelse av könstillhörighet är en reversibel handling, därför bör en ungdom vid 16 års ålder ha möjlighet att bestämma huruvida denne skall leva i ”fel” kön eller som det kön den unga personen identifierar sig med. Här måste dock aspekterna risker och psykosociala faktorer spela en stor roll.

Det är oftast rättsliga rådet vilket beslutar om fastställelse av ändrad könstillhörighet men beslut kan även tas av Socialstyrelsen i vissa fall. Ändrad könstillhörighet kommer även med juridiska svårigheter, till exempel byte av personnummer. Ett personnummer används på en mängd olika vis och enheter. Identitetshandlingar och körkort ska ändras men även dokument upprättade långt tillbaka i tiden såsom skolbetyg, tidigare intyg och meriter. Detta kan vara svårt och enligt Socialstyrelsen bör rutinerna förbättras (Socialstyrelsen, 2010).

Kunskap och utbildning inom hälso- och sjukvård

Deutsch et al. (2013) beskriver hur vårdens datainsamlingsmetoder behöver ses över och anpassas för att besvara transsexuella personers unika behov. Jablonski, Vance & Beattie (2013) framhåller att äldre transsexuella personer under sin livstid stött på diskriminering, våld och ibland förföljelse. En möjlig påföljd av detta är misstänksamhet mot vårdgivare. Jablonski et al. (2013) belyser att sjuksköterskor med tanke på denna kunskap måste ändra sitt arbetssätt gällande datainsamling vilka rör identitet, kön och närstående. Sjuksköterskan behöver även visa en känslighet och taktkänsla vid insamlande av medicinsk och kirurgisk anamnes samt vid intima rutiner och fysiska undersökningar.

Vidare redogör Polly och Nicole (2011) att transsexuella personer vilka uppsöker sjukvård ofta tvingas bemötas av sjuksköterskor och annan vårdpersonal omedvetna om denna patientgrupps specifika behov. Författarna fastställer att hälso- och sjukvårdspersonal måste bli mer medvetna om transsexuella personers medicinska, sociala och psykologiska behov för att förbättra bemötandet gentemot denna grupp av människor.

Likt alla andra patienter måste dessa individer få ett bemötande som är präglad av värdighet, respekt och medkänsla (Polly & Nicole, 2011). Cobos och Jones (2009) framhåller att små detaljer, exempelvis inreda badrum könsneutralt inom vården, är viktiga för att öka välbefinnandet hos transsexuella personer. Att som hälso- och sjukvårdspersonal fråga individen vilket namn och vilken könsidentitet denne föredrar beskriver författarna vidare är viktigt för att bekräfta en transexuell persons delaktighet i vården (Cobos & Jones, 2009).

I en Nya Zeeländsk studie av Adams, Dickinson och Asiasiga (2013) deltog personer vilka lever i gruppen homosexuella, bisexuella, transsexuella samt queer (HBTQ). Studien belyser problemet med att gruppen HBTQ- personer, däribland transsexuella, inte har samma förutsättningar för ett likvärdigt bemötande inom hälso- och sjukvården i jämförelse med heterosexuella. Vidare menar Adams et al. (2013) att policyns utveckling är begränsad för att tillräckligt kunna möta vårdbehovet hos bland annat transsexuella. De huvudsakliga strategierna och program samt policy och service måste ses över och utredas då detta är en grupp individer vilka har ett stort vårdbehov och skulle dra fördelar av ett större engagemang från hälso- och sjukvården.

Kunskap

Hur vården uppfattas av individen, kan ofta associeras till attityden hos sjuksköterskan. Det finns transsexuella personer vilka fruktar dåligt bemötande och diskriminering till följd av sin sexuella identitet, detta fastslås i Peates (2008) studie. Vidare beskrivs att kunskap och medvetenhet hos sjuksköterskan om den transsexuella personens behov ger bättre förutsättningar och minskar risken för ojämnlighet och diskriminering. Peates (2008) menar att för lite kunskap om transsexuella personer förmedlas till hälso- och sjukvårdens personal i grundutbildning inom omvårdnad och medicin. Detta resulterar i att transsexuella individer får en bristfällig vård. Utbildning och resurser för detta måste förbättras för att nå bättre resultat.

Enligt Campbell (2013) framkommer att personal vilka arbetar inom hälso- och sjukvård måste förbättra sin kunskap om behovet av sexuell hälsa för personer i gruppen HBTQ. Det ska inte göras antaganden om en patients sexuella läggning under vårdtillfället, personalen måste istället aktivt öka öppenheten och ta till sig av tidigare rapporter från HBTQ- personer.

Chapman, Watkins, Zappia, Combs och Shields (2012) undersökte kunskap, attityd och uppfattning hos sjukvårdspersonal vad gäller bland annat transsexuella personer när dessa söker vård för sina barn. I studien framkom att sjuksköterskor och läkare har lite kunskap om denna grupp individer. Detta var särskilt förekommande bland personal med starka religiösa uppfattningar samt icke-kaukasisk personal. Sjuksköterskor visade sig vara mer positiva till transexuellas föräldraskap än läkare. Chapman et al. (2012) belyser att det är viktigt att personalen blir mer pålästa inom området.

Utbildning

I en studie gjord i Sverige av Rondahl (2009) har sjuksköterske- samt läkarstudenter tillfrågats om deras kunskaper kring transsexuella, homosexuella och bisexuella personer. Ställda frågor behandlade delvis kunskaper vilka förmedlas till allmänheten genom exempelvis tv och tidningar. Andra frågor rörde områden vilka regleras av svensk lag där hälso- och sjukvårdspersonal måste besitta kunskap.

Övergripande sett fanns inte signifikanta skillnader mellan de två studentgruppernas kunskapsnivå kring transsexuella individer. Båda grupperna av studenter har bristfälliga kunskaper om denna patientgrupp. Således krävs åtgärder för att bota denna kunskapsbrist (Rondahl, 2009).

En studie gjord i New York City av Sanchez, Sanchez & Danoff (2009) visar att studenter inom medicin och omvårdnad, vilka haft en större möjlighet att vårda transsexuella patienter under sin studietid, visar ökad förståelse och en mer positiv attityd gentemot denna grupp senare i sin yrkeskarriär. Sanchez et al. (2009) menar att för att nå målet om ökad kunskap, förståelse och bättre attityd gentemot transsexuella i framtiden, bör kunskapen om bemötandet av dessa personer samt kunskapen om transsexuellas vårdbehov ingå i all vårdutbildning.

Stigmatisering och diskriminering

Stigmatisering handlar om att påvisa olikheter där grupperingarna “vi” och “de” bildas. Att vara icke transsexuell anses vara det normala medan att vara transsexuell betraktas onormalt, avvikande och mindre önskvärt. När en individ eller en grupp individer diskrimineras innebär det att de utsätts för till exempel fördomar, nedsättande behandling och lämnas utanför gruppen (RFSL, 2014). Enligt ett forskningsprojekt utfört av Kosenko, Rintamaki, Raney och Maness (2013) framkommer att stigma mot gruppen transsexuella personer förekommer i vården. I studien visar det sig att de inkluderade individerna har erfarenheter av okänslighet mot könstillhörigheten, förnekande av tjänster, undermålig vård, tvångsvård och verbal misshandel. Deltagarna beskriver negativa interaktioner med både sjuksköterskor, läkare samt annan personal inom hälso- och sjukvård.

Relaterat till könstillhörigheten upplevde deltagare att hälso- och sjukvårdspersonalen agerade okänsligt och använde felaktigt pronomen, ställde frågor uttryckta på dåligt sätt och kommenterade diskriminerande om patientens könstillhörighet. Att bemötas av hälso- och sjukvårdspersonal vilka exempelvis stirrar eller helt undviker ögonkontakt upplevde deltagarna som stigmatiserande och diskriminerande. Förnekande av vård till denna patientgrupp identifierades. I denna kategori inkluderades även vårdgivare vilka förnekade medicinska behandlingar exempelvis hormonell behandling och remiss för könsbyte. Andra deltagare berättade att även om de inte vägrades vård, var den vård de erbjöds av undermålig kvalitet. Verbal misshandel i form av hån, nedvärdering, utskällning och kränkning rapporterades (Kosenko et al., 2013).

I en studie av Poteat, German och Kerrigan (2013) om stigma, diskriminering och samspel mellan vårdgivare och transsexuella personer deltog 55 transsexuella och 12 vårdpersonal. Poteat et al., (2013) menar att eftersom bemötande mot transsexuella personer inte ingår i en vård/ medicinsk-utbildning orsakar detta en osäkerhet och ambivalens hos vårdgivare. Detta kan i sin tur orsaka att maktbalansen mellan patient och vårdgivare rubbas. Eftersom många transsexuella personer är medvetna om vårdgivarens osäkerhet kring mötet blir också tillförlitligheten av vårdgivarens kompetens ifrågasatt. De transsexuella deltagarnas levande berättelser beskrev upplevelser om stigma och diskriminering. Det kunde till exempel handla om att bli nekad hjälp vid allmänna inrättningar när den transsexuelles könsidentitet avslöjades. Många hade lärt sig att förvänta diskriminering. Dessa förväntningar gjorde i sin tur att vissa blev begränsade geografiskt eller i vårdssituationer. En del personer nöjde sig med att få tillgång till de mest grundläggande behoven, till exempel ett boende (Poteat et al., 2013).

Den deltagande transsexuella gruppen i studien av Poteat et al., (2013) förväntade sig att vårdgivaren inte bara skulle ha svårt att bemöta individens medicinska behov utan också vara oförberedd på personens existens. Deltagarna uttryckte också en frustration över att vårdgivare så sällan vet eller respekterar vilket pronomen de ska använda vid ett möte med en transsexuell person. Vidare menar deltagarna att det är smärftfullt och påfrestande att behöva utbilda sin läkare om vilken vård eller medicinering individen behöver. De önskar att läkarna redan besatt kunskapen om vård av transsexuella (Poteat et al., 2013). Bland vårdgivarna vilka deltog i studien, kände alla inom primärvården att de var helt oförberedda till hur de skulle bemöta en transsexuell person. De beskrev olika sätt att tackla situationen, att fråga en mer erfaren kollega, söka kunskap i böcker eller via internet, låta patienten lära dem eller vägra att behandla personen i fråga (Poteat et al., 2013).

Vidare menar Poteat et al. (2013) att det finns ett problem med förtroende från båda läger. De transsexuella har dåligt förtroende för vårdgivarna då de upplever brist på kunskap om transsexuellas vårdbehov hos dessa. Vårdgivarna upplever en frustration över, vilket tidigare nämnts, att maktbalansen mellan vårdgivare och patient förändras ofta i mötet med transsexuella patienter. De menar att denna patientgrupp inte har något förtroende för dem och istället inhämtar information från internet. Informationen presenteras för vårdgivaren och patienten kräver behandling och/eller medicinering utifrån den informationen. Då vårdgivaren i många fall inte har kunskap om informationen patienten presenterat för dem, anses detta vara myter patienten kommer med. När vårdgivaren istället presenterar sin behandling och patienten inte godtar denna, upplever vårdgivaren att patienten inte tar denne på allvar, inte följer ordinationer och vårdgivaren får därför ett minskat förtroende för patienten. Många vårdgivare berättade dock om hur framsteg hade gjorts och hur de från att ha varit främmande inför att bemöta transsexuella nu såg denna patientgrupp vara liksom alla andra människor, det vill säga vara i behov av vård av olika slag. Andra delgav att de aktivt bekämpade diskrimineringen av de transsexuella och beskyddade dessa (Poteat et al., 2013).

Adams et al. (2013) menar att transsexuella personer har samma behov av prevention för mental hälsa likt övrig befolkning, men är samtidigt en målgrupp för till exempel diskriminering och andra riskfaktorer på både individ- grupp- och samhällsnivå. Pinel (1999) kom i en undersökning fram till att medvetenheten av stigma påvisade en korrelation med uppfattningen av diskriminering mot gruppen, även på personlig nivå. Vidare belyser Adams et al. (2013) att transsexuella personer i högre grad lider av mental ohälsa än den allmänna populationen. På Nya Zeeland har det uppmärksammats att prevention och främjande arbete för mental hälsa inte finns specifikt riktat mot gruppen transsexuella. Studien visar att statligt subventionerad vård inte är anpassad för transsexuella personer och inte är lika lättillgänglig för dem i jämförelse med den övriga befolkningen. Adams et al. (2013) menar dock att vartefter antalet personer från HBTQ- grupperna ökar inom politik och på andra beslutsfattande poster, kommer också engagemang och policy för att främja dessa personers hälsa att öka.

Bemötande

Enligt Fossum (2013) är bemötande ett ord vilket är svårt att beskriva. Ordet kan liknas vid andra ord exempelvis mottagande, uppträdande, sätt att vara och behandling. En innebörd av bemötande handlar om hur samtal kan genomföras samt utförs, även människosyn och på vilket sätt vård utförs kan vävas in i begreppet bemötande.

Bemötande är något centralt samt viktigt i hälso- och sjukvården och individer vilka söker sig dit förväntar sig att bli bemötta på ett respektfullt sätt. Vidare menar Fossum (2013) att kunskap och vetskap finns om att bemötandet i vården är en viktig parameter samt att ett bristande bemötande kan ge betydande konsekvenser för patientgruppen.

Att personalen är oengagerad, okunnig, saknar omdöme eller är osäker är anledningen till ett bristande bemötande enligt patienter vilka blivit tillfrågade om detta i studier enligt Fossum (2013). Personer vilka söker vård befinner sig ofta i ett underläge till personalen. En sådan situation kan göra att individen är känsligare för hur bemötandet blir. Patienter och deras anhöriga kan lätt känna sig utlämnade, sårbara och otrygga om de bemöts på ett bristande vis (Fossum, 2013).

Hur patienter upplever omvårdnad beror enligt Attree (2001) till stor del på hur bemötandet har upplevts. Vårdpersonal bör också reflektera över vårdsituationer där patienten upplever sig vara opersonifierad, exkluderad, att personalen inte är intresserad av patienten, inte vill involvera sig eller inte har tid för patienten. Vidare framkom det i Attrees (2001) studie att patienter vilka inte känner sig nöjda med omvårdnaden ändå inte framför sina klagomål. Det betyder att vårdenheter behöver se över sina rutiner vad gäller missnöjdhet bland patienter.

I en australiensk studie gjord av Chapman, Wardrop, Freeman, Zappia, Watkins och Shields (2012) deltog 11 föräldrar vilka är gay, lesbiska eller transexuella. Syftet med studien var att undersöka hur föräldrarna upplevde bemötandet inom hälso- och sjukvården när vård söktes för barnen. Sammanlagt hade familjerna 16 barn i åldrarna 1-20 år med jämn fördelning av flickor och pojkar. Studien visar att många inom hälso- och sjukvården har svårigheter med att bemöta transexuella och deras familjers behov. Forskarna anser att det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal håller sig uppdaterad om hur personal bör gå tillväga för att på bästa sätt bemöta olika konstellationer av familjer (Chapman et al., 2012).

Mångfald

Dhaliwal, Crane, Valley och Lowenstein (2013) belyser vikten av mångfald samt respekt och förståelse för mångfald. Vidare visar studien att minoritetsgrupper, till exempel transexuella personer, bör ingå i mångfald för att inte hamna utanför i samhället. Definitionen mångfald bör enligt studien breddas. Mycket kraft ansågs läggas på etniska minoriteter samt rasfrågor vilket gjorde att gruppen transexuella uteslöts ur mångfalden. Då studien är gjord på ett universitet för läkarstudenter påpekades även att vissa professorer uttryckte sig mycket okänsligt gentemot transexuella personer.

Kommunikation

Kommunikation är en central handling inom hälso- och sjukvård. För att ett möte ska vara effektivt krävs att patienten och vårdaren förstår varandra samt att de kommunicerar på ett givande sätt. Det krävs även att vårdgivaren har förmåga att anpassa sitt sätt att kommunicera relaterat till individen vårdgivaren har framför sig. Definitioner på kommunikation kan vara att göra någon delaktig, ömsesidigt utbyte eller att göra någonting gemensamt. Att kommunicera handlar om det verbala men även om vad människan säger med sitt kroppsspråk (Fossum, 2013). En bedömning behövs enligt Patak et al. (2009) utföras med varje enskild patient, där patientens kommunikationsförmåga kartläggs. Relaterat till detta kan adekvata åtgärder sättas in om patienten behöver stöttning i kommunikationen.

En säker kommunikation mellan vårdpersonal och patient ökar patientsäkerheten och alla professioner inom vården måste samarbeta för främjandet av god kommunikation (Patak et al., 2009).

Personcentrerat bemötande

Personcentrerat bemötande och förhållningssätt handlar enligt Edvardsson (2010) om att utgå ifrån individen, bekräfta personens upplevelse samt försöka se och tänka utifrån personens perspektiv. Patienten ska ses självständig och ska inte bli objektifierad, reduceras till sin sjukdom eller till sitt beteende. Ett gott förhållningssätt är att försöka se varje person vara expert på sig själv. Människan ska ses likt en samlad enhet, bestående av kropp, själ och ande. Hela människan ska stå i fokus inte valda delar av individen såsom kroppen, anden eller själen var för sig (Edvardsson, 2010).

Fossum (2013) belyser att då den vårdsökande är sjuk eller på annat sätt behöver hjälp med något, samt saknar kunskap om den aktuella sökorsaken leder detta till att individen hamnar i ett underläge. Detta resulterar således i en maktrelation samt att vårdaren automatiskt hamnar i en överlägsen position, även om denna inte betar sig på ett överlägset sätt. Det är viktigt att påpeka att vårdaren kan lära sig att kommunicera på ett bättre samt mer jämlikt vis. Handlingen kräver att vårdaren bemöter varje patient på ett personcentrerat sätt. Kommunikationen påverkas även av vårdgivarens samt vårdtagarens kön. Oberoende av sökorsak har genus betydelse för hur kommunikationen går till (Fossum, 2013).

Ekman et al. (2011) har i sina studier funnit att vårdgivare har en positiv inställning till samt stödjer ett personcentrerat förhållningssätt till vård. En ökad förekomst av vägledning krävs dock för att systemiskt och konsekvent tillämpa sig utav metoden. Författarna till artikeln rekommenderar att i ett första steg till ett mer personcentrerat förhållningssätt ta del av patientens personliga berättelse och därifrån bygga upp en personlig relation till patienten.

I en studie gjord av Mirzaei et al. (2013) har patienter intervjuats om vad de efterfrågar i vården för att få den mer personcentrerad. I denna framkommer bland annat att patienterna vill ha information anpassad till personer vilka inte har förkunskaper inom medicin. Informationen måste vara lätt att förstå och inte skriven på fackspråk. Önskvärt från informanterna var även att själva få vara delaktiga i sina vårdplaner och att kunna samarbeta och jobba mer interaktivt med sina kontaktpersoner i sjukvården. Begränsat med tid och mänskliga resurser ansågs vara ett betydande hinder mot att få ta del av ett personcentrerat bemötande (Mirzaei et al., 2013).

Problemformulering

Enligt Adams et al. (2013) är transsexuella personer en grupp med ett stort vårdbehov och därför är bemötandet från personal inom hälso- och sjukvård av stor betydelse för patientgruppen. I studien av Nuttbrock et al. (2010) identifieras hög prevalens för svår depression hos transsexuella individer. Forskning visar att behovet av utökad kunskap om transsexualism är stort och att transsexuella personer rapporterar upplevelse av dåligt bemötande. Detta kan exempelvis vara i form av diskriminering samt att bemötas av personal vilka är okunniga om individernas behov (Jablonski et al., 2013; Polly & Nicole, 2011; Adams et al., 2013; Peates, 2008; Campbell, 2013).

Vidare har forskning visat att stigmatisering är vanligt förekommande mot transsexuella personer vid vårdkontakt (Kosenko et al., 2013; Poteat et al, 2013; Adams et al., 2013). Med grund i detta är det av intresse att undersöka samt beskriva hur bemötandet inom svensk hälso- och sjukvård upplevs av denna patientgrupp. Polly & Nicole, (2011); Cobos & Jones, (2009); Kosenko et al., (2013) belyser att personal inom hälso- och sjukvården har en viktig roll när det gäller att skapa goda förutsättningar för ett gott bemötande gentemot gruppen transsexuella individer. Detta kan exempelvis vara genom att öka medvetenheten om patientgruppens vårdbehov, öka individernas delaktighet i vården och använda rätt pronomen i bemötandet av individen.

SYFTE

Syftet var att beskriva transsexuella personers upplevelse av bemötande inom hälso- och sjukvård.

METOD

Val av Metod

Författarna till föreliggande studie valde att använda en kvalitativ intervjumetod i utförandet. Eftersom syftet var att beskriva transsexuella personers upplevelse av bemötande inom hälso- och sjukvård, ansåg författarna att denna metod var bäst lämpad för att svara på syftet. En forskare som använder kvalitativ metod är intresserad av att förstå, tolka och beskriva en grupp människors upplevelse av ett fenomen menar Marshall och Rossman (2011) vilket också var föreliggande studies syfte.

Urval

För att skapa ett material där syftet kunde besvaras valdes informanter ut enligt kriterierna över 18 år, för att informanterna ska vara myndiga och självbestämmande. Vidare svensktalande, för att en god tvåvägskommunikation skulle kunna upprätthållas. Informanterna skulle leva som transsexuell under aktuell vårdkontakt samt under studiens gång, eftersom det är transsexuella personers upplevelser vilka undersöks i studien. Som sista kriterium, varit i kontakt med hälso- och sjukvård vid något tillfälle under de senaste två åren. Om vårdkontakten varit längre tillbaka i tiden anser författarna att minnet av upplevelsen eventuellt är försämrat.

Författarna till föreliggande studie skulle fånga upp informanter med stor erfarenhet inom det studerade området. Detta i enlighet med Henricson och Billhult (2012) vilka menar att vid kvalitativ metod tillfrågas personer vilka är lämpliga för den aktuella studien, urvalet är med andra ord inte slumpmässigt. Att hitta ett mindre antal personer med mycket erfarenhet inom området anses mer fördelaktigt än att intervjua en större grupp med mindre kännedom. Vidare belyser Polit och Beck (2012) vikten av att informanterna har upplevt samt har förmågan att berätta om det studerade fenomenet eller livssituationen.

Alla informanter lever i dagsläget som det motsatta könet mot det de tilldelades vid födseln. Fyra av informanterna lever idag som män och tre som kvinnor. Samtliga intervjuer genomfördes av båda författarna vilket Trost (2010) menar kan vara lämpligt för intervjuare ovan vid denna situation samt att tekniken ofta resulterar i en större mängd information.

Datainsamling

För att svara på syftet använde författarna semistrukturerad intervjuteknik. Tekniken går ut på att ett antal frågor, samt stödord finns förberedda. Frågorna behöver inte ställas i samma ordning, forskaren kan anpassa detta efter den unika intervjun. Har frågeställningarna i stödorden redan besvarats av informanten i en tidigare fråga, ställs dessa inte menar Danielson (2012). Vid samtliga intervjuer användes diktafon för att författarna till föreliggande studie inte skulle behöva skriva ned det som sades under intervjun samt att ingen data skulle gå förlorad, samt att nyanser i berättandet kommer med vid inspelning.

Intervjuguide

Inför intervjun förbereddes en intervjuguide (Bilaga B). Innan upprättandet av intervjuguiden sökte författarna information om transsexualitet, detta för att kunna formulera frågor vilka besvarar syftet. Frågorna formulerades enkelt och kortfattat, detta menar Kvale och Brinkmann (2009) är viktigt för att minska risken för missuppfattning mellan författare och informant. Vidare påpekar Kvale och Brinkmann (2009) att forskaren behöver fördjupa sig i ämnet för att kunna skapa en relevant intervjuguide. I enlighet med Danielson (2012), som menar att syftet ska visa vad forskaren vill få fram av studien, formulerades frågor på ett sätt så att syftet besvaras.

Pilotintervju

För att testa intervjuguiden genomfördes en pilotintervju. Detta för att kontrollera om frågorna och upplägget var användbart och besvarade syftet. Pilotintervjun ger även en möjlighet att undersöka om planerad intervjutid är tillräcklig. Vid denna intervju testades den tekniska utrustningen som användes för att spela in intervjuerna (Danielson, 2012). Efter pilotintervjun bedömdes intervjuguiden vara av god kvalitet. Ingen revidering krävdes således och pilotintervjun kunde därför inkluderas i resultatet, detta i enlighet med Trost (2010).

Genomförande

Rekrytering

En inbjudan till att delta i studien upprättades (Bilaga A). Inbjudan innehöll kort information om studien och syftet, de olika kriterierna vilka krävdes för möjlighet till deltagande, forskningsetiska rättigheter vid deltagande samt författarnas kontaktuppgifter. Författarna till denna studie kontaktade riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter (RFSL). En förfrågan om möjligheten att förmedla inbjudan gjordes (BilagaA). RFSL valde att lägga ut inbjudan på deras hemsida samt facebookside. Detta resulterade i att fyra informanter kontaktade författarna med intresse att delta i studien. Med hjälp av privata kontakter till författarna rekryterades två informanter. Enligt Polit och Beck (2012) kan en så kallad snöbollsmetod användas, vilket betyder att personer redan kända av författarna sprider ordet bland vänner vilka uppfyller kriterier för att delta i studien. Genom denna metod rekryterades ytterligare två personer.

Förberedelser inför intervju

Efter en första kontakt skickades inbjudan (Bilaga A) ut till samtliga informanter. Med de informanter som valde att delta gjordes därefter en överenskommelse om tid och plats för intervjun samt information om ungefärlig tidsåtgång för intervjun i enlighet med Gillham (2008). Danielson (2012) menar att en överenskommelse bör göras mellan informant och författare angående plats samt att det är bra om samma plats för alla intervjuer används.

Detta är fördelaktigt eftersom rummet kan förberedas samt att den tekniska utrustningen i förväg kan testas. I enlighet med detta tillfrågades informanterna om intervjun kunde utföras i Sophiahemmet Högskolas lokaler. Efter bekräftelse bokade författarna till studien rum för intervjuerna i högskolans lokaler och rummet kunde förberedas inför varje intervju. Vidare menar Danielson (2012) att en lapp kan sättas upp på dörren till rummet så att inte intervjun störs, vilket författarna till föreliggande studie gjorde.

Intervjuer

Totalt genomfördes sju intervjuer. Detta i enlighet med Kvale och Brinkmans rekommendationer (2009) som menar att då för få informanter deltar försvåras en generalisering av resultatet. Deltar för många i studien blir det svårt att göra djupare tolkningar och analyser.

Två av intervjuerna hölls via telefon relaterat till tidsbrist hos informant i ena fallet och sjukdom hos informant i andra fallet, övriga ansikte mot ansikte. Fyra ansikte mot ansikte intervjuer hölls i högskolans lokaler och den femte på ett café. Informanterna tillfrågades inför intervjuerna om dessa kunde spelas in på ljudband, vilket samtliga godkände. Intervjuerna har genomförts i januari och februari år 2014. En variation på intervjutiderna har funnits på mellan 15 minuter och 75 minuter beroende på hur omfattande och hur långa svar informanterna gav på de ställda frågorna.

Bortfall

Intensionen var att genomföra åtta intervjuer, fyra män och fyra kvinnor. Två bortfall uppstod dock. Detta berodde i det ena fallet på tidsbrist för informanten och i det andra på sjukdom hos informanten. I samklang med Billhult och Gunnarsson (2012) anses bortfallet inte ha påverkat studiens resultat då dessa personers ålder inte skiljde sig åt från de individer som deltog i studien.

Databearbetning

Efter datainsamlingen i form av intervjuer hade utförts, påbörjades transkriberingen. Att transkribera innebär att skriva ut intervjuerna i text enligt Wibeck (2012). Vidare ska hela intervjun transkriberas ordagrant för att en trovärdig analys ska erhållas. Således har allt vilket sagts av såväl författare och informanter skrivits ner, även skratt, pauser, betoningar och tempo. Med stöd av Gillham (2008) som menar att det är lättare för intervjuerna att tolka inspelningen kort efter intervjun utfördes transkriberingarna snarast möjligt efter intervjuerna när dessa fanns färskt i minnet. Under arbetet med transkriberingen har pauser tagits i enlighet med Gillham (2008). Detta för att inte mista koncentrationen vilket riskerar resultera i bristande kvalitet på resultatet. I arbetet med transkriberingen kallades författarna för (F1) och (F2), informanten benämndes som (I) för att värna om konfidentialiteten vilket styrks av Kvale och Brinkman (2009).

Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys valdes till metod i studien. Fokus vid denna metod är att finna likheter och skillnader i textens innehåll. Utifrån likheterna och skillnaderna bildades kategorier och underkategorier (Graneheim och Lundman, 2004). För att skapa en helhetsbild läste författarna igenom de transkriberade texterna enskilt.

Sedan granskades texterna gemensamt och bärande meningsenheter vilka besvarade syftet markerades med överstrykningspenna. Detta menar Graneheim och Lundman (2004) är en fördel eftersom innehållet blir mer översiktligt och utan att essentiella delar i texten går förlorade. Författarna till föreliggande studie diskuterade och sorterade innehållet i transkriberingarna och utifrån dessa diskussioner framkom en grund för underkategorier och kategorier. Grunden bestod av meningsenheter, kondenserade meningsenheter och vidare koder. En kod innebär en kort beskrivning på en kondenserad meningsenhet och koderna gör det överskådligt att sortera ut underkategorier (Graneheim och Lundman, 2004). Kodernas innehåll diskuterades och sorterades in i grupper med gemensam innebörd, dessa grupper utgjorde underkategorier. Underkategorier med samma kontenta skapade kategorier. Efter bearbetning framkom sex underkategorier inom kategorin *Kunskapens betydelse för mötet*, sex underkategorier inom kategorin *I mötet* och en underkategori inom kategorin *Patienten i underläge*. Meningsenheter, kondenserad meningsenhet, kod, underkategori samt kategori presenteras i tabell I.

Tabell I. Exempel på meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod, underkategori och kategorier.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
...asså dom här som man måste utbilda själv, som barnmorskan där till exempel, som ställde mig så mycket frågor, om hon hade fått reda på det här genom nåt, ja men genom nån utbildning... då hade hon kanske inte behövt ställa dom frågorna till <i>mig</i> ...	Man måste utbilda själv. Hon hade inte behövt ställa så mycket frågor om hon hade fått utbildning.	Patienten undervisar vårdpersonal	Patienten i en undervisande roll	Kunskapens betydelse
...min husläkare som har jobbat på SESAM innan är väldigt orienterad i olika saker, för SESAM det är ju som en mottagning för både frågor om preventivmedel, testmottagning, för könssjukdomar och sånt...	Min husläkare är väldigt orienterad i frågor rörande sexualitet.	Kompetens hos personal	Trygghet	Kunskapens betydelse
...om jag då liksom ljög om nåt eller inte sa nånting, då var ju det väldigt logiskt för mig... i jämfört med att sitta där och säga nånting som jag trodde skulle vara negativt för mitt mål...	Jag undanhöll sanningen för att uppnå mitt mål. Jag anpassade mig efter dem.	Anpassning	Tvingad till anpassning	Patienten i underläge

Trovärdighet

I studien har författarna noga följt urvalskriterierna vid inkludering av informanter. Vid samtliga intervjutillfällen användes upprättad intervjuguide (Bilaga B) vilken testades vid en pilotintervju.

Citat från informanternas berättelser finns utskrivna i resultatet vilket förstärker trovärdigheten enligt Chekol (2012). I enlighet med Petersson och Lindskov (2012) har lämplig metod för att svara på studiens syfte valts vilket förstärker trovärdigheten. Vid analysprocessen har systematiskt tillvägagångssätt tillämpats, vilket presenteras i Tabell 1. Metoden stärker trovärdigheten belyser Graneheim och Lundman (2004).

Begrepp som används inom kvalitativ metod är giltighet, överförbarhet samt delaktighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Trovärdighet beror på vilken kunskap insamlaren av aktuell data har. Därför är det viktigt att insamlaren har någorlunda kunskap och kännedom om ämnet. I vissa fall kan det betyda att viss utbildning behövs för fortsatt forskning inom området (Carlsson, 2012). Författarna till föreliggande studie läste vetenskaplig litteratur och forskning inom ämnet transsexualism för att ha kunskap inom området innan intervjuerna ägde rum.

Forskningsetiska överväganden

Under hela studiens gång har författarna med stöd av Helgesson (2006) gjort forskningsetiska överväganden såsom autonomi, självbestämmande, informerat samtycke, värnande om informantens integritet och konfidentialitet. Vidare menar Helgesson (2006) att om en studie ska vara etiskt försvarbar ska denna resultera i kunskap vilken är till nytta för inkluderade individer i studien, för professionen eller för samhället. I enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) informerades det innan varje intervju start om studiens syfte och att deltagandet är helt frivilligt. Detta styrks även av Kjellström (2012) som menar att det krävs respekt för autonomi och egenbestämmande. Med utgångspunkt i detta informerades samtliga informanter om att de hade möjlighet att avbryta när de vill under intervjun. Vidare belyser Helgesson (2006) vikten av att delge informationen och betonar att författarna i ett sådant fall har skyldighet att inte ifrågasätta varför informanten väljer att avbryta. Samtliga informanter delgavs information om att allt material skulle komma behandlas konfidentiellt samt förvaras på så sätt att ingen utomstående hade möjlighet att ta del av materialet. Detta i överensstämmelse med Gillham (2008) som menar att det måste klargöras för informanten att insamlat material kommer att behandlas konfidentiellt. I enlighet med Kjellström (2012) har bearbetning av intervjuerna utförts konfidentiellt. Data vilken redovisas i arbetet har bearbetats så att det inte kan kopplas till enskild person. Vidare menar Kjellström (2012) att konfidentialitet även handlar om att förvara all data på ett sätt så att obehöriga inte har möjlighet att ta del av denna. Författarna har förvarat inspelningsmaterial inlåst, vid transkribering har personuppgifter inte skrivits ned, författarna har istället använt en kodning för att kunna härleda respektive transkription till aktuell intervju. Efter transkription har den inspelade intervjun raderats. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är transkriberingen förbundet med etisk problematik eftersom känsliga ämnen kan ha avhandlats i intervjun. Därför är det viktigt att värna om informantens integritet och behandla materialet konfidentiellt.

Informerat samtycke

Innan intervjuerna genomfördes inhämtades muntligt samtycke från samtliga informanter. Informerat samtycke innebär att deltagarna i studien delges information vilken ger en bred förståelse om vad studien handlar om och med stöd av informationen tar ett beslut om att samtycka eller ej (Helgesson, 2006). Vidare menar Helgesson (2006) att anpassad information är en viktig aspekt. Med detta menas att forskaren måste ha en förförståelse för att informanter har olika stort behov av information Helgesson (2006).

Detta har författarna till föreliggande studie bemött genom att erbjuda informanterna utökad information om studien vid behov. I enlighet med Kjellström (2012) har informationen delgetts informanterna både i skriftlig samt i muntlig form. Kjellström (2012) menar att detta är fördelaktigt eftersom det annars är lätt att glömma det sagda. Informanterna i denna studie har delgetts skriftlig information (Bilaga A), vilket har gett informanterna betänketid angående val att delta eller inte.

RESULTAT

Informanterna i studien hade levt i det motsatta könet mot det de föddes med i varierande tid, mellan 1 och 15 år. Fyra av de sju intervjuade var män, resterande kvinnor. Åldrarna varierade mellan 20 och 50 år. Det geografiska området har varit Stockholm och Dalsland. Samtliga hade haft vårdkontakt inom den senaste veckan. Majoriteten av informanterna hade dåliga upplevelser av bemötande inom svensk hälso- och sjukvård. En informant hade genomgående positiva upplevelser. Den enligt informanterna bristande kunskapen om transsexualism hos hälso- och sjukvårdspersonal genomsyrade hela resultatet och kan därför kopplas till alla kategorier vilka redovisas nedan. I analysprocessen skapades fem kategorier med tillhörande underkategorier. Dessa är namngivna och presenteras nedan i tabell 2. Resultatet presenteras även i löpande text förstärkta med citat. Citaten redovisas i kursiv text med indrag. Författarna valde att konsekvent benämna hälso- och sjukvårdspersonal med *personal* i resultatet.

Tabell 2. Översikt av kategorier och underkategorier

Underkategori	Kategori
Trygghet Brister i kunskap hos personalen Skillnader mellan vårdinstanser Patienten i en undervisande roll Rädsla och otrygghet Förskönad sanning	Kunskapens betydelse för mötet
Respekt och vördnad Kränkande upplevelser Fokus flyttas från patienten Irrelevanta frågor Stereotyp tänkande Rätt pronomen	I mötet
Tvingad till anpassning	Patienten i underläge

Kunskapens betydelse för mötet

Kunskapens betydelse påtalades under samtliga intervjuer. Enligt informanterna präglas bemötandet av vilken kunskap personalen besitter. Oavsett vilken kunskapsnivå om transsexualism personalen befinner sig på får detta konsekvenser. Utfallet kan vara både positivt och negativt. Informanterna menade att när kunskap finns skapas goda förutsättningar och mötet upplevs tryggt och bemötandet positivt. Underkategorierna *Trygghet*, *Brister i kunskap hos personalen*, *Skillnader mellan vårdinstanser*, *Patienten i en undervisande roll*, *Rädsla och otrygghet* samt *Förskönad sanning* framkom vid analysprocessen.

Trygghet

Att bemötas av personal med rik kunskap inom transsexualism inger en trygghet hos informanterna. Vidare beskrev informanterna att när personalen besitter adekvat kunskap om ämnet upplevde de att bättre förutsättningar för ett gott bemötande finns. De menade också att det är viktigt att bemötas av personal där förtroende har byggts upp mellan vårdtagare och vårdgivare. Kontinuitet, det vill säga att bemötas av samma representanter från hälso- och sjukvården varje gång, är en betydande faktor. Kontinuitet leder till att ett förtroende byggs upp mellan individen och hälso- och sjukvården.

Hon är väldigt orienterad i sammanhanget och det är så skönt att komma till någon som vet vad saker handlar om. Hon ställer raka frågor utan att det känns obekvämt. Så det är jätteskönt. Om min läkare är på semester väljer jag ofta att inte söka vård, även om jag egentligen har ett behov av det.

Brister i kunskap hos personalen

Stora brister gällande kunskap hos personalen i svensk hälso- och sjukvård genomtyrade intervjuerna. Informanterna beskrev frustration över att bemötas av okunnig personal. Att söka vård på en instans där personalen saknar kompetens och kunskap om transsexualism, berättade informanterna resulterar i oro och rädsla för individen. Vidare menade de att mer utbildning om transsexualism krävs inom vård- och medicinyrken för att dessa professioner ska bemöta patientgruppen på rätt sätt. Förutom kunskap krävs även ett vänligt och förstående bemötande ansåg informanterna.

Skillnader mellan vårdinstanser

Informanterna betonade att bemötandet skiljer sig åt mellan olika vårdinstanser. Genomgående rapporterades ett sämre bemötande från specialistvård för transsexuella personer och ett bättre bemötande från övrig vård. Dock ansågs kunskapen om transsexualism vara bättre inom specialistvården.

Jag tror att skillnaden i bemötandet beror på att på vissa ställen så är de beredda på att jag ska vara transperson, på vissa ställen är de inte det. Viss sjukvårdspersonal har svårt att veta hur de ska bemöta mig.

Bemötandet upplevdes övervägande gott inom primärvården trots att kunskapen om transsexualism är låg. Ett trevligt bemötande förstärkte mötets positiva känsla. Inom specialistvård finns kunskapen men brister i vänlighet och förståelse istället.

Folk har inte så mycket koll men går man inom transvården som har med trans att göra då har de väldigt mycket koll på trans.

Patienten i en undervisande roll

Eftersom kunskapen om transsexualism upplevdes som otillräcklig hos personalen förväntas informanterna ha förståelse för detta. Det leder till att informanten hamnar i en undervisande roll där denne får delge kunskap till personalen. Situationen skapar en snedvriden maktbalans mellan vårdtagare och personal. När informanten innehar en bredare kunskap om ämnet resulterar det i ett lägre förtroende inför personal ansåg informanterna.

De här som man måste utbilda själv, som till exempel barnmorskan som ställde så mycket privata frågor. Om hon hade fått reda på det här genom en utbildning, då hade hon kanske inte behövt ställa dessa frågor till mig.

Kunskapen hos personal är ibland skrämmande låg menade informanterna och försätter informanten i obekväma situationer där denne blir tvungen att delge grundläggande fakta.

En läkare sa ”men man kan inte vara transperson om man inte har klippt bort något”. Det var alltså en kommentar som jag fick på riktigt av en läkare.

Rädsla och otrygghet

Enligt informanterna uppträder personalen med osäkerhet inför patientgruppen transsexuella, vilket resulterar i att bemötandet blir sämre och en otrygghet uppstår. Ett säkrare bemötande från personalen upplevdes innan könskorrigeringen. Exempelvis berättade transkvinnor om att bemötandet de fick tidigare när de levde som man var mer rakt på sak. I frustrationen över brist på kunskap hos personalen skapas en rädsla berättade informanterna. Vidare betonade de att det är viktigt med kunskap om hormoner som östrogen och testosteron hos personalen. Vilka biverkningar preparaten kan ge menade informanterna är betydelsefullt att kunna informera patienten om, det ansvaret ska inte läggas på patienten. Informanterna ansåg att transsexuella vilka söker vård måste få känna en trygghet i att personalen de möts av har kunskap om transsexuella och deras vårdbehov. De menade att kunskapen måste finnas inom alla vårdinstanser och inte bara på specialistmottagningar. Okunskapen vilken idag råder inom svensk hälso- och sjukvård om ämnet transsexualism har enligt informanterna resulterat i att individer i patientgruppen väljer att avstå behandlingar och operationer. Informanterna berättade om att en rädsla finns över att tvingas bemötas av personal med bristfällig kunskap vid eventuell komplikation efter behandling eller ingrepp.

Jag har valt att inte göra någon underlivsoperation, för jag menar blir det en komplikation på en helg, då är det bara att åka in till akuten där de inte har någon koll. Visa upp underlivet och personalen ställer sig frågande, ”ojdå vad är det här, det här kan jag ingenting om”.

Man vågar ju inte gå till vilken läkare som helst. Jag vill gå till någon som kan det jag behöver hjälp med.

Förskönad sanning

Ökad korrekt information från specialistvården för transsexuella efterfrågades av informanterna. Likaså önskas raka och konkreta svar om hur livet kan komma att se ut efter könsidentitetsförändringen. I de fall där den transsexuelle inte passerar som sin nya könsidentitet trots hormonbehandling och förändrad livsstil, behövs beredskapsplaner och åtgärder då detta kan bli en chock för patienten, detta betonade informanterna. Att personalen förskönar sanningen genom att förneka individens upplevelse ansåg de resulterar i en förvärrad situation. Vidare ansåg de att detta gör att individen känner osäkerhet kring hur denne uppfattas av omgivningen och en rädsla att vistas bland människor skapas. Detta menar informanterna kan leda till isolering, depression och i värsta fall självmord.

På könsbytesmottagnigen så vill de gärna måla upp en bild av hur livet kommer bli efter man genomgått ett könsbyte. Många transsexuella tror att de kommer få ett helt nytt liv, allt blir frid och fröjd och en dans på rosor. Men så är det ju inte, men det försöker de prata bort där på könsbytesmottagningen. Och jag tror att det är därför självmordsstatistiken bland transsexuella är så hög. De har fått den här askungesagan uppritad för sig, men sen inser man rätt fort att så är det inte.

I mötet

Under intervjuernas gång beskrevs många dåliga upplevelser i mötet med personalen men även bra sådana. I bemötande ingår många olika faktorer varför underkategorierna *Respekt och vördnad*, *Kränkande upplevelser*, *Fokus flyttas från patienten*, *Irrelevanta frågor*, *Stereotyp tänkande* och *Rätt pronomen* har valts.

Respekt och vördnad

Informanterna menade att det är en lättnad att bemötas av personal vilka behandlar dem med respekt och vördnad. Att bemötas som ”vem som helst”, att bli tagen för den man är och att få känna sig normal benämns viktigt berättar de.

Bemötandet har varit sånt att man känner att det är en helt normal grej och att man är som vem som helst annars.

Dessa aspekter är särskilt betydande inom den allmänna sjukvården där det inte bör läggas onödigt uppmärksamhet på könsidentiteten när någonting annat är i fokus enligt informanterna.

När jag ligger där på operationsbordet, det är ju massor av människor inblandade. Då kommer alla fram och presenterar sig. De ser mig inte bara som hon som ska byta kön, de ser mig för den jag är och det känns bra.

En informant beskrev hur denne bemötts av öppenhet, förståelse och engagemang. Samma informant upplevde att bemötandet varit trevligt och att kompetens funnits hos alla vårdinstanser.

Kränkande upplevelser

Informanterna i studien rapporterade flera negativa upplevelser. De beskrev även andra transsexuella personers upplevelse om dåligt bemötande i hälso- och sjukvård. Inom den specialiserade vården upplevdes kunskapen hos personalen inom transsexualism vara stor men bemötandet förvånansvärt dåligt. Detta upplevdes förvånande eftersom det anses att personalen inom dessa vårdenheter besitter en stor kunskap inom området, både vad gäller fysiologiska och psykologiska faktorer. Det borde enligt informanterna göra personalen än mer ödmjuk och förstående vid mötet med denna patientgrupp. Det blev tydligt att det upplevdes mer kränkande att få ett dåligt bemötande av kunnig personal inom specialiserad vård av transsexuella personer, jämfört med ett dåligt bemötande av mindre kunnig personal i den allmänna vården.

Både på vårdcentralen och på akuten har jag fått höra ”jaha, så du håller på och förvandlas?”, som om jag håller på och bli en morot eller någonting.

En informant berättade om en situation där denne sökte vård för att bli remitterad till utredningsenheten. Första steget i processen var att söka psykiatrisk vård. Individens upplevelse av mötet var det absolut värsta.

De sa att de inte befattar sig med transsexuella och sedan slängde de ut mig. De sa att "du verkar psykiskt instabil, vi kan ringa efter en taxi så du kan åka till Sankt Göran".

Fokus flyttas från patienten

Att personalen lägger in sina egna värderingar och att fokus flyttas från informanten när denna är patient framkom under intervjuerna. Exempelvis berättades det om personal som vill få bekräftelse från patienten att de besitter kunskap om ämnet transsexualism. Informanterna berättade att de upplevde detta oprofessionellt och som ett negativt bemötande. Personal uttrycker personliga åsikter och tankar angående individen samt om transsexualism vilket upplevdes negativt.

En psykiater som jag var hos började berätta om sina syskonbarn som hon trodde var trans. Då blev det helt plötsligt fokus på henne istället för på mig.

Irrelevanta frågor

Generellt inom vården ställs irrelevanta frågor såsom frågor kring könsorganet till patienterna vilket upplevdes kränkande. Att bemötas av personal vilka ställer icke relevanta frågor för situationen är något samtliga informanter berättade om. Detta beskrevs störande och irriterande samt resulterar i att fokus flyttas från den aktuella åkomman. Individen är i kontakt med vården för. Nyfikenheten från personal upplevdes mer vanlig i övrig vård, men förekommer även inom specialistvården.

När jag varit och lämnat blod, de syrrorna blir ju skitstressade. De har ju ingen koll överhuvudtaget på ens anatomi och fysiologi omkring det här. De frågar "har du gjort operationen ännu?" och så. Då undrar jag, Vilken operation??

Det framkom tydligt att det vid vårdkontakt är vanligt förekommande med frågor kring könsorgan och könsoperationer även då detta är helt irrelevant för den aktuella vårdssituationen.

..//barnmorskan frågade mig, "jaha, oj, och hur hade ni tänkt hantera det här med barnet, kommer barnet få se ditt könsorgan" ...Det hade ju inte med situationen att göra, det blev alldeles för privat.

Stereotypt tänkande

Hos informanterna fanns en frustration och ilska över den stereotypa synen på könsroller vilken upplevdes finnas hos hälso- och sjukvårdspersonal. Särskilt stor upplevdes den synen vara på specialistmottagningar. Informanterna beskrev att förutfattade meningar finns hos personalen om vilken typ av sex som brukas av transmän respektive transkvinnor. Oavsett könsidentitet gillas eller ogillas penetrerande sex, vilket av informanterna upplevdes vara svårt för personalen att komma till insikt om.

Och så frågade han så här ”jaha, och penetrerande sex....”. Då blev jag förbannad, jag tyckte inte det var relevant. Så jag sa till honom att du kanske tycker om penetrerande sex men det bryr inte jag mig om för jag tycker att du är man ändå. Då blev han lite generad. Det har jag burit med mig som något jag är väldigt förbannad över, att jag måste på något sätt leva upp till det, deras stereotypa könsrollsideal.

Informanterna menade att ett stort fokus läggs på att den transsexuella ska klä sig samt leva upp till de stereotypa förväntningar vilka finns på att vara man eller kvinna. När en individ inte använder de stereotypa attributen ifrågasätts önskan om att byta könsidentitet berättade de. Även hos transsexuella individer, likt övriga befolkningen, måste ett självbestämmande finnas över vilken stil och framtoning individen önskar, vare sig denne lever som man eller kvinna påtalade informanterna.

Man tvingas bli så himla kvinnlig, exempelvis så sa psykiatrikern att jag var tvungen att sminka mig mer och bära mer kvinnliga kläder. Men jag vill inte sminka mig jättemycket och bära så kvinnliga kläder, det finns ju olika tjejer, vissa vill ju bara gå i jeans och tröja, men man är ändå tjej.

Rätt pronomen

Att personalen använder rätt pronomen och rätt namn hade enligt informanterna en stor betydelse. Detta har en betydelse för hur bemötandet upplevdes i sin helhet. När bemötandet egentligen hade varit bra helhetsmässigt men personalen använde fel pronomen, tyckte informanterna att hela mötet upplevdes negativt. Vidare upplevde informanterna att personal inom specialistvård i mindre utsträckning använder rätt pronomen än personal inom primärvård. Att använda rätt pronomen och namn kräver endast en liten ansträngning av personalen men är av stor betydelse för individen berättade de. En informant berättade att de på vårdcentralen hade skrivit in dennes nya namn utan att ha blivit tillsagda om detta, vilket uppskattades. En annan informant hade motsatt upplevelse.

De på vårdcentralen har inte lärt sig att säga han åt mig. Jag har informerat dem så mycket, jag tycker det blir pinsamt, för att jag tycker att de är så pinsamma. Jag märker att de är snälla, det är bara det att de inte fattar att det är viktigt för mig.

Informanterna beskrev hur det inom specialistvården för transsexuella ständigt används fel pronomen av personalen. Felsägningen upplevs nedvärderande och konstig av patienterna. Personalen möter transsexuella personer varje dag och informanterna ansåg därför att dessa borde känna till samt respektera vikten av att benämna informanterna med rätt pronomen.

Läkaren sa ”hon” om mig hela tiden. Jag har träffat henne under ett och ett halvt år och fortfarande har hon inte lärt sig att säga rätt.

Patienten i underläge

Informanterna kände sig i underläge gentemot personalen under tiden för utredning då de hamnar i en beroendeställning. En informant berättade om upplevelser av obehag för att uppsöka vård relaterat till tidigare dåliga erfarenheter. Detta har lett till att denne försöker ha med sig ett vittne vid varje vårdtillfälle.

Att ständigt bära på känslan av att vara i underläge vid vårdkontakt leder till konsekvenser för patienten ansåg informanterna. Exempel informanterna gav på det var ångest inför ett läkarbesök, att individen inte söker vård alls eller väntar för länge för att slippa handskas med dessa attityder. En annan konsekvens enligt informanterna var att känna sig tvingad att ljuga för vårdgivaren för att nå sitt mål i könsidentitetsförändringen. Detta ledde vidare till underkategorin *Tvingad till anpassning*.

Alla vet vem den här läkaren är och ingen vill gå till henne. Hon kan ju uppenbarligen det hon håller på med, det är bara hennes bemötande som är kasst. Det är ju ingen som vågar säga emot dem för de är ju överläkare och ska kunna allting.

Inom svensk hälso- och sjukvård ansågs det finnas en nonchalans vad gäller könsoperationer. Konsekvensen upplevdes vara att patienter väljer att avstå operationer eller genomför dessa utomlands.

Jag var och pratade med kirurgen angående könsbyte. Jag ville fråga om hur det skulle fungera, jag hade mycket frågor om funktionen, hur många upplever det, om de blir nöjda och sådär. Hans svar var ”vi har ju inte direkt krav på att visa upp resultat, eftersom ni inte behöver betala för denna operation. Är det gratis så kanske man inte kan förvänta sig det allra bästa heller...”

Tvingad till anpassning

Informanterna berättade att de tvingas anpassa sitt sätt att vara och talar inte alltid sanning inför läkaren på specialistmottagningen för transsexuella personer. I samband med utredningen upplevde de befina sig i underläge och att läkaren har stor makt över deras liv. Vidare berättades att den utredande läkaren förmedlar sin bedömning till det rättsliga rådet och utifrån detta utlåtande bestäms om ny könsidentitet godkänns eller ej. Informanterna upplevde sig känna sig utom kontroll över sitt eget liv och ser till slut inte någon annan utväg än att underkasta sig det synsätt som finns hos den specialiserade personalen. På grund av detta menar informanterna att lögn uppstår.

Läkaren hon har full kontroll över ens liv under utredningen, hon kan sitta och säga precis vad hon vill och man tvingas att bara hålla med eller spela med. Jag fick kämpa för att nå mitt mål och fick anpassa mig efter dem för att nå dit. Det blev logiskt för mig att ljuga eller undanhålla saker jämfört med att sitta där och säga något som jag trodde var negativt för mitt mål.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att bemötandet gentemot transsexuella personer inom svensk hälso- och sjukvård är varierande. Bemötandet skiljer sig åt mellan olika vårdinstanser. Inom specialistvården framkom att bemötandet upplevs övervägande negativt. Dock har samtliga informanter någon eller några positiva upplevelser. Inom specialistvården är klimatet nonchalant och det finns en brist på medkänsla. I primärvården upplevs bemötandet oftare positivt, det visas mer respekt och värdighet mot patienterna. Informanterna i föreliggande studie är ofta i kontakt med vården, samtliga berättade att de haft vårdkontakt inom den senaste veckan. Relaterat till den frekventa vårdkontakten behövs ett respektfullt bemötande. Detta i samklang med Polly och Nicole (2009) vilka belyser att det är viktigt att alla individer bemöts med värdighet, respekt och medkänsla.

Bristen på kunskap hos vårdpersonal om transsexualism har varit en ständigt återkommande aspekt under intervjuerna i föreliggande studie. Inom specialistvården finns kunskap och kompetens inom området. I övrig vård är kunskapen bristfällig. Samtliga informanter påtalade vikten av kunskap vid bemötande av transsexuella personer. Trots detta berättade samtliga att bemötandet är sämre inom den specialiserade vården där kunskapen om transsexualism anses vara hög. Samtidigt beskrevs att inom primärvården upplevs bemötandet trevligt och vänligt men det fanns en tydlig uppfattning hos informanterna att transkompetensen är låg. Mer utbildning av personal önskades av informanterna, både om transsexualism och bemötandet av transsexuella individer. Författarna till föreliggande studie menar att det i dagsläget är för lite utbildning om transsexualism och transsexuella personers vårdbehov i svenska vårdutbildningar. Detta styrks av Peates (2008) som menar att ökad kunskap och medvetenhet hos personal om denna gruppens vårdbehov ger bättre förutsättningar och att ojämlikhet och diskriminering minskar. Även Chapman et al., (2012); Rondahl (2009) och Sanchez et al., (2009) påtalar vikten av mer kunskap och utbildning om transsexualism för personal och blivande personal.

Resultatet i föreliggande studie visade att det inom alla vårdinrättningar, oavsett kunskapsnivå, förekommer irrelevanta frågor, felriktat fokus samt stereotypt tänkande. I sjukvården möts transsexuella personer av personal vilka ställer irrelevanta och nyfikna frågor. Ofta handlar frågorna om individens könsorgan och vilka operationer som har eller ska genomföras. Kosenko et al. (2013) har kommit fram till liknande resultat och beskriver i sin studie hur hälso- och sjukvårdspersonal ställer frågor på ett diskriminerande sätt om patientens könstillhörighet.

Vidare har det i föreliggande studie framkommit att felriktat fokus är vanligt förekommande. Resultatet visar att personalen ofta delar med sig av privata erfarenheter, åsikter och tankar om transsexualitet, fokus flyttas då från patienten till vårdgivaren. Informanterna beskrev hur de då förväntas ge respons och bekräftelse angående erfarenheten och åsikterna vilka vårdgivaren tycker sig ha. Detta resulterar i att mötet inte blir personcentrerat vilket Edvardsson (2010) menar är en viktig del inom hälso- och sjukvården. Vidare beskriver Edvardsson (2010) att patienten inte ska bli objektifierad eller reducerad till sin diagnos. Campbell (2013) belyser att det är viktigt att antaganden inte görs av personal angående en patients sexualitet. I föreliggande studie framkom att informanterna ofta bemöts av stereotypa attityder.

Individerna beskrev att de förväntas använda extremt kvinnliga eller manliga attribut, annars ifrågasätts viljan att genomföra könskorrigeringen. Detta upplevs mycket påfrestande. Vidare har framkommit att det som personal är viktigt att inte tänka stereotypt samt att inte göra antaganden om vilken framtoning individen väljer i sin sexuella identitet.

Att bemötas av personal vilka använder fel pronomen och namn, framkom i studien vara något ständigt återkommande. Behandlingen beskrevs diskriminerande och betungande. Vidare framkom att personal inom specialistvården är sämre på att använda rätt pronomen än personal inom primärvård. Informanterna upplevde att de inom primärvården anstränger sig mer för att pronomen och namn som används ska kännas bekvämt för individen. Emellertid berättade en informant att de inom primärvården återkommande använde fel pronomen trots upprepade tillsägelser. När rätt pronomen samt namn används känner sig individen sedd för den man är och vårdmötet upplevs tillfredsställande. Även i Kosenko et al. (2013) studie identifieras felanvändande av pronomen gentemot aktuell patientgrupp. Cobos och Jones (2009) menar vidare att personal bör fråga transsexuella personer vilket pronomen som föredras för att öka gruppens välbefinnande och delaktighet i vården.

Upplevelsen av att vara i underläge gentemot vårdgivaren var en vanlig känsla hos informanterna. Det ansågs bero på att en stor del av individens liv ligger i vårdens händer under den pågående könsidentitetsutredningen. Informanterna berättade att det Rättsliga rådet, vilka efter överläkarens rekommendationer beslutar om individens könstillhörighet, har makt att neka ändrad könstillhörighet. Detta är en stressfaktor för personen och kan leda till att lögnen läggs fram för att anpassa sig efter vårdens syn på hur en transsexuell person är. Att känna sig tvungen att ljuga eller anpassa sig på grund av detta leder till ångestladdade vårdbesök. Detta fynd trädde tydligt fram under intervjuer i föreliggande studie. Liknande fynd har av författarna inte påträffats i tidigare studier. Författarna till föreliggande studie anser att detta resultat riskerar att leda till en snedvriden maktbalans mellan vårdtagare och vårdgivare. Det betyder att vårdtagaren inte kan vara sig själv utan tvingas att gå in i en annan roll för att uppnå sitt mål. Vidare resulterar detta i att beslutet vilket det rättsliga rådet tar kring ändrad könstillhörighet grundas på felaktiga premisser. Författarna till föreliggande studie anser därför att den påfrestande utredning de transsexuella tvingas genomgå för att bli beviljad könskorrigering då blir meningslös.

Även inom den allmänna vården finns upplevelsen av att vara i underläge. Informanterna berättar om kränkningar och illa bemötande. Konsekvenser av detta blir att personen avstår från att söka vård eller väntar för länge. Fossum (2013) påpekar att personer som söker vård, ofta känner sig i underläge till personalen och det kan avgöra hur bemötandet upplevs. Vidare menar Attree (2001) att vårdpersonal bör reflektera över situationer där patienten känner sig opersonifierad och osedd. Det framkom också i Attrees (2001) studie att patienter inte framför eventuella klagomål även i situationer där de känner sig missnöjda, vilket styrker fakta som framkommit i föreliggande studie där informanter berättat att de inte vågar säga emot vårdpersonal. För att förändra detta menar Attree (2001) att vårdinstanser behöver se över rutinerna för att bemöta missnöjda patienter.

Informanterna i föreliggande studie efterfrågade en större uppföljning och beredskap inom specialistvården efter genomgången könskorrigering. Utredningen inför detta beskrivs långdragen och djupgående men att individerna därefter släpps till deras eget öde. Informanterna beskrev också en önskan om att personalen inte ska förvränga eller förneka den sanning som individen uppfattar. Om en individ inte passerar som sin nya könsidentitet i det dagliga livet, då måste personalen möta individen och tillsammans arbeta för att förbättra situationen menade de.

Att bemötas av personal vilka förskönar sanningen förvärrar situationen och har mycket negativa effekter på individens psykiska hälsa. Informanter i studien ansåg att självmordsrisken ökar inom gruppen transsexuella relaterat till detta. Enligt Dhejne et al. (2011) som undersökt mortaliteten hos transsexuella personer i Sverige, löper gruppen större risk att begå självmord än icke transsexuella personer. I studien av Nuttbrock et al., (2010) identifieras prevalensen för svår depression vara över 50 procent för transsexuella personer.

Övergripande i studien har negativa åsikter om bemötandet i hälso- och sjukvården framkommit. Författarna till föreliggande studien anser att detta möjligtvis kan bero på att personer med mycket negativa erfarenheter inom vården har valt att delta. De vill påverka och åstadkomma förbättringar. Vidare anser författarna att risk för vinklat resultat föreligger då personer med övervägande negativa upplevelser har kommit till tals. Endast en person med genomgående positiva upplevelser deltog i studien. Resultatet är inte generaliserbart eftersom endast en liten andel av Sveriges transsexuella personer har blivit intervjuade. Emellertid bedömer författarna till föreliggande studie att resultatet kan representera gruppen transsexuella i Sverige.

Metoddiskussion

Eftersom syftet var att beskriva transsexuella personers upplevelse av bemötande inom hälso- och sjukvård, ansåg författarna att kvalitativ semistrukturerad metod var bäst lämpad för att svara på syftet. Att göra en litteraturöversikt skulle inneburet svårigheter då mängden forskning om ämnet var begränsat vid tidpunkten för studien. Enkätstudie hade varit ett möjligt alternativ, men författarna till föreliggande studie anser att det skulle begränsa data, då alla målade berättelser skulle gå förlorade. Marshall och Rossman (2011) menar att det kvalitativa arbetssättet har sitt ursprung i ett holistiskt tankesätt där avsikten är att studera samt ta del av individers upplevelse och erfarenheter av en företeelse. Författarna till föreliggande studie anser att semistrukturerad intervjumetod gav informanten möjlighet att tala fritt utifrån de frågor intervjuarna formulerat i intervjuguiden. Detta menar Danielson (2012) är en fördel då varje intervju på detta sätt blir unik.

Henricson och Billhult (2012) belyser det positiva i att intervjua personer med god erfarenhet inom det studerade ämnet. Urvalet i föreliggande studie vad gäller tidsspännet informanterna hade levt som transsexuella anses vara i enlighet med detta. Informanterna upplevdes ha goda erfarenheter av att leva som transsexuell vilket har betydelse för trovärdigheten. Detta stärks vidare av Polit och Beck (2012) vilka belyser vikten av att informanterna har upplevt samt har förmåga att berätta om det studerade fenomenet eller livssituationen. Samtliga informanter talade god svenska vilket gav goda förutsättningar för att missförstånd inte skulle uppstå.

Av sju intervjuer hölls fem ansikte mot ansikte varav fyra i Sophiahemmet högskolas lokaler och en på café. Resterande två hölls via telefon. Danielson (2012) menar att samma plats är att föredra för alla intervjuer eftersom förberedelser inför intervjun kan göras. I de fall intervjun hölls på högskolan genomfördes de ostört då rummet kunde bokas och möbleras i förväg vilket Danielson (2012) rekommenderar. Författarna till föreliggande studie instämmer i detta då det var lätt att höra, förstå samt göra sig förstådd vid intervjuerna i ett enskilt rum. För att skapa ytterligare trivsamt erbjöds informanterna kaffe och tilltugg. Intervjun vilken genomfördes på ett café upplevdes svårare att korrekt uppfatta då ljudnivån från omgivningen var störande.

Även informanten påverkades av omgivningen och talade lågmält samt såg sig omkring i samband med uttalanden. Telefonintervjuerna genomfördes i högskolans lokaler i enskilt rum. Dessa intervjuer resulterade i kortare och mindre utförliga samtal vilket överensstämmer med Gillhams (2008) teori om intervju via telefon. Fördelar med telefonintervju är att informanter i ett större geografiskt område kan delta (Gillham, 2008). Författarna till föreliggande studie anser ytterligare fördel vara tidsbesparingen vid telefonintervjuer. Då vissa deltagare hade svårt att komma på avtalade tider löstes detta med telefonintervju vilket tidsmässigt var gynnsamt. Nackdelar med telefonintervju är exempelvis att författarna inte kan följa informantens kroppsspråk och minspel vilka förmedlar ytterligare information menar Gillham (2008). Vid transkribering av telefonintervju uppstår enligt Gillham (2008) svårigheter med att tydligt uppfatta det inspelade samtalet på grund av sämre ljudkvalitet. Transkriberingen blir därav tidskrävande. I detta instämmer inte författarna till föreliggande studie då ljudkvaliteten uppfattades som god. Transkriberingen av caféintervjun var något mer tidskrävande än övriga transkriberingar relaterat till sorlande bakgrundsljud. Författarna bedömer dock att detta inte har påverkat resultatet.

Samtliga intervjuer spelades in med diktafon vilket ansågs fördelaktigt vid intervjuerna i föreliggande studie då författarna kunde koncentrera sig på intervju och informant. Vidare var det inspelade materialet till fördel vid transkriberingen då möjlighet gavs att upprepade gånger genomgå bandinspelningarna. Nackdel med användning av diktafon är att informanten kan känna sig obekvämt och blir hämmad i sitt berättande (Gillham 2008). Författarna till föreliggande studie upplevde inte denna problematik under intervjuerna men medger att det eventuellt förekommit utan författarnas vetskap. Trost (2010) belyser att inspelat material ger intervjuerna möjlighet att gå tillbaka och ta lärdom av genomförd intervju inför nästkommande. Denna strategi använde författarna och anser att intervjutekniken förbättrades successivt under studiens gång.

Informanter till studien rekryterades via varierande tillvägagångssätt. Författarna till föreliggande studie anser att detta är en fördel eftersom det breddar urvalet av informanter. Kontaktas informanter från samma enhet, exempelvis en förening föreligger risk för liknande svar. Detta då personerna kan ha diskuterat ämnet tidigare och influerats av andras åsikter. Enligt rekommendationer av Graneheim och Lundman (2004) söktes variation i informanternas berättelser, för att möjliggöra fynd av skillnader och likheter i kommande innehållsanalys.

Ambitionen var att utföra åtta intervjuer med fyra män och fyra kvinnor. Relaterat till bortfall utfördes slutligen sju intervjuer. Författarna anser ej att detta har påverkat resultatet eftersom mättnad i datainsamlingen uppstod. Polit och Beck (2012) belyser att mättnad uppstår när liknande data upprepas. Emellertid är det riskabelt att fastslå att mättnad uppstått då ny information möjligtvis kunnat tillkomma vilket styrks av Thorén-Jönsson (2012) som menar att med utökad datainsamling tillkommer nya aspekter.

Efter genomförd intervju genomfördes transkription inom ett dygn. Detta i enlighet med Gillham (2008) som rekommenderar transkription dagen efter intervjun. Tillvägagångssättet var en fördel eftersom författarna till föreliggande studie hade intervjun färskt i minnet. Pauser togs under transkriberingen vilket Gillham (2008) belyser är viktigt då transkriptionens kvalitet i annat fall kan bli lidande.

I studien söktes aktivt variation i informanternas ålder och kön vilket enligt Hällgren-Graneheim och Lundman (2012) resulterar i olika erfarenheter och höjer trovärdigheten. Variationen utgör en styrka i studien anser författarna till föreliggande studie då det gav olika infallsvinklar och synsätt på problemområdet. I samband med intervjuerna har författarna undvikit att delge egna åsikter och teser kring forskningsområdet vilket Trost (2010) belyser är en viktig aspekt för att stärka trovärdigheten. Författarna har haft ett objektivt synsätt under intervjuerna vilket emellanåt upplevdes vara en svårighet då det förekom att informanterna sökte medlidande under intervjuernas gång. Under analysprocessen har båda författarna läst samtliga intervjuer och analyserat gemensamt vilket enligt Hällgren-Graneheim och Lundman (2012) stärker trovärdigheten. Det gemensamma arbetet med analysen var tidskrävande men har resulterat i ett väl genomarbetat material vilket enligt författarna till föreliggande studie styrker trovärdigheten. I enlighet med Hällgren-Graneheim och Lundman (2012) har citat presenterats i resultatet vilket de menar ger läsaren möjlighet att bedöma trovärdigheten. Författarna till föreliggande studie anser att citaten förstärker trovärdigheten då det förhöjer brödtexten i resultatet. Detta eftersom citaten kommer från berättelser ur verkliga liv. Vidare bedömer författarna att trovärdigheten i föreliggande studie styrks då tillvägagångssättet noggrant finns beskrivet i metoddelen.

SLUTSATS

Resultatet i föreliggande kvalitativa studie påvisar att brister finns gällande kunskap om samt bemötande av transsexuella personer. Ökad kunskap är nödvändigt. Men även då stor kunskap inom transsexualism föreligger måste kunskap om *bemötandet* av denna patientgrupp införskaffas. Det har vidare framkommit att skillnader gällande bemötande finns mellan den specialiserade vården och primärvård. Informanterna i studien är mer tillfredsställda med bemötandet inom primärvården. Samtidigt upplevs den högre kunskapen om transsexualism i den specialiserade vården som betryggande. Informanterna i studien belyser vikten av att personalen använder rätt pronomen. Fel användande av pronomen upplevs kränkande. Irrelevanta och nyfikna frågor om i första hand könsorganet har beskrivits irriterande och nedsättande. Studien visar att förbättringar måste ske för att skapa en tryggare omvårdnad och ett bättre bemötande gentemot transsexuella personer.

Fortsatta studier

Författarna vill belysa att behovet av fortsatta studier inom ämnet är betydande. Informanternas efterfrågan om fortsatt forskning är stor. Förslag på tänkbara studier är att göra separata studier inom specialistvård för transsexuella och övrig vård och vidare jämföra resultaten av hur bemötandet skiljer sig åt instanser emellan. Detta då det i denna studie framkommit att skillnader i bemötandet föreligger. Vidare bör forskning göras gällande hur stigmatisering av transsexuella personer kan motarbetas. En sådan forskning kan gälla såväl stigmatisering inom vårdkontext som på samhällsnivå. Forskning gällande kunskapsläget samt bemötande efter ökad utbildning hos sjukvårdspersonal är också relevant. Av intresse är även att kartlägga om transsexualism fortsättningsvis ska klassas som en psykiatrisk diagnos. Flera informanter upplevde benämningen kränkande. Å andra sidan belyser Roque och Rodrigues (2012) hur risk föreligger att sjukförsäkring uteblir om möjlighet att ställa diagnos går förlorad.

Klinisk relevans

Efter genomförandet av föreliggande studie har det framkommit att personal inom svensk hälso- och sjukvård behöver mer kunskap om transsexualism. Författarna anser att utbildning om transsexualism och bemötandet av transsexuella personer i svenska vårdutbildningar måste utökas. Studiens relevans för patientgruppen kan bli betydande om hälso- och sjukvården tar del av studien samt annan forskning inom ämnet och att detta genererar i förbättringar gällande bemötandet. Målet är att studien ska leda till ett ökat personcentrerat och förstående bemötande av patientgruppen. Författarna till föreliggande studie anser att det är lika viktigt för transsexuella personer som för vilken annan människa som helst att få känna trygghet, delaktighet och autonomi vid kontakt med hälso- och sjukvården. Slutligen konstateras att såväl informanterna i studien, patientgruppen och professionerna inom hälso- och sjukvård drar nytta av denna studie.

REFERENSER

- Adams, J., Dickinson, P. & Asiasiga, L. (2013). Mental health promotion for gay, lesbian, bisexual, transgender and intersex New Zealanders. *Journal of Primary Health Care*, 5(2), 105-13.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5 edth.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Arver, S., Dhejne, C. & Öberg, K. (2010). Transsexualism – diagnostik och behandling med särskild tonvikt på hormonbehandling. I Lundberg, P.-O & Löfberg – Mårtenson, L (Red.), *Sexologi*. (uppl. 3:1, ss 214-227) Stockholm: Liber.
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 456-466.
- Berg, M., Bergström-Walan, M.-B., Larsson, S., Lilja, J., & Fossum, B. (2008). *Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa*. Statens folkhälsoinstitut.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012) Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 305-314). Lund: Studentlitteratur.
- Campbell, S. (2013). Sexual health needs and the LGBT community. *Nursing Standard*, 10; 27(32), 35-8.
- Carlsson, G. (2012). Critical incident. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (ss. 43-55). Lund: Studentlitteratur.
- Chapman, R., Wardrop, J., Freeman, P., Zappia, T., Watkins, R., & Shields L. (2012). A descriptive study of the experiences of lesbian, gay and transgender parents accessing health services for their children. *Journal of clinical nursing*, 21(7-8), 1128-1135. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03939.x
- Chapman, R., Watkins, R., Zappia, T., Combs, S., & Shields L. (2012). Second-level hospital health professionals' attitudes to lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health for their children. *Journal of clinical nursing*, 21(5-6), 880-887. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03938.x.
- Chekol, I.-M. (2012). Fenomenografi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (ss. 95-107). Lund: Studentlitteratur.
- Cobos, D.G., & Jones, J. (2009). Moving forward: transgender persons as change agents in health care access and human rights. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 20(5) 341-347. doi: 10.1016/j.jana.2009.06.004.

- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 163-173). Lund: Studentlitteratur.
- Deutsch, M.B., Green, J., Keatley, J., Mayer, G., Hastings, J., & Hall, A.M. (2013). Electronic medical records and the transgender patient: recommendations from the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. *Journal of the American Medical Informatics Associations*, 20(4), 700-703. doi: 10.1136/amiajnl-2012-001472
- Dhaliwal, J.S., Crane, L.A., Valley, M.A. & Lowenstein, S.R. (2013). Student perspectives on the diversity climate at a U.S. medical school: the need for a broader definition of diversity. *BMC Research Notes*, 6(154). doi:10.1186/1756-0500-6-154.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L.-V., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLoS One*, 6(2), 1-8. doi:10.1371/journal.pone.0016885.
- Edvardsson, D. (Red.). (2010). *Personcentrerad omvårdnad: i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Eliason, MJ., Chinn, P., Dibble, SL. & DeJoseph, J. (2013). Open the door for LGBTQ patients. *Nursing*, 43(8), 44-50. doi:10.1097/01.NURSE.0000432019.05379.02.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E.,... Sunnerhagen Stibrant, K. (2011). Person-Centered Care – Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Fossum, B. (Red.). (2013). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: Tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik: För medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss 129-137). Lund: Studentlitteratur.
- Jablonski, R.A., Vance D.E., Beattie, E. (2013). The invisible elderly: lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of gerontological nursing*, 39(11), 46-52. doi: 10.3928/00989134-20130916-02.

- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss 129-137). Lund: Studentlitteratur.
- Kosenko, K., Rintamaki, L., Raney, S., & Maness K. (2013). Transgender patient perceptions of stigma in health care contexts. *Medical care, 51* (9), 819-822. doi: 10.1097/MLR.0b013e31829fa90d.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Löfgren-Mårtenson, L. (2013). *Sexualitet*. Malmö: Liber.
- Marshall, C., & Rossman, G.B. (2011). *Designing Qualitative Research. (5 edth.)*. Los Angeles: Sage.
- Mirzaei, M., Aspin, C., Essue, B., Jeon, Y.H., Dugdale, P., Usherwood, T., & Leeder, S. (2013). A patient-centred approach to health service delivery: improving health outcomes for people with chronic illness. *BMC Health Services Research, 13*(251). doi: 10.1186/1472-6963-13-251.
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research, 47*(1), 12-23. doi: 10.1080/00224490903062258
- Patak, L., Wilson-Stronks, A., Costello, J., Kleinpell, R.M., Henneman, E.A., Person, C., & Happ, M.B. (2009). Improving Patient-Provider Communication: A Call to Action. *J Nurse Adm, 39*(9), 372-376. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181b414ca
- Peate, I. (2008). Caring for transgendered people: opportunities and challenges. *British Journal of Nursing, 17*(8), 540-543.
- Peterson, P., & Lindskov, C. (2012). Aktionsforskning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 289-298). Lund: Studentlitteratur.
- Pinel, E.C. (1999). Stigma Consciousness: The Psychological Legacy of Social Stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology, 76* (1), 114-128. doi: 10.1037/0022-3514.76.1.114
- Polit, D. F., & Beck C. T. (2011). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th intern. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polly, R., & Nicole, J. (2011). Understanding the transsexual patient: culturally sensitive care in emergency nursing practice. *Advanced emergency nursing journal, 33*(1), 55-64. doi: 10.1097/TME.0b013e3182080ef4.

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. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.02.019.

RFSL. (u.å.). *RFSL Hälsa: Fakta och råd om sex: För män som lever med hiv: Diskriminering och hiv: Vad är stigma och diskriminering*. Hämtad den 26 maj, 2014 från <http://www.rfsl.se/halsa/?p=4140>

Rondahl, G. (2009). Students Inadequate Knowledge about Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Persons. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 1-15. doi: 10.2202/1548-923X.1718.

Roque, A., & Rodrigues, R.M. (2012). The Right to Health Care For Transsexual People in Cuba. *Medic Review* 14(2), 35-8. doi: 22580552

Sanchez, NF., Sanchez, JP., & 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(4), 713-9. doi: 10.2105/AJPH.2007.132035

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (2011). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem: Systematiskt förteckning (ICD-10-SE)*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sveriges Riksdag. Betänkande 2013/13: SoU24. *Upphävande av kravet på sterilisering för ändrad könstillhörighet*. Stockholm: Socialdepartementet.

Thorén-Jönsson, A.-L. (2012). Grounded theory. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (ss. 135-149). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2010). *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar: Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd* (2010). Stockholm: Socialstyrelsen.

Transformering. (u.å.) *Förändra din kropp: Könsutredning steg för steg*. Hämtad den 27 november, 2013 från http://transformering.se/f%C3%B6r%C3%A4ndra_din_kropp/k%C3%B6nsutredning

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Udeze, B., Abdelmawla, N., Khoosal, D., & Terry T. (2008). Record Title: Psychological functions in male-to-female transsexual people before and after surgery. *Sexual & Relationship Therapy*, 23(2), 141-145.

World Health Organization. (2006) *Sexual and reproductive health*. Hämtad den 28 februari, 2014, från World Health Organization
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 193-212). Lund: Studentlitteratur.

Wylie, K.R., Fung, R. Jr., Boshier, C., & Rotchell, M. (2009). Recommendations of endocrine treatment for patients with gender dysphoria. *Sexual & Relationship Therapy*, 24(2), 175-187.

Är DU intresserad av att delta i en intervjustudie?

Vi heter Evelina och Nina och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola. Under termin 5 kommer vi att genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Syftet med studien är att undersöka **transsexuella personers upplevelse av bemötande i hälso- och sjukvård**. Vi är därför intresserade av att få genomföra intervjuer med personer som väljs utifrån följande kriterier; lever med en könsidentitet motsatt från den personen tilldelades vid födseln, är över 18 år och svensktalande, har varit i kontakt med svensk hälso- och sjukvård någon gång under de senaste två åren, samt under denna tidpunkt levt som transsexuell.

Vi är tacksamma om Ni skulle vilja ställa upp. Ni är viktiga och Era berättelser behövs!

Inga personuppgifter kommer att vara synliga i den färdiga studien och allt material behandlas konfidentiellt. Intervjuerna kommer att spelas in och därefter transskriberas dessa för att genomgå vidare analys. Det inspelade materialet raderas efter färdigställt arbete.

Har Du frågor angående studien eller är Du intresserad av att delta? Tveka i så fall inte att kontakta oss så informerar vi mer.

Med vänlig hälsning

Evelina Renström och Nina Saffo
Sophiahemmet Högskola

Evelina Renström Nina Saffo

E-postadress: Evelina.Renstrom@stud.shh.se Nina.Saffo@stud.shh.se
Telefonnummer: 070XX 070XX

Handledare: Britten Jansson. Telefonnummer: 08XX

Intervjuguide

1. Hur gammal är du?

a) Hur länge har du levt i ditt rätta kön nu?

2. Vilka olika vårdinstanser har du varit i kontakt med under de senaste två åren?

a) När hade du senast vårdkontakt?

b) Har bemötandet skiljts sig åt mellan de olika instanserna?

bb) Om ja, berätta hur.

3. Berätta hur du upplever bemötandet inom svenska hälso- och sjukvården?

a) Beskriv en situation där du blivit bemött

(4. Kan du ge exempel på hur bemötandet har påverkat dig?)

5. Vilka förändringar skulle du vilja se inom hälso- och sjukvården för att du ska känna dig tillfredsställd och väl bemött.

6. Upplever du att bemötandet skiljer sig något nu jämfört med före livsstilsförändringen?

a) Om ja, beskriv på vilket sätt bemötandet skiljer sig.

Finns det något du skulle vilja tillägga?