



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
**Hälsa och samhälle**

# **HBTQ-PERSONERS UPPLEVELSER AV VÅRDMÖTET**

MIKAEL JÖNSSON  
THOMAZ PERSSON

Examensarbete i omvårdnad  
Nivå 61-90 p  
Institutionen för vårdvetenskap

Malmö högskola  
Fakulteten för Hälsa och samhälle  
205 06 Malmö

*Maj/juni 2012*

# **HBTQ-PERSONERS UPPLEVELSER AV VÅRDMÖTET**

MIKAEL JÖNSSON  
THOMAZ PERSSON

Jönsson, M & Persson, T. HBTQ-personers upplevelser av vårdmötet. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för Hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2012.

Homo- och bisexuella, transpersoner och queerpersoner (HBTQ) har historiskt sett stigmatiserats och negligerats både globalt och i Sverige nationellt. Individer som inte tillräknats heteronormativet har diskriminerats av samhället generellt, men även inom sjukvård och forskning. Ett resultat av heteronormen är att andra sexuella läggningar och könsidentiteter blir betraktade som onormala. I omvårdnadsarbetet möter allmänsjuksköterskan personer som tillhör HBTQ-gruppen i sitt dagliga arbete, och har därmed ett behov av kunskaper i bemötandet av denna patientgrupp. Syftet med denna studie är att undersöka upplevelser som HBTQ-personer haft i samband med kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige. Denna empiriska studie är av kvalitativ design och datainsamlingen gjordes via enkät med en öppen frågeställning; *Vi önskar ta del av dina goda, eller mindre goda, upplevelser i mötet med vårdpersonal inom svensk hälso- och sjukvård*. Sampling skedde genom traditionell snowballing, elektronisk snowballing via Facebook samt genom affischering. Datainsamlingen skedde genom ett elektroniskt formulär via internet. Insamlad data från 18 informanter analyserades med kvalitativ innehållsanalys med utgångspunkt från Lundman och Graneheim (2008). Resultatet representerade både goda och mindre goda upplevelser. Att bemötas med neutralitet och av fördomsfri personal lämnade respondenterna med nöjdhet och positiva upplevelser. Att bli exkluderad och obekräftad i sin identitet skapade negativa upplevelser, likaså att kränkas och få ett kränkande bemötande utifrån sin sexualitet eller identitet. Att som HBTQ-person utsättas för ett heteronormativt synsätt och bli värderad utifrån detta resulterade i mindre goda upplevelser. Negativa upplevelser kan skapas av en bristfällig eller dålig kommunikation, där språket, kroppsspråket och den skrivna kommunikationen bidrar. Överlag skapar dessa upplevelser en låg ställd förväntan på den vård som ges till HBTQ-personer, samt en ovilja att vara öppen med sin identitet i vårdsammanhang.

*Nyckelord:* Bemötande, Diskriminering, HBTQ, Heteronormativ, Kommunikation, Omvårdnad, Upplevelser.

# **LGBTQ-PEOPLES EXPERIENCES OF THE HEALTH CARE ENCOUNTER**

MIKAEL JÖNSSON  
THOMAZ PERSSON

Jönsson, M & Persson, T. LGBTQ-peoples experiences of the health care encounter. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Health Care, 2012.

Lesbian, gay, bisexual, transgender and queer people (LGBTQ) has historically been stigmatized and neglected, both globally and in Sweden nationally. In general individuals not ascribing to heteronormativity have been discriminated in society, and in nursing care and research. A result of the heterosexual norm is that other sexual orientations and gender identities are regarded as abnormal. The nurse meets people belonging to the LGBTQ group on a daily basis, and knowledge of interaction is required. The purpose of this study is to investigate the experiences that LGBTQ people has gained in contact with health care personnel in Sweden. This empirical study is qualitative in design using one open question; *“We wish to know your good or less good experiences in the encounter with health professionals in Swedish health care”*. Sampling of respondents is by traditional snowballing, electronic snowballing through Facebook and by putting up posters. Data collection is by an electronic form on the Internet. Data from 18 informants is analyzed using qualitative content analysis based on Lundman and Granheim (2008). The results are presented in the domains good experiences and less good experiences. Experiences of neutrality and open-minded staff left the respondents satisfied and with positive experiences. To be excluded and unconfirmed of one’s identity created negative experiences, as well as being violated and receiving an offensive treatment based on one’s sexuality or identity. A less positive experience is being exposed to the heteronormative approach and being valued on the basis of this. A negative experience is created by a faulty or poor communication, influenced by verbal and body language and written communication information. These experiences create a low expectation of the care received by LGBTQ people, and unwillingness to be open about their identity in the context of healthcare provision.

*Key words:* Communication, Discrimination, Encounter, Experience, Heteronormativity, LGBT, Nursing care.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	4
INLEDNING	5
BAKGRUND	5
SYFTE	8
METOD	8
Urval och datainsamling	9
Dataanalys	10
Etiska överväganden	11
RESULTAT	11
Positiva upplevelser i vårdmötet	12
Neutralitet	12
Nöjdhet	13
Obekräftad och exkluderad identitet	13
Obekräftad identitet	13
Känna exkludering	13
Bli exkluderad	14
Uttalat kränkande bemötande	14
Kränkning	14
Uttryck för värderande heteronormativitet	14
Heteronorm	14
Värderande	15
Negativa upplevelser av olika kommunikationsvägar	15
Verbal kommunikation	15
Kroppsspråk	15
Skriftspråk	16
Erfarenhetsbaserad lågt ställd förväntan	16
Förväntan	16
Kunskapsbrist	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Urval och datainsamling	17
Dataanalys	18
Terminologi	19
Giltighet och tillförlitlighet	19
Risk-nyttoförhållandet och etiska aspekter	20
Resultatdiskussion	20
Positiva upplevelser i vårdmötet	21
Obekräftad och exkluderad identitet	21
Uttalat kränkande bemötande	21
Uttryck för värderande heteronormativitet	22
Negativa upplevelser av olika kommunikationsvägar	22
Erfarenhetsbaserad lågt ställd förväntan	23
KONKLUSION	24
REFERENSER	25
BILAGOR	28
Bilaga 1	29

## INLEDNING

Sociala och kulturella mönster för manligt och kvinnligt sitter så djupt rotade att det ibland kan kännas naturligt eller oföränderligt. Stereotypiskt manligt beteende har i forskning visat sig värderas högre än det stereotypiskt kvinnliga (Josefson, 2005). Detta är ett uttryck för den genushierarki och patriarkala ordning som fortfarande existerar i vårt samhälle år 2012. Med en utbredd kunskap i genus betydelse och ett medvetandegörande av den rådande könsordningen kan orättvisor i dagens svenska och internationella samhälle motverkas (a a). Vi menar att en förståelse för de rådande, grundläggande könsrollerna och maktstruktur är ett fundament för att bygga förståelse och utveckla djupare kunskap avseende de grupper som inte är inkluderade i det heteronormativa samhället. Sjuksköterskans ansvarsområde är omvårdnad där bemötande är en viktig del. Nortvedt (2009) framhåller att framtidens omvårdnad kommer att ske av de som ”*praktiserar, studerar och forskar i den kliniska verkligheten*” (sid 11). Omvårdnadens utmaning är etisk och enligt Nortvedt politisk i sin karaktär. Utmaningen syftar till det förhållningssätt som sätter den enskilde patienten i centrum gällande moralisk omdömesförmåga, samt bearbetning av värden och etiska principer (a a).

## BAKGRUND

I *Samspelet -en text om bemötande* från Riksförbundet för homosexuella, bisexuella och transpersoners rättigheter (RFSL) förklaras heteronormen som ett begrepp vilket reglerar den gemensamma synen på sexualitet och kön. Normen innefattar förväntningar och antaganden om hur kvinnor respektive män ska bete sig. Heteronormen utgår ifrån att alla är heterosexuella och lever i heterogena relationer. Det heteronorma antagandet är skälet varför vi inte ofta pratar om heterosexualiteten som begrepp, och normen i sig är ofta underliggande i värderingar och handlingar (RFSL, 2007). I en rapport av HomO och Forum för levande historia (2005) tar Ulrika Dahl upp heteronormativitetsbegreppet, vilket innebär en struktur där två isärhållna kön, upprätthålls genom dess naturlighet. Heteronormativitet används i forskning, strukturer, organisationer och enskilda handlingar, varje del vidmakthåller heterosexualiteten som det normala. Avvikelse befäster och synliggör normen och är därmed nödvändiga. Heteronormativiteten som begrepp har sitt ursprung delvis i heterosexismbegreppet och queerteoretiska traditioner (a a). Ett resultat av heteronormen är att andra sexuella läggningar och könsidentiteter blir betraktade som onormala (Nationalencyklopedin, 2012 a). RFSL beskriver på sin hemsida att denna norm förstärks och breddas ut genom bl.a. medvetna och omedvetna handlingar samt av hur språket används (RFSL a, 2012-01-29).

Samhällets syn på sexualitet har under historien till stor del influerats och påverkats av religion. Kristendomens intåg i Sverige medförde att kopplingen till fortplantningen betonades och människans lust fördömdes och belades med skam. Homosexuella handlingar sågs härmed som syndfulla, vilket stred mot skapelseordningen (RFSL b, 2012-02-01). Richardson (2000) beskriver i boken *Rethinking Sexuality* att sexualitet fortfarande genomgår en transformation och att förstå den centrala roll som sexualitet och identitet innehar, är en förutsättning för att i sin tur förstå den sociala, politiska och ekonomiska moderna världen. Sexualitet är en mekanism för reglering och social kontroll. På individnivå är

sexualitet centralt för vår förståelse av samtida identiteter och relationer. Det är också av betydelse att få uttrycka denna identitet för att kunna demonstrera det personliga värdet (Richardson, 2000).

HBTQ (homosexuella, bisexuella, transpersoner och queer) är en grupp som står utanför heteronormen. Begreppet HBTQ används i samband med frågor kring könsidentitet och sexuell läggning. En individ som identifierar sig som homosexuell har en förmåga att bli emotionellt och/eller sexuellt intresserad av personer med samma könstillhörighet som det de själv identifierar sig med. En bisexuell individ däremot har ett emotionellt och/eller sexuellt intresse för både män och kvinnor. Detta kan även variera över tid och är mer individberoende än könsberoende. Transperson är ett samlingsbegrepp avseende individer vars könsidentitet och/eller könsuttryck delvis eller ofta är motsatsen till det kön som en registrerades för vid födseln. Det personliga uttrycket skiljer sig härmed från normen och identifieringen kan enbart göras av personen själv. Inkluderat i begreppet finns intergenderpersoner, transsexuella och transvestiter. Queer kan ses som både en politisk rörelse, en samhällsåskådning och en teori. En individ som identifierar sig med queer ifrågasätter oftast de könsbaserade och/eller sexuella normerna och försöker eftersträva att normer inte ska utgöra hinder i livsåskådningen. Det kan således vara ett sätt att leva eller ett sätt att uttrycka sexualitet (RFSL c, 2012-05-02). Queer syftar på ett sätt att beskriva sin sexuella läggning eller sin könsidentitet, och kan t.ex. vara att inte definiera sin läggning utifrån de traditionella begreppen (Smirthwaite, 2010).

I Sveriges första rikslag från 1734 förbjöds tidelag, dvs könsumgänge mellan människa och djur (Nationalencyklopedin, 2012 b) men även mellanmänniskliga sexuella handlingar med samma kön dömdes härefter. En ny strafflag tillkom 1864 där icke-normativa sexuella handlingar dömdes utifrån 'onormalt könsumgänge'. 1944 avkriminaliserades i Sverige sex mellan personer av samma kön, och istället användes sjukdomsdiagnoser så att homo- och bisexuella vårdades på mentalsjukhus (RFSL d, 2012-05-07). Samhällets syn på homosexuella förändrades inte trots förändring i lagar och under 1950-talet i Sverige pågick otalet kampanjer mot den 'samhällsfarliga homosexualiteten'. Under 1960-talet protesterade HBT-rörelser internationellt med centrum i USA mot den utbredda diskrimineringen. I Sverige resulterade detta i en ny hållning i politiken med en mer accepterande syn på annan sexuell läggning än den heteronormativa. På sin webbplats beskriver RFSL (RFSL b, 2012-02-01) att Svenska Riksdagen uttryckte att homosexuell samlevnad *"från samhällets synpunkt är en fullt acceptabel samlevnadsform"*. Från och med 1979 avdiagnostiserades homosexualitet som mental störning i Sverige (RFSL e, 2012-01-30).

Sommaren 1981 i Amerika upptäcktes det första fallet av aids. De män som drabbades av Kaposi sarkom och Pneumocystispneumoni, visade sig senare ha homosexualitet och nedsatt immunförsvar som gemensam nämnare (Adler, 2001). Gay Related Immune Deficiency (GRID) var ett av de tidigare namnen på aids (Månsson & Hilte, 1990). Denna benämning på infektionen bidrog starkt till uppkomsten av associationen homosexualitet och aids. Trots myndigheters försök att bryta denna association, så är just den kopplingen hårt rotad i samhället (a a).

Ur ett historiskt perspektiv har internationell folkhälsoforskning inte erkänt HBTQ-personers hälsoproblem utöver forskning om sexuellt överförbara sjukdomar. I en studie beskriver Boehmer (2002) att före 1980-talet fokuserades

forskningen primärt på etiologin av homosexualitet eller på mentala störningar, enligt DSM-kriterier, vilka ändrades 1973. Boehmer grundar sin undersökning på publicerade vetenskapliga artiklar under en 20-års period i England, mellan 1980-1999. Fokus var att undersöka hur många artiklar i MEDLINE som innefattar LGBT-personer. I denna sökning återfanns 3777 artiklar i databasen med lesbian, gay, bisexual, transsexual (LGBT) inkluderat, vilket motsvarar 0,1 % av de totalt 3 822822 artiklarna. Av dessa 3777 artiklar var 2285 (56 %) sjukdomsspecifika. Det indikerar att under lång tid så har LGBT-populationen förbisett i forsknings-sammanhang och dessutom har forskningen varit probleminriktad och sjukdomsbaserad, då det biomedicinska paradigmet har dominerat (a a).

I rapporten *Livsvillkor och hälsa bland unga homo- och bisexuella* från Statens Folkhälsoinstitut (2009) redovisas att hälsotillståndet inom HBTQ-sfären är jämförelsevis sämre än övriga svenska befolkningen. Betoningen ligger på den psykiska ohälsan. Roth m.fl. (2006) redovisar att ångest, oro, stress och sömnsvårigheter är betydligt vanligare i denna grupp, främst hos homo- och bisexuella kvinnor. Suicidförsök och suicidtankar är vanligare jämfört med resterande befolkning, speciellt hos personer i åldern 16-29 år (a a). Även den fysiska hälsan är generellt sämre för de som är inkluderade i HBTQ-gruppen, med svår värk och långvarig sjukdom som exempel (Statens Folkhälsoinstitut, 2009). Rödahl m.fl. (2004) visar i en studie av sjuksköterskor och studenter, att en stor andel av informanterna skulle avstå från att vårda homosexuella patienter om möjligheten fanns; 36 % av de yrkesutövande och 9 % av de studerande. I en senare studie påvisar Rödahl (2009 a) att kunskapen kring HBTQ-personer är bristande bland studerande inom hälso- och sjukvård. I studien var det 66 % av deltagarna som uppvisade otillräckliga kunskaper efter att ha svarat på *Knowledge about Homo- and Bisexual and Transgender Persons Questionnaire*, med 22 icke-heterosexuella frågeställningar.

Swanberg och Wijma (2010) lyfter fram hur patienter som känner sig kränkta eller traumatiserade inte uppmärksammas tillräckligt av hälso- och sjukvården. En av de bakomliggande orsakerna är att det inte är vanligt att patienter ger uttryck eller talar om för sjukvårdspersonalen att de upplevt sig kränkta. Diskrimineringslagen (2008:567) bygger på att alla människor har lika värde och rättigheter. Lagen förbjuder diskriminering som har samband med kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder (a a). Hälso- och sjukvårdslagen anger att *"vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet"* (HSL 1982:763). Enskilda patienter kan vända sig till Socialstyrelsen för att anmäla brister och felaktigheter som upplevts i vården. Till individens hjälp finns även Patientnämnden som kan ge stöd och råd, där det i vissa fall finns Patientombud till patientens förfogande. En annan möjlighet för någon som upplever sig ha blivit diskriminerad är att anmäla händelsen till Diskrimineringsombudsmannen. Missförhållanden inom vården ska anmälas av vårdgivare till Socialstyrelsen via Lex Maria, enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659). Betydelsen av kunskap kring diskriminering och normativa föreställningar är alltså av stor vikt för att sjuksköterskan ska kunna utföra ett respektfullt arbete.

HBT-certifiering är en utbildning och certifiering som RFSL erbjudit sedan år 2008. Initiativet syftar till att organisationer och verksamheter ska kunna höja kompetensnivån avseende HBT-kunskap. Utgångspunkten i arbetet är bland annat

att likabehandling, vilket vanligtvis ses som något positivt, istället kan leda till sämre behandling. Att som till exempel HBT-person behandlas och bemötas utifrån föreställningar, istället för att bemötas med utgångspunkt i ens identitet. Därför är normer och föreställningar och hur de styr bemötandet en viktig del i utbildningen och certifieringen. Förutom att syftet är att generera en ökad kunskap kring HBT hos de anställda, ämnar den till ett systematiskt och kontinuerligt arbete från arbetsgivarens sida, där en öppen och inkluderande miljö skapas. Vidare ska kunskaperna bidra till att arbete kring respektfull bemötande bedrivs, och att internt och externt arbete kring attityder gällande HBT tillämpas. Certifikatet är giltigt i två år, då en uppföljning ska ske. Även om kunskapen, kompetensen och ett systematiskt arbete är viktigt så måste dess existens synliggöras, vilket en HBT-certifiering bidrar till (RFSL f, 2012-04-20).

Kunskap om hur du i mötet med människor bemöter den andra personen är alltid relevant, inte minst inom sjukvården. I det specifika bemötandet handlar det om ett samspel mellan det personer sänder ut kontra det mottagaren uppfattar. Attityder och hur dessa uttrycks visar sig i samtal, kroppsspråk, mimik, tonfall och gestik (RFSL, 2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening, 2007) uttrycker att sjuksköterskan ska ge en omvårdnad som respekterar mänskliga rättigheter, samt ta hänsyn till individens vanor, värderingar och tro. Omvårdnad sker på personnivå, och förståelsen för vem människan är ligger till grund vår syn på hälsa och omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Människan är unik och en del av omvårdnad är att denne ska mötas och bemötas utifrån sina unika förutsättningar. Vidare innebär omvårdnadssituationen en maktrelation där en del av omvårdnadsarbetet är att balansera denna relation för att uppnå känsla av trygghet och respekt (a a). Det är av yttersta betydelse att i omvårdnadsarbetet specifikt och i interpersonella möten generellt förstå den pågående transformationen av identitetsuttryck samt dess personliga, sociala och politiska tillämpningar. Allmänsjuksköterskan möter personer som tillhör HBTQ-gruppen i sitt dagliga arbete och har därmed ett behov av kunskaper i bemötandet gentemot denna patientgrupp. Statens Folkhälsoinstitut (2005) understryker att studier inom svenska förhållanden om upplevelser av diskriminering inom HBTQ-gruppen är av vikt för det fortsatta anti-diskrimineringsarbetet.

## **SYFTE**

Syftet med studien är att undersöka upplevelser som HBTQ-personer har haft i samband med kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige.

## **METOD**

Författarna genomförde en empirisk studie med kvalitativ ansats som fördjupningsarbete inom ämnet omvårdnad. Kvalitativ metod är att föredra då en mängd olika mönster ska undersökas (Olsson & Sörensen, 2011). Då upplevelser skulle undersökas föreföll sig kvalitativ ansats logisk att använda. Datinsamling gjordes via internet som en enkätstudie med en öppen fråga i syfte att ta del av respondenternas goda och mindre goda upplevelser av kontakt med hälso- och sjukvården i Sverige. I enlighet med Polit och Beck (2006) valdes enkät med



öppen fråga via internet utifrån möjligheten att samla in data utan att påverka informanten med egna uppfattningar (Polit & Beck, 2006).

### **Urval och datainsamling**

Inklusionskriterierna för att ingå i studien var att identifiera sig med HBTQ-gruppen, vara över 18 år samt haft kontakt med svensk hälso- och sjukvård. Inga ytterligare avgränsningar eller exklusionskriterier sattes upp.

Som första steg gavs studien godkännande vid ett etikseminarium anordnat av Malmö högskola. Enligt Hasangi och Allebeck (1994) är det av vikt att pilottesta sitt mätinstrument. Enkätens frågeställning, *“Vi önskar ta del av dina goda, eller mindre goda, upplevelser i mötet med vårdpersonal inom svensk hälso- och sjukvård”* testades genom att totalt fyra individer fick läsa igenom informationsmaterialet och vald öppna frågeställning. Detta gjordes för att säkerställa att innehållet var lätt att förstå och att det inte skulle finnas utrymme för feltolkning.

Därefter upprättades en informationssida på nätcommunityt Facebook, där den information som ansågs nödvändig för potentiella informanter publicerades. På denna informationssida, [facebook.se/HBTQbemotande](https://facebook.se/HBTQbemotande), publicerades en länk till det formulär som användes för att samla in informanternas berättelser. Formulärsidan innehöll frågeställningen och en textruta som respondenterna anonymt fyllde i och skickade in sina berättelser. Formuläret skapades med internettjänsten *Google Docs*, och det var även via denna plattform som inkomna berättelser lagrades elektroniskt.

Informanterna rekryterades via snowball- och volunteer sampling, som är två typer av convenience sampling (Polit & Beck, 2006). Snowball sampling innebär att initiala informanter ombeds att hänvisa till andra personer i sitt nätverk, vilka uppfyller inklusionskriterierna. Denna metod används vanligtvis då populationen består av individer med specifika egenskaper som kan vara svåra att nå på annat sätt (a a).

Snowball-individerna valdes ut från författarparets nätverk. De skulle dels uppfylla inklusionskriterierna, och utifrån författarnas förförståelse vara troliga respondenter. Dessa sju individer delgavs ett skriftligt informationsbrev som innehöll en kort presentation av författarparet, syftet med studien och dess frågeställning (Bilaga 1). Brevet inkluderade adressen till informationssidan på Facebook, en redogörelse för hur data skulle behandlas, och kontaktuppgifter till ansvarig handledare. Dessutom inkluderades en QR-kod (quick response), som är en tvådimensionell streckkod, som kan scannas med en applikation i mobiltelefonen för att direkt öppna Facebook-sidan i telefonen. Parallellt genomfördes även en elektronisk version av snowballing. Tio individer, ingående i en av författarnas nätverk, kontaktades via Facebook och presenterades med en förfrågan att delta i studien. De ombads även att agera elektronisk snowball genom att sprida länken till informationssidan vidare genom den ‘dela’-funktion som finns på Facebook.

I volunteer sampling kan forskaren, då denne är i behov av att informanterna själva tar kontakt, t.ex. annonsera efter informanter (Polit & Beck, 2006). Det informationsbrev som delades ut vid snowball-samplingen förstorades upp i A3-format och användes som affischer på två utvalda platser. Den ena placerades i RFSL Malmös lokaler i centrala Malmö, och den andra placerades på en centralt belägen anslagstavla på Fakulteten för Hälsa och Samhälle. Båda affischerna

komplementerades av tio informationsbrev vardera, där möjlighet fanns för intresserade individer att ta med sig informationsmaterial.

Totalt fyllde 18 individer i formuläret. De inkomna berättelserna hamnade direkt i ett dokument på *Google Docs*, en internetjänst för hantering av elektroniska dokument. Där lagrades respondenternas berättelser automatiskt i en tabell där de via en automatiserad funktion tilldelades ett nummer. Denna numrering var från 2 till 19. Fyra respondenter valde att inkludera fler än en händelse eller situation i sina berättelser.

## Dataanalys

Inkomna berättelser lästes under tiden datainsamling pågick för att på så sätt säkerhetsställa att respondenterna svarade på frågan och studiens syfte. Länken till svarsformuläret togs bort från Facebook-sidan vid slutdatumet för datainsamlingen.

Författarparet valde att använda kvalitativ innehållsanalys med utgångspunkt från Lundman och Graneheim (2008). Innehållsanalysen utfördes enligt följande steg: domänindelning, utläsning av meningsenheter och kondensering av dessa meningsenheter. Vidare skedde kodning av meningsenheter, och underkategorier skapades som i sin tur ledde till kategorier. Slutligen skedde en indelning av tema. Hädanefter kommer berättelserna i detta avsnitt benämnas som analysenheter.

Analysen av inkommen data påbörjades genom att båda författarna separat läste igenom de skriftliga analysenheterna upprepade gånger. Materialet skrevs ut och lästes sedan även i pappersformat gemensamt av författarna. Detta förfarande gav en tydlig överblick av data och skapade utrymme att kunna diskutera uppkomna funderingar. Analysenheterna delades från början in i domänerna *goda upplevelser* som tilldelades färgen grönt, och *mindre goda upplevelser* som tilldelades färgen rött. Färgkodningen gjordes för få en tydlig struktur och genom att kognitivt underlätta efterföljande analysarbete (Lundman & Graneheim, 2008).

De första tre analysenheterna lästes gemensamt av författarparet och utifrån texternas meningsbärande enheter skapades kondenserade meningsenheter, som sedan tilldelades varsin kod. Resterande femton analysenheter kondenserade författarna separerat. I enlighet med Lundman och Graneheim (2008) kondenserade författarna meningsenheterna och kodade dessa gemensamt för att uppnå konsensus. Även koderna tilldelades grön respektive röd markering utifrån vilken domän de föll under.

Totalt resulterade analysprocessen i 66 koder. Efter genomgång och revidering av utformade koder uppkom en samstämmighet mellan författarna och två koder plockades då bort. Slutligen resulterade detta i 64 koder; elva koder under domänen *goda upplevelser*, och 53 koder under domänen *mindre goda upplevelser*.

Koderna fungerade sedan som utgångspunkt när författarna genomförde efterföljande analyssteg. Koderna skrevs ut på lappar och lades ut för att skapa en översikt av vilka koder som hade ett liknande innehåll, för att kunna sammanlänka dem i underkategorier. Detta förfarande utfördes först enskilt av författarna, och sedan gemensamt för att uppnå konsensus samt för att gruppera de koder som ej

knutits till någon underkategori. Innehållsanalysen resulterade i 22 underkategorier (Figur 1) där fyra underkategorier innefattades av *goda upplevelser* och resterande 18 underkategorier föll under domänen *mindre goda upplevelser*.

Tillvägagångssättet för att skapa kategorier av underkategorierna förlöpte på ett likartat vis. Underkategorierna skrevs på lappar och grupperades visuellt i en gemensam process. Vikten av att inga data ska passa in i två eller flera kategorier, alternativt falla mellan två kategorier (Lundman & Graneheim, 2008), gjorde att diskussioner författarparet sinsemellan utgjorde en stor del av processen att skapa de övergripande kategorierna. Under domänen *goda upplevelser* placerade två kategorier, och elva kategorier under *mindre goda upplevelser*.

Som avslutande process i analysen skapades olika tema som avspeglade det övergripande innehållet. Kategorier, underkategorier och dess underliggande innehåll fick tillsammans med författarparets förståelse för materialet som helhet utgöra grunden för temaindelningen. Sammantaget ses ett tema under domänen *goda upplevelser* och fem tema under domänen *mindre goda upplevelser*.

### **Etiska överväganden**

I det etiska övervägandet har författarna utgått från Polit och Beck (2006) och deras diskussioner avseende forskningsetik. En öppenhet i vad studien innefattar är av betydelse för respondentens möjlighet att ta ge sitt medgivande till deltagande. Här utgick författarna från att underförstått samtycke skett då respondenter, efter att ha tagit del av skriftligt informationsmaterial (Bilaga 1), frivilligt valt att skicka in sin berättelse.

Minimalt obehag för deltagarna och möjligheten till att det genererar nytta är en etisk förutsättning (Polit & Beck, 2006). Metod för sampling och datainsamling valdes utifrån författarnas krav på att uppnå ovanstående etiska riktlinjer. Den kvalitativa enkätmetoden gör att informanten kan delge personliga och privata upplevelser utan att riskera sin anonymitet och integritet. Detta säkerställdes genom frivilligt deltagande, anonymt svarsformulär och en vilja från författarnas sida att undersökningen skulle resultera i positiva resultat för den studerade gruppen. Anonymitetskravet är relaterat till den känslighet och utsatthet tilltänkta respondenter kan uppleva och metoden är vald utifrån att få en öppenhet i inkomna berättelser. Den insamlade data förvarades elektroniskt där endast författarparet med lösenord hade tillgång. Detta examensarbete kommer, efter godkännande av Malmö Högskola, finnas tillgängligt i databasen MUEP. En länk till arbetet kommer publiceras på tidigare använd Facebooksida, som ett steg i återkoppling av resultatet till respondenterna.

## **RESULTAT**

Frågeställningen "*Vi önskar ta del av dina goda, eller mindre goda, upplevelser i mötet med vårdpersonal inom svensk hälso- och sjukvård*" resulterade i de två domänerna *goda upplevelser* alternativt *mindre goda upplevelser*. Under dessa presenteras sex tema som framkommit ur innehållsanalysen. Efter respektive tema redovisas tillhörande kategorier. Dessa styrks och belyses även med tillhörande citat. Resultatet sammanfattas även i matrisformat (Figur 1).

Temat	Kategorier	Underkategorier
Positiva upplevelser i vårdmötet	Neutralitet	Neutralitet Fördomsfri personal
	Nöjdhet	Allmän nöjdhet Positiva upplevelser
Obekräftad och exkluderad identitet	Obekräftad identitet	Ej bekräftad i sin identitet
	Känna exkludering	Känna sig avvikande och onormal Känna sig exkluderad
	Bli exkluderad	Olikbehandlad pga. antaget riskbeteende Bli exkluderad
Uttalat kränkande bemötande	Kränkning	Kränkande bemötande Allmänt negativa upplevelser
Uttryck för värderande heteronormativitet	Heteronorm	Antas ha heterosexuellt förhållande
	Värderande	Värderande bemötande Ses som sjuk
Negativa upplevelser av olika kommunikationsvägar	Verbal kommunikation	Verbalt uttryckt heteronormativitet Verbalt uttryckt förväntad tvåsamhet Verbal kränkning
	Kroppsspråk	Negativ fysisk kommunikation
	Skriftspråk	Negativt skriftspråk
Erfarenhetsbaserad lågt ställd förväntan av HBTQ-kompetens	Förväntan	Väljer att inte berätta sin läggning Förväntar negativt bemötande pga. erfarenheter
	Kunskapsbrist	Bristande reflektioner och kunskaper hos vårdpersonal

Figur 1. Matris över tema, kategorier och underkategorier.

### Positiva upplevelser i vårdmötet

De goda upplevelserna i berättelserna utkristalliserade sig i de två kategorierna *neutralitet* och *nöjdhet*. Temat innefattar de positiva upplevelser där respondenterna upplevt sig bli bra bemötta och varit nöjda med vårdmötet i relation till sin HBTQ-tillhörighet.

#### *Neutralitet*

Kategorin omfattar berättelser där individer upplevt ett neutralt bemötande från sjukvårdspersonalen. Att uppfattas och bemötas som vemsomhelst, känna att det finns ett neutralt utgångsläge i vårdmötet och att uppleva att det finns ett neutralt förhållningssätt kring sexualiteten uppfattas som något positivt bland respondenterna.

*“...inom vården har jag oftast blivit bemött som vilken person som helst (i alla fall har det verkat så för mej, men jag kan ju inte läsa folks tankar).”* (Respondent 6)

Positiva upplevelser i vårdmötet genereras även av att individerna uppfattar vårdpersonalen som fördomsfri, eller att de har ett naturligt, öppet förhållningssätt kring sexualitet.

*“...småpratade med mig under tiden. Jag nämnde att jag skulle flytta för kärlekens skull och då frågade hon var "han eller hon bor". Det gjorde mig väldigt glad att hon inte förutsatte att jag är hetero.”* (Respondent 12)

### **Nöjdhet**

Flera respondenter rapporterade en generell känsla av nöjdhet av sina vårdkontakter, där upplevelser inkluderar att vara vänligt och bra mottagna vilket resulterat i en allmän känsla av att känna sig nöjd med bemötandet. Flera berättelser innehöll allmänt positiva känslor och upplevelser kring möten med vårdpersonal.

*“Har bara haft positiva upplevelser från vård och min sexualitet /.../ blev otroligt bra bemött.”* (Respondent 10)

### **Obekräftad och exkluderad identitet**

Att bli obekräftad i sin identitet eller känna och uppleva att bli exkluderad på grund av den egna identiteten är orsaker till negativa erfarenheter i mötet med sjukvården.

#### **Obekräftad identitet**

Att inte bli bekräftad i sin identitet, oavsett om det handlar om sexualitet eller könstillhörighet, lämnar individen med en negativ upplevelse. Det handlar om att inte bli sedd eller trodd, eller att tvingas välja att sätta en etikett på sig, trots att den inte upplevs överensstämma med den egna identiteten. Det kan ta sig enklare uttryck så som att vårdpersonal inte tar till sig information om individens sexualitet, eller grövre uttryckssätt där det mer uppfattas som ett direkt angrepp på individen.

*“... undrar konstant om jag träffat någon kille ännu, när det första jag sa till henne var att jag var lesbisk.”* (Respondent 8)

#### **Känna exkludering**

En känsla av exkludering är något som figurerar som upplevelse i flertalet berättelser. Denna situation uppkommer då vårdpersonal agerar så att exklusion är en kvarstående känsla hos patienten.

*“Denna bvc-sköterska lyckades också med konsten att aldrig lyssna på vad jag sa, utan alltid vända sig till min fru för att diskutera och bekräfta allt - för henne var jag helt enkelt inte "mamma" till mina barn.”* (Respondent 3)

Upplevelsen kan vara att känna sig falla utanför uppsatta normer eller få en förmimmelse av att vara avvikande eller onormal.

*“...mina upplevelser har resulterat i att jag känner att jag går utanför de ramar som finns inom samhället och då även sjukvården.”* (Respondent 7)

En negativ upplevelse kan uppstå av att uppfattas behöva bli tolererad och/eller accepterad av sjukvårdpersonalen. Upplevelsen av att känna exkludering uppstår även genom att betraktas tillhöra en avvikande grupp eller annorlunda relaterat till sin HBTQ-tillhörighet. Denna upplevda exkludering uttrycks i vårdssituationer där patienten känner sig onormal eller avvikande på grund av vårdpersonalens antaganden.

*“När ens sexuella relationer antas vara till män är det lätt att känna sig "onormal", då blir man avvikaren som måste förklara sig.”* (Respondent 19)

### **Bli exkluderad**

Negativa upplevelser av sjukvårdsmötet innefattar situationer där ett faktiskt uteslutande eller exkluderade sker. Det handlar om att bli hanterad på ett annorlunda sätt på grund av att personalen utgår från ett fördomsfullt perspektiv, där individer får olika bemötande baserat på vårdpersonalens attityder.

*“Pga av att jag var bög (det framkom i journalen att jag sammanlevde med en man) propsade kirurgen på att hivtesta mig. /.../ Det slutade med att en annan kirurg tog uppdraget istället.”* (Respondent 5)

### **Uttalat kränkande bemötande**

En av de starkaste känslorna respondenterna delgivit i sina berättelser är upplevelsen av att bli kränkt.

### **Kränkning**

I vårdsituationer ger upplevelsen av att bli kränkt en kvarstående negativ känsla. Detta gestaltar sig också som en generellt dålig känsloupplevelse efter att konstiga situationer har uppstått. De upplevda omvårdnadssituationerna uppträder som en effekt av negativa uttryck från personalen.

*“...satt hon i mitt knä när hon fick sprutan, hon skrek till och BVC-sköterskan reagerade direkt med att ta henne ifrån mig, vända sig till min fru och ge henne dottern med orden: "-Det är nog bäst att hon går till mamma" - vilket var fruktansvärt kränkande, då vi anser oss båda två vara lika mycket mammor till våra barn.”* (Respondent 3)

*“Frågade då varför hon sa just så och hon svarade då med att det var en hög siffra öht och att jag inte såg lesbisk ut.”* (Respondent 15)

### **Uttryck för värderande heteronormativitet**

Temat spänner över kategorier som inkluderar heteronormativitet och värderande bemötande. Situationer där det heterosexuella upplevs vara den rådande normen eller ett bemötande som har inslag av någon form av värdering av individen ger en mindre god erfarenhet av vårdmötet.

### **Heteronorm**

Om vårdpersonal utgår från ett heteronormativt synsätt i bemötandet av HBTQ-personer uppkommer situationer som leder till negativa upplevelser. Att placeras i ett fack där det faller sig självklart att vara heterosexuell, att det normativt förutsätts att individen lever i ett heterosexuellt förhållande, skapar erfarenheter som upplevs som negativa.

*“Alla tillfällen jag besökt en barnmorska för gynundersökning eller dylikt, så har min partner alltid antagits vara man.”* (Respondent 19)

*“...ännu en gång tyckte jag det är störande att vårdpersonal förutsätter att man är hetero.”* (Respondent 12)

## Värderande

Kategorin innefattar negativt laddade berättelser om sjukvårdspersonal med ett värderande bemötande. Dels ett generellt värderande bemötande, men även berättelser om att bli direkt utsatt för värderingar. Upplevelsen kan innefatta att bemötande känns värdeladdat eller att könsneutrala uttrycksätt inte används.

*“(Sjuksköterskan) -Jag förstår att du mår dåligt som gör en sådan sak, du ångrar dig förstås! /.../ Det fanns ingen koppling alls till mitt könsbyte!”* (Respondent 14)

Ytterligare ett sätt att lägga in värderingar i omvårdnadssituationen är att bemöta patienter som att de är sjuka även om de är friska. Det tar sig uttryck exempelvis genom att tvingas till tester baserat på sin sexuella läggning.

*“Varför skulle inte heterosexuella kunna ha samma sjukdomar som jag? Och dessutom går jag till en gynekolog varje år, JAG ÄR FRISK!! Men nä... Det spelar tydligen ingen roll.... Och det känns hemskt!”* (Respondent 6)

## Negativa upplevelser av olika kommunikationsvägar

Kommunikation är en vital del av bemötandet av patienter. Denna interaktion mellan två parter kan ske verbalt, via kroppsspråk och gester, och genom det skriftliga språket. En bristfällig eller oaktsam kommunikation kan bidra till att skapa en negativ upplevelse hos patienten.

### Verbal kommunikation

Den verbala kommunikationen består av en mängd små nyanser. Förutom de faktiska orden som sägs kan till exempel betoningar kränka eller marginalisera en individ. Respondenter som uppger att det talade språket är en del av ett dåligt bemötande lägger in flera faktorer i sina berättelser. Värderingar, normer och fördomar synliggörs tydligt för många respondenter just i samtalet eller vid frågeställningar; den verbala kommunikationen. Det kan handla om att samtal fokuseras på tvåsamhet eller att förutsättas leva i ett heterosexuellt och monogamt förhållande. Många samtal har en grundinställning där heterosexualitet ses som något självklart. Det talade språket har även en stark kraft att förolämpa och kränka individer. Att ifrågasätta en individs livsval, välja ord som förödmjucar eller medvetet uttala sig kränkande har en uppenbart negativ påverkan på vårdmötet.

*“Jag är trött på att det finns en grundinställning vilket kön jag har min kärleksrelation med. Tycker det märks mest i talspråket...”* (Respondent 7)

*“/.../ vid frågor till en patient utgår från att en kvinna är gift med en man och vice versa, och att det endast är en partner.”* (Respondent 2)

### Kroppsspråk

Gester och kroppsspråk är signaler som personer både medvetet och omedvetet skickar ut som en del av kommunikationen med andra individer. Det innefattar bland annat ansiktsmimik som kan betona det talade ordet och förstärka dess negativa effekt. Upplevelsen kan även bestå av konkret fysiska handlingar som upplevs inkräktande och integritetsberövande.

*“...då skrev jag att 11 av de femton jag haft sex med har varit kvinnor, och fick då ett höjt ögonbryn, och därefter sa kvinnan -Ojdå, SÅ många kvinnor?”*  
(Respondent 15)

### **Skriftspråk**

Även den skriftliga kommunikationen kan uppfattas som negativ. Respondenterna känner en oförståelse till varför viss information ska delges sjukvården. Den negativa upplevelsen uppstår då uppgifter samlas in som inte patienterna anser är relevanta för vårdtillfället. Känslan kan även komma då det finns få alternativ, eller patientuppgifter samlas in från ett standardiserat skriftligt formulär.

*“...tycker att det här med de obligatoriska kvinna/man kryssandet känns lite förlegat. De har varit tvingade att kryssa i ett alternativ efter att ha lämnat det öppet först.”* (Respondent 16)

### **Erfarenhetsbaserad lågt ställd förväntan**

Tidigare upplevelser av bristfälligt bemötande av HBTQ-personer resulterar i att patienterna har en låg förväntan på att få ett gott bemötande. Dessa lägre ställda förväntningar är relaterade till den upplevelse av kunskapsbrist som har erhållits i omvårdnadsmötet med hälso- och sjukvård.

### **Förväntan**

Berättelserna visar att patienterna vill undvika reaktioner genom att inte berätta sin läggning eller att vara öppen med sin HBTQ-identitet. Förväntan vid vårdmötet är redan lågt ställda på grund av erfarenhet erhållen vid tidigare vårdkontakter. Resultatet blir ett bristande förtroende, att patienterna aktivt väljer att inte berätta sin läggning och att de har en känsla av att de behöver dölja sin identitet i omvårdnadsmötet.

*“Jag berättar inte min läggning för personer jag inte träffar ofta som i sjukvården, det blir lättare så. Man vet aldrig hur reaktionen blir.”*  
(Respondent 11)

*“Min uppfattning är alltså att samma misstag sker inom vården där människor inte borde behöva skylla sig själv eller sin identitet...”* (Respondent 18)

### **Kunskapsbrist**

Upplevelsen är att det råder en kunskapsbrist i svensk hälso- och sjukvård avseende bemötandet av HBTQ-personer. Respondenterna uttalar även att det finns en känsla av bristande reflektion hos vårdpersonal kring hur bemötandet sker med individer som identifierar sig med HBTQ.

*“Min direkta upplevelse av sjukvården rent allmänt är att kunskapen är bristande. Alltså detta kan bero på min egen förutfattade mening själv då, mina upplevelser har resulterat i att jag känner att jag går utanför de ramar som finns inom samhället och då även sjukvården.”* (Respondent 7)

*“Övergripande så håller jag numer tillbaka med att diskutera sexuell läggning eller att ha förväntningar på personalens kunskaper om annat än det sjukhusbestämde.”* (Respondent 13)



## **DISKUSSION**

Studiens diskussion är uppdelad i två delar; metoddiskussion som inkluderar diskussion kring terminologi och giltighet och tillförlitlighet, och en resultatdiskussion kring studiens resultat och kopplingar till tidigare forskning och litteratur.

### **Metoddiskussion**

Nedan förs en diskussion om hur den här studiens metod, bland annat kring hur urval, datainsamling och dataanalys kan ha påverkat studiens resultat.

#### *Urval och datainsamling*

Utöver att respondenterna skulle identifiera sig med HBTQ-gruppen, vara över 18 år samt haft kontakt med svensk hälso- och sjukvård fanns inga andra inkluderingskrav. Författarna diskuterade i ett tidigt skede huruvida det var önskvärt att inkludera könstillhörighet och sexuell läggning, ålder och geografiskt läge som specifik frågeställning till informanterna. Diskussion fördes även kring utifall det skulle finnas en tidsgräns för när upplevelserna med sjukvården hade skett. Det huvudsakliga syftet med informationsinsamling i en kvalitativ metod är att upptäcka och få kännedom om en mängd olika mönster (Olsson & Sörensen, 2011). Ingen av ovanstående frågor inkluderades i den slutgiltiga frågeställningen, då det var önskvärt att fånga upp så många variationer av fenomen som möjligt.

Avgränsning gällande tidsaspekten av respondenternas upplevelser sattes inte upp. En diskussion fördes mellan författarna och med handledare ifall det fanns en relevans i att sätta upp en retrograd tidsgräns. Diskussionen resulterade i författarna ansåg att graden av upplevelsen var viktigare än när den inträffat. Efter innehållsanalysen var genomförd kom författarna fram till en gemensam känsla av att respondenternas upplevelser inte kändes som avlägsna minnen, flertalet var även upprepade upplevelser av liknande händelser.

I en studie av Ross (2006) har jämförelser gjorts av konventionell samplingmetod, såsom snowball, och att rekrytera informanter via internet. Resultatet indikerade att skillnader finns mellan respondenterna avseende ålder, ifall de kom från en stad eller mindre samhälle, ålder på partners och stadigt parförhållande. Studien visade att urvalet från internet var tio gånger mer benägna att uppge sin nivå av sexuell öppenhet som "very closed" (a a). Författarparet anser härmed att valet av att använda både traditionell samplingmetoder såväl som att nå potentiella informanter via internet är en styrka. Det ger en potentiellt större variation i variabler såsom öppenhet, ålder och geografiskt läge hos respondenterna. Utifrån resultatet i Ross (2006) ser författarna det troligt att individer som inte är sexuellt öppna nås via internet, och som sannolikt inte hade fångats upp via den konventionella snowballmetoden.

Enligt Polit och Beck (2006) ska storleken på urvalet stå i relation till kvalitén på informanterna och deras data. Storleken ska också stå i relation till informationen som önskas, och ett mått på detta är datamättnad. Olika faktorer spelar in i hur datamättnad uppnås i relation till storleken på urvalet, bl.a. frågeställningens omfång och kvalitén på data (a a). Initialt önskades en urvalsstorlek på 50 respondenter. Då det utsatta slutdatumet för datainsamlingen var nått hade 18 individer svarat på studien. Båda författarna hade under tiden datainsamlingen pågick läst igenom de inkomna berättelserna. Slutligen bedömdes det inkomna materialet vara av såpass hög kvalitet att det ansågs tillräckligt. Beträffande

datamättnad ser författarna det sannolikt att ytterligare respondenter hade kunnat bidra med fler upplevelser. Det hade kunnat medföra en ökad variation och mer data under båda domänerna.

Respondenterna kunde med vald datainsamlingsmetod fritt uttrycka sig och svara med eget språk. Metoden gav utrymme att reflektera över sina berättelsers formulering, och avbryta sitt deltagande när som helst under processen. Berättelserna uppfattades av författarna som kärnfulla och till viss del redan kondenserade i sina uttryck. Detta sågs som något positivt för författarna då textmassan blev mer lätthanterlig och överskådlig. En begränsning kan ses i kontrast till intervjumetod, där möjlighet finns till mer nyanserade svar och följdfrågor för att förstå givna svar. Intervju som metod hade kunnat resultera i en kontrastrikare klangbotten. Olsson och Sörensen (2011) uttrycker att informationen i skriftliga personberättelser till skillnad mot intervjuer inte kan kompletteras. Därmed kan eventuella frågetecken inte korrigeras. Detta kan i vald metod ses som en svaghet då författarna ämnar förstå informanternas upplevelser. Trots detta hittades en stor variation i de, i antal mindre än initialt förväntat, inkomna berättelserna.

I projektrapporten *Diskriminering - ett hot mot folkhälsan* (Frykman, 2006) uttrycks självrapporterad, upplevd diskriminering vara det lämpligaste sättet att fånga upp förekomst av diskriminerande bemötande. Metoden fångar upp de upplevda handlingarna och icke-handlingarna, detta oavsett ifall de i situationen varit medvetna, omedvetna, avsiktliga, oavsiktliga, dolda eller synliga (a a). Vald metod kan utifrån detta ses som en styrka i studien då respondenterna själva har rapporterat sina upplevelser av diskriminering. Hasangi och Allebeck (1994) uttrycker vikten av att pilottesta sitt mätinstrument. Detta för att se om det mäter vad det avser mäta, om det finns risk att missförstå frågeställning samt om förståelsen är lika för alla respondenter. Provundersökningen utgjordes av att fyra personer läste informationsbrevet och beskrev hur de uppfattade informationen och frågeställningen. Den feedback som gavs överensstämde med författarnas förhoppning av hur materialet skulle uppfattas. Respondenternas berättelser förväntades därmed svara an mot syftet.

Texttrutan för informanternas svar var inte begränsad till ett maximalt antal tecken, vilket gav möjlighet och utrymme till flera berättelser. Dock var det inte tekniskt möjligt att göra texttrutan större, vilket riskerade att begränsa informanternas formulering. Att det inte fanns någon textbegränsning kunde uttryckts tydligare, då en informant uppfattade att texttrutan var för liten. Informanternas berättelser hamnade direkt i en tabell där de automatiskt blev tilldelade ett nummer. Detta var en praktisk lösning som, då allt var samlat i en tabell, gav författarna överblick över antal svar och gjorde det enkelt att följa inkomna berättelser.

### **Dataanalys**

Kvalitativ innehållsanalys valdes eftersom det är ett mycket adaptivt sätt att bearbeta, tolka och analysera text. Analysmetoden kan anpassas efter forskarens kunskap och erfarenhet. Metoden fungerar oavsett skiftande kvalitet på insamlad data (Lundman & Graneheim, 2008). Kvalitativ innehållsanalys valdes bland annat baserat på att författarna inte från början visste vilken kvalitet insamlad data skulle ha relaterat till val av insamlingsmetod.

Färgmärkning genomfördes vid de två domänernas uppkomst. Öppenhet fanns för ytterligare domäner och färgmärkning, exempelvis gult för oklara upplevelser, men denna indelning behövde aldrig användas. Domänerna svarade därmed direkt på syftets indelning av upplevelser. Det finns en risk att överblivet material pressas in i redan befintliga kategorier (Lundman & Graneheim, 2008). Författarna valde vid ett tillfälle att reducera uppkomna koder då dessa i efterhand inte ansågs tillföra underkategorierna detaljer som kunde härledas till sitt syfte. Den valda analysmetoden innebar att närhet till materialet fanns. Samtidigt valde författarna aktivt att stundom distansera sig för att på så sätt säkerställa en gemensam helhetssyn. Vidare framhålls konsensusförfarande som stärkande av trovärdigheten i materialets innehåll (a a). Detta har uppnåtts genom att författarna i samtliga delar av innehållsanalysens stadier har reflekterat och diskuterat genom att motivera sina ställningstagande för att uppnå samstämmighet av inkommen data.

### *Terminologi*

I redovisningen av resultatet har termen 'känna' använts ett flertal gånger. Författarna gjorde detta val för att nyansera ordet upplevelser samt för att skapa en variation i texten. Termerna negativt och positivt har använts för att tydliggöra och sammanfatta de goda respektive mindre goda upplevelser. I dataanalysen har författarnas förförståelse gjort att vissa upplevelser i inkomna berättelser kodats som negativa då de explicit inte benämns negativa som t.ex. kränkande, dåliga eller nedlåtande. Ordet negativt har sedan använts i uppkomna koder, underkategorier och tema.

### *Giltighet och tillförlitlighet*

Giltighet handlar om hur sanna resultaten är, och den styrks bland annat utifrån val av deltagare (Lundman & Graneheim, 2008). Kvalitativ innehållsanalys ämnar beskriva variationer, och faktumet att väldigt få restriktioner kring deltagande i studien sattes upp stärker resultatets giltighet. Vidare uttrycker de (a a) att läsaren ges möjlighet att bedöma studiens giltighet då det presenteras citat som styrker resultaten. Detta har författarna gjort i det här arbetet genom att presentera minst ett citat till varje kategori. Även vid urval av citat har strävan funnits att representera så många respondenter och underkategorier som möjligt. Att så många nyanser från datamaterialet som möjligt har framhävts i arbetet stärker dess giltighet.

Levine och Safer (2002) förklarar hur bias kan uppstå när minnen från känslomässiga tillstånd uppdateras i en ny kontext tillsammans med nya erfarenheter och upplevelser, en typ av *memory bias*. Denna bias kan påvisas både när det gäller positiva och negativa minnen (a a). Med utgångspunkt i att resultatet i denna studie presenterade 11 goda koder och 54 mindre goda, blir frågan om detta beror på memory bias, eller är en korrekt spegling av verklighetens fördelning. Det var svårt att finna forskning som stärkte resultaten kring de goda upplevelserna och samtidigt fanns det mycket forskning kring mindre goda upplevelser. Därmed finns det fog för att det inte handlar om någon memory bias.

Val av ämne baserades på förförståelsen om att det fanns ett behov av att undersöka en uppfattad problematik. Författarnas sedan tidigare inhämtade förförståelse innebär att en totalt objektiv hållning är omöjlig att uppnå. Då tidigare egen forskning inom HBTQ-området inte är genomförd av författarna, är förförståelsen enbart erfarenhetsbaserad. Insikten gällande objektivitetens

svårigheter innebär ändå att författarna tillsammans har strävat för att uppnå en så objektiv hållning som möjligt, inte minst i analysarbetet. Olsson och Sörensen (2011) beskriver genusperspektiv som de sociala och kulturella aspekterna på män och kvinnors olikheter av beteende och roller. Tillförlitligheten i denna studie får ur en genuskontext anses vara stark, då medveten har funnits om den biologiskt deterministiska synen på kön. Vissa ämnen kan vara kontextberoende och därmed är dessa beroende av den mening de är tillskrivna ur historiska och kulturella sammanhang (a a). Denna HBTQ-studie ska ses ur en svensk sjukvård och dess kontext. Studiens resultat ska alltså inte ses som överförbart till andra kulturella kontexter.

### ***Risk-nyttoförhållandet och etiska aspekter***

Olsson och Sörensen (2011) framhåller att i de etiska reflektionerna ska kunskapsvinsterna överstiga det eventuella negativa utfallet. Risker, obehag och skador som kan tänkas inträffa behöver därmed nogt övervägas (a a). En tidig variant av tänkt datainsamlingsmetod innebar att respondenterna skulle maila in sina berättelser från eget e-postkonto. Efter diskussioner under det obligatoriska etikseminariet ändrade författarna datainsamlingsmetod till det anonyma svarsformuläret. Den använda metoden utformades för att ge minimalt obehag för respondenterna genom att på detta sätt säkra anonymiteten. Det bör upplevas som positivt att få möjlighet till anonymitet, vilket kan tänkas öka möjligheten att svara.

Genom använd metod var författarna synliga för den första gruppen i snowball-samplingen och osynliga i den parallella volunteer-sampling. Det är oklart för författarna hur detta har påverkat responderingen. Då berättelser inte började komma in kontinuerligt förrän efter drygt två av totalt fyra veckors utrymme för svarsinlämning tyder detta på att vissa snöbollar avstannade och vissa fortsatte. Författarna anser att den information som gavs till potentiella respondenter var tillräcklig för att kunna ta ställning om deltagande. Detta grundar sig i dels det obligatoriska etikseminarium som föregick studien, samt från den respons som gavs vid test av informationsbrevet. Data har under hela insamlingsprocessen och analysförfarandet hanterats med respondenternas säkerhet i åtanke. Information som författarna ansåg riskera informanternas anonymitet raderades vid utskrift av berättelserna.

Valet att använda Facebook som plattform för att presentera studien grundade sig i communitys tekniska möjligheter och lätthet i att sprida information. Medlemmar kan enkelt använda funktioner såsom 'gilla' och 'dela' för att sprida information i sitt nätverk, vilket de elektroniska snowballs som valdes ut ombads göra. Det behövdes inte ett konto för att nå Facebooksidan, något som vissa snowball-informanter uppfattade det som vid förfrågan om deltagande. Detta kan ha medfört att potentiella informanter ej försökt nå sidan om de inte haft konto på Facebook.

## **Resultatdiskussion**

I rapporten *Rätten till sjukvård på lika villkor* (2012) slår Diskrimineringsombudsmannen, DO fast att få studier har gjorts som jämför skillnader i tillgång till vård avseende olika samband och diskrimineringsgrunder. Det anses därför extra viktigt att fånga upp enskilda personers erfarenheter och upplevelser av dåligt bemötande.

### *Positiva upplevelser i vårdmötet*

Flertalet positiva upplevelser såsom allmän nöjdhet, bra bemötande och öppna förhållningssätt framkom av inkomna berättelser. Liknande resultat kan ses i bland annat RFSL Ungdoms rapport *Effekter av heteronormen* (Ahlin & Gäredal, 2009). Undersökningen visade att 58 % av de 237 tillfrågade personerna svarat att de varit mycket eller ganska nöjda med det bemötande de fått av vården. Bocking m.fl. (2004) visar i resultaten av enkätundersökningar gjorda fem år i rad, en hög grad av nöjdhet bland transpersoner av transspecifik vård.

Vissa respondenter rapporterade att de i vårdmötet upplevt neutralitet, bemötts som "vemsomhelst" och uppfattat vårdpersonal som fördomsfri. Ahlin och Gäredal (2009) påpekar dock att frånvaron av kränkningar i vården ibland kan skapa bilden av ett bra bemötande. Det finns fog att resonera om att neutrala eller positiva upplevelser inte skapar känsloreaktioner på samma sätt. Detta kan då leda till att denna typ av minnen inte återberättas i samma utsträckning som de negativa eller mindre goda. Överlag får det anses vara mycket lite forskning eller litteratur som lägger fram HBTQ-gruppens upplevelser av bra bemötande. Detta är oavsett om sökning görs på gruppen som helhet eller på homosexuella, bisexuella, transpersoner, eller queer separat.

### *Obekräftad och exkluderad identitet*

Patienter riskerar att både bli exkluderade, känna exkludering och uppleva att den egna identiteten är obekräftad i vårdmötet. Röndahl (2009) presenterar i studien en problemformulering baserad på sitt tidigare avhandlingsarbete. I de fyra problemformuleringarna konstateras att "*lesbiska, bögar och bisexuella är osynliga både som personal, patienter och närstående inom vården.*" (sid. 8). Detta är i linje med det framkomna temat även i denna studie, där berättelserna visar på en obekräftad och exkluderad identitet. Att inte ta hänsyn till personens könsidentitet kan enligt Darj och Nathorst-Böös (2008) upplevas som kränkande. Intentionerna från omgivningen behöver inte vara av illasinnad karaktär för att upplevelsen ska bli obekräftande eller exkluderande. Patienter, men även närstående, bekräftar att de undviker att prata om sitt privatliv och beskriver upplevda känslor av ensamhet, utanförskap samt övergivenhet (Röndahl 2009 b).

Röndahl (2004) påvisar i en studie att 36 % av den tillfrågade vårdpersonalen skulle avstå ifrån att vårda en homosexuell patient om den möjligheten fanns. Vårdhandboken (2012) är en internetjänst som ämnar bidra till att de nationella målen för att hälso- och sjukvården uppnås. Där uttrycks att social utfrysning i vissa sociala kontexter kan uppstå, med ett resultat av utanförskap utifrån vad som uttryckligen kommuniceras eller det osagda, vilket kommuniceras omedvetet eller medvetet och uppfattas som undertoner.

### *Uttalat kränkande bemötande*

I resultatet framkom att informanterna upplevt olika typer av kränkande bemötande av hälso- och sjukvårdspersonalen de träffat. Upplevelserna innefattade uppenbart kränkande handlingar och uttalade kommentarer där kommunikationen varit kärnan i kränkandet. Det framfördes även att respondenterna upplevt kränkning utifrån regelverk och känt sig tvingade till något på grund av sin sexualitet. Roth m.fl. (2006) visar på att homo- och bisexuella i större utsträckning upplever sig bli utsatta för kränkande handlingar och/eller bemötande. Ahlin och Gäredal (2009) och Darj och Nathorst-Böös (2008) ger exempel på hur individer som tillhör HBTQ-gruppen uttalat utsätts för direkta

kränkningar av vårdpersonal. Det handlar till exempel om att få sitt privatliv starkt ifrågasatt eller utsättas för frågor som upplevs kränkande. Flera källor pekar på hur HBTQ-individer kränks i vårdmötet. I tjänsteutlåtandet *Förslag till Hbt-policy för Stockholms läns landsting* (Stockholms läns landsting, 2011-09-22) redogörs det för hur många personer med HBT-identitet upplever att de kränks i kontakt med svensk hälso- och sjukvård. Knöfel-Magnusson (2006) beskriver att det inte är ovanligt att HBTQ-personer upplever kränkning i vårdssammanhang, trots att "*personal som arbetar i vården vill sina patienter väl*" (sid. 6). Det är ett troligt antagande att de flesta kränkningar som uppstår inte är medvetna från vårdpersonalen utan bottnar i undermedvetna antaganden med en heterosexistisk utgångspunkt.

### *Uttryck för värderande heteronormativitet*

En vanligt förekommande komponent i berättelserna var att erfara någon typ av heteronormativt eller värderande bemötande. Det handlade ofta om att antas vara heterosexuell eller ha en partner av motsatt kön. Att exempelvis som lesbisk kvinna förväntas vilja diskutera preventivmedel upplevdes som att utsättas för en heteronormativ mall.

Seaver m.fl. (2008) kommer fram i sin studie bland lesbiska kvinnor att deltagarna upplevde exklusion och relaterade detta till heterosexism, som uppvisades som antaganden att vara heterosexuell, och känt sig marginaliserade då reproduktiv hälsa och preventivmedel fått stort fokus i vårdmötet. Även Saulnier (2002) och Røndahl m.fl. (2009 a) beskriver i sina resultat hur personer som tillhör HBTQ-gruppen upplever att de utsätts för olika former av heteronormativa antaganden. Föreställningen att alla faller in under heteronormen utgår från det heteronorma och heterosexistiska antagandet, vilket är djupt rotat i samhället. Detta antagande kan sammanfattningsvis vara grunden för flertalet av tema som uppkommit i denna studie och som uttrycks på olika sätt av omvårdnadspersonalen.

### *Negativa upplevelser av olika kommunikationsvägar*

Resultatet visar att negativa upplevelser av vårdmötet kan uppkomma och bero på olika typer av kommunikation. Vid verbal kommunikation handlar det mycket om ordval och tonfall hos vårdpersonalen. Den skrivna kommunikationen uppfattas som negativ då den speglar ett heteronormativt grundantagande. Andra berättelser innefattade kroppsspråk och gester som upplevdes som normerande, kränkande eller förolämpande. Røndahls intervjustudie *Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing* (2006) undersökte upplevelser av sjukhusvård hos homosexuella män och kvinnor. Studien visade att en stark heteronormativitet förmedlades i det skrivna språket bland annat i form av informationsblad i väntrum och vid registrering för inläggning. Vidare beskrev informanterna hur de vid upprepade tillfällen mött vårdpersonal med rädsla för att säga fel saker, vilket skapar en otrygghet som har negativa följder på kommunikationen.

Vårdhandboken (2012) beskriver att bland annat anamnesupptagning, utformning av frågeformulär och val av språk vid konsultation tydligt riskerar att uttrycka heteronormativa antaganden. Den nämner även hur icke-verbal kommunikation, såsom en grimas eller en blick, kan förändra ett förtroende (a a). Icke-verbal kommunikation mellan människor sker ofta i ansiktsuttryck. Beroende på olika studier och forskare finns det mellan 10-18 emotioner. Passer och Smith (2007) anger att den ledande forskningen har enats om att sex av dessa emotioner kan

avläsas i ansiktet och är överlag oberoende av kulturell och etnocentrisk kontext. I dessa sex uttryckta emotioner kan utläsas "happiness, disgust, surprise, sadness, anger and fear". I ett socialt sammanhang tolkar vi enbart en av dessa sex uttryckta emotioner som positiv. Det finns således en större risk att avläsa något som vi uppfattar som negativ kommunikation (Passer & Smith, 2007).

### ***Erfarenhetsbaserad lågt ställd förväntan***

Dataanalysen visade att flertalet respondenter hade låga förväntningar på den vård de skulle få utifrån sin sexuella definition eller könstillhörighet. Attityden kom sig av erfarenheter och upplevelser som införskaffats av tidigare vårdmöten. Denna inställning kan leda till att individer aktivt väljer att inte berätta om sin sexualitet vilket leder till upplevelsen att behöva dölja sig i omvårdnadsmötet.

Respondenterna uppvisade även tveksamhet inför tillräcklig kunskap och reflektion av bemötande av HBTQ-individer. Intervjustudien *Är du kille eller tjej?* (Darj & Nathorst-Böös, 2008) med unga transpersoner uppvisar liknande resultat; låg förväntan på den hjälp som finns tillgänglig och på den kunskap som finns i vården. Röndahl (2009 b) visar i sin rapport att HBT-frågor varken diskuterats i teoretisk eller klinisk utbildning på sjuksköterskeprogrammet på Uppsala universitet. Vidare presenterar Röndahl en överlag bristande HBT-kunskap bland sjuksköterskestudenter, båda kunskap direkt kopplad till hälso- och sjukvård och även psykologisk HBT-kunskap. Även i Saulniers resultat (2002) från en fokusgruppstudie med lesbiska kvinnor framkom att det förväntades ett sämre mottagande på grund av sexualiteten.

Dialogmöten mellan DO och företrädare för organisationer, vars medlemmar riskerar att utsättas för diskriminering, delges i rapporten *Rätten till sjukvård på lika villkor* (2012). Dialogerna utgör en kunskap, insamlad för att komplettera inkomna anmälningar. I ett huvudspår diskuterades att bristfälligt eller kränkande bemötande skapar hinder. Svårigheter uppstår kring att söka vård och att få rätt vård. Inom sjukvården innebär bristfälligt eller okunnigt bemötande att patienter får informera och utbilda vårdpersonalen. Det dåliga bemötandet leder i sin tur till att förväntningar och förtroende för sjukvården sänks. Fortsättningsvis innebär det sämre frekvens av vårdbesök, och risk för sämre hälsostatus (a a). Patienterna ska våga söka sig till vården och känna trygghet i vårdmötet. Utan förtroende riskerar omvårdnaden att bli bristande och vården försämrats. På sikt är det därmed en överhängande risk för en ekonomisk inverkan på samhället. Dessutom innebär det ett personligt lidande såväl fysiskt som mentalt för HBTQ-patienterna. I Dahl (2005) redovisas den kunskapsinventering, i Sverige och övriga anglosaxiska världen, som är gjord av HomO gällande HBT-kunskap. Forskning visar att okunnigheten gällande HBT-gruppers livsvillkor och situation är utbredd i samhället, liksom inom vård och omsorg.

## **KONKLUSION**

Studiens resultat visar att dåligt bemötande och kränkningar av HBTQ-personer sker i svensk hälso- och sjukvård. Detta sker både utifrån sexuell läggning och könstillhörighet. Resultatet påvisar att det påträffas i olika grader och i all typ av kommunikation. Konsekvenser av detta visar sig som rädsla och ovilja att vara öppen med sin identitet i vårdbesöket. Dessutom sänks förväntan på bemötandet och kunskapen i vården. Resultatet stärks även av tidigare forskning kring HBTQ-personers upplevelser av vårdbesöket.

Bemötande är idag ett ämne som inte ges stort utrymme. Vi anser det som betydelsefullt att inkludera specifik HBTQ-kunskap i universitetsutbildningar där bemötande är centralt. HBTQ-kunskap bör inte enbart inbegripas i högre studier utan även inkluderas i barn och ungdomars utbildningsvärld redan från tidig skolålder. Strävan bör innefatta att det i fortsättningen inte ses som explicit kunskap kring HBTQ, utan som en allmän och vedertagen allmänbildning om individers naturliga mångfald. I de högre utbildningarna ska sedan de medicin- eller lagspecifika kunskaperna byggas på och fördjupas.

RFSLs HBT-certifiering syftar till att ge en ökad kunskap kring normer och föreställningar, deras inverkan på bemötande och förtroende, samt att synliggöra en sådan kompetens. Bemötande, kunskap och förtroende är i sig några av komponenterna i området omvårdnad, som är sjuksköterskans ansvarsområde. En HBT-certifiering av sjuksköterskeutbildningar och sjukhusavdelningar hade därmed genererat sjuksköterskor med en ökad kompetens, kunskap och kvalifikation inom sitt huvudområde; omvårdnad.



## REFERENSER

- Adler, M. W (2001) ABC of AIDS. London: BMJ Publishing Group.
- Ahlin, A & M Gäredal (2009) Effekter av heteronormen. En studie om utsatthet för sexuella övergrepp, sexuell gränssättning samt utsatthet för hatbrott bland unga hbt- personer. RFSL Ungdom, Stockholm.
- Bockting, W m.fl. (2004) Patient Satisfaction with Transgender Health Services. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30, 277–294.
- Boehmer, U (2002) – Twenty Years of Public Health Research: Inclusion of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations. *American Journal of Public Health*, 92, 1125-1130.
- Dahl, U (2005) ”Det viktigaste är inte vad extremisterna tycker utan vad den stora majoriteten gör” *Från hatbrott och homofobi till heteronormativitet och intersektionalitet. En kunskapsinventering och situering av forskning.* HA Reklamtryck, Stockholm.
- Darj, F. & Nathorst-Böös, H. (2008) *Är du kille eller tjej? – En intervjustudie om unga transpersoners livsvillkor.* RFSL Ungdom, Stockholm.
- Diskrimineringslag (2008:567)
- Diskrimineringsombudsmannen (2012) *Rätten till sjukvård på lika villkor – rapport.* Danagård Litho, Ödeshög.
- Frykman, J (Red) (2006) *Diskriminering – Ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa.* Statens folkhälsoinstitut, Östersund.
- Hasangi, H & Allebeck, P (1994) *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård. Handbok för forskning och utvecklingsarbete.* Studentlitteratur, Lund.
- HSL (1982:763)
- Josefson, H (2005) *Genus, hur påverkar det dig?* Natur och Kultur, Stockholm.
- Knöfel-Magnusson, A (2006) *Det syns inte utanpå men känns inuti – om heteronormer och diskriminering i hälso- och sjukvården.* HomO, Stockholm.
- Levine, L & Safer M (2002) Sources of Bias in Memory for Emotions. *Current Directions in Psychological Science*, 2002 11, 169-173.
- Lundman, B & Graneheim, U (2008) *Kvalitativ Innehållsanalys I: Granskär, M och Höglund-Nielsen (red). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* Studentlitteratur AB, Lund.
- Månsson, S-A & Hilde, M (1990) *Mellan hopp och förtvivlan - en studie om hiv och homosexualitet.* Studentlitteratur, Lund.

- Nationalencyklopedin (2012 a) heteronorm  
><http://www.ne.se.proxy.mah.se/heteronorm>< 2012-01-30
- Nationalencyklopedin (2012 b) tidelag ><http://www.ne.se/lang/tidelag><  
2012-02-09
- Nortvedt, P (2009) *Klinisk omvårdnad-realiteter och utmaningar. I: Almås H, (Red) Klinisk omvårdnad, del 1. Första upplagan. Liber AB, Stockholm.*
- Olsson, H & Sörensen, S (2011) *Forskningsprocessen - Kvalitativa och kvantitativa perspektiv, tredje upplagan. Liber AB, Stockholm.*
- Passer, M & Smith, E (2007) *Psychology -The science of mind and behavior. Third edition. Mc Graw Hill, University of Washington.*
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Polit, D & Beck, C (2006) *Essentials of nursing research. Methods, Appraisal, and Utilization. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.*
- RFSL a, Heteronormen ><http://www.rfsl.se/?p=412>< 2012-01-29
- RFSL b, Homosexualitet - Då och Nu ><http://www.rfsl.se/?p=923>< 2012-02-01
- RFSL c, Begreppslista ><http://www.rfsl.se/?p=410>< 2012-05-02
- RFSL d, Hbt-historia ><http://www.rfsl.se/?p=413>< 2012-05-07
- RFSL e, Ockupationen av Socialstyrelsen 1979 ><http://www.rfsl.se/?p=987><  
2012-01-30
- RFSL f, HBT-certifiering ><http://www.rfsl.se/?p=4960>< 2012-04-20
- RFSL (2007) *Samspelet - en text om bemötande. RFSL, Stockholm.*
- Richardson, D (2000) – *Rethinking sexuality. SAGE Publications, London.*
- Ross, W. M (2006) *Typing, doing and being - A study of Men who have Sex with men and Sexuality on the Internet. Health and Society, Malmö University.*
- Roth, N m.fl. (2006) *Hälsa på lika villkor? - Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer. Elanders Gotab AB, Stockholm.*
- Röndahl, G, Innala, S, & Carlsson, M (2004) Nursing staff and nursing students' emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed, *Scandinavian Journal Of Caring Sciences, 18, 1, 19-26.*
- Röndahl, G m.fl (2006) Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *Journal of Advanced Nursing 56, 4, 373–381.*

Röndahl, G (2009 a) Students' inadequate knowledge about lesbian, gay, bisexual and transgender persons, *International Journal Of Nursing Education Scholarship*, 6 11, 1-16.

Röndahl, G (2009 b) [Sjuksköterske- och läkarstudenters kunskap om homo- och bisexuella och transpersoner](#). Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.

Saulnier, C (2002) Deciding Who to See: Lesbians Discuss Their Preferences in Health and Mental Health Care Providers. *Social Work*, 47, 355-365.

Seaver, M m.fl. (2008) Healthcare preferences among lesbians: A focus group analysis. *Journal of Women's Health*, 17, 215–225.

Smirthwaite (2010) 42 genusmedicinska begrepp. I: Wijma, B, Smirthwaite, G & Swahnberg, K (Red) *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar*. Studentlitteratur AB, Lund.

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

Statens Folkhälsoinstitut (2009) Livsvillkor och hälsa bland unga homo- och bisexuella – resultat från nationella folkhälsoenkäten  
><http://www.fhi.se/Documents/Aktuellt/Nyheter/pm-unga-hbt-livsvillkor-halsa-0907.pdf>< 2012-01-29

Stockholms läns landsting (2012) *Hbt-policy för Stockholms läns landsting*. Stockholms läns landsting.

Svensk Sjuksköterskeförening (2007) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk Sjuksköterskeförening, Stockholm.

Svensk Sjuksköterskeförening (2010) *Värdegrund för omvårdnad*. Brolins AB, Stockholm.

Swanberg & Wijma (2010) Kränkningar i vården - olika perspektiv. I: Wijma, B, Smirthwaite, G, Swahnberg, K (Red) *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar*. Studentlitteratur AB, Lund.

Vårdhandboken (2012) Vårdrelaterade möten med Homo- och Bisexuella samt Transpersoner ><http://www.vardhandboken.se/Texter/Bemotande-i-vard-och-omsorg-HBT-perspektiv/Vardrelaterade-moten-med-Homo--och-Bisexuella-samt-Transpersoner-HBT/>< 2012-04-18

# **BILAGOR**

Bilaga 1: Informationsbrev.

## Bilaga 1

# VILL DU DELGE DINA UPPLEVELSER AV BEMÖTANDET I VÅRDEN?

Vi är två sjuksköterskestudenter vid fakulteten för Hälsa och Samhälle, Malmö högskola. I utbildningen ingår att skriva en kandidatuppsats inom ämnet omvårdnad. Vi behöver därför data till vårt examensarbete som ska vara klart för examination i maj 2012. Sjuksköterska är ett yrke inom gruppen vårdpersonal som Du kommer i kontakt med när Du söker dig till primär- eller slutenvården. Syftet med studien är att samla in information om upplevelser och situationer som HBTQ-personer (homosexuella, bisexuella, transpersoner och queer) möter i kontakt med vårdpersonal.

Vi önskar att skriftligt få ta del av dina goda, eller mindre goda upplevelser i mötet med vårdpersonal inom svensk hälso- och sjukvård.

Gå in på [facebook.com/HBTQbemotande](https://www.facebook.com/HBTQbemotande) för att delge din berättelse. Där kommer du även kunna läsa mer hur svaren hanteras, och få reda på när och var resultatet publiceras.

Ditt deltagande är naturligtvis frivilligt och om du ångrar dig kan du närsomhelst avbryta din berättelse och inte sända in den. Vi värnar även om din anonymitet. Din berättelse inkommer helt anonymt via formuläret och går ej att spåra till avsändaren. Det är möjligt att delar av ditt svar kommer citeras i resultatet. Allt inkommit material kommer att hanteras konfidentiellt. Genom att skicka in ditt svar så samtycker Du till att ditt svar kan ingå i studien. Vi behöver din skriftliga berättelse senast 25 mars 2012.

Känner du någon som kan vara intresserad av att delge sin berättelse? Lämna gärna denna information vidare, eller gå in på facebook-sidan och dela med dig av länken.

Övriga frågor om studien hänvisas till projektansvarig handledare: Anne-Marie Wangel, Malmö Högskola, tele: 040-665 75 55



MALMÖ HÖGSKOLA

