



**MALMÖ HÖGSKOLA**

Hälsa och samhälle

# "ALLA UTGICK FRÅN ATT MAN VAR HETERO"

EN EMPIRISK STUDIE OM LESBISKA KVIN-  
NORS ERFARENHETER AV BEMÖTANDE  
INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

SOFIA WEIMERS  
ERIK FRICK

# "ALLA UTGICK FRÅN ATT MAN VAR HETERO"

EN EMPIRISK STUDIE OM LESBISKA KVIN-  
NORS ERFARENHETER AV BEMÖTANDE  
INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

SOFIA WEIMERS  
ERIK FRICK

Weimers, S & Frick, E

"Alla utgick från att man var hetero." En empirisk studie om lesbiska kvinnors erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvård. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*, Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2006

Gruppen homosexuella har en sämre psykisk hälsa än gruppen heterosexuella vilket kan bero på en strukturell diskriminering i samhället. Enligt forskning finns det sjuksköterskor som skulle välja att inte vårda homosexuella patienter om möjligheten fanns. Därav syftet med denna studie: att undersöka lesbiska kvinnors erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvård i relation till sexuell identitet. Vidare frågeställningar är om och hur sexuell identitet är relevant i vårdmötet samt vilket bemötande som är önskvärt enligt informanterna. Metoden för studien är att genomföra en induktiv intervjuundersökning, där ett urval av sex lesbisk kvinnor med erfarenhet av slutenvård ingår. Materialet analyseras genom innehållsanalys. Analysen utmynnar i fyra huvudkategorier: personalens förhållningssätt till patienten och normen; patientens förhållningssätt till personalen och normen; den sexuella identitetens relevans samt önskvärt bemötande och önskade åtgärder. I resultatet framgår att vårdpersonal i stor utsträckning har ett heteronormativt bemötande vilket leder till negativa erfarenheter för lesbiska patienter. Detta heteronormativa bemötande gör att patienternas sexuella identitet blir relevant i vårdmötet. Det önskvärda bemötandet består framförallt av en öppenhet och att inte utgå från att alla patienter är heterosexuella.

*Nyckelord:* Bemötande, erfarenheter, heteronormativitet, homosexualitet, lesbiska, vårdpersonal

# "EVERYONE ASSUMED THAT YOU WERE STRAIGHT" AN EMPIRICAL STUDY ABOUT LESBIAN WOMENS' EXPERIENCES OF ENCOUNTER- ING IN HEALTH CARE

SOFIA WEIMERS  
ERIK FRICK

Weimers, S & Frick, E.

"Everyone assumed that you were straight" An empirical study about lesbian womens' experiences of encountering in health care. *Degree project in Nursing 10 points*, University of Malmö: Health and Society, Department of Nursing, 2006

Homosexuals as a group has mental health problems to a greater extent than heterosexuals as a group, which could be due to a structural discrimination in society. According to research there are nurses who would avoid caring for homosexual patients if the option existed. Therefore the aim of this study: to investigate lesbian womens' experiences of encountering related to sexual identity. Further questions are if and how sexual identity is relevant in the health care encounter and what the desired encountering is according to the informants. The method for the study is an inductive interview study, with a sample of six lesbian women with experience of hospital in-care. A content analysis is used to analyse the data. The analysis concludes with four main categories: the staffs' way of relating to the patient and the norm; the patient's way of relating to the staff and the norm; the relevance of sexual identity in the health care encounter and the desired encountering and desired measures. The findings show that health care providers have a heteronormative approach to a great extent, which generates negative experiences for the lesbian patients. This heteronormative approach makes the sexual identity relevant in the health care encounter. The desired encountering mainly consists of an openness and not assuming that all patients are heterosexual.

*Keywords:* Encountering, experiences, heteronormativity, lesbians, homosexuality, health personnel

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Vårdpersonalens attityder	5
Tidigare forskning	6
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	7
Begrepp och teoretisk utgångspunkt	7
Avgränsningar	7
METOD	8
Urval	8
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Etiska aspekter	9
RESULTAT	10
Personalens förhållningssätt till patienten och normen	10
Patientens förhållningssätt till personalen och normen	14
Den sexuella identitetens relevans	16
Önskvärt bemötande och önskade åtgärder	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Urval	18
Datainsamling	19
Dataanalys	20
Resultatdiskussion	20
Ett heteronormativt bemötande och dess konsekvenser	21
Icke-verbal kommunikation	24
SLUTSATSER	25
Klinisk tillämpning och rekommendationer	26
Framtida forskning	26
REFERENSER	27
BILAGA	29

## INLEDNING

Vi har under vår utbildning upplevt att kurslitteraturen och undervisningen nonchalerat att patienter kan ha en annan sexuell identitet än den heterosexuella och vad det kan tänkas ha för relevans för vårdssituationen. Detta anser vi kan få konsekvenser för hur attityder och bemötande gentemot icke-heterosexuella patienter blir i ett framtida yrkesutövande. Därför tycker vi att det är intressant och viktigt att undersöka lesbiska kvinnors erfarenheter av bemötande från vårdpersonal.

## BAKGRUND

Fram till 1944 var sexuella relationer mellan personer av samma kön kriminella handlingar och först 1979 avlägsnades homosexualitet ur diagnosregistret i Sverige (Statens folkhälsoinstitut, 2005). Enligt den nationella folkhälsoenkäten (a a) har gruppen homo- och bisexuella idag en sämre hälsa än den övriga befolkningen. Det är framförallt den psykiska hälsan som är sämre, 39 % uppger sig ha nedsett psykiskt välbefinnande, att jämföra med 19 % i övriga befolkningen. Själv-mordstankar och självmordsförsök är markant högre, och bruket av alkohol, tobak och cannabis större. Det är även tre gånger så vanligt att ha blivit utsatt för våld och hot om våld. En anmärkningsvärd skillnad fanns mellan homo- och/eller bisexuella kvinnor där endast 60 % uppgav bra hälsotillstånd och heterosexuella kvinnor där 72 % uppgav det samma. Detta kan vara en indikation på att det förekommer diskriminering av homo- och bisexuella i Sverige. Exempel på diskriminering som tas upp i ovanstående rapport är social utstötning, mobbning, kränkande uttalanden, våld och hot om våld. I rapporten nämns homofobi, heteronormativitet, och osynliggörande som några orsaker till diskriminering av homo- och bisexuella. Detta har betydelse då individens hälsa inte bara påverkas av biologiska faktorer och levnadsvanor utan också av hur samhället är organiserat och strukturerat (a a). Detta behandlas i en översiktsstudie av Meyer (2000) där det beskrivs hur diskriminering på sexualitet leder till en social stress som orsakar psykiska hälsoproblem. Liknande resultat återfinns i Harper och Schneiders (2003) översiktsstudie om psykologiska och sociala konsekvenser av diskriminering av homo- bi- och transsexuella. De menar att denna grupp i likhet med andra utsatta grupper upplever en "minoritetsstress" som kan leda till ohälsa såsom psykisk ohälsa, ångest, självmordstankar, nedstämdhet och större användning av psykvården (a a). Detta överensstämmer även med Welchs m fl (2000) tvärsnittsstudie om lesbiska kvinnor och psykisk ohälsa.

### **Vårdpersonalens attityder**

Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL) (SFS1982:763) är målen för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Men enligt en svensk studie skulle 36 % av sjuksköterskorna och undersköterskorna undvika att vårda en homosexuell patient om möjligheten fanns (Röndahl, 2004 a). Av dessa uttryckte 8 % mycket negativa attityder gentemot homosexuella patienter, 30 % sa sig vara varken positiva eller negativa och de resterande 62 % positiva (Röndahl, 2004 b). Detta skulle kunna leda till att bemötandet av homosexuella patienter påverkas i negativ riktning. Bemötandet är

en viktig del av omvårdnaden vilket poängteras i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskor ska ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (a a). Vikten av god kommunikation för att skapa en trygg vårdssituation behandlas även i Almås (2002). Kommunikation är inte bara verbal utan sjuksköterskan kan med tonfall, ansiktsuttryck och gester förmedla mer till patienten än vad själva orden säger (a a).

### **Tidigare forskning**

Det har gjorts ett begränsat antal studier om homosexuella patienters erfarenheter av bemötande i hälso- och sjukvård. Av dessa undersöker de flesta inte specifikt lesbiska kvinnors erfarenheter utan ofta är det både mäns och kvinnors eller bara mäns erfarenheter. Nedan följer de studier om bara lesbiska som hittades, men även en som inkluderar homosexuella män då den är genomförd i Sverige. De övriga är gjorda i USA och Storbritannien.

De genomgångna studierna visar att vårdpersonal i allmänhet förutsätter att alla patienter är heterosexuella (Platzer & James, 2000; Rödahl, 2005; Stevens, 1994; Williams-Barnard m fl, 2001 Wilton & Kaufmann 2001). När personalen förutsätter att alla patienter är heterosexuella upplevs det ofta som fördömsfullt och kränkande enligt Rödahl (2005) och Stevens (1994). Detta kan enligt dem leda till att lesbiska drar sig för att söka sjukvård för att undvika obehag (a a).

I alla studierna beskrivs en osäkerhet och oro inför att komma ut på grund av rädsla för reaktioner (Platzer & James, 2000; Rödahl, 2005; Stevens, 1994; Williams-Barnard m fl, 2001 Wilton & Kaufmann 2001). I Stevens (1994) studie framkommer att vissa kvinnor till och med slutat söka vård till följd av negativa erfarenheter. I Rödahls (2005) studie beskrivs hur patienter kan dra sig för att söka sjukvård p g a denna osäkerhet.

Enligt Platzer och James (2000), Rödahl (2005), Stevens (1994) och Wilton och Kaufmann (2001) riskerar patienterna att inte erhålla adekvat vård om deras sexuella identitet är okänd då relevant information inte alltid kommer fram.

Några av studierna beskriver hur lesbiska råkar ut för en rad olika negativa reaktioner i olika vårdssituationer. I Wilton och Kaufmanns studie (2001) tas exempel upp på hur lesbiska mödrar nekats vård hos barnmorskor. Stevens (1994) tar upp olika aspekter av dåligt bemötande, från djupt kränkande kroppsliga undersökningar till osynliggörande och förminskande. I Platzer och James (2000) studie framkom exempel på homofobiska reaktioner såsom verbala, icke-verbala, fysiska och sexuella kränkningar.

De flesta av de presenterade studierna fokuserar på informanternas negativa erfarenheter. De positiva erfarenheter som ändå beskrivs är situationer där patienten kunde tala öppet om sin sexualitet och om personlig information utan att få någon konstig reaktion och när vårdpersonalen hade en helhetssyn där även patientens homosexualitet beaktades (Stevens, 1994) och när patienten fått öppna frågor som inte förutsatte heterosexualitet (Williams-Barnard m. fl, 2001).

Endast Rödahls (2005) studie är utförd i Sverige. De andra är gjorda i USA (Stevens, 1994; Williams-Barnards m fl, 2001) eller Storbritannien (Platzer & James, 2000; Wilton & Kaufmann, 2001). Det finns antagligen vissa likheter mellan Sve-

rige, USA och Storbritannien, men det kan även skilja sig åt. Därför anser författarna att det är av intresse med studier på svenska förhållanden.

## SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien är att undersöka lesbiska kvinnors erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvården i relation till sexuell identitet. Vidare frågeställningar är:

- Är den sexuella identiteten relevant i vårdmötet och i så fall hur?
- Vilket bemötande är önskvärt enligt informanterna?

### Begrepp och teoretisk utgångspunkt

Homosexualitet kan diskuteras utifrån identitet, praktik och begär vilket inte behöver sammanfalla. Med begreppet lesbisk menas här kvinnor som själva identifierar sig som det. Kvinnor som har sexuell praktik med och/eller begär gentemot andra kvinnor, men som inte själva identifierar sig som lesbiska utsluts här. Därav användandet av begreppet sexuell *identitet* i denna studie (Bonvinici & Perlin, 2003).

Ett begrepp som används mycket i sammanhang som handlar om homosexualitet är att ”*komma ut*”. Detta betyder att någon berättar för sin omgivning att hon/han är homosexuell (Dahlén, 2005).

Ett ofta använt begrepp i Sverige är det s.k. *Hbt*-begreppet. Det är ett samlingsnamn för homo-, bisexuella samt transpersoner (Statens folkhälsoinstitut, 2005).

*Homofobi* är ett begrepp som återfinns i litteratur om homosexuella människors situation. Det är ett begrepp som innebär en uppfattning eller värdering som ger uttryck för en starkt negativ syn på homosexuella människor och homosexualitet (Dahlén, 2005).

Ett annat begrepp eller en teori som återkommer i litteraturen är *heteronormativitet*. Det betyder att man har heterosexuallitet som norm i samhället, d v s heterosexuallitet tas för givet och ses som det självklara, naturliga och önskvärda. I relation till heterosexualliteten blir då homosexualiteten avvikande och onormal. Alla förutsätts vara heterosexuella om man inte säger något annat. Kvinnor antas automatiskt bli kära i, attraherade av och ha relationer med män. I betydelsen av norm ingår att de som tillhör normen inte ser den, utan de är ingenting, det normala. Den egna identiteten är självklar, ingenting som man reflekterat över. Det är inte många som har fått frågan ”när insåg du att du var heterosexuell?” och det anses av många som förolämpande att bli tagen för homosexuell. Som medlem i normen har man även en maktposition gentemot dem som avviker från den. I det heteronormativa tänkandet ingår även ofta bilden av hur en familj ska se ut, det är en kärnfamilj med en man, en kvinna och barn som är modellen (Kulick, 2004).

### Avgränsningar

I begreppet lesbisk identitet kan även transpersoner räknas in, men vi väljer här att exkludera dem från undersökningen då deras situation är delvis annorlunda och på många sätt svårare (Statens folkhälsoinstitut, 2005).

Undersökningen utesluter homosexuella män p g a tidsramen och då lesbiska uppges vara en mer osynlig grupp i sjukvården än vad homosexuella män är (Röndahl, 2005). När det gäller vilka som har bemött patienterna avgränsas inte denna undersökning till enbart sjuksköterskor då informanterna kanske inte gjort skillnad på sjuksköterskor och övrig vårdpersonal. I vissa fall har det inte heller varit någon sjuksköterska närvarande utan rört sig om andra yrkeskategorier inom vården. Bemötande är inte heller något exklusivt för sjuksköterskor utan ingår i yrkeskompetensen för all vårdpersonal.

## METOD

Nedan följer en beskrivning av valda metoder för urval, datainsamling, dataanalys och litteratursökning samt etiska aspekter på dessa.

### Urval

Inkluderingskriterier för informanterna var att de skulle vara kvinnor, identifiera sig som lesbiska och ha erfarenhet av slutenvård. Urvalet gjordes genom ett tillfällighetsurval, en form av icke-sannolikhetsurval där de som var tillgängliga intervjuades (Hartman, 2004). Denna metod valdes då den lämpar sig då populationen är okänd för forskarna, då det inte går att veta vilka som är lesbiska och därmed är en grupp som är svår att få kontakt med (Denscombe, 1998). Fyra ”gatekeepers” som hade kontakt med ett flertal lesbiska kvinnor användes för att få kontakt med informanterna. Tre av dessa ”gatekeepers” var kända för författarna genom informella kontakter. Den fjärde kontaktades efter tips från en av de ovannämnda. Vägen via in-formella kontakter valdes då frågor om sexuell identitet kan vara ett känsligt ämne (Platzer & James, 1997).

Via ”gatekeepers” erhöles mailadress eller telefonnummer till fyra intresserade informanter varvid dessa kontaktades. De två övriga mailade själva till författarna efter information från ”gatekeepern”. Urvalet utgjordes av sex informanter. Deras åldrar sträckte sig från 26 till 62 år. Alla var etniska svenskar och alla utom en hade/eller var under pågående universitetsutbildning. Informanten som ej studerat på universitet hade förutom gymnasieutbildning studerat på folkhögskola. Alla utom en bodde i en större stad. De hade erfarenheter från varierande delar av slutenvården. De berättade även om erfarenheter från primärvård samt en rehabiliteringsresa.

### Datainsamling

Metoden som valdes för att besvara syftet och frågeställningarna var att med induktivt tillvägagångssätt genomföra en intervjuundersökning med semistrukturerad intervjuguide. Guiden bestod av två öppna frågor med ett antal möjliga följdfrågor som stöd för samtalet. Om informanterna tog upp andra saker relevanta för syftet avbröts de inte. Frågorna gällde bemötandet och faktorer som kan påverka, t ex om och varför de var öppna/icke öppna med sin sexuella identitet och hur det påverkade dem, om och i så fall hur personalen reagerade om sexuella identiteten kom fram, hur en eventuell partner bemöttes, om det var något särskilt de tänkt på i bemötandet, både positivt och negativt och råd de skulle vilja ge till vårdpersonal (se bilaga 1). Intervjuer valdes som datainsamlingsmetod då de lämpar sig för att få insyn i informanternas livsvärldar genom att få in djupgående data baserad på erfarenheter (Kvale, 1996).



En pilotintervju genomfördes för att testa frågorna, denna lyssnades sedan igenom av båda intervjupersonerna för att analysera intervjutekniken och frågornas lämplighet. Inga förändringar av intervjuguiden gjordes, därför inkluderades pilotintervjun i materialet.

Informanterna intervjuades enskilt efter informerat samtycke. Detta skedde på en plats informanten valde vilket i alla fallen var en lugn avskild plats. En av författarna var närvarande. Tre intervjuer utfördes av vardera författare. Intervjuerna spelades in och transkriberades verbatim. De varade mellan 18 och 44 minuter. Varje intervju avslutades med att informanten fick säga vad de tyckte om frågorna och hur det kändes att bli intervjuad.

### **Dataanalys**

Utifrån det transkriberade materialet utfördes en innehållsanalys enligt Burnard (1991). Analysen startades med upprepade läsningar av transkripten för att bli familjär med texten. All relevant text bröts sedan ner i meningsbärande enheter och en öppen kodning gjordes för att föras samman i bredare subkategorier. Dessa grupperades och fyra huvudkategorier identifierades. Detta gjordes av författarna var för sig för att sedan tillsammans bestämma de slutgiltiga kategorierna. Slutligen gick transkripten igenom på nytt utifrån de formade huvud- och subkategorierna för att kritiskt granska om de överensstämde med materialet. Innehållsanalys valdes då den var tydlig och utförlig i sin beskrivning vilket var ett bra stöd för författarna och då den ger en detaljerad och systematisk beskrivning av materialet (a a).

### **Etiska aspekter**

En etikansökan lämnades in och godkändes av det lokala etikprövningsrådet vid Hälsa och samhälle på Malmö högskola. Varje intervjuperson erhöll innan intervjutillfället skriftlig information om studien och dess generella syfte. Informerat samtycke till deltagande i studien inhämtades vid intervjutillfället. Informanterna informerades om att publicering av kommande C-uppsats sker. Deltagarna i studien garanterades konfidentialitet, inga uppgifter som gör att andra kan känna informanterna har tagits med i uppsatsen. Detta är av särskild vikt då många homosexuella ej är öppna med sin sexuella identitet (Statens folkhälsoinstitut, 2005).

Med tanke på att undersökningen rörde ett ämne som kan vara känsligt och privat var det möjligt att intervjuerna kunde röra upp starka känslor/minnen. Att delta i undersökningen skulle även kunna skapa rädsla att bli igenkänd och avslöjad som lesbisk. En annan risk med intervjuer är att informanten kan komma att öppna sig mer än hon tänkt och efteråt känner sig utlämnad. Informanten kan trots upprepad information om frivillighet känna sig tvingad att fortsätta intervjun om den oväntat blev obehaglig (Kvale, 1997). Detta togs i beaktande under intervjuerna, intervjuerna strävade efter att vara så lyhörda och uppmärksamma som möjligt och alla informanterna uppgav efter avslutad intervju att det känts bra att bli intervjuad.

# RESULTAT

Nedan följer resultatet av analysen som resulterade i 4 huvudkategorier med 2 till 5 subkategorier vardera, se figur 1. Dessa kommer att belysas genom citat.

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Personalens förhållningssätt till patienten och normen</b> Alla patienter är heterosexuella! Heterosexualitet är ej utgångspunkten Omedelbara reaktioner på sexuell identitet Negativt bemötande vid vetskap om sexuell identitet Positivt bemötande vid vetskap om sexuell identitet</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Patientens förhållningssätt till personalen och normen</b> ”Gaysensibility” Att behöva vara tydlig Att ständigt förhålla sig till att ”komma ut” tar kraft Strategier i mötet med personalen</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Den sexuella identitetens relevans</b> När sexuell identitet är direkt relevant När sexuell identitet är indirekt relevant</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Önskvärt bemötande och önskade åtgärder</b> Ett professionellt bemötande ”Homokompetens” önskvärd</li></ul>

Figur 1. Huvud- och subkategorier

## Personalens förhållningssätt till patienten och normen

### *Alla patienter är heterosexuella!*

Alla informanterna beskriver erfarenheter där vårdpersonalen utgått från att de är heterosexuella. När det frågades om eventuell partner utgick personalen nästan alltid från att det var en man. En informant tar upp följande exempel:

*”Och då, ja då fick jag vänta halva natten typ, och då var X också med och då låg hon och sov på en soffa därinne i väntrummet och då var det en kvinna som, en sköterska också som kom och sa ”jaha, är det din pojkvän som ligger där?” Jag ba ”nej, flickvän.”” (Informant 5)*

Personalen använde ett språk som uteslöt andra möjligheter än att patienterna var heterosexuella genom att prata om pojkvän och preventivmedel. Även informationsmaterial och skyltar på sjukhus beskrivs som heteronormativa. En patient berättar om sina erfarenheter:

*”...och det har gjorts en del informationsmaterial nu från [patientförening], en film bland annat som då naturligtvis och det visste jag, som är bra film, men den är då väldigt heteronormativ på alla sätt.” (Informant 2)*

Att personalen utgick från att patienten var heterosexuell resulterade i att besökande partner blev tvungen att poängtera att hon faktiskt var närmast anhörig och/eller att personalen har varit skeptisk till deras relation. Citatet som följer beskriver en situation där informanten är med sin fru på sjukhuset och visar upp sin vigselring för att bevisa sin rätt att vara där:

*”Jag visade, vi är gifta, jag vill vara här, jag tänker inte gå härifrån. För att dom trodde att jag var en kompis och liksom nämen, vi ska inte ha folk springande här. Jo, för jag tänker inte gå härifrån, du vet, jag gav mig inte så, men där var det, jag vet att det var en sköterska eller en sjuksköterska som verkligen inte kunde förstå.”* (Informant 4)

### **Heterosexuallitet är ej utgångspunkten**

Informanterna beskriver en del situationer där vårdpersonalen inte utgått från att de var heterosexuella. Det beskrivs hur vårdpersonalen ställer frågor och använder ett språk som visar att de inte förutsätter att patienterna är heterosexuella eller att de lever på ett visst sätt. En informant berättar om ett besök hos en barnmorska:

*”Men ja, jag tänkte på henne, jag vet inte vad det var i hennes bemötande, det var att hon hade ett inkluderande språk tror jag som, och att det fanns en möjlighet för mig att välja, ah, det var, ah det var nått som var ganska självklart på nått sätt.”* (Informant 2)

En annan beskriver hur en sjuksköterska agerade efter att hon frågat efter telefonnummer till närmast anhörig, patientens flickvän närvarande:

*””jamen du kan ta hennes” [telefonnummer] och då var hon så himla snabb ”jaha flickvän, partnerskap?” Så att det var väldigt fint, att hon inte trodde att det var syster eller kompis och sådär. Hon tog det verkligen för givet så.”* (Informant 5)

En annan informant tog upp ett exempel från ett kontrollbesök hos gynekolog där en kompis var med:

*”...då frågade den gynekologen om det var vårt barn, och det var så här mm det var ju schyst för då visste vi ju att hon var positiv till det. För att, i stället för att bara räkna med att jag är heterosexuell och det här är min kompis självklart. Då visade hon att hon kunde tänka lite mer.”* (Informant 1)

### **Omedelbara reaktioner på sexuell identitet**

En rad olika reaktioner hos personalen när patienten ”kommer ut” beskrivs av informanterna, allt från att de bara anar vissa ”vibbar” till att personalen kommenterar patientens sexuella identitet. När sådana kommentarer fällt är det ofta i syfte att visa att de inte har något problem med att patienten är lesbisk men det kan upplevas tvärt om. Exempel på det är när en sjuksköterska säger att det är ok med homosexuella också. Informanten berättar om sina tankar om kommentaren:

*”För att, jag menar, jaha, skulle, hon säger att det är ok, det måste innebära att man då, det är ett avgörande, att det skulle kunna vara så att det inte är ok.”* (Informant 4)

Det är även vanligt att personalen stelnar till och blir ställda när patienten avslöjar sin sexuella identitet. En informant beskriver det så här:

*”...för det är det jag ser i deras ansikten ibland. Att dom blir, dom blir ställda och dom har ingen förberedelse dom vet inte vad dom ska säga.”* (Informant 6)

En annan reaktion som informanterna beskriver är hur personalen blir skamsen och generad då de inser att de misstagit sig och att patienten faktiskt är lesbisk. En informant berättar:

*”Hon ba ”oj ursäkta mig, ursäkta mig, nämen åh, nämen åh förlåt” såhär, blev skamsen liksom.”* (Informant 5)

Några av informanterna berättar även om vad som kan benämnas som icke-reaktioner, när de inte får någon reaktion alls när de ”kommer ut”. Detta beskrivs som positivt. En informant berättar:

*”...han var jävligt proffsig på nått sätt, för han visa ingen reaktion...”* (Informant 4)

### *Negativt bemötande efter vetskap om sexuell identitet*

Informanterna beskriver erfarenheter av negativt bemötande när vårdpersonalen vetat om patientens sexuella identitet. Exempel på detta är en tystnad som beskrivs som aktiv i situationer där de anser att frågor kring sexuell hälsa borde ha tagits upp. En informant säger så här om sin gynekolog hon haft under många år och som aldrig tagit upp frågor om sex och samliv:

*”...jag får den hjälp jag behöver hos henne. Så liksom, men när man tänker så är det också väldigt märkligt. Det är som att, bara på något sätt det [frågor om sex och samliv] finns inte.”* (Informant 3)

Tystnaden beskrivs som påfrestande i mötet med vårdpersonal, en informant kallar det för ”tystnadens tyranni” och en annan beskriver det som nästan värre än raka påhopp. Hon uttrycker sig så här angående tystnaden:

*”Det kan ibland vara nästan värre va. Än liksom att någon kommer och säger din jäkla lebba eller något sånt där va. Det kan man åtminstone bemöta va. Men såna här små subtila saker det är för jäkligt alltså. Det känner man ändå liksom in på bara kroppen.”* (Informant 3)

I andra situationer beskrivs det som en mer social tystnad. Att vårdpersonalen inte frågar om familj eller barn av någon slags missriktad hänsyn. En informant berättar om sina möten med sjuksköterskor som hon träffar var åttonde vecka och där hon aldrig får några frågor om sin familj:

*”Så kan det vara för att det inte är relevant, men det kan också vara för att folk av någon slags hänsyn, eller att man aldrig får några frågor om man har barn eller någonting, kvinnor frågar jätteofta andra kvinnor det.”* (Informant 2)

Informanterna beskriver även ett visst avståndstagande från vårdpersonals sida. En informant berättar om en sjuksköterska som till en början var väldigt fin och omtänksam i sitt bemötande när patienten genomgick en tämligen krävande be-

handling. Men sjuksköterskan ändrade beteende efter att partnern varit på besök då hon förstätt att patienten var lesbisk. Så här beskrivs situationen:

*”Och så plötsligt så blev hon att hon förändrades och blev ganska så öh, vad ska jag kalla det för ehm, avstängd eller ehm, plötsligt behandlade hon mig liksom alltså väldigt så här tekniskt du förstår vad jag menar va? Eh, gjorde sitt jobb och var ganska så avskärmad och gjorde det hon skulle göra och sade det hon skulle säga men den här omtänksamheten var som bortblåst.”* (Informant 3)

Ett bemötande som tas upp är när det blir en mer intim stämning för att personalen vet att patienten är lesbisk än det hade varit om patienten varit heterosexuell. Det beskrivs som om personalen känner sig inviterade till något privat och intimt. Det första en av informanterna tog upp när frågan om erfarenheter utifrån sexuell identitet ställdes var:

*”Ja det är alltid jobbigt att göra gynekologundersökningar och det kan kännas extra jobbigt om man har kommit ut som lesbisk för att det blir en mer intim stämning om man pratar om sin sexualitet.”* (Informant 1)

Informanterna beskriver också att de inte blivit lyssnade på i vissa situationer. En informant berättar om sin reaktion på att en kirurg vägrar operera henne om hon inte genomför ett graviditetstest först:

*”...jag tycker det är ändå vansinnigt befängt att dom inte lyssnar på en på nått sätt. För det finns verkligen inte en chans att jag skulle vara gravid. Det kan jag tycka är ja, dumt och fånigt.”* (Informant 4)

#### **Positivt bemötande efter vetskap om sexuell identitet**

Informanterna beskriver en del erfarenheter av positivt bemötande när vårdpersonalen vetat om patientens sexuella identitet. När informanterna beskriver positivt bemötande beskrivs ofta situationer där personalen har ett öppet och självklart sätt som gör det lätt att prata om saker där sexuell identitet berörs. Så här sade en informant om ett läkarsamtal:

*”Men liksom det var som, det var, för henne var det som om jag hade snackat om Kalle eller vem som helst”* (Informant 3)

Andra positiva bemötanden som tas upp är när vårdpersonalen tar sexuella identiteten i beaktande och stöttar patienten i situationen. Som när en kirurg vägrade göra ett ingrepp utan att först göra ett graviditetstest så stöttade sjuksköterskorna:

*”Och dom bara skakade på huvudet och tyckte att det är ju helt vansinnigt, ”att du ska behöva göra det” och så.”* (Informant 4)

Ytterligare ett exempel var när en annan informant var hos en gynekolog och sade att hon precis träffat en ny tjej:

*”Nej, utan han var jättebra, så himla förstående och han bara ”oj, oj, oj, jag förstår om det är jobbigt och du som har ny partner och allt” Det hade ju jag inte ens tänkt på, att det såhär skulle va jobbigt att ha mens mycket för att jag hade ny partner.”* (Informant 5)

Informanterna berättar om bra bemötande i form av personal som visar respekt för patientens partner och deras relation. Som exempel kan nämnas när en informant fick besök av sin partner:

*”Och jag tror att dom tyckte hon var alltså ja, dom var väldigt mycket så ”åh, nu ska ni få va ifred” när X kom dit, dom var väldigt fina, alla sjuksköterskorna och alla som kom och hälsade på mig tyckte också det, att de var så fina de där sköterskorna, ”åh, här har du det så bra.”” (Informant 5)*

Ett annat exempel är en situation från förlossningen där även en vän till föräldrarna var med:

*”...att dom var väldigt hjälpsamma å dom, det var inga problem att det var X [sambo] som var med å dom försökte ju ställa upp så mycket som möjligt o fixa sängar så att vi kunde sova bra, och X [vän] då var ju med också, så dom fixa säng till henne första natten, jag tyckte det var positivt att dom visa eh, visa bra respekt för våran relation plus att vi hade kompisrelationen där också.” (Informant 1)*

## **Patientens förhållningssätt till personalen och normen**

### *”Gaysensability”*

Informanterna beskriver att de genom åren fått en känslighet för reaktioner, fördomar och blickar. De känner väl igen dessa och kan även ibland vara överkänsliga. En patient beskriver sitt igenkännande av en avståndsreaktion hos en sjuksköterska:

*”...så jag förstod direkt vad det handlade om, jag såg också liksom, man blir ganska s...man blir, man blir ganska känslig och vaksam för såna här saker, vi brukar kalla det för inom så här våra, våra grupper då för gaysensability, alltså man får nästan en kanske en, ibland en överkänslighet för människors reaktioner.” (Informant 3)*

Patienterna berättar även hur personalens reaktioner och bemötande kan leda till en osäkerhet, en undran kring varför de gör som de gör och vad det betyder. Är det kanske bara personkemi eller sjuksköterskans personlighet eller är det faktiskt så att det beror på sexuell identitet? En patient beskriver här sina tankar kring vårdpersonalens bemötande på avdelningen hon var inlagd:

*”...å det kan ha varit min känsla i början att jag tyckte att den personen var lite restriktiv det behöver inte alls ha haft med min sexualitet att göra.” (Informant 1)*

En annan informant beskriver sin osäkerhet kring tystnaden i vårdpersonalens bemötande så här:

*”Men det är en tystnad som, som man ibland också misstolkar va, som faktiskt inte behöver betyda nånting, men det är just det som är problemet, man är så van att tystnad kan innebära så himla mycket konstiga saker så man tolkar in allt möjligt i det.” (Informant 2)*

### *Att behöva vara tydlig*

Informanterna beskriver hur de ibland fick vara väldigt tydliga och ibland upprepa sig flera gånger när de berättade om sin sexuella identitet för att personalen skulle förstå. En patient berättar om sitt samtal med en sjuksköterska på akuten som såg oförstående ut när patienten sa att hon inte kunde vara gravid:

*"...man märker att hon kopplade inte på en gång utan man fick va oerhört tydlig och nästan såhär bokstavera "jag är h o m o s e x u e l l" eller så." (Informant 4)*

De berättar också att de fick aktivt och tydligt motsäga personalens förutsättande av heterosexualitet. En patient berättar om sina erfarenheter från barnmorskebesök:

*"...man antas vara heterosexuell tills man väldigt tydligt säger "nej, jag är inte det och jag är inte gravid och jag kommer inte bli det och då är det väldigt aktiv handling..." (Informant 2)*

### *Att ständigt förhålla sig till att "komma ut" tar kraft*

Informanterna berättar om hur de ständigt förhöll sig till sin sexuella identitet i form av ett kalkylerande om de orkade komma ut eller inte i olika situationer. De beskriver det som en slags riskbedömning utifrån vetskapen att det finns folk som kan reagera negativt och måste då avgöra om de orkar ta de negativa reaktionerna eller inte. De beskriver hur ett vanligt socialt samtal kunde få en helt annan vändning om den sexuella identiteten kom upp. Det beskrivs som något ständigt närvarande, inget aktivt tänkande. Detta gällde i vårdsituationer, men även i informanternas övriga liv. En patient berättar om sina tankar:

*"Man tänker såhär " vill jag ha detta nu, orkar jag med?" man vet vad konsekvenserna kan bli." (Informant 2)*

Patienterna beskriver hur situationen att ständigt förhålla sig till att komma ut eller inte tog kraft, var onödigt belastande och tog energi från annat. I de fall där personalen i förväg visste om sexualiteten upplevdes det som skönt för då slapp patienten lägga energi på att avgöra om hon skulle komma ut eller inte. Patient beskriver sina känslor kring att hon inte kom ut hos en gynekolog:

*"...ibland så är det nästan så man har lust att gå in i garderoben igen, nej, men man, nej det vill, det vill, självklart vill man inte det men man orkar ibland inte att konfrontera folk i alla lägen va, utan då väljer man bara att, att tuga och gå därifrån, av någon slags trötthet kan jag tycka, inte av feghet, faktiskt utav en, trötthet, att ständigt, ständigt behöva markera, ständigt behöva komma ut..." (Informant 3)*

Informanterna berättade att det var extra svårt vid sårbara situationer, som vid sjukdom eller skada, att vara öppna med sin sexualitet för att de då inte orkade förhålla sig till en eventuell negativ reaktion. En patient berättar om sina tankar om att komma ut:

*"Och jag, just då så orkade inte jag, jag b, orkade inte hålla på för jag var så himla orolig för [en operation] för att det var liksom, ja. Det var ungefär fifty-fifty om det skulle bli bättre eller sämre så jag var jätteorolig och rädd." (Informant 6)*

### *Strategier i mötet med personalen*

Informanterna berättade om en rad olika strategier de hade i sitt möte med vårdpersonalen. En var att använda termen sambo om sin flickvän när de inte orkade komma ut. En informant berättar:

*”Och man kan ofta prata bort det genom att säga sambo om man inte orkar komma ut, det gör man inte i alla situationer.”* (Informant 1)

En annan var att själv aktivt fortbilda personalen, en skickade informationsmaterial om sexuell hälsa för lesbiska till sin okunniga gynekolog och en annan kom med förslag till personal och sin patientföreningen på hur man kan säga och göra för att inte exkludera lesbiska. Patienten berättar:

*”Men jag får fortfarande aktivt fortbilda, jag gör det varje gång jag är iväg på sånt där [rehabilitering]. Jag försöker i den mån jag orkar.”* (Informant 2)

En tredje strategi som förekom var undvikande, genom att byta gynekolog/barnmorska eller försöka undvika kontakt med den person på avdelningen som haft ett dåligt bemötande. En informant berättar:

*”Ja, efter den behandlingen eller den behandlingen, den undersökningen så försökte jag undvika å ha kontakt med henne.”* (Informant 1)

En fjärde var att alltid vara öppen för att visa personalen att lesbiska finns. En patient berättar:

*”Peppar upp innan, vill vara öppen för att dom ska veta att dom faktiskt har lesbiska besökare också.”* (Informant 4)

### **Sexuella identitetens relevans**

#### *När sexuell identitet är direkt relevant*

Informanterna tyckte inte att deras sexuella identitet alltid var direkt relevant i vårdsituationen. Men i vissa situationer beskrivs det som relevant. Exempel på detta är vid sjukdomstillstånd som påverkas av stress, då att vara lesbisk i dagens samhälle kan innebära en stress p.g.a. den diskriminering som förekommer. Andra situationer där det ansågs direkt relevant var vid sex- och samlevnadsinformation för patienter med en kronisk smärtsjukdom och när biverkningarna påverkar det sexuella samlivet. En patient berättar:

*”...när man har [en kronisk smärtsjukdom] så äter man en hel del mediciner och går man in och läser på biverkningar på flera av dom medicinerna så t ex så står det impotens i för sig, det står över huvud taget inget för kvinnor, men det står saker som skulle kunna vara relaterade till sexualitet och sex och samliv.”* (Informant 2)

Ytterligare situationer där det beskrivs som relevant är hos gynekolog och barnmorska eller andra vårdsituationer där det annars tas för givet att de har sex på ett speciellt sätt. En informant beskriver:

*”...går man till en gynekolog eller liksom, saker som berör dom grejerna så då är det ju relevant, på nått sätt...”* (Informant 4)



### *När sexuell identitet är indirekt relevant*

Informanterna beskriver en rad situationer där deras sexuella identitet blir indirekt relevant för vårdsituationen. Exempel på detta är vid frågor om civilstånd och närmast anhörig och när personalen utgår från att patienten är heterosexuell och patienten inte vill att de ska tro det. En patient berättar:

*”Och då har det oftast ingen relevans heller, men det kommer upp när fråga och man känner att nej, men här vill jag inte låta den personen tro att jag är heterosexuell.”* (Informant 1)

Andra situationer där det blir indirekt relevant är när en partner kommer på besök, i sjuksköterskors sociala småprat om man och barn och för att få ett avslappnat möte i vårdsituationen. En patient beskrev en situation där hennes sexuella identitet blev indirekt relevant då hon fått skadan för att hon var lesbisk då hon blev nersparkad av denna anledning. En patient beskriver småpratets betydelse:

*”De, alltså det är ju en sån social grej, och därför blir det relevant för att även om man kanske int, det absolut inte relevant alltid alltså för själva åkomsten eller så, så behöver det absolut inte vara det men, men för att liksom ha ett avslappnat eh möte, i en vårdsituation så är det relevant för annars så behöver jag sitta å, och börja reflektera, ska jag säga nånting eller ska jag inte?”* (Informant 6)

### **Önskvärt bemötande och önskade åtgärder**

#### *Ett professionellt bemötande*

Ett professionellt bemötande utgörs enligt informanterna av att personalen inte förutsätter att alla som får vård är heterosexuella. Informanterna tycker att det är professionellt med ett inkluderande icke-heteronormativt språkbruk. Ett återkommande exempel på inkluderande språkbruk är att använda termen partner istället för att fråga om patienten har en man. En sådan formulering ger möjlighet till att vara öppen men tvingar inte ut någon som föredrar att vara dold. Så här beskrev en informant:

*”Ja, inte ta för givet att alla är heterosexuella. För att, alltså vara väldigt öppen för det, att det kan va nån som är homosexuell också och så. Eller att man lever på olika sätt.”* (Informant 5)

Vidare ska vårdpersonalen inte anta att alla patienter lever i par. Informanterna betonar att det är viktigt att inte bara inkludera homosexuella utan att ha en öppnare modell överlag, inte ta för givet att alla har en partner, eller bara en partner. En informant beskriver det så här:

*”...att tänka på att man måste inte förutsätta att folk har partners över huvud taget...eller att man måste ha bara en partner, jag menar, behöver inte bara vara, nu har jag en partner, men behöver man inte, att det är enda sättet att leva på.”* (Informant 2)

Informanterna nämner att öppenhet och självklarhet i bemötandet är viktigt, att det inte blir en stor sak av att patienten är lesbisk. Att personalen genom sitt bemötande visar att de är positivt inställda så att patienten kan känna sig trygg i att tala om sin sexuella identitet om hon så skulle önska. En patient berättar:

*”Ja, i alla fall att dom är mer öppna för det och ja, kanske va, ställa frågor så att den andre förstår att man kan va bekväm med det.” (Informant 5)*

I ett professionellt bemötande anser informanterna att det ingår att bemöta de lesbiska patienterna med respekt precis som alla andra patienter. Oavsett vad personalen tycker om homosexualitet så skall det inte påverka vården. En informant berättar:

*”Ja hålla sig så professionella som möjligt, men det ska dom göra. Oavsett vad dom tycker privat så får dom hålla det utanför.” (Informant 1)*

### *”Homokompetens” önskvärd*

Informanterna anser att vårdpersonalen behöver skaffa sig ”homokompetens” och bli medvetna om sina egna föreställningar. En informant berättar:

*”Att jag tror att det är viktigt att vårdpersonal har någon slags homokompetenshöjande kunskap, och vad det innebär vet jag inte, men att frågan kommer upp och diskuteras.” (Informant 1)*

Informanterna anser att ”homokompetens” inte är lätt att skaffa sig på egen hand, därför borde det ingå i kursinnehållet på vårdutbildningarna. Vidare möjliga åtgärder är att på egen hand läsa böcker och se filmer samt att vårdpersonalen diskuterar sinsemellan för att bearbeta eventuell oro och farhågor gällande bemötande av lesbiska så de är förberedda och inte behöver bli ställda. Ett annat förslag var att ny kunnig personal kan ta initiativ till studiecirkel på arbetsplatsen för att hjälpa gammal personal ur gamla hjulspår. En patient om önskade åtgärder:

*”Men annars så tror jag att man måste, man måste konfronteras med vad man själv bär på för föreställningar, och få en chans att göra det, och det är ju t ex i utbildning. Så tycker jag att det vore bra. Och sen kan man ju tycka och få ha sina åsikter, men på nått sätt i alla fall bli medveten om att man har det.” (Informant 2)*

## DISKUSSION

Nedan följer en diskussion som är indelad i en metod- och en resultatdel.

### **Metoddiskussion**

Nedan diskuteras för- och nackdelar med de valda metoderna, varför de valdes och hur de kan ha påverkat resultatet.

#### *Urval*

Eftersom det var ett tillfällighetsurval där kontakt etablerades genom ”gatekeepers” bestående av informella kontakter kan det inte antas att informanterna representerar alla variationer i den heterogena gruppen lesbiska. I detta fall resulterade urvalet i en relativt homogen grupp välutbildade lesbiska, alla etniska svenskar och alla utom en boende i en större stad. Åldersmässigt var det stor spridning, detta kan öka validiteten då variation i urvalet kan ge olika aspekter på ämnet (Denscombe, 1998). Informanterna var pålästa och hade tidigare reflekterat

över att sexuell identitet kan ha betydelse. De var alla öppna med sin sexuella identitet i de flesta sammanhang. Det faktum att de reflekterat tidigare kan ha givit resultatet bredd och djup. Men ibland tenderade resonemangen att bli generella och inte vårdspecifika. Detta kan även ha berott på att informanterna hade svårt att dra en tydlig gräns mellan sina vårderfarenheter och sina erfarenheter från övriga livet då det i mycket rörde sig om samma bakomliggande fenomen. Man kan fråga sig hur resultatet blivit om lesbiska som levde dolt för de flesta istället intervjuats. Detta skulle vara intressant att undersöka, men var här inte möjligt med tanke på att de som lever dolt är svårare att hitta och förmodligen är mindre benägna att vilja delta i en undersökning. Det skulle också kunna tänkas att de aktuella informanterna var särskilt lämpade då de genom sin öppenhet troligen erfarit mer konkreta situationer och reaktioner relaterade till deras sexuella identitet. En av informanterna var dock inte öppen i sin huvudsakliga vårdsituation vilket gav intressant information, men generade färre citat vilket kan bero på just det att hon inte hade några reaktioner eller efter ”komma ut” bemötanden att prata om.

I kvalitativa studier är det inte möjligt att göra generaliseringar, men resultatet kan vara överförbart genom att ge en ögonblicksbild av en bestämd kontext i en bestämd tid. Och det kan tänkas vara orealistiskt att tro att medlemmar av samma grupp inte skulle ha något gemensamt (Burnard & Naiyapatana, 2004).

### *Datainsamling*

Till denna studie valdes kvalitativ metod då denna syftar till att nå förståelse för människors livsvärldar (Kvale, 1996). Vid kvalitativ metod finns det två huvudsakliga datainsamlingmetoder; observationer och intervjuer (Polit & Hungler, 2001). Observationer uteslöts då det bedömdes som omöjligt att vara på plats på sjukhusen då det inte spontant går att veta vem som är lesbisk och då det skulle vara svårt att få tillstånd. Intervjuer valdes istället då de var praktiskt genomförbara och dessutom att föredra då de kan generera djupgående och detaljerad data om informantens erfarenheter (Denscombe, 1998).

Den form av intervju som genomfördes var en semistrukturerad intervju enligt Kvale (1996). Förutom att intervjun kan leda till djupgående data är den fördelaktig då den ger informanten frihet att själv ta upp och fokusera på det som hon anser som viktigt gällande ämnet. Den ger även intervjuaren flexibilitet att under intervjuens gång följa upp med olika följdfrågor beroende på vad som kommer upp. Hade intervjuarna varit mer erfarna är det möjligt att fler följdfrågor ställts och materialet blivit rikare (a a).

Då en pilotintervju genomfördes där intervjuguidens lämplighet testades och då informationen som framkom motsvarade vårt syfte bedömdes intervjuguiden som valid och inga korrigeringar gjordes (Polit & Hungler, 2001).

Vid kvalitativ forskning kan man prata om reliabilitet som en form av konsistens. En fråga om konsistens är huruvida intervjusituationen var lika vid alla intervjuerna. Det var den såtillvida att den i alla fallen genomfördes på en lugn avskild plats, antingen i informantens hem eller på informantens arbetsplats. Vid alla intervjuerna var endast en intervjuare närvarande vilket gjorde dem likartade (Svensson & Starrin 1996).

Även om det var endast en intervjuare närvarande vid alla intervjuerna kan det faktum att det var två olika intervjuare ha påverkat intervjusituationen och därmed

reliabiliteten. Aspekter som kön, ålder, etnicitet, stil, språk och yrkesstatus kan spela in i hur informanten uppfattar intervjuarens identitet vilket i sin tur påverkar det material som framkommer. Detta gäller särskilt i undersökningar som rör känsliga ämnen såsom t ex sexualitet och personlig hälsa (Denscombe, 1998). I denna studie var den mest markanta skillnaden mellan intervjuarna deras kön. Då denna undersökning gällde just ett känsligt ämne kan detta ha spelat in. Det är möjligt att det påverkade materialet då benägenheten att öppna sig för en kvinna kan tänkas vara större. När materialet granskades upptäcktes dock inga större skillnader mellan de två intervjuarnas intervjuer. När det gäller ålder var några av informanterna väsentligen äldre än intervjuarna vilket kan ha medfört en viss auktoritet och att intervjuarna var lite osäkrare i sin framtoning än fallet med de yngre informanterna (a a).

Det faktum att intervjun spelades in kan ha en hämmande effekt på informanten, dock brukar de flesta slappna av efter en stund så materialet behöver inte ha påverkats i någon högre grad av inspelningen (Denscombe, 1998). Så bedömdes även vara fallet i denna studie.

### *Dataanalys*

Man kan fråga sig om det är rimligt att jämföra olika personers uttalanden med varandra och få fram gemensamma teman. Går det att anta att olika personers världsbilder kan kopplas samman? I kvalitativ forskning får det ändå antas att det går och här har en innehållsanalys gjorts för att få fram och beskriva det återkommande i informanternas berättelser. Denna metod valdes då den var tydlig och utförlig i sin beskrivning vilket var ett bra stöd för författarna och då den ger en detaljerad och systematisk beskrivning av materialet (Burnard, 1991).

I och med att författarna var för sig kodade materialet och arbetade fram subkategorier och huvudkategorier och att dessa överensstämde i hög grad kan det antas att databearbetningen är valid (Burnard, 1991). Detta kan även ha berott på att författarna har någorlunda samma förförståelse då de gått igenom samma bakgrundsmaterial. För att säkra validiteten med ovanstående i beaktande granskades materialet av en tredje oberoende part, med kunskap om den aktuella analysmetoden, för att skapa kategorier (a a). Dessa överensstämde med författarnas kategorisystem vilket ger resultatet ökad validitet (a a). Slutligen gick transkripten igenom på nytt utifrån de formade huvud- och subkategorierna för att kritiskt granska om de överensstämde med materialet. De överensstämde vilket ger resultatet stabilitet enligt Weber (1990).

Enligt Denscombe (1998) är kvalitativa data alltid en produkt av en tolkningsprocess. Även om materialet bearbetades genom en innehållsanalys där tolkning i så hög grad som möjligt uteslöts kan det inte uteslutas att författarnas värderingar, identitet och övertygelser påverkade resultatet. I detta fall har båda författarna många homosexuella vänner och den ene är icke-heterosexuell. Författarna har dock i största möjliga mån försökt sätta sin förförståelse inom parentes under arbetets gång.

### **Resultatdiskussion**

Nedan följer en diskussion av resultatet utifrån heteronormativitetsteori (Kulick, 2004) följt av en diskussion kring vårdpersonalens icke-verbala kommunikation.

### *Ett heteronormativt bemötande och dess konsekvenser*

Något av det allra mest genomgående i informanternas berättelser om bemötande var att vårdpersonalen nästan alltid utgått från att patienterna var heterosexuella genom sina frågor, språkbruk och informationsmaterial. Detta överensstämmer med resultatet i andra studier (Platzer & James, 2000; Rödahl, 2005; Stevens, 1994; Williams-Barnard m fl, 2001; Wilton & Kaufmann 2001) Att personalen tar heterosexualitet för givet kan förstås utifrån heteronormativitetsteorin som säger att alla förutsätts vara heterosexuella tills man säger att det inte är så. Kvinnor antas automatiskt bli attraherade av, vara sexuellt aktiva med och ha relationer med män. Detta antagande gör lesbiska kvinnor till avvikare och informanterna måste som de berättar aktivt och tydligt upplysa och ofta motsäga personalen för att dessa ska förstå att patienten är lesbisk. Detta förutsättande av heterosexualitet skulle kunna göra att patienten inte får den individuellt anpassade informationen om sitt hälsotillstånd som är ett krav på hälso- och sjukvården enligt HSL (SFS 1982:763). Exempel på detta är patienten med en kronisk smärtsjukdom som inte fick information om sex och samliv individuellt anpassad då informationen förutsatte heterosexualitet.

Något som var centralt för patienterna i studien var hur vårdpersonalens heteronormativa antaganden i bemötandet påverkade dem. Informanterna berättar om hur de ständigt förhöll sig till om de skulle ”komma ut” eller inte, kalkylerade om de orkade eller inte och gjorde en form av riskbedömning då de visste att de kunde få en negativ reaktion. Detta överensstämmer med andra studier (Platzer & James, 2000; Rödahl, 2005; Stevens, 1994; Williams-Barnard m fl, 2001; Wilton & Kaufmann 2001). Då normen är heterosexualitet åligger det dem som avviker från normen att berätta detta, annars blir de osynliga och tagna för heterosexuella. Detta kan sägas gå emot HSL (SFS 1982:763) som säger att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet. Att ständigt behöva kalkylera och vara rädd för negativa reaktioner kan inte sägas utgöra en trygg vårdsituation. Därför borde vårdpersonalen i enlighet med kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) självständigt analysera styrkor och svagheter i den egna professionella kompetensen och se att detta förutsättande som kommuniceras är en svaghet i kompetensen, då den har negativ effekt på patienterna. Det faktum att det finns specifika kliniker för sexuell hälsa för homosexuella i Sveriges större städer, är något som skulle kunna tala för att informanterna i denna studie inte är de enda som tycker att det är jobbigt att förhålla sig till personalens eventuella reaktioner. Uppenbarligen finns det ett behov av dessa vilket skulle kunna tänkas bero på att patienterna där inte behöver förhålla sig till personalens eventuella reaktioner då dessa inte utgår från heterosexualitet.

Att informanterna ständigt förhöll sig till att ”komma ut” eller inte var inte något som gällde bara i vårdsituationen, utan det var något som gällde livet i stort. Detta tog kraft och var en stressfaktor som skulle kunna vara en del av den ”minoritetsstress” som Harper och Schneiders (2003) talar om i sin studie om psykologiska och sociala konsekvenser av diskriminering, förföljelse och våld mot homo- bi- och transsexuella. Detta skulle kunna vara en delförklaring till den sämre psykiska hälsan hos lesbiska och bisexuella kvinnor som beskrivs i Folkhälsoinstitutets rapport (Statens folkhälsoinstitut, 2005). Eftersom samhällets strukturer kan påverka lesbiska kvinnors hälsa kan det även vara, som några av informanterna beskriver det, bra för vårdpersonal att ha kunskap om detta för att få en helhetsbild av patientens psykosociala situation.

Vårdpersonalens förutsättande av heterosexualitet kan även resultera i, som några av informanterna berättar, att besökande partner inte erkänns som partner eller att hon fick vara väldigt tydlig för att vårdpersonalen skulle förstå relationen. Detta beskrivs även i andra studier (Röndahl, 2005; Stevens, 1994; Wilton & Kaufmann, 2001). Detta kan sägas gå emot kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) som säger att sjuksköterskor ska ha förmåga att kommunicera med närstående på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Detta var särskilt tydligt i exemplet där en informant beskriver hur hon till och med visar upp ringar och berättar att de är gifta, men en sjuksköterska kunde ändå inte förstå. Som det står beskrivet i Almås (2002) är ofta de närstående det viktigaste stödet för en patient vid sjukdom eller skada och de närstående är ofta även de i behov av stöd vilket gör det extra viktigt att vårdpersonalen faktiskt ger det stöd och den respekt som ingår i ett professionellt bemötande.

Något som inte tas upp i resultatet är interaktionen med medpatienter då endast en informant hade någon nämnvärd kontakt med sina medpatienter. Den situationen är ändå värd att nämnas här då den säger något om hur heteronormativa antaganden även från medpatienters sida kan påverka patienten. Informanten beskriver en rehabiliteringsresa som mycket påfrestande, där medpatienterna utgick från att hon var heterosexuell. Hon fick då berätta att hon var lesbisk varefter en medpatient ständigt uttryckte sina fördomar under resterande vistelse. Hon beskriver rehabiliteringsresan som att vara inlåst i fyra veckor.

Informanterna berättar inte bara om negativa erfarenheter av bemötande utan även om ett antal positiva. Även dessa kan tolkas utifrån heteronormativitetens betydelse. För det är just situationer där vårdpersonalen inte varit heteronormativ som beskrivs som väldigt positiva. Det är när de har ett inkluderande språkbruk, när de respekterar relationen med partnern, när de automatiskt tänker att en kvinna som följer med skulle kunna vara en partner och inte en kompis eller syster och när det känns självklart och lugnt att prata om saker relaterat till den sexuella identiteten. Dessa överensstämmer med de positiva erfarenheterna i studierna utförda av Williams-Barnard m. fl (2001) och Stevens (1994). Detta kan tyckas vara enkla, självklara saker, men det beskrivs i väldigt uppskattande ordalag av informanterna. Detta tycker vi visar på hur stor betydelse heteronormativiteten har för bemötandet.

Även den form av reaktion som bestod i kommentarer såsom ”det är ok med homosexuella med” som några av informanterna berättar om kan förstås utifrån heteronormativitetsteorin. Att det över huvudtaget blir en reaktion är en följd av denna norm, och som medlem i den normativa gruppen har man en maktposition och tar sig rätten att ta avstånd ifrån eller vara ”snäll” och tolerera andra sexuella ”grupper”. Att över huvudtaget ge sig rätten att avgöra om någon annans identitet är ok eller inte innebär en maktasymmetri. Det är ovanligt att en homosexuell person går fram till en heterosexuell person och säger ”du är ok fast du är hetero”. Heteronormen gör att heterosexuella ser sig som självklara och det ligger till grund för kommentarer av denna art. Sådana kommentarer förekommer även i Platzner och James (2000) och Wilton och Kaufmanns (2001) studier. Kommentarer som dessa kan antagligen inte sägas främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen som HSL (SFS 1982:763) anger som ett krav på vården

Som flertalet av informanterna beskriver så är deras sexuella identitet egentligen inte relevant i så många situationer utom vid rent medicinska frågor om sexuell hälsa. Men det blev ändå relevant i en mängd situationer som utifrån heteronormativitetsteorin kan förstås som situationer som uppstod på grund av personalens heteronormativa antaganden. Exempel på detta är då sjuksköterskor i sitt sociala småprat frågar om man och barn, när vårdpersonal utgår från att patienten är heterosexuell och patienten inte vill att de ska tror det, eller när en partner kommer på besök.

Som genomgående teman i informanternas berättelser har vi sett heteronormativitet och dess konsekvenser i form av att ständigt förhålla sig och behöva vara tydlig. Däremot är erfarenheter av homofoba bemötanden ovanliga. Men Rön Dahls (2004b) studie om vårdpersonals attityder där 8% säger sig ha en mycket negativ inställning till homosexuella indikerar att den risk för negativa reaktioner som informanterna berättar om har en reell grund. I den här studien är det dock bara situationen där sjuksköterskans beteende tvärvänder och blir kall och teknisk och situationen med en medpatient som ständigt uttryckte sina fördomar som skulle kunna förstås utifrån homofobi. Här skiljer sig denna studies resultat från studierna från USA och Storbritannien (Platzer & James, 2000; Stevens, 1994; Williams-Barnard m fl; 2001 Wilton & Kaufmann 2001), där det var betydligt vanligare med aktiv intolerans. Vi kan utifrån detta anta att det finns en faktisk skillnad mellan Sverige och USA och Storbritannien när det gäller öppenheten och toleransen i samhället gentemot homosexuella människor. Vårt resultat överensstämmer bättre med Rön Dahls (2005) svenska studie som även den beskriver få situationer av homofobi utan kommer fram till att det är just denna heteronormativitet som är kärnan till vad som blir ett dåligt bemötande. Icke desto mindre ställer denna heteronormativitet till problem som vi inom sjukvården borde ha kunskap om för att kunna ge ett bemötande som är i enlighet med våra etiska riktlinjer om en god vård på lika villkor för hela befolkningen (HSL, SFS 1982:763). Den är inte på lika villkor så länge en grupp människor ständigt måste förhålla sig, vara oroliga och "komma ut", det är inget som de heterosexuella patienterna behöver göra. Därför skulle det vara önskvärt att all vårdpersonal blev medvetna om sina egna antaganden och använde ett språkbruk som inte förutsätter, utan är öppet och lämnar möjligheter.

Denna studie skiljer sig också från vissa av de andra (Rön Dahl, 2005; Stevens, 1994) genom att informanterna inte berättar att de slutat eller fördröjt vårdsökande, vilket antagligen kan förstås utifrån att bemötandet som informanterna i denna studie erfarit var bättre. Dock berättar några av informanterna om hur de efter ett heteronormativt eller restriktivt bemötande bytt gynekolog eller försökt undvika kontakt, men ingen uppger att detta lett till mindre användning av hälso- och sjukvården.

I undersökningen framkommer en rad olika exempel på vad informanterna anser är ett önskvärt och professionellt bemötande. Det handlar oftast om motsatsen till vad som, utifrån heteronormativitetsteorin, kan beskrivas som heteronormativt bemötande. Ofta handlar det om rent språkliga formuleringar t ex att använda den könsneutrala termen partner i stället för den heteronormativa termen man eller pojkvän när vårdpersonal frågar om patienten lever med någon. I det önskvärda bemötandet efterfrågades även en öppnare modell överlag. Det handlar inte bara om att inte förutsätta heterosexualitet utan även om att inte förutsätta att alla lever i par, man kan ha flera eller ingen partner. Förutsättandet av parrelationer kan

även det förstås utifrån heteronormativitetsteorin där även en fast bild av hur en familj ska se ut ingår.

En ”homokompetens” önska som vi utifrån informanternas berättelser och heteronormativitetsteorin inte tolkar som en ”kulturkompetens” d v s kunskap eller insikt i en viss grupps speciella egenskaper eller gemensamma kultur. Det är inte sådan kunskap som efterfrågas av informanterna, utan med ”homokompetens” menas snarare att som sjuksköterska bli medveten om sina egna föreställningar och antaganden om hur människor lever. Detta överensstämmer även med andra studier (Platzer & James, 2000; Rödahl, 2005; Wilton & Kaufmann 2001).

Vidare framkommer i denna studie att det som informanterna anser vara ett professionellt bemötande är att lesbiska patienter skall bemötas med samma respekt som alla andra patienter och oavsett vad personalen tycker privat så skall de hålla det utanför vårdssituationen. Detta önskemål stämmer väl med HSL (SFS 1982:763) där vård på lika villkor samt att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde beskrivs. Det stämmer även med vad som uttrycks i kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen 2005), att sjuksköterskan skall visa omsorg och respekt för patientens integritet, värdighet och autonomi.

Informanterna berättar hur personalen genom att ha ett öppet och självklart bemötande kan visa att de är öppna för andra möjligheter än att patienten är heterosexuell. På så sätt görs miljön tryggare så att lesbiska patienter känner sig trygga och bekväma och inte behöver oro sig för att ”komma ut”. Detta öppna sätt skulle kunna vara ett sätt att göra vårdmiljön mer ”gaypositiv”. Vidare kan miljön göras mer ”gaypositiv” med enkla medel som att i väntrum t ex ha en liten regnbågsflagga, information eller tidningar från hbt-organisationer. Detta är i enlighet med kompetensbeskrivningen (Socialstyrelsen, 2005) som säger att en sjuksköterska ska reflektera över, motivera och medverka till en god vårdmiljö.

### *Icke-verbal kommunikation*

Som Almås (2002) säger är kommunikation inte bara verbal utan vårdpersonal kan med tonfall, ansiktsuttryck, och gester förmedla mer till patienten än vad själva orden säger. Detta kan kopplas till de reaktioner och bemötanden som informanterna berättar om, som att personalen stelnar till när patienten berättar att hon är lesbisk, när de är restriktiva till sitt sätt eller när de inte ställer frågor om familj. Även om personalen inte säger något så kommunicerar de ändå något med sitt bemötande. Exakt vad de kommunicerar kan vara svårt att veta, men som informanterna berättar så kan de vara ganska känsliga för reaktioner, denna ”gaysensability” snappar upp mycket. Ibland saker som inte är något, men det är omöjligt för patienten att veta då det rör sig om en icke-verbal kommunikation. Informanternas berättelser om vårdpersonal som stelnar till stämmer överens med vad andra studier säger, särskilt i Platzer och James (2000) studie beskrivs det icke-verbala beteende som kan förekomma då patienten ”kommer ut”. Exempel på det är vårdpersonal som börjar bläddra i papper och göra anteckningar i onödan, ställer sig upp, går iväg en bit, vänder sig om, följt av ett abrupt byte av samtalsämne.

Flera av informanterna pratar om en tystnad kring deras sexuella identitet som kan upplevas som mycket jobbig, som en ”tystnadens tyranni”. Denna tystnad skulle kunna leda till att patienten inte får adekvat vård då det blir en kommunikationsbarriär om vårdpersonalen inte t ex tar upp frågor som rör sex och samliv när det



är relevant. Det överensstämmer med Platzter och James (2000) studie som beskriver hur bristande kommunikation påverkar vårdens kvalitet i negativ riktning. Det kan även sägas gå emot HSL (SFS 1983:763) som säger att patienten ska få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, det kan de inte sägas få om vårdpersonalen av osäkerhet eller vad de må vara inte tar upp relevanta frågor.

Några av informanterna i denna studie berättar även om hur de upplevde att stämningen blev mer intim och privat när de sa att de var lesbiska än vad den skulle ha varit om de var heterosexuella. Detta överensstämmer med och skulle kunna förstås utifrån Platzters och James (2000) studie som beskriver att det blir en översexualisering, det blir fokus på *homosexuell*, vilket hindrar personalen från att relatera till patienten som en individ som har känslor och meningsfulla relationer. Då denna interaktion sker med icke-verbala kommunikation är det svårt för patienten att veta vad det rör sig om vilket kan orsaka en osäkerhet.

Då personalen kommunicerar något även med sitt icke-verbala bemötande är det viktigt att vårdpersonalen är medveten om detta och vad det kan ha för inverkan på patienterna. För som det står i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005), ska en sjuksköterska ha förmågan att kommunicera med patienter på ett lyhört, respektfullt och empatiskt sätt.

## SLUTSATSER

Syftet med studien var att undersöka lesbiska kvinnors erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvården i relation till sexuell identitet. Vidare frågeställningar var om sexuell identitet var relevant i vårdmötet samt vilket bemötande som är önskvärt enligt informanterna. Resultatet av undersökningen är att vårdpersonalen i stor utsträckning har ett heteronormativt bemötande vilket leder till negativa erfarenheter. Detta heteronormativa bemötande gör att informanternas sexuella identitet blev relevant i vårdmötet. Det önskvärda bemötandet består framförallt av en öppenhet och att inte utgå från att patienten är heterosexuell.

Vi tror inte att vårdpersonalens heteronormativa bemötande beror på att de vill illa utan det är för att de helt enkelt inte tänker på det och inte själva märker eller inser den inverkan som deras heteronormativa antaganden kan ha på patienterna. Vi anser därför att det som framförallt behövs är att vårdpersonalen blir medveten om konsekvenserna av ett heteronormativt bemötande, för de allra flesta vill inget annat än att ge alla patienter ett respektfullt bemötande. Blir vårdpersonalen bara medveten om och tänker på vilka antaganden de har och vilket språk de använder så kan det leda till en klar förbättring. Att ändra språkbruk kan tyckas vara en enkel sak, men det ligger stora saker bakom, då vi anser att heteronormativiteten är närvarande överallt i samhället. Därför anser vi att det är av största vikt att denna fråga tas upp i alla utbildningar. Och även om det kan ta tid att ändra på sitt förutsättande så kan kanske användandet av ett öppnare språkbruk så småningom även påverka hur man tänker.

I slutändan är det självklart upp till den lesbiska patienten att ”komma ut” eller inte, det beslutet kan inte läggas över på vårdpersonalen, däremot ligger det på vårdpersonalens ansvar att i enlighet med HSL (SFS 1982:763) skapa en miljö som känns trygg att ”komma ut” i.

Slutligen tycker vi att det är viktigt att poängtera att det önskvärda bemötandet i form av "homokompetens" inte innebär en "kulturkompetens" gällande lesbiska, förutom då den faktiska medicinska kunskapen om sexuellt överförbara infektioner mellan kvinnor och den "minoritetsstress" det kan innebära att vara lesbisk i ett heteronormativt samhälle. Denna "homokompetens" skulle snarare innebära att som sjuksköterska bli medveten om sina egna föreställningar och antaganden.

### **Klinisk tillämpning och rekommendationer**

Denna studies resultat skulle kunna kliniskt tillämpas genom att vårdpersonalen tar följande rekommendationer i beaktande:

- Utgå inte från att alla patienter är heterosexuella
- Använd könsneutrala termer i frågor om civilstånd och närmast anhörig, termen partner fungerar på alla
- Fråga "behöver du något preventivmedel?" istället för "vilket preventivmedel använder du?"
- Skapa en miljö som visar att det är tryggt att vara öppen, små saker som en regnbågsflagga i väntrummet räcker långt.
- Oavsett dina privata åsikter är ett professionellt bemötande ett krav
- Diskutera eventuella farhågor kring bemötandet av lesbiska patienter med dina kollegor för att bli förberedd och inte behöva bli ställd.
- Säg hellre att du blev ställd för att du är ovan än att du är tyst och ändå kommunicerar icke-verbalt. Tystnad är ofta sämre än att bara erkänna att du är osäker.

### **Framtida forskning**

Informanterna i vår undersökning var alla öppna med sin sexuella identitet i de flesta sammanhang och den äldsta var endast 62 år. Vi tycker utifrån detta att det skulle vara intressant med studier på lesbiska som lever dolt och är äldre. Det skulle även vara intressant med studier på vårdsituationer med mer kontakt med medpatienter då det enligt vårt material verkar ha betydelse. Allt detta sammantaget skulle kunna göra studier av lesbiska på äldreboenden intressanta då dessa är äldre, har mycket kontakt med andra boende och kan antas leva dolt i hög grad då de varit med om när homosexualitet fortfarande var kriminellt och ansågs som en psykisk sjukdom.

## REFERENSER

- Almås, H (2001) *Klinisk omvårdnad 1* (3:e upplagan), Stockholm: Liber
- Bonvicini, K A & Perlin M J (2003) The same but different: Clinician-patient communication with gay and lesbian patients, *Patient Education and Counseling* 51, 115-122
- Burnard, P (1991) A method of analysing interview transcripts in qualitative research, *Nurse Education today* 11, 461-466
- Burnard, P & Naiyapatana, W (2004) Culture and communication in Thai nursing: a report of an ethnographic study, *International Journal of Nursing Studies* 41, 755-765
- Dahlén, S (2006) *Hetero*, Stockholm: Tiden
- Denscombe, M (1998) *Forskningshandboken*, Lund: Studentlitteratur
- Harper, G W & Schnieider M (2003) Oppression and Discrimination Among Lesbian, Gay, Bisexual and Transgendered people and Communities: A Challenge for Community Psychology, *American Journal of Community Psychology* 31 243-252
- Hartman, J (2004) *Vetenskapligt tänkande - Från kunskaps-teori till metodteori* (2:a upplagan), Lund: Studentlitteratur
- Kulick, D (2004) Queerteori, Performativitet och heteronormativitet – några grundläggande begrepp. I: Olsson A-C, Olsson C (Red) *I den akademiska garderoben*, Stockholm: Atlas
- Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund: Studentlitteratur
- Meyer, I H (2003) Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin* 129(5) 674-697
- Platzer, H & James, T (1997) Methodological issues conducting sensitive research on lesbian and gay men's experience of nursing care, *Journal of Advanced Nursing*, 24, 626-633
- Platzer, H & James, T (2000) Lesbians' experiences of health care, *Journal of Research in Nursing* 5(3), 194-202
- Polit D F m fl (2001) *Essentials of Nursing Research - Methods, Appraisal, and Utilization* (5:e upplagan), Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins
- Röndahl G m fl (2004 a) Nursing staff and nursing students' emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed. *Scandinavian Journal of Science* 18, 19-26

- Röndahl, G m fl (2004 b) Nurses' attitudes towards lesbians and gay men, *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 386-392
- Röndahl, G (2005) *Heteronormativity in a Nursing Context, Attitudes toward Homosexuality and Experiences of Lesbians and Gay Men*, Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag.
- Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, Artikelnr 2005-105-1
- Statens folkhälsoinstitut, *Homosexuellas, bisexuella och transpersoners hälsosituation*, Rapport nr 2005:19
- Stevens, P E (1994) Lesbians' Health-Related Experiences of Care and Noncare, *Western of Nursing Research* 16(6), 639-659
- Svensson, P-G & Starrin, B (1996) *Kvalitativa studier i teori och praktik*, Lund: Studentlitteratur
- Weber, R P (1990) *Basic Content Analysis*, Newbury Park: Sage Publication Inc.
- Welch, S m fl (2000) Lesbians in New Zealand: their mental health and satisfaction with mental health services, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34 256-263
- Williams-Bernard, C L m fl (2001) The Lived Experience of College Student Lesbians' Encounters With Health Care Providers, *Journal of Holistic Nursing* 19(2), 127-142
- Wilton, T & Kaufman, T (2001) Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK, *Midwifery*, 17, 203-211

## Bilaga 1

# INTERVJUGUIDE

### **Inledande frågor:**

Vilket ord föredrar du för kvinnor som blir kära i och/eller blir attraherade av andra kvinnor?

Du har alltså varit på sjukhus, kan du berätta hur länge och för vad? När var det?

**Kan du berätta om dina erfarenheter från din tid på sjukhuset relaterat till sexuell identitet? Någon särskild situation som du minns?**

Var du öppen/icke-öppen med att du är homosexuell?

Vad fick dig att vara öppen/icke-öppen? Hur påverkade det dig?

Hur reagerade personalen om det kom fram? Någon skillnad före och efter de fick reda på det? Hur kändes det?

Om du var inlagd länge, var det någon skillnad i bemötande från början och senare?

Om det var planerad inläggning, hade du tänkt på det innan, hur du skulle förhålla dig?

Hur var personalen gentemot dig? Var det något särskilt de sa som du reagerade på? Både positivt och negativt.

Hade du någon partner som besökte dig? Hur bemöttes hon av personalen? Andra patienter?

Hur blev eventuella andra besökare bemötta av vårdpersonalen?

**Har du några tips och råd till vårdpersonalen, saker de bör veta och tänka på när det gäller bemötande av homosexuella patienter?**

Är din sexuella identitet relevant i ditt möte med vårdpersonal? På vilket sätt? Varför? I alla situationer?