

# HETERONORMATIVITET I VÅRDEN

—  
Icke-heterosexuella patienters upplevelser av bemötande

<b>FÖRFATTARE</b>	Emma Carr Karin Elgh
<b>PROGRAM/KURS</b>	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ Omvårdnad - Eget Arbete  VT 2008
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Leeni Berntsson
<b>EXAMINATOR</b>	Margareta Warrén Stomberg

Titel (svensk):	Heteronormativitet i vården - Icke-heterosexuella patienters upplevelser av bemötande
Titel (engelsk):	Heteronormativity in health care – The experiences of non heterosexual patients
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN9
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	26
Författare:	Emma Carr Karin Elgh
Handledare:	Leeni Berntsson
Examinator:	Margareta Warrén Stomberg

### **SAMMANFATTNING**

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar att ge alla patienter god vård på lika villkor. Icke-heterosexuella har en historik av att diskrimineras och att stämplas som avvikande. Heteronormativiteten, där heterosexualiteten fungerar som norm, genomsyrar hälso- och sjukvården. Det har visat sig finnas brister i bemötandet av icke-heterosexuella patienter och att de i högre grad har nedsatt psykiskt välbefinnande än heterosexuella. Syftet med vår litteraturstudie var att undersöka hur icke-heterosexuella patienter upplever sig bli bemötta i hälso- och sjukvården samt vilka faktorer som påverkar bemötandet. Elva artiklar har sökts fram i databaserna CINAHL och PubMed samt genom manuell sökning. Artiklarna granskades och analyserades med induktiv analys. Vi fann flera olika faktorer som påverkade icke-heterosexuella patienters upplevelse av bemötande och vi delade in vårt resultat i sex olika teman; kommunikation, miljö, öppenhet, rädslor, kränkningar samt kunskap och attityder. Heteronormativiteten påverkade bemötandet och ledde till känslor av kränkning, utanförskap och diskriminering. Icke-heterosexuella patienter hade svårt att vara öppna med sin sexualitet och stod ständigt inför valet att komma ut med sin sexuella läggning eller inte. Både icke-heterosexuella patienter och hälso- och sjukvårdspersonal uttryckte rädslor för att mötas vilket fick negativa konsekvenser för vården. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver ökad kunskap och medvetenhet om heteronormativiteten i vården för att kunna bemöta icke-heterosexuella patienter på ett tillfredsställande sätt. Därför måste det finnas en diskussion kring heteronormativitet och bemötande av icke-heterosexuella patienter inom ramen för sjuksköterskeutbildningen.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	- 1 -
BAKGRUND.....	- 2 -
<b>Begrepp</b> .....	- 2 -
<b>Historik</b> .....	- 2 -
<b>Heteronormativitet</b> .....	- 2 -
<b>Sexualitet och sexuell identitet</b> .....	- 3 -
<b>Att komma ut</b> .....	- 4 -
<b>Stämplingsteorin</b> .....	- 4 -
<b>Diskriminering</b> .....	- 5 -
<b>Hälsosituationen idag</b> .....	- 6 -
<b>Vårdlidande</b> .....	- 6 -
PROBLEMFÖRMULERING .....	- 7 -
SYFTE .....	- 8 -
METOD .....	- 8 -
<b>Datainsamling</b> .....	- 8 -
<b>Dataanalys</b> .....	- 9 -
RESULTAT.....	- 9 -
<b>Kommunikation</b> .....	- 9 -
<b>Miljö</b> .....	- 11 -
<b>Öppenhet</b> .....	- 11 -
<b>Rädslor</b> .....	- 13 -
<b>Kränkningar</b> .....	- 14 -
<b>Kunskap och attityder</b> .....	- 15 -
DISKUSSION .....	- 16 -
<b>Metoddiskussion</b> .....	- 16 -
<b>Resultatdiskussion</b> .....	- 17 -
Vårdlidande.....	- 21 -
SLUTSATS .....	- 22 -
REFERENSER .....	- 23 -
BILAGA 1: Artikelpresentation.....	I

## INLEDNING

Vi har under vår utbildning till sjuksköterskor lärt oss vikten av att se till hela människan såväl fysiskt, psykiskt, andligt och socialt, och att bemöta och vårda patienten i den situation den befinner sig i. För att göra detta måste det finnas en förståelse och medvetenhet om att alla människor är olika, även gällande sexualitet och sexuell läggning. Världshälsoorganisationen (1), WHO, definierar hälsa som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom. Det är alltså viktigt att se till hela patientens situation och ha förståelse för att andra dimensioner än enbart de fysiska har betydelse för hälsan.

Hälso- och sjukvårdslagens mål är en god vård på lika villkor för alla patienter (2). Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet, och den ska främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (3) ska vi arbeta utifrån en humanistisk människosyn där alla människor ses som unika och säregna med lika värde. Vi ska visa respekt och öppenhet för patientens värderingar och trosuppfattningar, och det bör rimligtvis gälla även patientens sexualitet.

Under vår sjuksköterskeutbildning har vi, inom ramen för våra kurser, aldrig diskuterat ämnen så som sexualitet, sexuell läggning eller sexuella normer. Det upplever vi som en brist då det är ett faktum att det i vårt samhälle finns många människor som inte är heterosexuella och som inte följer rådande normer om sexuell läggning och könsidentitet. De patienter vi kommer att möta och vårda avspeglar samhället i övrigt, och vi kommer utan tvivel att möta många icke-heterosexuella patienter i olika vårdsituationer. Vi upplever en avsaknad av diskussion kring hur vi som sjuksköterskor i vår yrkesroll kan ge denna patientgrupp ett gott och professionellt bemötande, och hur vårt agerande och förhållningssätt kan påverka deras känsla av välbefinnande. Sexuell läggning och identitet kan ofta ha flytande gränser och vara svåra att dela in i särskilda fack. Vi väljer därför att använda oss av begreppet icke-heterosexuella i denna uppsatts vilket innefattar alla som inte är heterosexuella.

Det kan diskuteras om huruvida den sexuella identiteten överhuvudtaget har någon relevans för omvårdnaden. Vad spelar det för roll vilken sexuell läggning patienten har? Vi anser att det är viktigt att det finns en medvetenhet om att alla patienter inte har samma sexuella läggning eftersom en stor del av människans identitet och sociala sammanhang knyts samman med sexualiteten. Alla människor bör ha rätt att uttrycka sin sexualitet och på så vis låta den vara en del av identiteten. När hälso- och sjukvårdspersonalen utgår från att alla patienter är heterosexuella tror vi att delar av hälsodimensionerna förbises.

Med denna litteraturstudie vill vi få en bild av hur patienter som inte följer den heterosexuella normen upplever sig bli bemötta i hälso- och sjukvården, och hur hälso- och sjukvårdspersonal kan påverka bemötandet. Vi hoppas att det ska öppna upp för en vidare diskussion och medvetenhet i ämnet.

## BAKGRUND

### Begrepp

Bisexuell	En person som är bisexuell är sexuellt och/eller känslomässigt intresserad av både kvinnor och män (4).
Heterosexuell	En person som är heterosexuell är sexuellt och/eller känslomässigt intresserad av personer av motsatt kön (4).
Homosexuell	En person som är homosexuell är sexuellt och/eller känslomässigt intresserad av personer av sitt egna kön (4).
Lesbisk	Homosexuell kvinna (5).
Transperson	Ett samlingsbegrepp som avser individer vars könsidentitet och/eller könsuttryck tidvis eller alltid skiljer sig från normen för det kön som registrerades för dem vid födseln (4).

### Historik

På mitten av 1800-talet förändrades synen på homosexualitet från att ha betraktats som onaturligt och en guds synd till att ses som en psykisk sjukdom. Istället för att som tidigare straffa homosexuella innebar synen på homosexualitet som sjukdom en förmildring i allmänhetens ögon. Men det ansågs fortfarande vara ett felaktigt och icke-accepterat beteende (6). Homosexuella förbindelser var olagliga i Sverige fram till 1944 då en ny lag instiftades som avkriminaliserade dessa (7). I början av 1950-talet var fortfarande öppenhet inför olika människors sexualitet mycket ovanligt (8). Det svenska samhället betonades av den heterosexuella kärnfamiljen med mannen som försörjare och kvinnan som hemmafru. Samkönade relationer var inget som visades öppet under denna tid, istället valde många att dölja sin icke-heterosexuella läggning. Homosexualitet ansågs vara något farligt och felaktigt både utifrån det medicinska och det kriminalpolitiska perspektivet (9).

Det dröjde många år innan synen på icke-heterosexuella började ändras, och den nya uppfattningen var många gånger att de var en grupp skyddslösa och utsatta människor. När synen på icke-heterosexuella sedan började ändras skedde också en lagändring 1979 som innebar att homosexualitet ströks ur sjukdomsregistret. Lagen kom som ett tecken på erkännande av icke-heterosexuella och många politiska diskussioner om deras situation tog sin början. Icke-heterosexuella har fram till idag varit en omdebatterad grupp och ses fortfarande som en minoritetsgrupp som inte har full acceptans i samhället (9).

### Heteronormativitet

Heteronormativiteten innebär att heterosexualiteten fungerar som norm och att den, medvetet eller omedvetet, tas för given (10). Med norm menas det normala eller accepterade beteendet i en social grupp. Normer är i allmänhet förbundna med sociala värden i olika samhällsgrupper och beroende på i vilken grad man lever upp till förväntningarna värderas man (5). Heterosexualiteten ses som en självklarhet och

det är få som ser den som en sexuell läggning bland flera andra (11). Det gör att icke-heterosexuella personer betraktas som avvikande och underordnade den heterosexuella majoriteten. Heteronormativiteten genomsyrar samhällets alla miljöer, och då även hälso- och sjukvården (10). Sandell (6) menar att heteronormativiteten påverkar hur vi bemöter människor och hur vi blir bemötta, och att det är viktigt att reflektera kring hur denna norm påverkar bemötandet av patienter i vården. Bemötande handlar om ett samspel mellan människor och den inställning som personer har till varandra och hur det kommer till uttryck i tal, handlingar, gester, ansiktsuttryck och tonfall (12). Olsson (11) uttrycker hur viktigt det är att vårdpersonalen har de verktyg som behövs för att kunna bemöta icke-heterosexuella patienter. Detta för att motverka kränkning eller risk att förbise väsentlig information på grund av att man inte kan föreställa sig att patienten inte är heterosexuell.

### **Sexualitet och sexuell identitet**

WHO (13) menar att sexualitet är en central del av att vara människa livet igenom. Den omfattar kön, könsroller, könsidentiteter, sexuell läggning, erotik, njutning, intimitet och fortplantning. Sexualiteten påverkas av interaktioner mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, etiska, legala, historiska, religiösa och andliga faktorer. Sexuell hälsa beskrivs som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande där ett positivt och respektfullt närmande är nödvändigt.

Sandell (6) menar att våra tankar kring sexualitet, kön och genus ligger inom vissa bestämda banor. Vi människor styrs av de föreställningar som finns om vad som anses normalt och acceptabelt i förhållande till kön, genus och sexualitet. Det finns ett starkt antagande om att det finns två naturliga kön som är biologiska och därmed oföränderliga. Genus ses som en social och kulturell tolkning av kön och inrymmer föreställningar och normer om hur kvinnor och män är/bör vara i förhållande till sitt kön. Utifrån våra biologiska förutsättningar följer alltså sociala och kulturella förväntningar om hur vi bör leva. Det innefattar även sexualiteten, där föreställningarna om hur vår sexualitet ska vara formas utifrån kön och genus. Där ses det heterosexuella begäret som normalt och naturligt, medan icke-heterosexualitet betraktas som avvikande och ”konstigt”. Foucault, enligt Eriksson (14) lyfter fram vår sexuella identitet som en uppfinning och en social konstruktion som skapar den ordning och de villkor som uppfattas som naturliga vad gäller våra känslor och relationer. Det existerar inte någon sexualitet i samklang med en bestämd mänsklig natur, utan att det är den sociala konstruktionen som skapat det som uppfattas som naturligt.

Dahlborg & Eriksson (15) menar att vi utformar vår identitet i relation till andra genom att inkludera eller exkludera oss själva från olika kategorier. Vår självuppfattning och identitet blir ett resultat av olika kategoriseringar, och för att det ska finnas ett ”vi” måste det finnas ett ”dom” (14). Begreppet heteronormativitet används i detta perspektiv för att lyfta fram heterosexualiteten som norm och de icke-heterosexuella som avvikande. Foucault menar, enligt Dahlborg och Eriksson (15) att begreppen hetero- och homosexualitet inte uppstod förrän i slutet av 1800-talet. Först då skapades de hetero- och homosexuella identiteterna, och homosexualiteten började betraktas som en avvikande bakgrund mot vilken heterosexualiteten kunde ses som det normala och goda.

Queerteorin ifrågasätter heteronormativitetens grunder och synar heterosexualiteten som norm. Fokus riktas på att belysa varför heterosexualiteten framstår som det givna och rätta, medan andra sexuella relationer och identiteter uppfattas som obegripliga och onaturliga (16). Queerteorin har ett kritiskt förhållningssätt till heterosexuella normer och tittar på de strukturer, relationer och handlingar som upprätthåller heteronormativiteten (15). Kön, genus och sexuell identitet anses vara något föränderligt och instabilt, och hetero- homo- bi- eller transsexualitet ses inte som tydligt avgränsade identiteter. Istället anses gränserna mellan olika sexuella identiteter vara flytande och tänjbara (17).

### **”Att komma ut”**

Förr inbegrep komma-ut processen endast homosexuella och syftade till den process som pågick fram till dess att de öppet identifierade sig med att vara homosexuella (18). Numer innefattas alla de som inte identifierar sig som heterosexuella i begreppet att komma ut (19-21). Fortsättningsvis kommer vi använda denna nyare definition på begreppet ”att komma ut”. Vanligtvis börjar denna komma ut process redan i tidig ålder med en känsla av att vara annorlunda, och den fortsätter sedan med flera andra stadier (22). Dessa stadier innehåller; medvetenhet om sin sexualitet, öppenhet av sin sexualitet mot andra, acceptans av den sexuella identiteten, experimenterande, upptäckande och intimitet. Denna process ser väldigt olika ut för varje individ, vissa tar lång tid på sig att komma ut, andra inte (23). Att komma ut sker dels på ett individuellt plan då individen berättar för andra om sin läggning men också på ett kollektivt plan. På det kollektiva planet handlar det mer om ett deltagande i de aktiviteter som det icke-heteronormativa samhället gör för att få sin röst hörd och på så vis kämpa för sin status (24). Under tiden fram till att man väljer att komma ut identifierar sig många som heterosexuella och väljer på så vis att avvakta med att pröva sina andra känslor (18).

Känslan av okunskap och rädsla inför sin sexualitet omvandlas under processen till mer positiva känslor, och likaså omvandlas den negativa självbilden till upplevelsen av att vara lite mer som alla andra. Avrahami (24) menar att processen inte bara tar några år utan att den är livslång och att man alltid hamnar i situationer där man ställs inför valet att vara öppen med sin sexualitet eller inte. För många är det ofta lättare att komma ut i miljöer som är öppna för icke-heterosexuella än vad det är att komma ut för sin familj, vänner eller i miljöer där de inte upplever sig fullt accepterade (23). Martin (22) menar att det idealiska slutet på processen är en upplevelse av komma samman, ett stadium där man inte längre ser på sig själv som en sexuell läggning utan som en unik individ.

### **Stämplingsteorin**

Att inte följa de normer som majoriteten av samhällets medborgare följer innebär ett avvikande beteende (25). Stämplingsteorin är en socialpsykologisk teori som undersöker sambandet mellan ett avvikande beteende och det övriga samhällets reaktion på detta (5). Repstad (25) menar att det är en teori som syftar till att förstärka och framställa den mindre accepterade normen som avvikande i förhållande till den mer accepterade normen. Den negativa förstärkningen och framställningen beskrivs som en stigmatisering, en stämpling av det andra beteendet som avvikande. Stigmatiseringen kan ske genom negativa sanktioner eller negativa uttalanden om

normbrytaren. Stigmatiseringen kan vara så väl medveten som omedveten. Normbrytaren ges negativa karaktärsdrag, och stereotypa tankar kring beteendet är vanligt. Då mycket av stigmatiseringen sker omedvetet upplever inte normgivaren den i lika hög grad som normbrytaren. Normbrytaren upplever sig begränsad som individ och kan få svårt att vara sig själv. Stigmatiseringen kan få konsekvenser både för individens självuppfattning och för dess sociala situation. Isolering, återkommande misstänksamhet och en känsla av diskriminering kan bli ett resultat av detta. Fortsätter stigmatiseringen under en längre period kan den normbrytande individen fastna i rollen som avvikande. En social isolering med minskad eller ingen kontakt alls med sociala nätverk innebär en risk att behovet av bekräftelse inte uppfylls i den grad som behövs. Enligt Repstad (25) är detta en situation som kan undvikas om inte individen stämplas som normbrytande.

## **Diskriminering**

Diskriminering innebär en negativ särbehandling av individer eller grupper (26). 1987 instiftades en lag mot diskriminering på grund av sexuell läggning, men lagen gällde dock endast homosexuella (7). Först 2003 innefattades även bi- och heterosexuella i lagen (27). Sedan 1999 finns även en lag mot diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning (28). Trots stöd i lagstiftningen kommer icke-heterosexuellas rättigheter ofta i skymundan i politiska frågor (7). Det finns fortfarande områden där icke-heterosexuella personer inte har samma möjligheter som heterosexuella. Det är exempelvis inte möjligt för par av samma kön att ingå äktenskap (29).

En studie från 2007 gjord på uppdrag av Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (30), HomO, visade att homo- och bisexuella i dagens samhälle har olika strategier för att slippa diskriminering i samhället. De strategier som finns beskrivna är följande: att vara öppen och konfronterande, duktig och anpassa sig, förutseende och undvikande, kontrollerande över det sociala samspelet, döljande, kapitulering eller hävdande av sina lagliga rättigheter. I samma studie fann man att diskriminering på grund av sexuell läggning förekom inom hälso- och sjukvården. Statens folkhälsoinstitut (31), FHI, publicerade 2006 en nationell folkhälsoenkät som visade på hälso- och livsvillkor bland homosexuella, bisexuella och transpersoner i Sverige. I den uttryckte en tredjedel av de tillfrågade icke-heterosexuella att de upplevt sig diskriminerade de senaste tolv månaderna (31). I denna rapport fastslås även att de grupper som upplevt denna diskriminering också är de som upplever sämst hälsa, och att vidare studier kring diskriminering är viktiga för att fastställa orsakerna bakom detta. Meyer (32) diskuterar i sin studie att känslan av att vara diskriminerad på grund av sin sexualitet kan leda till en social stress och ett nedsatt psykiskt välbefinnande.

Heteronormativiteten kan utgöra en bakgrund till det förtryck och den diskriminering som icke-heterosexuella upplever. Omedvetna normer och regler i samhället underlättar för heterosexualitet (6). Det kan liknas vid en strukturell diskriminering av icke-heterosexuella som bidrar till ett utestängande ur samhället genom osynliggörande och stigmatisering. En strategi för att minska den sociala stämplingen och upplevelsen av utsatthet kan vara att anpassa sig till det heterosexuella idealet och att inte sticka ut eller demonstrera sin sexuella läggning (33).



## Hälsosituationen idag

I FHI:s nationella folkhälsoenkät (31) framgår det att en övervägande del av icke-heterosexuella har en god hälsa. Det framgår dock även att det är en betydligt större andel av de icke-heterosexuella som har en sämre hälsa jämfört med den övriga befolkningen. Främst är det den psykiska hälsan som är sämre. En betydande andel homo- och bisexuella rapporterar ett nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med övriga befolkningen. Att känna oro, ångslan eller ångest är tre gånger så vanligt bland homo- och bisexuella. Och bland transpersoner är siffran ännu högre. Även självmordstankar och självmordsförsök är vanligare bland icke-heterosexuella. FHI:s enkätundersökning (31) visar också att icke-heterosexuella i större utsträckning besväras av långvariga sjukdomar än övriga befolkningen, och att de har fler kontakter med sjukvården.

Detta underlag visar att hälsosituationen för icke-heterosexuella skiljer sig från den övriga befolkningen och att den behöver förbättras. Som ett led av åtgärder för att förbättra deras hälsosituation rekommenderar FHI att landsting/regioner och kommuner utbildar personal i ett icke-heteronormativt bemötande. Detta för att motverka ett kränkande och undermåligt omhändertagande (10).

Stevens (34) visar i en intervjustudie att majoriteten av lesbiska kvinnor har negativa erfarenheter av mötet med läkare. Det negativa mötet sägs bero på ett heteronormativt tänkande. Flertalet av de lesbiska kvinnorna upplever sig kränkta och fördomsfullt bemötta. Att mötet upplevs negativt framkommer också i en litteraturstudie som undersökt lesbiska kvinnors hälsa (35). Denna studie visar även att lesbiska kvinnor inte använder förebyggande vårdinsatser i den mån som rekommenderas.

## Vårdlidande

*”Att inte bli sedd eller betraktas som något man inte är eller vill vara är kränkande och föder känslor av skam, skuld och förtvivlan” (36, s 89)*

Det är så Eriksson (36) beskriver vårdlidande. Det är ett lidande som förorsakas av vård eller utebliven vård. Vårdlidandet kan uppstå i alla tänkbara situationer i vården, och varje patient som utsätts för ett lidande upplever det på sitt eget sätt. Eriksson (36) sammanfattar vårdlidande i fyra övergripande kategorier:

- **Kränkning av värdighet**
- **Fördömelse och straff**
- **Utebliven vård**
- **Maktutövning**

Att kränka en patients värdighet är den absolut vanligaste orsaken till vårdlidande, och grunden för allt annat vårdlidande kan relateras tillbaka till detta. En kränkande handling är att frånta en annan människa chansen att vara sig själv, att fullt ut få vara den människa den är. En kränkning kan vara mer eller mindre synlig, och medveten eller omedveten. Det kan handla om en försämrad förmåga att se vad som är viktigast

för varje patient eller att inte uppfatta eller tillmötesgå patientens behov. Kränkning kan leda till en upplevelse av att vara värdelös, och ge känslor av skam och skuld.

Att som vårdare ha en uppfattning om vad som är rätt och fel för patienten utan att utgå från den enskilde individen beskriver Eriksson (36) som fördömelse. Sjuksköterskan har stor kunskap om omvårdnad vilket ligger till grund för hur patientens behov bedöms och vilka åtgärder som sedan tas, men det är viktigt att komma ihåg att patienten alltid har frihet att själv välja. Eriksson (36) menar att det finns en bild av hur idealpatienten bör vara, och de som inte följer samma mönster kan känna av fördömelse och straff. Det finns olika sätt att straffa, exempelvis genom nonchalans och otillräcklig omvårdnad.

Utebliven vård innebär alltid en kränkning och maktutövning. Den uteblivna vården kan ha många orsaker som sträcker sig från slarv och glömska till medveten vanvård. Utebliven vård kan bero på en bristande förmåga att se och bedöma patientens behov, och även på dålig kunskap om motivet bakom och anledningen till vårdandet av patienten.

Maktutövning kan vara direkt eller indirekt men åstadkommer alltid lidande för patienten. Genom maktutövning och tvång berövas patienten sin frihet. Att inte ta patienten på allvar är en form av maktutövning som kan komma till uttryck när vårdpersonalen är så fast i sina rutiner att de inte kan anpassa sig till patientens värld.

För att förhindra vårdlidande bör man, enligt Eriksson (36), grunda sin uppfattning på att alla människor är unika individer och har ett unikt människovärde. Upplevelsen av att ha ett unikt värde skapar en känsla av hälsa och välbefinnande. En god omvårdnad bygger på att ge varje patient en individuellt anpassad vård som bekräftar människovärdet. Bekräftelse kommer inte som en följd av att alla patienter ges likadan vård, utan bekräftelse ligger i att våga anpassa vården utifrån varje enskild patients situation och på så vis bekräfta deras värdighet.

## PROBLEMFORMULERING

Litteraturen visar att icke-heterosexuella har en historik av att vara diskriminerade och att stämplas som avvikande i samhället. Icke-heterosexuella har i högre grad ett nedsatt psykiskt välbefinnande än heterosexuella, och de som upplever sig diskriminerade är också de som mår sämst. Som sjuksköterska möter man olika sorters människor i livets alla skeden, och det är vår skyldighet att ge alla människor god vård på lika villkor med respekt för varje människas unika värde. Ger vi inte en likvärdig vård till alla patienter skapas ett onödigt vårdlidande. Vi anser att det finns kunskapsluckor gällande vilka faktorer som påverkar mötet mellan icke-heterosexuella patienter och hälso- och sjukvårdspersonal och hur bemötandet dem emellan utspelas. Det är av stor vikt att få kunskap om hur vi som sjuksköterskor kan agera för att ge ett gott bemötande till icke-heterosexuella patienter för att på så vis undvika vårdlidande.

## SYFTE

Syftet med vår litteraturstudie var att undersöka hur icke-heterosexuella patienter upplever sig bli bemötta i hälso- och sjukvården samt vilka faktorer som påverkar bemötandet.

## METOD

### Datainsamling

Denna litteraturstudie är baserad på elva vetenskapliga artiklar. Artiklarna söktes fram i databaserna CINAHL och PubMed i mars och april 2008. En första granskning gjordes utefter titel och abstrakt, och de artiklar som då var passande för uppsatsens syfte skrevs ut och lästes i sin helhet (39-45). Eftersom fler artiklar behövdes än de som kom fram i sökningarna letade vi även vidare bland de artiklar som databasen PubMed rekommenderade med liknande innehåll som de som söktes fram. På så vis valdes ytterligare en artikel ut (46). För att hitta fler artiklar granskades referenslistorna på de artiklar som valts ut och de titlar som verkade relevanta söktes fram i databaserna CINAHL och PubMed. Sedan lästes abstrakt, och de artiklar som då passade studiens syfte lästes i sin helhet. Utifrån detta valdes tre artiklar ut (47-49). Sammanlagt fann vi elva artiklar som var relevanta för vårt syfte genom sökning i databaser och manuell sökning. Alla artiklar lästes igenom flera gånger och sammanfattades skriftligt. Fem var kvalitativa, fyra kvantitativa, en kombinerad kvalitativ/kvantitativ samt en litteraturstudie. Många artiklar som kom fram i sökningarna var utifrån ett sjuksköterskeperspektiv. Då vårt syfte var att belysa patientens perspektiv valde vi bort flera av dessa artiklar, men för att få tillräckligt med material använde vi ändå två artiklar med ett sjuksköterskeperspektiv (42, 49). För att säkerställa kvaliteten av artiklarna granskades de med hjälp av de checklistor som tillhandahölls från Göteborgs universitet (37).

**Tabell 1.** Översikt av litteratursökning i databaserna CINAHL och PubMed

Databas	Sökord	Limits	Antal artiklar	Använda artiklar (ref.nr.)
CINAHL	Gay, Lesbians, Attitudes	Abstract, publicerad efter 1998	41	41, 45
CINAHL	GLBT	Publicerad efter 1998	17	
CINAHL	Transsexuals	Abstract	41	
CINAHL	Transsexuals, Experiences	Abstract	5	
CINAHL	Transsexuals, Coming out	Abstract	0	
CINAHL	Patient,experiences Homosexuality	Abstract	15	40, 43
PubMed	Gay, Lesbians, Attitudes, Nursing		14	39, 42

PubMed	Gay, Lesbians, Nursing	Publicerad efter 1998	19	
PubMed	Gay, Lesbians, Experiences, Nursing	Publicerad efter 1998	1	
PubMed	Heterosexual, Nursing	Publicerad efter 1998	49	44
PubMed	Transsexual, Healthcare	Abstract	46	
PubMed	GLBT, Perceptions	Abstract	2	

## Dataanalys

Artiklarna bearbetades med hjälp av induktiv analys vilket innebar att vi med ett öppet sinne läste igenom dem flera gånger för att se vad innehållet speglade (38). Genom att läsa igenom artiklarna upprepade gånger med syftet som utgångspunkt analyserade och reflekterade vi över vilka återkommande teman som kom fram i texten. Vi sammanfattade innehållet i de elva slutgiltiga artiklarna skriftligt med fokus på icke-heterosexuella patienters upplevelse av bemötande i hälso- och sjukvården. Sammanställningen resulterade i sex utmärkande teman som gav en helhetsbild av vilka faktorer som påverkade bemötandet. De teman som framkom har gett en struktur utefter vilken vi har bearbetat vårt resultat.

## RESULTAT

Efter att ha läst våra elva artiklar har vi sett att det finns flera återkommande faktorer som påverkar icke-heterosexuella patienters upplevelse av bemötande. Vi kommer att redovisa dessa faktorer under följande teman: kommunikation, miljö, öppenhet, rädslor, kränkningar samt kunskap och attityder. I dessa teman framkommer det även hur icke-heterosexuella patienter upplever sig bli bemötta i hälso- och sjukvården. För att ytterligare belysa dessa teman och framhäva icke-heterosexuella patienters upplevelser använder vi oss av flertalet citat i texten.

### Kommunikation

I flera studier framkom det att icke-heterosexuella patienter ofta möttes av heteronormativa antaganden från hälso- och sjukvårdspersonal (39, 40, 43, 46, 48). Patienterna upplevde att det ofta togs för givet att de var heterosexuella vilket visade sig i personalens verbala uttryck och antaganden (39, 43, 48). I vissa fall togs en heterosexuell läggning för given ända tills patienten uppgav motsatsen (39). I Neville & Henricksons (46) studie uppgav en klar majoritet av de icke-heterosexuella deltagarna att hälso- och sjukvårdspersonal ofta eller alltid antog att de var heterosexuella. Heteronormativa antaganden uttrycktes särskilt vid frågor kring civil status och familjesituation (39, 43, 48). En typisk situation där heteronormativa antaganden kom fram var vid ankomstsamtal då patienterna ofta fick frågan om vem som var deras närmaste anhörig. I flera studier framkom det att patienterna inte upplevde att deras partner räknades som "riktiga" närstående av hälso- och sjukvårdspersonalen (39, 40, 45). I Rödahl et al (39) beskrev en patient hur han fick

frågan om vem som var hans närmaste anhörig upprepad flera gånger när han namngav sin samkönade partner.

*”Since I’ve been living with a man for 24 years, it was his name I gave and said that he was the partner I lived with. Then the nurse said, ‘Okay - but don’t you have a relative or someone?’ It was kind of strange how she was so surprised because as a care worker you’d think she must have met a lot of homosexual men.”* (39 sid 377).

Icke-heterosexuella patienter uttryckte i flera studier en önskan om att hälso- och sjukvårdspersonalen skulle använda sig av ett öppet och neutralt språk för att visa att de var öppna för att alla inte är heterosexuella (39, 43, 46-48). Istället för att använda sig av rutinmässiga frågor som bygger på heteronormativa antaganden om att patientens partner är av motsatt kön önskade patienterna att frågor så som ’Har du en partner?’ ställs (41, 43). Genom att ställa könsneutrala frågor skapades förutsättningar för patienten att vara öppen i sin kommunikation utan att påverkas av hälso- och sjukvårdspersonalens värderingar och antaganden. Att behöva säga emot antaganden om att ens partner var av motsatt kön kunde upplevas som svårt och genant. Det var viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal genom sin kommunikation skapade en trygg miljö som gav förutsättningar för patienten att vara öppen med sin sexuella läggning och delge relevant information. Det var viktigt att inte utsätta patienten för en situation där den måste uppge sin sexuella läggning om det inte är relevant för vården. Genom att tydliggöra vad som var av vikt att veta för vården blir det lättare för patienten att ta ställning till vad den vill delge (48).

När hälso- och sjukvårdspersonalen var öppen i sin kommunikation upplevde icke-heterosexuella patienter att de fick ett gott stöd (40, 41, 43). Allen et al. (47) visade i sin studie att icke-heterosexuella tonåringar föredrog att hälso- och sjukvårdspersonal inte ställde direkta frågor till dem om sexuell läggning utan istället talade om det i mer allmänna termer.

Patienterna upplevde även hälso- och sjukvårdspersonalens kroppsspråk och subtila handlingar som en viktig del i bemötandet. Genom att exempelvis plocka med papper, verka stressad eller bara fokusera på något annat när patientens sexualitet kom på tal gavs patienten en känsla av avståndstagande och icke-acceptans (48). Skelton & Matthews (49) visade att hälso- och sjukvårdspersonal upplevde barriärer i sin kommunikation kring sexualitet. De uttryckte rädsla för att genom sin kommunikation skapa en genant och obekväm situation, och tyckte att det var viktigt att få verktyg för hur de kan kommunicera med patienter om sexualitet. I ett försök att visa sin acceptans av patientens sexuella läggning svarade ibland personalen ”det gör inget” när patienten berättade om sin sexuella läggning (48). Att hälso- och sjukvårdspersonal var obekväm i bemötandet var något som märktes av patienterna. De fick en känsla av att personalen var rädda för att bemöta dem på ett klumpigt sätt och att säga fel saker. När patienterna upplevde att personalen var obekväm använde de sig själva av en väldigt försiktig kommunikation och avvägde sina ord noga för inte göra situationen ännu mer obekväm (39).

Det var inte bara den direkta kommunikationen med hälso- och sjukvårdspersonal som påverkade patienterna. Neville & Henrickson (46) menar att även informella samtal och vardagliga konversationer mellan personal som kunde höras av patienter

gav dem en uppfattning om vilka attityder och känslor personalen hade och hur öppna de då kunde vara med sin sexuella läggning.

Heteronormativa antaganden från hälso- och sjukvårdspersonalen gjorde att icke-heterosexuella patienter drog sig undan i vårdmötet vilket förhindrade en djupare kommunikation. Att både hälso- och sjukvårdspersonal och icke-heterosexuella patienter var hämmade i sin kommunikation ledde till att möjligheterna till fullgod vård och stöd försvårades (39, 48). Flera patienter upplevde att hälso- och sjukvårdspersonalen inte var medvetna om att de, genom sin kommunikation, försvårade för patienterna att vara öppna med sin sexuella läggning (39). På grund av tidigare erfarenheter av hälso- och sjukvårdspersonalens antaganden om heterosexualitet trodde bisexuella kvinnor att de aldrig skulle bli fullt accepterade hos alla vårdgivare. Därför valde de istället att söka sig till vårdgivare där de upplevde ett öppet klimat och ett sympatiskt bemötande. Där upplevde de inga antaganden om sexuell läggning, och de kände sig trygga i att vara sig själva (41). Även äldre icke-heterosexuella patienter påverkades av hälso- och sjukvårdspersonalens attityder. Ett negativt bemötande hindrade dem från att ta upp sina problem, och det kunde leda till att de inte sökte vård alls trots att behovet fanns (40, 45).

## Miljö

Icke-heterosexuella patienters upplevelse av bemötande påverkades även av hur den yttre miljön såg ut och vilken framtoning de olika vårdinrättningarna hade. Det framkom tydligt att väntrum och andra allmänna utrymmen hade stor betydelse för hur välkomnade icke-heterosexuella patienter kände sig, och hur öppet och accepterande de tyckte att klimatet var (39-41, 47, 48). Heteronormativiteten framhölls i väntrum i form av broschyrer, tidningar, affischer och andra informationsmaterial (39, 40). Detta bidrog till ett osynliggörande av icke-heterosexuella patienter. Genom att i väntrummet ha material som inte bygger på en heterosexuell norm, utan som även riktar sig till icke-heterosexuella patienter visar man på en medvetenhet och förståelse för att de finns (40).

*” My doctors’ waiting area is full of all sorts of leaflets and posters about all kinds of things...so if there was a gay one then I would know the practice is likely to be gay friendly or at least it wouldn’t be a shock to them...that would be something...”* (39 sid 47).

Exempel på uppskattat material var information om olika föreningar för icke-heterosexuella samt material som fokuserade på allmänna hälsoproblem och som inte enbart var kopplade till sexuella frågor (39, 40). Ett annat sätt att visa sin medvetenhet och förståelse för att icke-heterosexuella finns var att använda sig av formulär som inte var utformade efter heteronormativa antaganden. Ofta upplevdes en avsaknad av svarsalternativ för icke-heterosexuella vid ifyllande av formulär (39, 41).

## Öppenhet

Clover (40) menar att patientens sexualitet är långt ifrån relevant i alla vårdssituationer. Men då sexualiteten är en så stor del av att vara människa och

påverkar våra känslor, relationer och känsla av sammanhang måste den ses ur ett större perspektiv. Emotionella och psykiska behov kan lätt förbises om inte en helhetsbild av patientens livssituation finns. Bjorkman & Malterud (43) visade att när icke-heterosexuella patienter inte kunde vara öppna med sin sexuella läggning upplevdes det som ett hinder för att bli sedda för den de var. Öppenhet sågs som relevant för vården eftersom det skapade en känsla av att bli sedd som en hel människa (39, 43). Icke-heterosexuella patienter tyckte att öppenhet underlättade för att kunna kommunicera om hur livssituationen såg ut vilket var viktigt för att finna praktiska lösningar, förklara olika omständigheter och för att undvika missförstånd. Det var även viktigt för att kunna inkludera sin partner i vården (43). I Allen et al. (47) hade 78 % av tonåringar mellan 14-18 år aldrig diskuterat sin sexuella läggning med sin vårdgivare, men en tredjedel av dem uttryckte att de hade velat göra det. Huruvida icke-heterosexuella patienter valde att vara öppna med sin sexuella läggning eller inte var ett unikt beslut i varje vårdmöte (44, 48).

*”Every time you come out you make yourself vulnerable”* (48 sid 197).

Det upplevdes som riskfyllt att vara öppen med sin sexualitet, och icke-heterosexuella patienter valde många gånger att inte vara öppna om det inte var klart relevant för situationen (41). I beslutet om att vara öppen eller inte i mötet med hälso- och sjukvårdspersonal valde icke-heterosexuella patienter att värdera personalens troliga attityder gentemot deras sexuella läggning, och vikt lades även vid vilken relevans det hade för vården (41, 43). Rädsla för oförståelse, diskriminering eller sämre vård gjorde att icke-heterosexuella patienter inte var öppna med sin sexuella läggning, även de som i vanliga fall levde öppet (40). Oro och rädsla fanns för att vårdkvaliteten skulle påverkas, eller att relationen till personalen skulle försämrans och att patienten skulle pekats ut som speciell (39, 41, 47, 48).

*”Coming out would have put me into a different category because then I would have been the kind of lesbian who comes out and makes a statement about it, and is probably therefore difficult and stropy and political and feminist, and going to start criticizing everything and so on...If you’re the kind of lesbian who doesn’t make a fuss about it, then you can get away with certain things. You can all pretend, you can all kind of pass, you can all pretend that it’s not an issue”* (48 sid 200).

Att vara öppen sågs som en risk för att allt fokus skulle hamna på den sexuella läggningen och att vårdbehovet skulle hamna i skymundan. Icke-heterosexuella patienter ville inte bli beskrivna som en sexuell läggning (41, 43, 48, 49). Vissa valde att vara öppna med sin sexualitet vid första vårdmötet och om det upplevdes negativt valde de att inte gå tillbaka dit nästa gång (41). Den hälso- och sjukvårdspersonal som icke-heterosexuella patienter träffade kontinuerligt var de i högre grad öppna inför än dem som de träffade oregelbundet (44). Platzner & James (48) visade att ju mer utlämnad och vårdkrävande patienten var, desto mer sårbart blev det att vara öppen. När de var inlagda på sjukhus där de i högre grad var beroende av hälso- och sjukhuspersonal, hade smärtor och upplevde ett inskränkt privatliv var det svårare att komma ut med sin sexuella läggning jämfört med det korta mötet på exempelvis mottagningar. Upplevelsen av att vara i någon annans händer var skrämmande, och den ojämna maktbalansen som uppstod mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal gjorde det svårt att vara öppen (40).

Att inte vara öppen med sin sexuella läggning i vården beskrevs som en extra börda av att hålla något hemligt (44). Emotionella och psykiska behov förbisågs lätt om en öppenhet saknades (40). I Matthews et al. (44) studie om lesbiska kvinnors upplevelser av vård i samband med bröstcancer framkom det att stödgrupper för kvinnor som drabbats av bröstcancer inte gav ett fullgott stöd för lesbiska kvinnor. De kände att de inte fick det stöd som de behövde eftersom det saknades en öppenhet och acceptans för deras sexuella läggning. En kvinna beskrev att det som diskuterades i stödgruppen var utformat efter heterosexuella kvinnors behov och problematik. Bröstens betydelse för den sexuella relationen med män var ett ämne som diskuterades mycket och som blev svårt att relatera till som lesbisk.

Flera positiva erfarenheter av att vara öppen finns beskrivna. De lesbiska kvinnor som var öppna med sin sexualitet vid behandling för bröstcancer upplevde ingen märkbar förändring gällande attityder hos hälso- och sjukvårdspersonalen eller någon påverkan av vårdkvaliteten (44). Neville & Henrickson (46) visade att en majoritet av icke-heterosexuella patienter upplevde att hälso- och sjukvårdspersonalen var helt bekväma med att patienterna öppnade sig om sin sexuella läggning. Författarna menar även att det är mycket viktigt för sjuksköterskor, eftersom de ofta utgör det första mötet i vården, att ge möjlighet och förutsättningar för patienten att öppna sig. För att främja öppenhet bör hälso- och sjukvårdspersonalen ha ett respektfullt och öppensinnat bemötande utan fördomar (41, 43).

Om det framkommer att en patient inte är heterosexuell bör hälso- och sjukvårdspersonalen ställa frågor gällande hur öppen den är, hur familjesituationen ser ut och hur patienten vill att personalen benämner eventuell partner (39). Hälso- och sjukvårdspersonalen kan också fråga om patienten vill att de ska föra informationen vidare, genom exempelvis en anteckning i journalen, för att undvika att patienten måste komma ut om och om igen (39, 46, 48). Det är viktigt att följa patientens önskan och att inget sker emot dennes vilja (48). Hälso- och sjukvårdspersonalen bör vara tydlig med att tystnadsplikt råder inom hälso- och sjukvården för att skapa trygghet hos icke-heterosexuella patienter (47, 48). Bland icke-heterosexuella tonåringar var många omedvetna om att personalen omfattades av tystnadsplikt och det fanns en rädsla för att familjen skulle informeras om tonåringarnas sexuella läggning mot deras vilja. Hela 72 % uppgav att det var troligt att de skulle ha diskuterat sin sexuella läggning om de hade vetat om tystnadsplikten (47).

## **Rädslor**

Icke-heterosexuella patienter uttryckte en rädsla över vilket bemötande de skulle få av hälso- och sjukvårdspersonalen om de öppnade sig, och vilka reaktioner de skulle mötas av (39, 47). Patienterna var särskilt rädda för fördömande reaktioner med diskriminering som följd (40, 41, 45-47). Clovers (40) visade i en studie av äldre homosexuella män att rädslan för att diskrimineras var större än den faktiska erfarenheten av diskriminering. Rädslan, som var byggd på förväntningar och tidigare erfarenheter, utgjorde ett stort hinder för god vård. En kombinerad rädsla och genans över hur bemötandet skulle bli ledde till att icke-heterosexuella patienter undanhöll viktig information (41).



*" I went to the emergency ward... I was experiencing chest pain and had no idea what caused it... I really should have mentioned that I bind my breasts. I wasn't sure how significant it would be... I was too embarrassed or frightened of what his reaction would be, so I never told him" (41 sid 471).*

Tidigare negativa erfarenheter av vård gjorde att en del icke-heterosexuella patienter valde att inte söka vård trots att det fanns ett behov. Clover (40) beskrev hur en homosexuell man inte hade uppsökt hälso- och sjukvård på tolv år på grund av att den läkare han tidigare träffat inte velat röra honom vid en undersökning när han fick veta att patienten var homosexuell. Rädsla för diskriminering i vårdsammanhang ledde till att äldre lesbiska kvinnor inte vågade tala om vem deras partner var (45). För att deras partner skulle kunna hälsa på obemärkt sa de ofta att det var en vän eller släkting som kom.

### **Kränkningar**

Återkommande i flera studier fanns exempel på kränkningar som icke-heterosexuella patienter och deras närstående utsattes för på grund av deras sexuella läggning (39-42, 46-48). Mulligan & Heath (41) beskrev icke-heterosexuella patienters tidigare upplevelser av hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande som främmande, dömande och icke-stödjande. I flera studier framkom att kvinnor i fertil ålder var särskilt utsatta i samband med gynekologiska frågor (39, 43, 48). Rutinmässiga graviditetstest kunde för icke-heterosexuella kvinnor upplevas mycket kränkande (38, 47). En kvinna beskrev hur hon blev kränkande bemött trots sin öppenhet (39).

*"They asked if I was on the pill, and I said that 'No, I'm not on the pill' – then they asked, 'No, why not?' and I tell them why... they say, 'Well, we always do a pregnancy test' - even though they know - that is extremely insulting – they deny me and how I live ... It seemed like they were thinking, 'Everyone is really heterosexual, so just run along and pee in the bottle now please'" (39 sid 378).*

En annan kvinna beskrev hur en läkare i samband med en behandling för en könssjukdom rutinmässigt skrev ut en salva till hennes partner, som läkaren tog för givet var en man. Patienten uppgav då att hon var tillsammans med en kvinna varvid läkaren skrattade generat och skrev ut ett annat recept (43). Platzer & James (48) beskrev en mycket kränkande situation där en lesbisk kvinna mitt under en pågående gynekologisk undersökning fick frågan från en nyfiken läkare om hur hon och hennes partner egentligen gick tillväga när de hade sex. Patienten upplevde situationen som mycket obehaglig och beskrev att den upplevdes ännu värre av att hon inte fick något stöd från den sjuksköterska som också var med i rummet, men som drog sig undan i samband med läkarens fråga.

*"I decided I'd never go back to the GP ever again. When I got home I felt like I'd been abused... I had to go and have a shower and I felt horrible." (48 sid 196).*

Platzer & James (48) menar att hälso- och sjukvårdspersonal måste bli bättre på att visa att kollegors kränkande bemötande gentemot icke-heterosexuella patienter är oacceptabelt. En vanlig erfarenhet hos icke-heterosexuella patienter var att de översexualiserades och endast sågs som sexuella varelser. De upplevde att de inte

sågs för den de var, en individ med känslor och meningsfulla relationer, utan reducerades som människa.

*"Nursing staff have to learn that we are not just sexual creatures whose lives revolve around sex." (39 sid 378).*

Det upplevdes mycket kränkande när hälso- och sjukvårdspersonal reagerade med att tala om att de själva var heterosexuella när patienten var öppen med sin sexuella läggning (48). Annat som upplevdes kränkande var när anteckningar om sexuell läggning gjordes i journalen mot patientens vilja (47). Många patienter berättar om hur deras partners gjordes osynliga och möttes av en icke-acceptans av hälso- och sjukvårdspersonal (39, 40, 48). Röndahl et al. (39) visade ett exempel då patientens partner ignorerades av hälso- och sjukvårdspersonalen som istället vände sig till patientens föräldrar, trots att patienten var vuxen och att de var tydliga med att de levde tillsammans. En lesbisk kvinna i en studie av Matthews et al. (44) såg till att vara tydlig med att presentera sin partner vid varje nytt vårdtillfälle för att vara säker på att hennes partner skulle inkluderas i vården. Flera studier visade att stödet för närstående till icke-heterosexuella patienter var bristfälligt (39, 40, 44, 45, 48). Särskilt svårt var det för den äldre patientgruppen och dess partners att få stöd då de sällan var öppna med sitt förhållande och deras behov inte synliggjordes för hälso- och sjukvårdspersonalen. Något som försvårade omständigheterna ytterligare var när patientens partner inte var accepterad av patientens övriga familj och på så vis inte inkluderades i vården. Det gjorde det svårt för hälso- och sjukvårdspersonalen att ge ett fullgott stöd till både patienten och dess partner (45). En annan aspekt att ha i åtanke var att äldre icke-heterosexuella patienter var extra utsatta därför att de ofta var ensamma, socialt isolerade, saknade skyddsnet och kontakt med sin familj (39, 40, 45).

Det upplevdes även svårt för icke-heterosexuella patienter att få gott stöd vid nedsatt psykiskt välbefinnande (40, 48). Deras problem togs inte på allvar, och en kvinna med panikångest beskrev hur hon hänvisades till psykosexuell terapi i tron att det var hennes sexuella läggning som orsakade hennes bekymmer (48). En homosexuell man med depression och suicidtankar kände sig kränkt när han sökte sig till sin läkare för hjälp. Läkaren visade att han var obekvämd med patientens sexuella läggning och negligerade hans försök att få hjälp (40).

*"He simply told me that if I don't feel life's worth living that's up to me what I do, which makes you feel you're worth about half a farthing, quite honestly." (40 sid 46).*

### **Kunskap och attityder**

Röndahl et al. (42) undersökte vilka känslor som fanns hos sjuksköterskor och undersköterskor inför att vårda homosexuella patienter, och om de skulle välja att avstå från att vårda homosexuella patienter om möjligheten fanns. Det fanns inslag av negativa attityder mot homosexuella patienter både hos sjuksköterskor och undersköterskor. Känslor som skam, ilska, avståndstagande, avsky och olust uttrycktes. Deltagarna uttryckte även känslor som sympati, skuld och rädsla. 36 % av sjuksköterskor och undersköterskor skulle ha valt att inte vårda homosexuella patienter om det alternativet funnits. Bland sjuksköterske- och undersköterskestudenter var siffran 9 %. De kommentarer som kom fram i studien

innehöll både positiva och negativa känslor. Många ställde sig frågande till varför de inte skulle vilja vårda homosexuella patienter och syftade till allas lika rätt till vård. Några uttryckte negativa kommentarer mot homosexualitet.

*” God created man and woman for us. Personally, I think that if you choose to live with the same sex you are going against God.”* (42 sid 23).

I Neville & Henricksons (46) studie framkom det att hälso- och sjukvårdspersonalens attityder gentemot sexuell identitet var mycket viktiga för icke-heterosexuella patienter. Vid frågan om hur hälso- och sjukvårdspersonalens attityder påverkade den vård patienterna fick svarade flertalet att vården påverkades positivt medan bara en liten andel tyckte att den påverkades negativt. Det upplevdes som viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen lärde sig möta icke-heterosexuella patienter för att öka insikten och förståelsen för deras behov (39). För att öka personalens kunskap och medvetenhet om icke-heterosexuella patienters situation och behov behövs en ordentlig utbildning för hälso- och sjukvårdspersonal kring heteronormativitet inom vården (40, 46). Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal blir medvetna om och öppna för sina egna känslor och attityder eftersom det kan göra det lättare att förstå patienternas känslor och behov (45).

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Att studera icke-heterosexuella patienters upplevelse av bemötande i hälso- och sjukvården försvåras av att långt ifrån alla är öppna med sin sexualitet. I flera av studierna har deltagarna rekryterats genom organisationer, nätverk och mötesplatser för icke-heterosexuella. Därför tror vi att de deltagare som ställt upp i studierna i högre grad är öppna med sin sexualitet och har kommit längre i sin komma-ut process. Det gör att en stor del av icke-heterosexuellas upplevelser och erfarenheter inte kommer fram i studierna, vilket vi ser som en brist i uppfyllandet av vårt syfte. Neville & Henrickson (46) hade ett stort antal deltagare i sin studie, 2269 stycken, från olika delar av Nya Zeeland. Detta anser vi är en styrka, men däremot kan det vara svårt att generalisera studiens resultat eftersom deltagarna anmälde sig frivilligt till studien. Författarna gick då miste om de personer som inte var knutna till nätverk för icke-heterosexuella och inte var lika öppna med sin sexuella läggning. Men vi anser dock att resultatet är av stor nytta och att vi ändå kan tillämpa det i vår sjuksköterskeprofession.

De sökord vi använde oss av gav inte den omfattningen av material vi hade hoppats på. För att få fram den mängd artiklar vi ville fick vi pröva oss fram med många olika sökord samt flera olika kombinationer av dessa. Det visade sig vara en stor svårighet att få fram artiklar om transpersoners upplevelser av hälso- och sjukvård. Dels fanns det ytterst lite skrivet om denna grupp i vetenskapliga omvårdnadstidskrifter, och dels var de artiklar som vi ansåg kunde vara av intresse inte tillgängliga genom Göteborgs Universitetsbibliotek. På grund av en snäv tidsplan för vår uppsats fanns ingen möjlighet att få fram relevanta artiklar som inkluderade transpersoner. Vi tror dock att erfarenheterna hos transpersoner kan liknas med icke-heterosexuella patienters, men vi har tyvärr ingen studie som belyser deras upplevelser av bemötande i hälso- och sjukvården. Vi anser dock att vårt

material, trots detta, har en bredd som innefattar både homo- och bisexuella män och kvinnor i olika åldrar. I vår uppsats använder vi oss, som beskrevs i inledningen, av begreppet icke-heterosexuella. Dock har vi vid tillfällena då vi tyckt att det varit relevant för sammanhanget lyft fram vilken sexuell läggning som berörs. I de flesta studier används begreppet hälso- och sjukvårdspersonal vilket innefattar olika sorters personal inom hälso- och sjukvården. Två artiklar fokuserade specifikt på läkaren som hälso- och sjukvårdspersonal (41, 43) men vi har ändå valt att använda oss av dessa artiklar då bemötandet tydligt stod i fokus. Vi ansåg att eftersom läkare och sjuksköterskor arbetar så nära varandra är det viktigt för sjuksköterskor att veta hur patienter upplever även läkarens bemötande och vad som sker i mötet dem emellan.

Då våra sökningar gav oss ett begränsat material använde vi oss även av artiklar med små urvalsgrupper, vilket är en brist vi är medvetna om. I Clover (40) deltog tio homosexuella män, och i Bjorkman & Malterud (43) deltog sex lesbiska kvinnor. Detta är ett litet antal deltagare, men då vi ansåg att artiklarna var mycket relevanta och passande för vårt syfte gjorde vi en avvägning och valde att ta med dem. En styrka med Clovers (40) studie var att den fokuserade på äldre homosexuella mäns erfarenheter och upplevelser av bemötande i hälso- och sjukvården. Att ha med studier som undersöker flera olika åldersgrupper har gett oss en bild av hur behov och upplevelser av bemötande skiljer sig åt beroende på ålder. Wojciechowskis (45) litteraturstudie sammanfattar kunskapsläget för äldre lesbiska kvinnor, medan Allen et al. (48) har undersökt tonåringars upplevelser av bemötande i hälso- sjukvården.

Vi hade som utgångspunkt att inte använda oss av artiklar som var äldre än tio år för att så gott som möjligt spegla den aktuella forskningen. Under litteratursökningen var vi inte konsekventa med att ha en begränsning på tio år, detta för att mängden artiklar var begränsade och för att vi ville få fram så många som möjligt. Ingen av de artiklar vi har använt är dock äldre än tio år, men två av dem är från 1998 (45, 47). Vi ser det som en styrka att studierna är gjorda i länder som vi tror utvecklingsmässigt kan liknas med Sverige gällande syn på icke-heterosexuella samt standard på omvårdnaden. Artiklarna vi använt kommer från Australien (41), England (40, 48, 49), Norge (43), Nya Zeeland (46), USA (44, 45, 47) och Sverige (39, 42). Vi tycker att studiernas resultat kan appliceras på Sverige, och det faktum att tre av studierna var från Skandinavien gör att resultatet väger tungt. En annan styrka är att även om artiklarna skiljer sig åt gällande metod och urvalsgrupper så har de alla i slutändan kommit fram till liknande resultat.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet av vår litteraturstudie visar att det finns flera faktorer som har betydelse för icke-heterosexuella patienters upplevelse av bemötande i hälso- och sjukvården. Inom de sex teman vi fann har vi sett att det både finns hinder och möjligheter för ett bra bemötande av icke-heterosexuella patienter.

Precis som Sandell (6) beskriver så har heteronormativiteten visat sig vara väldigt tydlig inom hälso- och sjukvården och påverkar den upplevelse av bemötande som icke-heterosexuella patienter beskriver. Heteronormativa antaganden är vanliga och kommer ofta fram i kommunikationen mellan patienter och personal, och en heterosexuell läggning tas för given. Genom en heteronormativ kommunikation osynliggörs icke-heterosexuella patienter och deras närstående, vilket får till följd att

deras behov inte tillgodoses. Icke-heterosexuella patienter drar sig undan i vårdmötet och använder sig av en väldigt försiktig kommunikation och avväger sina ord noga för att undvika att en obehaglig situation uppstår (39, 48). Olsson (11) betonar vikten av att hälso- och sjukvårdspersonal har de verktyg som behövs för att kunna bemöta icke-heterosexuella patienter. När verktygen saknas för en god kommunikation finns det en risk att patienten osynliggörs och att viktig information inte kommer fram. Som Neville & Henrickson (46) påpekar är sjuksköterskan ofta den som möter patienten först. Därför är det extra viktigt att vi i vår profession har kunskap om hur man samtalar med ett öppet och neutralt språk utan att lägga personliga värderingar eller fördomar i sin kommunikation. Vi tror att om man har de rätta verktygen för att kommunicera med och bemöta icke-heterosexuella patienter, så blir man som sjuksköterska tryggare och mer avslappnad i mötet.

Ur resultatet kan vi tyda att icke-heterosexuella patienter gör en riskanalys i varje möte med hälso- och sjukvårdspersonalen, och att de ständigt står inför valet om att komma ut med sin sexuella identitet eller inte. Att ständigt stå inför ett val att komma ut eller inte beskriver Avrahami (24) som en livslång process. Vi skulle vilja beskriva det som ett slags vågspel där för- och nackdelar med att komma ut vägs mot varandra. Det kan även kopplas till en av de strategier som beskrivs i HomO:s (29) studie där icke-heterosexuella patienter undviker att försätta sig i en sårbar situation genom att vara förutseende och känna av situationen.

Att komma ut med sin sexuella läggning är enligt patienterna riskfyllt och förknippat med rädsla för hälso- och sjukvårdspersonalens reaktioner och en eventuell påverkan av vårdkvaliteten (39-41, 44, 47, 48). Samtidigt kan det upplevas som en tung börda att inte vara öppen i mötet med hälso- och sjukvården (44). Vi tycker att det är viktigt för sjuksköterskor att vara medvetna om att icke-heterosexuella patienter som vårdas inneliggande på sjukhus kan ha svårare för att komma ut än de som träffar hälso- och sjukvårdspersonal i ett kortare möte. Att de i lägre grad är öppna med sin sexuella identitet hänger ihop med att de är extra sårbara och utlämnade när de vårdas på en avdelning (48). Och att välja om de ska komma ut eller inte tror vi kan kräva mycket kraft och energi som inte finns när man är sjuk och mår dåligt. Som sjuksköterskor måste vi skapa en miljö där patienter kan känna sig trygga i att komma ut med sin sexualitet och på så vis få möjlighet att vara sig själva. Därmed slipper de bördan av att inte vara öppen och att ständigt ta ställning till om det är säkert att komma ut eller inte.

Ett bra sätt att bemöta icke-heterosexuella patienter när de öppnar sig med sin sexualitet är att samtala kring hur pass öppna de är. Några uttrycker en önskan om att informationen ska föras vidare till övrig personal muntligt eller genom exempelvis en journalanteckning. Vissa patienter uppskattar detta och ser det som ett sätt att slippa komma ut om och om igen (39, 46, 48). Andra vill absolut inte att informationen förs vidare och upplever det som mycket kränkande (47). Det kan tyckas märkligt att en del icke-heterosexuella patienter uttrycker en önskan om att deras sexualitet ska journalföras eftersom det blir ett extra utpekande av dem som avvikande. Men det har trots allt kommit fram i resultatet att det kan vara skönt för en del icke-heterosexuella patienter att informationen förs vidare eftersom de då slipper de känslor som är förbundna med att komma ut om och om igen. Här är det väldigt viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen respekterar patientens önskemål.

En stor rädsla hos icke-heterosexuella finns för diskriminering och särbehandling om de är öppna med sin sexuella identitet. Men rädslan för diskriminering är många gånger större än den faktiska erfarenheten av den (40). På grund av tidigare erfarenheter av ett negativt bemötande från hälso- och sjukvården tror vi att det kan skapa farhågor och förväntningar om att alltid bli diskriminerad. En oro uttrycks ofta över att bara bli sedd för sin sexuella läggning och att allt fokus från hälso- och sjukvårdspersonalen hamnar på sexualiteten istället för på de vårdbehov som patienten har (41, 43, 45, 48). Vi tolkar detta som en rädsla för att stämplas som icke-heterosexuell med stigmatisering och negativa sanktioner som följd. Enligt Repstad (25) sker stämpling och stigmatisering många gånger omedvetet och märks inte lika tydligt av normgivaren som av normbrytaren. Hälso- och sjukvårdspersonalen är nog inte lika medvetna om att de stämplar icke-heterosexuella patienter som avvikande, medan patienterna ofta upplever det starkt.

Vi tror att ett rutinmässigt arbetssätt försvårar för sjuksköterskor att se patientens individuella behov. Det lämnar inget utrymme för patienter som inte följer normen om heterosexualitet. Ett exempel är den kvinna som tvingades lämna ett graviditetstest trots att hon tydligt uppgav att hon var lesbisk och att hon visste att hon inte var gravid (39). Hälso- och sjukvårdspersonalen stod fast vid sin rutin och kvinnan var tvungen att göra graviditetstestet. Kvinnan upplevde att hon inte sågs för den unika individ hon var utan bara som en patient i mängden och att alla skulle följa samma rutiner oavsett behov. Vi ser en fara med att blint följa rutiner eftersom det då finns en risk för att patienters behov lätt förbises. Det kan resultera i ett rutinmässigt kränkande där de patienter som inte följer normen tydligt utpekats som avvikande.

Icke-heterosexuella patienter uttrycker ofta en önskan om att bara få bli sedda för den de är. Dock har många upplevelser av det motsatta där de istället pekats ut som översexuella med ett ohämmat sexuellt behov. Det beskrivs även hur hälso- och sjukvårdspersonal reagerar med att tydliggöra sin egen heterosexualitet när patienten visar sig vara icke-heterosexuell. Patienternas känslor och behov tas inte på allvar när de reduceras till enbart en sexuell varelse (39, 48). I vår utbildning till sjuksköterskor har vi lärt oss att grunderna för ett gott bemötande är att visa patienten respekt och värdighet. Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (3) betonas vikten av en humanistisk människosyn där alla människor ses som unika med lika värde. Vi tycker att det är chockerande att icke-heterosexuella patienter möts av sådana fördomsfulla attityder av utbildad hälso- och sjukvårdspersonal, och vi håller med Platzer & James (48) om att alla måste ta ett ansvar för att visa sina kollegor att det inte är ett acceptabelt bemötande.

Heteronormativiteten uttrycks tydligt i den fysiska miljön. Små faktorer så som hur väntrummet är utformat och vilka budskap som sänds ut påverkar patienternas känsla av acceptans och trygghet inför att komma ut (39-41, 47, 48). Med små medel tror vi att en mer öppen och accepterande miljö kan skapas och att den kan ha stor betydelse för icke-heterosexuella patienters upplevelse av bemötande. Eftersom den fysiska miljön betyder mycket för det första intrycket tror vi att en förändring av den kan göra stor skillnad. Intressant är Neville & Henricksons (46) resultat som visar att informella samtal och konversationer mellan hälso- och sjukvårdspersonal har betydelse för hur icke-heterosexuella patienter läser av attityder och hur pass öppen stämningen är. Vi anser att det är viktigt att det finns en medvetenhet om hur våra vardagliga konversationer påverkar patienterna och vilka signaler vi sänder ut.

Äldre icke-heterosexuella är en särskilt utsatt grupp. Deras behov skiljer sig från andra icke-heterosexuella då de ofta saknar trygghet i sociala nätverk och familjeband (39, 40, 45). De är inte lika öppna med sin sexuella läggning och väljer ofta att dölja sin partner i mötet med hälso- och sjukvården. Som sjuksköterskor måste vi ha en förståelse för detta och vara lyhörda för vilka signaler patienten sänder ut. Vi tror att äldre människor har svårare att komma ut eftersom de levt i en tid då samhället tydligt tog avstånd från icke-heterosexualitet. Kanske är det också så att äldre människors sexualitet är lika tabubelagt som icke-heterosexualitet, och att kombinationen av att både vara äldre och icke-heterosexuell gör patienten extra utsatt.

Antaganden om att alla patienter är heterosexuella försvårar för hälso- och sjukvårdspersonalen att se och uppmärksamma icke-heterosexuellas partners. Det finns ett flertal resultat som pekar på att det är svårt att hantera frågor som rör närstående till icke-heterosexuella (39, 40, 45). Deras partners räknas inte alltid som riktiga närstående, utan hälso- och sjukvårdspersonalen vill istället vända sig till någon annan i patientens familj (39). Genom att inte inkludera patientens partner i vården kan känslor av förnekelse av den sexuella läggningen uppstå hos både patient och partner. Det leder till en avsaknad av bekräftelse och personalen tar ifrån patienten möjligheten att få vara så som den är. Vi tror att förnekelsen av partnern kan vara ett resultat av att hälso- och sjukvårdspersonalen blundar för en situation som de inte vet hur de ska hantera. Det kanske kan upplevas lättare att inte låtsas om patientens partner än att hamna i en situation där man känner osäkerhet och rädsla inför hur man ska bemöta dem. Vi anser att det är en väldigt viktig del av sjuksköterskans arbete att inkludera närstående i vården och vi har diskuterat mycket under vår utbildning om hur detta bäst kan göras. Tyvärr har aldrig frågor som rör närstående diskuterats ur ett perspektiv som innefattar även icke-heterosexuella, och denna brist visar sig också i resultatet.

Det är oroväckande att mer än en tredjedel av de sjuksköterskor och undersköterskor som deltog i studien av Røndahl et al. (42) skulle välja att avstå från att vårda homosexuella patienter om möjligheten fanns. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2) har alla människor ett lika värde och vi är skyldiga att ge alla patienter en god vård på lika villkor. Det innebär att det inte ska finnas utrymme för hälso- och sjukvårdspersonal att särbehandla eller avstå från att vårda patienter. Bakgrunden till att så pass många ändå uttrycker en önskan om att avstå från att vårda homosexuella patienter tror vi beror på en kombination av okunskap och rädsla. Som vi tidigare poängterat saknar vi i vår utbildning en diskussion utifrån ett icke-heterosexuellt perspektiv. Och som flera resultat visar behövs det mer kunskap och utbildning hos hälso- och sjukvårdspersonal för att kunna bemöta icke-heterosexuella patienter på ett professionellt sätt (40, 46, 49). Även FHI rekommenderar att landsting och kommuner satsar på utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal i ett icke-heteronormativt bemötande (10). Skelton & Matthews (49) visar att hälso- och sjukvårdspersonal har ett behov av och en önskan om att få mer utbildning i att hantera frågor som rör patienters sexualitet. Vi ser ett samband mellan kunskap och attityder. När kunskap saknas uppstår lätt negativa attityder som troligtvis mynnar i en rädsla för det okända. Att hela 36 % av sjuksköterskor och undersköterskor uttrycker en motvilja att vårda homosexuella (42) tror vi inte enbart beror på en negativ attityd mot homosexuella patienter. Vi tror att det är många som känner sig

osäkra på grund av att de har en avsaknad av kunskap gällande bemötande och därför gärna drar sig undan.

### Vårdlidande

*Kränkning av värdighet.* I vårt resultat finns flera exempel på kränkningar i samband med bemötandet av icke-heterosexuella patienter. Eriksson (36) beskriver kränkning av värdighet som grunden i allt vårdlidande och att det kan ske medvetet eller omedvetet. Att frånta patienten chansen att fullt ut få vara sig själv och därmed inte kunna bli sedd för den som den är leder till känslor av inte ha något värde. Detta bekräftas i Bjorkman & Malterud (43) där icke-heterosexuella patienter upplever att när de inte kan vara öppna med sin sexualitet så blir de inte sedda för den de är. En stor risk med att vara öppen är att allt fokus läggs på den sexuella läggningen istället för på de behov patienten har och att man stämplas som avvikande. Den icke-heterosexuella patienten upplever då att den inte blir sedd som en hel människa. I all kommunikation kan kränkningar förmedlas, såväl verbalt som med kroppsspråk. Genom att inte använda sig av ett heteronormativt språk och att utstråla känslan av att vara bekväm i situationen ökar chansen för att tillmötesgå patientens behov och undvika kränkning. En situation där vi tycker att hälso- och sjukvårdspersonalen tydligt fråntar icke-heterosexuella patienter deras människovärde är när de ser dem som översexuella.

*Fördömelse och straff.* Enligt Eriksson (36) uppkommer fördömelse och straff ofta av att hälso- och sjukvårdspersonal har en klar bild av hur idealpatienten bör vara och de handlar då därefter. Vi har sett att hälso- och sjukvårdspersonalen utgår från att patienten är heterosexuell och grundar sitt bemötande på den heterosexuella normen. Utifrån idealpatientens behov finns en uppfattning om vad som är rätt och fel för patienten. Rutiner och arbetssätt utarbetas utifrån detta, och de som skiljer sig från normen upplever känslor av fördömelse och straff. Vi har sett att ett arbete utefter strikta rutiner skapat vårdlidande hos icke-heterosexuella patienter. De upplever en stor rädsla för fördömelse av hälso- och sjukvårdspersonalen i form av negativa attityder och en sämre vård (39-41, 45-48).

*Utebliven vård* menar Eriksson (36) kan bero på att förmågan att se och bedöma patientens behov är bristfällig. Hälso- och sjukvårdspersonal har visat sig ha dålig kunskap om icke-heterosexuella patienter och deras behov vilket leder till en bristande vård. Att icke-heterosexuellas partners inte alltid sluts in i vården ser vi också som en utebliven vård. Om patientens partner utesluts ur vården försvinner möjligheterna till att ge en god helhetsvård. Negativa erfarenheter av hälso- och sjukvården gör att patienter drar sig för att söka vård och i största möjliga mån undviker vården (40). De uttrycker även en rädsla för en sämre vårdkvalitet på grund av deras sexuella läggning. Som en följd av rädslan använder sig icke-heterosexuella patienter ofta av en försiktig kommunikation i mötet med hälso- och sjukvårdspersonal. En bristfällig kommunikation leder till att relevant information inte kommer fram och att vården inte blir fulländad.

*Maktutövning* innebär enligt Eriksson (36) att patienten inte tas på allvar och att bekräftelsen uteblir. Ett utövande av makt kan liksom kränkningar ske både medvetet och omedvetet, och röra sig om allt från mindre förseelser till rena maktövergrepp. Vi upplever att det finns en ojämn maktbalans i relationen mellan sjuksköterskor och



patienter. Som patient uppsöker man vård och utelämnar sig i händerna på hälso- och sjukvården och dess rutiner som i de flesta fall inte är utformade efter icke-heterosexuellas behov. Att vara utelämnad till hälso- och sjukvården och vara i deras makt kan upplevas skrämmande (40). Vi måste bli medvetna om att vi har stor makt som sjuksköterskor och att hur vi handlar och agerar alltid påverkar patienten. Vi har sett att icke-heterosexuella patienters upplevelser av bemötande påverkas både av stora och små faktorer som vi som sjuksköterskor har stort inflytande över.

## SLUTSATS

Vårt syfte var att ur icke-heterosexuella patienters perspektiv beskriva hur de upplever bemötandet i hälso- och sjukvården, och vilka påverkande faktorer som finns. I vårt resultat har vi funnit att hälso- och sjukvården upplevs som en heteronormativ miljö där icke-heterosexuella patienter upplever sig vara avvikande från normen. Heteronormativiteten tar sig uttryck på flera sätt och den utgör i många situationer ett hinder för ett bra bemötande. Det saknas en medvetenhet hos hälso- och sjukvårdspersonal om att inte alla patienter följer den heterosexuella normen, vilket får till följd att bemötandet av icke-heterosexuella patienter ofta brister. Särskilda brister finns i kommunikationen där heteronormativa antaganden ofta kommer fram. Det försvårar för patienten att vara öppen med sin sexualitet, och när en öppenhet saknas blir det svårt att mötas. Tydliga brister har även framkommit vad gäller att bemöta och inkludera partners till icke-heterosexuella patienter.

Vid varje nytt möte med hälso- och sjukvårdspersonal står icke-heterosexuella patienter inför ett val om att komma ut med sin sexuella identitet eller inte. Valet grundar sig många gånger på hur hälso- och sjukvårdspersonalens attityder tolkas och om det upplevs som en trygg miljö att komma ut i. Valet att komma ut är därför något som vi som sjuksköterskor har makt och möjlighet att påverka. Det finns ett stort behov av ökad kunskap och utbildning hos hälso- och sjukvårdspersonal. Utbildning och kunskap är av stor vikt för att förbättra bemötandet av icke-heterosexuella patienter. Förutom att icke-heterosexuella patienter då kan erbjudas ett bättre bemötande tror vi även att hälso- och sjukvårdspersonal kommer känna en större trygghet och tillfredsställelse i sitt arbete. Därför måste det finnas en diskussion kring heteronormativitet och bemötande av icke-heterosexuella patienter inom ramen för sjuksköterskeutbildningen.

Det finns behov av framtida forskning om icke-heterosexuella patienters upplevelser av bemötande i hälso- och sjukvården. Väldigt lite finns skrivet inom området och vi efterlyser mer forskning ur ett omvårdnadsperspektiv som inriktar sig på mötet med sjuksköterskan. Då vi misslyckats med att finna relevanta artiklar som undersökt transpersoners upplevelser anser vi att det är av stor vikt att även denna grupp inkluderas i forskningen om icke-heterosexuella patienter.

## REFERENSER

1. World Health Organization, WHO.  
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>  
Tillgänglig: 2008-03-12.
2. Sveriges riksdags författningssamling: Hälsa och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763).  
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>  
Tillgänglig: 2008-03-12.
3. Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.  
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8673/2005-105-1.htm>  
Tillgänglig: 2008-03-12.
4. Riksförbundet för sexuellt likaberättigande, RFSL.  
<http://www.rfsl.se/?p=410>  
Tillgänglig: 2008-03-12.
5. Nationalencyklopedin Online (sökord: diskriminering, lesbisk, norm, stämplingsteori).  
<http://www.ne.se>  
Tillgänglig: 2008-03-11.
6. Sandell K. Heteronormativitet i medicinsk kunskap och praktik. I: Hovelius B, Johansson E. (red.) Kropp och genus i medicinen. Lund: Studentlitteratur; 2004. sid. 343-52.
7. Riksförbundet för sexuellt likaberättigade, RFSL.  
<http://www.rfsl.se/?p=2840>  
Tillgänglig: 2008-03-11.
8. Lindholm M, Nilsson A. En annan stad: kvinnligt och manligt homoliv 1950-1980. Stockholm: Alfabeta/anamma; 2002.
9. Andreasson M. Samhällsfara eller samhällsgrupp. I: Andreasson M. (red.) Homo i folkhemmet: homo och bisexuella i Sverige 1950-1980. Göteborg: Anamma; 2000. sid: 36-58.
10. Statens Folkhälsoinstitut, FHI. Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Stockholm: FHI, 2005 (Rapport A 2005:19).
11. Olsson A-C. I den akademiska garderoben – det har väl ingenting med utbildning att göra? I: Olsson A-C, Olsson C (red). I den akademiska garderoben. Falun: Atlas; 2004. sid. 9-18.
12. Kompetensstegen.  
[http://www.kompetensstegen.se/page\\_\\_\\_\\_267.aspx](http://www.kompetensstegen.se/page____267.aspx)  
Tillgänglig: 2008-03-12.

13. World Health Organization, WHO.  
<http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html>  
Tillgänglig: 2008-03-13.
14. Eriksson H. Intimitetens villkor i vårdandet. I: Strömberg H, Eriksson H (red). Genusperspektiv på vård och omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2006. sid. 79-94.
15. Dahlborg E, Eriksson H. Introduktion. I: Strömberg H & Eriksson H (red). Genusperspektiv på vård och omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2006. sid. 11-21.
16. Kulick D. Queerteori, performativitet och heteronormativitet – några grundläggande begrepp. I: Olsson A-C, Olsson C (red). Den akademiska garderoben. Falun: Atlas; 2004. sid. 21-35.
17. Gemzöe L. Feminism. Smedjebacken: Bilda förlag; 2003.
18. Innala S, Ernulf K. ”Komma ut processen”. Nordisk sexologi. Göteborgs Universitet 1989;7:274-279
19. Sveriges förenade HBQT studenter.  
<http://www.gaystudenterna.se/SFG/page.php?id=337>  
Tillgänglig: 2008-04-01.
20. Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. Ethnic/Racial Differences in the Coming-Out Process of Lesbian, Gay and Bisexual Youths: a Comparison of Sexual Identity Development over Time. Cultur Divers Ethnic Minor Psychol 2004 Aug;10(3)215-28.
21. Grov C, Bimbi DS, Nanin JE, Parson JT. Race, Ethnicity, Gender, and Generational Factors Associated with the Coming-Out Process among Lesbian and Bisexual Individuals. J Sex Res. 2006 May;43(2):115-21.
22. Martin HP. The Coming-Out Process for Homosexuals. Hosp Community Psychiatry 1991. Feb;42(2):158-62.
23. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Human Sexuality. 5<sup>th</sup> ed. New York: Harper Collins College Publishers; 1995.
24. Avrahami D. Vi dansar inte på bordet [dissertation]. Linköping: Linköpings Universitet; 2007.
25. Repstad P. Sociologiska perspektiv I vård, omsorg och socialt arbete. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2005.
26. Ombudsmannen mot etnisk diskriminering, DO.  
[http://www.do.se/t/Page\\_\\_\\_\\_\\_406.aspx](http://www.do.se/t/Page_____406.aspx)  
Tillgänglig: 2008-03-13.

27. Sveriges riksdags författningssamling: Lag (2003:307) om förbud mot diskriminering.  
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2003:307>  
Tillgänglig: 2008-03-11.
28. Sveriges riksdags författningssamling: Lag (199:133) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning.  
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1999:133>  
Tillgänglig: 2008-03-11.
29. Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning, HomO. Lögnernas förbannelse eller att mota olle i grind: en intervjustudie. Strategier för homo- och bisexuella att hantera diskriminering. Stockholm: HomO, 2007.
30. Sveriges riksdags författningssamling: Äktenskapsbalk (1987:230).  
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1987:230>  
Tillgänglig: 2008-04-24.
31. Statens Folkhälsoinstitut, FHI. Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer. Stockholm: FHI, 2006.
32. Meyer I H. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull* 2003 September; 129(5): 674–97.
33. Socialstyrelsen. Det dubbla utanförskapet. Mångfald och sexuell läggning bland äldre. Stockholm: Socialstyrelsen, 2008.
34. Stevens P E. Lesbians & Doctors. Experiences of Solidarity and Domination in the Health Care Setting. *Gender & Society* 1996;10(1):24-41.
35. Roberts S J. Lesbian Health Research: A Review and Recommendations for Future Research. *J Health Care for Women Int* 2001;22:537-52.
36. Eriksson K. Den lidande människan. Stockholm: Liber; 1994.
37. Granskningsmall för kvalitativa, kvantitativa artiklar samt litteraturstudier. Tillhandahållen av Göteborgs Universitet. Mars 2008.
38. Graneheim U H, Lundman B. Qualitative Content Analysis in Nursing Research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ today* 2004;24(2):105-112.
39. Rödahl G, Innala S, Carlsson M. Heterosexual Assumptions in Verbal and Non-verbal Communication in Nursing. *J Adv Nurs* 2006;56(4):373-81.
40. Clover D. Overcoming Barriers for Older Gay Men in the use of Health Services: A Qualitative Study of Growing Older, Sexuality and Health. *Health Educ J* 2006; 65(1):41-52.

41. Mulligan E, Heath M. Seeking Open Minded Doctors. *Aust Fam Physician* 2007 June;36(6):469-71.
42. Røndahl G, Innala S, Carlsson M. Nursing Staff and Nursing Students' emotions towards Homosexual Patients and Their Wish to Refrain from Nursing, if the option existed. *Scand J Caring Sci* 2004;18:19-26.
43. Bjorkman M, Malterud K. Being Lesbian - Does the Doctor Need to Know? *Scand J Prim Health Care* 2007;25:58-62.
44. Matthews AK, Peterman AH, Delaney P, Menard L, Brandenburg D. A qualitative Exploration of the Experiences of Lesbian and Heterosexual Patients With Breast Cancer. *Oncol Nurs Forum* 2002;29(10):1455-62.
45. Wojciechowski C. Issues in Caring for Older Lesbians. *J Gerontol Nurs* 1998;24:28-33.
46. Neville S, Henrickson M. Perceptions of Lesbian, Gay and Bisexual People of Primary Healthcare Services. *J Adv Nurs* 2006;55(4):407-15.
47. Allen LB, Glick AD, Beach RK, Naylor KE. Adolescent Health Care Experience of Gay, Lesbian, and Bisexual Young Adults. *J Adolesc Health* 1998;23:212-20.
48. Platzer H, James T. Lesbians' Experiences of Healthcare. *Nurs Times* 2000;5(3):194-202.
49. Skelton JR, Matthews PM. Teaching Sexual History Taking to Health Care Professionals in Primary Care. *Medical Education* 2001;35:603-8.

## BILAGA 1

### Artikelpresentation

**Referensnummer: 39**

**Författare:** Röndahl G, Innala S, Carlsson M.

**Titel:** Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing

**Tidskrift:** J Adv Nurs 2006;56(4):373-8.

**Land:** Sverige.

**Syfte:** Att se vilka upplevelser/erfarenheter homosexuella män och kvinnor har haft av omvårdnad inom sjukhusvård både som patienter och som närstående, och vad de ansåg viktigt att "kommunicera" angående homosexualitet och omvårdnad.

**Metod:** Kvalitativa intervjuer med 27 personer från olika delar av Sverige som beskrev 46 tillfällen av att vara patient och 31 av att vara partner.

**Urval:** En undersökningsgrupp av 17 homosexuella kvinnor och 10 män mellan 23-65 år rekryterades genom snöbollsurval och genom reklam på webbsidor för homosexuella män och kvinnor. Kriterierna var att de identifierade sig själva som homosexuella och hade erfarenheter av hälso- och sjukvården i Sverige som patient eller partner de senaste 5 åren.

**Referenser:** 29

---

**Referensnummer: 40**

**Författare:** Clover D.

**Titel:** Overcoming barriers for older gay men in the use of health services: A qualitative study of growing older, sexuality and health.

**Tidskrift:** Health educ J. 2006; 65(1):41-52.

**Land:** England.

**Syfte:** Undersöka äldre homosexuella mäns erfarenheter av hälsa, socialt stöd och hälso- och sjukvård. Att se hur vården bättre kan möta äldre homosexuella mäns behov.

**Metod:** Kvalitativ studie med 10 stycken homosexuella män mellan 60-75 år. Halvstrukturerade djupintervjuer.

**Urval:** Strategiskt urval där äldre homosexuella män rekryterades genom flygblad och reklam på caféer, bokaffärer, internetcaféer och barer. Inklusionskriterierna var att man skulle vara en homosexuell man, vara äldre än 60 år och bo i London.

**Referenser:** 47

---

**Referensnummer: 41**

**Författare:** Mulligan E, Heath M.

**Titel:** Seeking open minded doctors – How women who identify as bisexual, queer or lesbian seek quality health care.

**Land:** Australien.

**Tidsskrift:** Aust Fam Physician. 2007 June;36(6):469-71.

**Syfte:** Att undersöka de strategier som kvinnor som identifierar sig som icke-heterosexuella kvinnor använder sig av för att maximera kvaliteten på den hälso- och sjukvård de söker.

**Metod:** En kvalitativ studie där 47 kvinnor intervjuades på telefon eller ”face to face”. 27 identifierade sig som lesbiska, 16 som bisexuella och 4 som inte identifierade sig med någon sexuell läggning. De rekryterades via organisationer, mail-nätverk, sjukvårdsinrättningar och konferenser som riktade sig till dessa personer.

**Urval:** Strategiskt urval av kvinnor bosatta i 5 utvalda stater mellan åldrarna 20 och 71 år.

**Referenser:** 14

---

**Referensnummer: 42**

**Författare:** Röndahl G, Innala S, Carlsson M.

**Titel:** Nursing staff and nursing students’ emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed.

**Tidsskrift:** Scand J Caring Sci. 2004;18:19-26.

**Land:** Sverige.

**Syfte:** Att undersöka vilka känslor som finns inför att vårda homosexuella patienter hos sjukvårdspersonal (legitimerade sjuksköterskor och undersköterskor) och hos sjuksköterske- och undersköterskestudenter samt eventuella samband mellan dessa känslor och de tillfrågades kulturella bakgrund och kön. Syftet var även att undersöka om sjukvårdspersonal och sjuksköterske- och undersköterskestudenter skulle välja att avstå från att vårda homosexuella patienter om detta alternativ existerat och i så fall se varför de uttrycker denna önskan.

**Metod:** En kvantitativ studie med två stycken enkäter. Den första genomfördes med sjuksköterskor (48 st) och undersköterskor (37 st) 1999 och den andra år 2000 med sjuksköterske- och undersköterskestudenter (165 st). Studien hade en deskriptiv, komparativ design.

**Urval:** Alla sjuksköterskor samt alla undersköterskor på en infektionsklinik var tillfrågade om att delta i studien. Inklusionskriteriet för dessa var att de skulle arbeta direkt med patienter. 67 % valde att delta i studien. Alla sjuksköterskestudenter registrerade i termin 2 och 6 på ett sjuksköterskeprogram samt undersköterskestudenter (113) i termin 4 och 6 på ett gymnasium fick frågan om att vara med i studien. 62 % valde att delta.

**Referenser:** 32

---

**Referensnummer: 43**

**Titel:** Being lesbian – does the doctor need to know?

**Författare:** Bjorkman M, Malterud K.

**Tidsskrift:** Scand J Prim Health Care. 2007;25:58-62.

**Land:** Norge.

**Syfte:** Undersöka lesbiska kvinnors erfarenheter av att vara öppna med sin sexuella läggning i mötet med läkare, och vad läkare kan göra för att främja öppenhet.

**Metod:** En kvalitativ studie i form av en gruppintervju.

**Urval:** 6 kvinnor i åldrarna 28-59 år rekryterades från ett webbaserat nätverk för forskning rörande homosexualitet.

**Referenser:** 21

---

**Referensnummer: 44**

**Titel:** A qualitative Exploration of the Experiences of Lesbian and Heterosexual Patients With Breast Cancer.

**Författare:** Matthews AK, Peterman AH, Delaney P, Menard L, Brandenburg.

**Tidsskrift:** Oncol Nurs Forum. 2002;29(10):1455-62.

**Land:** USA.

**Syfte:** Att undersöka likheter och skillnader mellan lesbiska och heterosexuella kvinnor som överlevt bröstcancer gällande erfarenheter av sin sjukdom, behandling och livskvalitet.

**Metod:** En kombinerad kvantitativ och kvalitativ studie där deltagarna först genomförde en enkät och sedan deltog i diskussioner i form av fokusgrupper. Studien genomfördes med sammanlagt 41 kvinnor varav 28 var heterosexuella och 13 lesbiska.

**Urval:** Inklusionskriterierna var att man skulle vara en lesbisk eller heterosexuell kvinna som haft en bröstcancerdiagnos de senaste 5 åren. De rekryterades via annonser i dagstidningar, i stödgrupper på sjukhus och via reklam posters uppsatta i hälsovårdsinrättningar.

**Referenser:** 34

---

**Referensnummer: 45**

**Titel:** Issues in caring for older lesbians.

**Författare:** Wojciechowski C.

**Tidsskrift:** J Gerontol Nurs. 1998;24:28-33.

**Land:** USA.

**Syfte:** Att ge kunskap om äldre lesbiska kvinnor och de potentiella problem som kan uppstå i samband med vård sammanhang.

**Metod:** Litteraturstudie.

**Referenser:** 25

---

**Referensnummer: 46**

**Författare:** Neville S, Henrickson M.

**Titel:** Perceptions of lesbian, gay, and bisexual people of primary healthcare.

**Tidsskrift:** J Adv Nurs 2006;55(4):407-15.

**Land:** Nya Zeeland.

**Syfte:** Att undersöka homo- och bisexuellas uppfattningar och föreställningar kring att vara öppen med sin sexuella identitet i primärvården.

**Metod:** Kvantitativ. En nationell enkät med 133 frågor. 2269 personer deltog från hela landet. Enkäten kunde besvaras både elektroniskt och i pappersform. Resultatet tolkades med statistisk analys.

**Urval:** Deltagarna i studien, 54,5 % män, 45,2 % kvinnor samt 0,2 % transpersoner rekryterades med hjälp av reklam i både allmän media och media riktad mot icke-heterosexuella samt genom snöbollsurval i icke-heterosexuella nätverk. Målgruppen var män och kvinnor över 16 år som attraherades eller hade sexuella relationer med personer av samma kön oavsett av vad de uppfattade som sin primära relation och hur de själva definierade sin sexuella identitet.

**Referenser:** 37



---

**Referensnummer: 47**

**Författare:** Allen B L, Glicken D A, Beach K R, Naylor E K.

**Titel:** Adolescent health care experience of gay, lesbian and bisexual young adults.

**Tidskrift:** J Adolesc Health. 1998;23;212-20.

**Land:** USA.

**Syfte:** Att beskriva homo- och bisexuella tonåringars erfarenheter av hälso- och sjukvård, och deras erfarenheter om diskussion av frågor gällande sexuell läggning och tystnadsplikt. Författarna ville även veta deltagarnas uppfattningar om hur vården hade kunnat förbättras samt vilka hinder som finns för en effektiv vård för homo- och bisexuella tonåringar.

**Metod:** Kvantitativ. En enkätstudie med 32 frågor om vårdupplevelsen mellan åldrarna 14 och 18 år. 103 stycken homo- och bisexuella killar och tjejer deltog i studien.

**Urval:** Deltagarna rekryterades genom annonser i tidningar, flygblad, email-utskick samt reklam via stödgrupper. Inklusionskriterierna var att de skulle identifiera sig själva som homosexuell eller bisexuell och vara mellan 18-23 år.

**Referenser:** 31

---

**Referensnummer: 48**

**Författare:** Platzer H, James T.

**Titel:** Lesbians' experiences of healthcare.

**Tidskrift:** Nurs Times. 2000;5(3);194-202.

**Land:** England.

**Syfte:** Undersöka lesbiska kvinnors erfarenheter och upplevelser av hälso- och sjukvård.

**Metod:** Kvalitativ studie med sammanlagt 35 deltagare mellan 16-74 år. Studien baserades på halvstrukturerade intervjuer med 23 deltagare samt diskussion i fokusgrupper med resterande 12 deltagare.

**Urval:** Ej redovisat.

**Referenser:** 30

---

**Referensnummer: 49**

**Titel:** Teaching sexual history taking to health care professionals in primary care.

**Författare:** Skeleton JR, Matthews PM.

**Tidskrift:** Medical Education. 2001;35:603-8.

**Land:** England.

**Syfte:** Att öka kunskapen hos hälso- och sjukvårdspersonalen om sexuella hälsoproblem samt förbättra förmågan att diskutera sexualitet med patienten.

**Metod:** Enkätundersökning. Studien genomfördes med personal från primärvården som genomfört en kurs innehållande övningar för att främja en mer öppen kommunikation med patienter. Sammanlagt deltog 141 personer.

**Urval:** Deltagarna från 9 kurser som hölls mellan februari 1997 och november 1999.

**Referenser:** 15

---

