



Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

**Homosexuellas erfarenheter
av vårdpersonalens bemötande
– en pilotstudie**

Linn Karlsson
Caroline Torstensson
Ina Berndtsson

Omvårdnads-Examensarbete, 15hp
Magisternivå
VT 2014

Titel	Homosexuellas erfarenheter av vårdpersonalens bemötande – en pilotstudie Homosexuals experience of treatment they receive in Swedish healthcare – a pilot study
Författare	Linn Karlsson och Caroline Torstensson
Handledare	Ina Berndtsson
Institution	Högskolan Väst, institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Arbetets art	Omvårdnad – Examensarbete, 15 hp
Program/kurs	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, 75 hp
Termin/år	VT 2014
Antal sidor	26

Abstract

Det har visats att homosexuella har sämre hälsa än övriga befolkningen, en bidragande orsak är diskriminering. Mer än en tredjedel av vårdpersonalen i Sverige skulle avstå från att vårda homosexuella om de fick valet. Syftet var att beskriva homosexuellas erfarenheter av vårdpersonalens bemötande vid kontakt med hälso- och sjukvården. Metoden utgjordes av en kvantitativ enkätstudie och distribuerats främst via sociala medier. Resultatet baseras på 66 st inkluderade enkäter. En öppen fråga har analyserats med manifest innehållsanalys och dess resultat har använts till att exemplifiera och validera det kvantitativa resultatet enligt mixad metod och triangulering.

Resultatet visade att 50 % av informanterna, någon gång under de senaste tio åren, har upplevt negativt bemötande när de varit öppna med sin homosexualitet vid kontakt med hälso- och sjukvården. Studien har också funnit att det är vanligare att de kvinnliga informanterna upplever negativt bemötande än de manliga informanterna. Tjugosju procent avstod från att berätta för hälso- och sjukvården om sin homosexualitet, då de var oroliga för att få en annan vård än om de inget berättar eller är oroliga för personalens reaktion. Fyrtiotvå procent skulle säga att de blev diskriminerade utifrån sin sexuella orientering. Diskussionen lyfter att de homosexuella i denna studie löper lika stor risk att diskrimineras när de besöker hälso- och sjukvården, som de gör i övriga samhället. En praktisk implikation av denna studie är att vårdpersonal behöver utbildning i frågor som rör homosexualitet, för att möjliggöra förbättring av vårdkvaliteten och folkhälsan för de homosexuella patienterna.

Nyckelord: bemötande, diskriminering, folkhälsa, homosexuell, hälsovård.

Homosexual's health has shown to be worse than the rest of the Swedish population. Discrimination is a part of that result. There has also been studies that show some nurses in Sweden would choose to refrain from nursing homosexual patients. The aim of this study is to describe homosexual's experiences of treatment in Swedish health care. The method used a quantitative questionnaire that has been distributed mostly through social media. An open question has been analysed with manifest content analysis and validates and exemplified the quantitative result according to mixed method and triangulation.

The result shows that 50 % of the informants felt that they at some point during the latest ten years, been treated in a negative way in the Swedish health system, because they were homosexuals. We have found that women experience negative treatment more often than men. Twenty-seven percent of the informants would refrain from telling the healthcare personal that they were homosexual, because they were afraid to get another treatment or were afraid of the healthcare personals reaction. Forty-two percent would say they experienced discrimination in contact with the Swedish healthcare. The discussion shows that the homosexual informants in this study are at the same risk of discrimination as they are in rest of the society. One implication of this study is to educate nursing personal in question regarding homosexuality, to improve the quality of care and public health for the homosexual patients.

Keywords: discrimination, healthcare, homosexual, public health, treatment

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Homosexualitet.....	1
Homofobi	2
Heteronormativitet	3
Diskriminering	3
Homosexuellas hälsosituation	4
Omvårdnadspersonals attityder	5
Teoretisk ram.....	6
Problemformulering	7
Syfte	8
Metod	8
Genomförande	9
Urval.....	9
Datainsamling.....	10
Enkäten.....	10
Analys.....	11
Etik	12
Resultat.....	13
Positivt och negativt bemötande	13
Undviker att berätta.....	14
Respektfullt och inkluderande bemötande	15
Överfokusering och heteronormativitet	16
Diskriminering	17
Vill inte tillbaka.....	18
Informera sina närmaste	19
Diskussion	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	21
Praktiska implikationer	24
Vidare forskning.....	25
Konklusion	25
Referenser.....	26
Bilaga 1	29
Bilaga 2	30

Inledning

Officiellt har Sverige en öppen attityd gentemot homosexuella, tydliga lagar finns och homosexuella syns i kulturella och politiska sammanhang. Vård ska ges till alla på lika villkor och ingen får utsättas för diskriminering. Hälso- och sjukvården lever dock inte alltid upp till detta. Många homosexuella känner sig negativt bemötta och särbehandlade i kontakter med vården.

Bakgrund

Rätten till sin sexualitet har inte alltid varit självklar. Fram till år 1944 var homosexuella förbindelser olagliga i Sverige. Därefter legaliserades homosexualitet, för att istället betraktas som en sjukdomsdiagnos som man då ansåg borde behandlas på mentalsjukhus. Detta sjukdomsbegrepp avskaffades först år 1979. År 1987 blev det förbjudet för näringsidkare och offentligt anställda att diskriminera homosexuella. Undan för undan utvidgades förbudet att diskriminera homosexuella till att omfatta fler områden, för att år 2005 även komma att innefatta förbud mot att diskriminera homosexuella inom det sociala området, där hälso- och sjukvården ingår (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL], 2013.).

Antalet homosexuella i Sverige går inte att beräkna. En av anledningarna till detta är att det är svårt att definiera vem som är homosexuell. Är det en persons identitet eller en persons sexuella beteende som avgör? Eftersom det är individuellt hur man definierar sig och det inte är något som syns är det mycket svårt att uppskatta, men troligen är det långt fler än vad vi tror. Antalet som haft homosexuella upplevelser är fler än de som definierar sig som homosexuella. Troligt är att de flesta människor har någon i sin bekantskap som definierar sig som homosexuell men det är inte säkert att dessa är öppna med sin homosexualitet och det är många som döljer sin sexuella orientering (Widegren & Ytterberg, 2005).

Homosexualitet

Homosexualitet är en sexuell orientering som innebär att en person förälskar sig i eller känner sexuell dragning till människor av samma kön. Det innebär inte bara att ha sexuella relationer med samkönade personer utan att själv definiera sig som homosexuell då det också är en

social identitet. Alla homosexuella definierar sig inte på samma sätt och det är upp till varje individ att göra bedömningen av ens egen sexuella orientering (RFSL, 2013). Det bör göras skillnad på homosexuellt beteende och att ha en homosexuell läggning (Ahmad & Bhugra, 2010). En homosexuell handling behöver alltså inte betyda att personen känner sig homosexuell eller identifierar sig som homosexuell (Christenssen, 2005).

Homofobi

Homo kommer ur ordet homosapiens som är Latin och står för primat. Fobia är Grekiska och betyder rädsla. Dessa två i ordet homofobi har kommit att betyda rädsla eller hat mot homosexuella (Christensen, 2005). Ahmad och Bhugra (2010) beskriver homofobi som rädsla för homosexuella, men anser att det i dagens samhälle inte handlar om någon fobi i ordets rätta bemärkelse. De ifrågasätter användandet av termen homofobi och anser att den är något förlegad. I dagens västerländska samhälle när homosexualitet är så väl synligt och bl.a. accepterat genom lagar, borde termer som ”homofördomar” istället övervägas för beskrivning av dessa negativa attityder.

Homofobin består enligt Christensson (2005) av flera olika sorters rädslor så som, rädsla för egna homosexuella känslor, rädsla för smitta av HIV/AIDS, rädsla för att bli föremål för homosexuella närmanden och en rädsla för att det stör de etablerade könsrollerna. Rädsla för sina egna homosexuella känslor innebär att personen blir hotfull och känner sig osäker i sin egen sexualitet när denne kommer i kontakt med homosexualitet. Forskning visar på att så många som 33 % av alla män har upplevt orgasm som ett resultat av homosexuell upphetsning utan att de anser sig vara homosexuella och att detta kan ge känslor av skuld och skam som kan ta sig i uttryck som aggression. Rädsla för smitta har att göra med fördomen många har att HIV/AIDS är en ”gay-sjukdom”. Likväl finns fördomen att homosexuella skulle vara mer promiskuösa än heterosexuella. Christenssen (2005) menar vidare att homosexuella män har likvärdiga sexuella vanor och beteenden som heterosexuella par. Kvinnliga sjuksköterskor har uppgett att de är rädda för att lesbiska patienter skall göra sexuella närmanden, när statistik visar att det är långt mycket vanligare att heterosexuella män gör sexuella närmanden.

Heteronormativitet

Heteronormativitet är den norm som säger att heterosexualitet är ”det normala” som samhället bygger upp sina värderingar och struktur utefter och som privilegierar de som lever heterosexuellt. Detta leder till att alla övriga sexuella läggningar ses som onormala (Tolley & Ranzijn, 2006). Detta innebär t.ex. att vårt språkbruk och beteendemönster förväntas följa den heterosexuella normen. Vi talar om pojkvän med flickor och flickvän med pojkar, med kvinnan och hennes man och med mannen om hans fru. Vi förväntar oss att vi beter oss så som det förväntas av det kön vi fötts in i. Detta är normen och inget som vi reflekterar över, utan det är först när någon bryter mot dessa normer som de blir synliggjorda.

Heteronormativitet leder till att det skapas motsättningar som *vi* och *dem* där de andra är homosexuella och blir gjorda till något annorlunda, onormalt och underordnade. Detta utgör i sin tur underlag för diskriminering (Stål & Westersthål, 2012).

Diskriminering

Diskriminering innebär att någon utsätts för särbehandling, oftast är det en negativ sådan. En grupp eller en individ ur en socialt definierad grupp blir behandlad annorlunda (Mohseni & Lindström, 2008).

De finns två typer av diskriminering, individuell eller institutionell. Den individuella diskrimineringen innebär en negativ särbehandling, av en person eller en grupp i en situation som kan ses som jämförbar. Situationen uppfattas som orättvis och innebär en kränkning av individens integritet utan saklig grund eller orsak. Institutionell diskriminering innebär att regler, lagar och villkor i en socialstruktur får konsekvenser, avsiktliga eller inte, som innebär diskriminering för en grupp eller kategori. Diskriminering utgör en stressfaktor för individen, vilket i sin tur leder till försämring av hälsan (Frykman, 2006a). Enligt Frykman (2006a), framkom att 31 % av kvinnorna och 22 % av männen i befolkningen hade en eller flera gånger blivit utsatta för diskriminering i samhället. Motsvarande siffror bland homo- och bisexuella var 47 % av kvinnorna och 37 % av männen. Sjukvården utgår från de mänskliga rättigheterna och enligt dessa skall alla bemötas på ett respektfullt och likvärdigt sätt (Regeringskansliet, 2011). Att bli bemött på ett diskriminerande sätt leder således till att ens möjligheter att utöva sina rättigheter kränks (Stål & Westersthål, 2012).

Homosexuellas hälsosituation

I en utförlig hälsostudie av homosexuella i Nederländerna, ett land som liknar Sverige på många sätt och som har liknande attityder och lagar gentemot homosexuella, upplever homosexuella, både män och kvinnor, att deras hälsa är sämre än övriga befolkningen. De skattade både sin somatiska och psykiska hälsa lägre än den heterosexuella befolkningen. Många av de homosexuella uppgav också att de haft längre perioder av nedstämdhet än övriga befolkningen och att de någon gång uppsökt en psykolog i högre utsträckning än övriga befolkningen (Bakker, Sandfort, Venwesenbeeck, van Lindert, & Westert, 2006). Studier i England, Wales och USA har visat att homosexuella i större utsträckning sökt psykisk hjälp samt har ett större droganvändande än de heterosexuella i samma studier (Ahmad & Bhugra, 2010).

Liknade resultat är funnet i Sverige. Statens Folkhälsoinstitut (2005) fann att det självskattade hälsotillståndet hos homo- och bisexuella låg på samma nivåer som övriga befolkningen självskattade hälsotillstånd, med en stor skillnad: bland de bi- och/eller homosexuella kvinnor i åldrarna 45-64 år skattade 31 % sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt, jämfört med 9 % av de övriga befolkningens kvinnorna. När det gällde nedsatt psykiskt välbefinnande framkom att bi- och homosexuella personer i dubbelt så hög grad rapporterade att de mådde psykiskt dåligt, jämfört med övriga befolkningen. Särskilt bi- och/eller homosexuella kvinnor besvärades av oro och ångest. I åldrarna 16-65 år uppgav 20 % av de bi- och/eller homosexuella kvinnorna att de mådde psykiskt dåligt, jämfört med 6 % av övriga befolkningens kvinnor. Bland männen uppgav 7 % av de bi- och/eller homosexuella männen att de mådde psykiskt dåligt, jämfört med 4 % av männen i den övriga befolkningen i åldrarna 16-65 år. Självmodstankar förekom i dubbelt så hög grad hos bi- och/eller homosexuella män och kvinnor än hos övriga befolkningen. Bi- och/eller homosexuella kvinnor led i högre grad av värk än både bi- och/eller homosexuella män och övriga befolkningen.

Även när det gäller att vara drabbad av långvarig sjukdom var bi och/eller homosexuella, särskilt kvinnorna hårdare drabbade än övriga befolkningen. När det gäller att uppsöka hälso- och sjukvården fann folkhälsoinstitutet att bi- och/eller homosexuella uppsökt vård i större utsträckning än övriga befolkningen. Dock uppsökte bi- och/eller homosexuella unga kvinnor ungdomsmottagningen i lägre grad än kvinnor ur övriga befolkningen, medan bi- och/eller homosexuella unga män besökte ungdomsmottagningen i större utsträckning än unga män ur övriga befolkningen.

Folkhälsoinstitutet drar slutsatsen att diskriminering av Homo- Bi- Transpersoner (HBT-personer) torde vara en betydande orsak till att deras hälsa, framförallt den psykiska hälsan, är sämre än hos övriga befolkningen (Statens Folkhälsoinstitut, 2005).

Omvårdnadspersonals attityder

I en svensk studie undersöktes svensk omvårdnadspersonals attityder gentemot homosexuella patienter. Den visade att 36 % av verksamma sjuksköterskor och undersköterskor (omvårdnadspersonal) skulle avstå från att vårda homosexuella om de fick valet. Elva procent hade en fördömande attityd gentemot homosexuella och ansåg bland annat att läggningen var sjuklig eller äcklig. I denna grupp uttrycktes ofta religiösa ståndpunkter för att motivera sina åsikter, som att homosexualitet var emot Guds vilja. Studien visar också att vårdare med annan kulturell bakgrund än svensk i högre utsträckning uppvisar negativa attityder gentemot homosexuella. Detta tros komma av att de har starkare traditionella könsroller än de i svensk kultur, vilket kan leda till osäkerhet och aggression i mötet med homosexuella (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a). Som vårdare kan man ha en kognitiv förståelse för homosexuella men på ett känslomässigt plan känna negativa känslor. Detta leder till förvirring hos vårdaren, som känner en impuls att vara tolerant men ändå känner sig obekvämt när denne möter homosexualitet (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004b).

Officiellt har Sverige en öppen attityd gentemot homosexuella, tydliga lagar finns och homosexuella syns i kulturella och politiska sammanhang. Ändå var det 36 % av omvårdnadspersonalen som uppger att de skulle välja bort att vårda homosexuella patienter om de fick möjligheten. Siffran är betydligt lägre bland sjuksköterskestudenter, nio procent, och detta tros höra samman med ett generationsskifte och den senare tidens öppna samhällsattityd. För att kunna arbeta bort dessa negativa attityder är det bevisat att just arbete med homosexuella leder till en attitydförändring och större tolerans (Röndahl et al, 2004b).

Röndahl et al (2004b) konstaterar att vårdpersonal med högre utbildning har större tolerans gentemot homosexuella än vad de med kortare utbildning har. Bland omvårdnadspersonalen ansåg 58 % att homosexualitet var medfödd, medan 35 % ansåg att homosexualitet var en persons aktiva val. Sju procent ansåg att andra orsaker låg bakom, såsom att det skulle vara en ”modefluga”, eller att homosexuella valde denna livsstil för att provocera sin omgivning. Det var också vanligare att de som ansåg att homosexualitet var medfött hade en mer positiv

inställning till homosexualitet, jämfört med dem som ansåg att det var en vald livsstil. Röndahl et al (2004b) menade att omvårdnadspersonals attityder har förbättrats gentemot homosexuella patienter, men fortfarande hade 8 % av sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter en mycket negativ inställning till homosexuella. Enligt en studie av Chapman, Watkins, Zappia, Nicol & Shields (2011) utförd i Australien är toleransen gentemot homosexuella kvinnor större än den är gentemot homosexuella män. Deras studie efterlyser också att ämnet homosexualitet tas upp i grundutbildningen för sjuksköterskor, då studenter som har haft en personlig kontakt med homosexuella får en ökad tolerans och ger effektivare vård till denna grupp som färdiga sjuksköterskor.

En studie från USA visar att när omvårdnadspersonal utgår från att alla patienterna är heterosexuella och dessutom uppträder homofobiskt ledde till att lesbiska kvinnor undvek att söka vård (Plazer & James, 2000). Även i Sverige är det vanligt att omvårdnadspersonal behandlar patienter heteronormativt. Särskilt tydlig blir heteronormativiteten i den skriftliga patientinformation som delas ut. Patienterna ansåg att en större kunskap om homosexualitet skulle öka sjuksköterskorna medkänsla och hjälpa sjuksköterskorna att bli mer bekväma i att vårda homosexuella patienter (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006).

Dahl Spidsberg och Sørli (2011) identifierar att sjuksköterskan, förutom det verbala, ofrivilligt förmedlade sina attityder gentemot patienten genom kroppsspråk och mimik. De har också funnit att attityden sjuksköterskan förmedlar med sitt kroppsspråk var viktigare för patienten än det som sjuksköterskan uttrycker i ord. Sjuksköterskan kunde således använda ett respektfullt och könsneutralt språk men ändå uppfattas som reserverad, då kroppsspråket och mimiken var avvisande.

Teoretisk ram

Halldorsdottirs (2008) teori beskriver hur en sjuksköterska genom sitt bemötande skapar en professionell relation med patienterna, en koppling, vilket leder till att patienten upplever ett ökat välbefinnande och stärkt hälsa. Detta kallar Halldorsdottir ”bemyndigande” av patienten, vilket innebär att patienten känner sig styrkt på flera plan så som fysiskt, mentalt, socialt, själsligt och känslomässigt. Detta görs genom att patienten upplever att sjuksköterskan bryr sig om, har vetskap om dennes situation och har kunskap att möta patienten där denne befinner sig samt besitta professionellt kunnande och gedigen erfarenhet. Dessa komponenter gör det

möjligt för sjuksköterskan att skapa en koppling, en ”bro”, till patienten. För att detta skall vara möjligt krävs dock att sjuksköterskan lyckas hålla en professionell distans, att utveckla en slags närhet och kontakt med patienten men samtidigt hålla denna kontakt professionell. Det är av denna distans, men med en tydlig kontakt som metaforen av en bro kommer. Bron bildas i sex steg, där det första är kontaktsökande, vilket kan initieras av både sköterskan såväl som patienten och sker genom kommunikation. Efter detta måste anonymiteten skalas bort genom att sjuksköterskan och patienten lägger bort sina respektive roller som ”patient” och ”sjuksköterska” och istället ser varandra som enskilda personer, dock utan att bli privata. Sedan följer steget då patienten känner att en förbindelse är gjord, och att sjuksköterskan ser personen bakom patienten. Nu har patienten fått förtroende för sjuksköterskan och vågar säga vad denne tycker och uttrycka sin sanning. Patienten har förtroende för sköterskan och nästa nivå innebär att patienten upplever att sköterskan är på dennes sida att hen är solidarisk. Patienten vågar visa sig sårbar och känner att sjuksköterskan delar patientens situation och patienten upplever sig inte längre ensam i situationen. När denna utveckling ägt rum har sjuksköterskan lyckats med det som Halldorsdottir kallar för ”bron”, förbindelsen är stark till patienten och hen känner att sjuksköterskan arbetar för patienten och att de arbetar tillsammans mot ett gemensamt mål. Sjuksköterskan håller dock en viss professionell distans för att patienten skall kunna utvecklas och tillslut träda ur rollen som patient. Om sjuksköterskan misslyckas med någon av dessa komponenter så skapas i stället en ”vägg” mellan sjuksköterskan och patienten. Detta leder till misstro från patientens sida vilket hindrar dennes bemyndigande och leder till ”O-bemyndigande”, att patienten i stället bryts ned och känslan av välbefinnande och hälsa minskar. Genom att bygga en ”bro” och vinna patientens förtroende kan sjuksköterskan hjälpa patienten att öka sin livskvalité och förbättra sin hälsa.

Problemformulering

Homosexuella blir i olika sammanhang dåligt bemötta och särbehandlade samt diskriminerande i samhället vilket väckte frågor kring hur de blir bemötta inom hälso- och sjukvården, som enligt lag skall behandla alla lika. Det är vanligt att vårdpersonal utgår från heteronormativitet, vilket leder till utanförskap för de homosexuella patienterna som blir gjorda till något annorlunda, onormalt och underordnade. Detta utgör i sin tur underlag för diskriminering. När vårdpersonal genom sitt bemötande misslyckas med att bemyndiga patienten genom en professionell relation, leder det till känslor av obehag, patienten försvagas vilket i förlängningen kan leda till sämre hälsa.

De homosexuella skattar sin hälsa sämre än övriga befolkningen, både den psykiska och somatiska hälsan.

Förhållanden för homosexuella patienters upplevelser av det bemötandet de får i kontakt med vården i dagens läge är sparsamt beskrivet, särskilt vad gäller svenska förhållanden. Men det har visats att omvårdnadspersonal har negativa attityder mot homosexuella patienter och vissa skulle avstå från att vårda homosexuella om de fick valet.

De homosexuellas situation behöver uppmärksammas och det behöver studeras hur homosexuella patienter upplever bemötandet de får vid kontakt med hälso- och sjukvården. Genom att lyfta de homosexuella patienternas upplevelse av bemötande, hoppas vi kunna uppmärksamma vårdpersonalen på hur deras agerande, attityder och bemötande upplevs av denna patientgrupp.

Syfte

Beskriva homosexuellas erfarenheter av vårdpersonalens bemötande vid kontakt med hälso- och sjukvården.

Metod

En kvantitativ tvärsnittsstudie med enkäter, kan ge en bild av hur verkligheten upplevs av informanten under ett tillfälle. Fördelar med enkäter jämfört med intervjuer är att enkäter är kostnadseffektiva vilket medför att forskaren har möjlighet att nå fler informanter, enkäterna kan utformas anonyma och svaren påverkas inte av hur skicklig intervjuaren är då objektivitet är det som eftersträvas. Det finns olika typer av enkätfrågor. En vanlig form av fråga i enkäter är dikotomiska frågor, som innebär att informanten har två svarsalternativ, ex ja/nej.

Flervalsfrågor erbjuder tre eller fler fasta svarsalternativ. En studies resultat har ofta att vinna på om det finns inslag av öppna frågor, eller öppna svarsalternativ (Polit & Beck, 2012).

Deskriptiv statistik kan belysa ett resultat med hjälp av diagram. Stolpdiagram är lämpade för att belysa kvalitativa variabler, då svarsfrekvensen illustreras genom staplarnas längd/höjd (Ejlertsson, 2012).

Innehållsanalys innebär att text analyseras utifrån studiens syfte. Vid en manifest innehållsanalys tas endast hänsyn till det synligt beskrivna innehållet. Det sker således ingen tolkning av innehållet i den text som ska analyseras. De bärande enheterna av texten som svarar mot syftet lyfts ur. Därefter kondenseras meningen för att närma sig dess kärna. De

kondenserade meningarna koncentreras ytterligare för att komma att beskriva innehållet med ytterst få ord. Dessa ord grupperas och bildar sub-teman. Ytterligare ett steg kan vara motiverat och då sökes gemensamma nämnare bland sub-teman, för att mynna ut i teman. Dessa sub-teman och teman ska bilda essensen av den underliggande texten (Granheim & Lundman, 2004).

Mixad metod använder både kvalitativa och kvantitativa metoder för att utnyttja de olika metodernas fördelar och tillämpas när det finns skäl att anta att forskningsfrågan besvarats utförligare om både kvalitativa och kvantitativa data kombineras i resultatet. Triangulering är en del av mixad metod och används för att visa att de kvantitativa och kvalitativa fynden stärker och validerar varandra. Triangulering kan också användas för att förklara de kvantitativa fynden genom de kvalitativa. Triangulering genomfördes således efter att den kvalitativa och kvantitativa datan sammanställts och knyter dem samman. Tekniken är varken bunden till metoder eller paradig, varför den är möjlig att tillämpa vid varierande forskningssyften (Sandelowski, 2000).

Det finns olika sätt att göra urval. Det säkraste urvalet är att låta alla individer, i den population som urvalet avser att undersöka, ingå i studien. Detta är oftast inte möjligt, då det krävs mycket stora resurser att genomföra. I stället kan ett slumpmässigt urval göras, där varje medlem ur populationen har lika stor chans att ingå i urvalet (Polit & Beck, 2012). För att nå informanterna till detta urval valdes snöbollsurval som innebär att forskaren utnyttjar de första informanterna som deltar i studien till att i sin tur förmedla kontakter till andra personer, som passar forskarens urvalskriterier. På så vis kan forskaren nå informanter som annars skulle vara svåra att nå eller få kännedom om (Polit & Beck, 2012).

Genomförande

Urval

Informanterna skulle själva identifiera sig som homosexuell man eller kvinna, vara över 18 år och besökt hälso- och sjukvården någon gång under de senaste 10 åren. Informanter från olika geografiska områden i Sverige söktes. Exklusionskriterier var annan sexuell orientering än homosexuell och annat kön än man eller kvinna. Svar som i den öppna frågan beskrev något annat än bemötande analyserades inte.

Datainsamling

Snöbollsurval innebär att de första deltagarna i studien blir nyckelpersoner för att finna nya informanter till studien (Polit & Beck, 2012). Denna princip har använts genom tre olika kontaktvägar. En av vägarna är författarnas kontakter vilka blev studiens nio nyckelpersoner som i sin tur har homosexuella vänner i sitt kontaktnät. Nyckelpersonernas ålder varierade mellan 20-63 år men en median på 40 år, sju var kvinnor och tre var män. Dessa nyckelpersoner distribuerade informationsbrev (se bilaga 1) och länk till enkäten till personer som kunde tänktas passa urvalet. En annan väg har varit att författarna via sociala medier informerat om studien, lagt upp länken till enkäten och informationsbrevet samt bett om hjälp att sprida inlägget. Därmed utgör författarna en egen grupp av nyckelpersoner. Inläggen har tillsammans delats 194 gånger. Ett fåtal informanter har lämnat sin e-mailadress direkt till författarna och fått länken till enkäten och informationsbrev personligt skickat till sig. Slutligen kontaktades samtliga av RFSL:s 31 lokalföreningar, varav sex föreningar förmedlade information om studien till medlemmar alternativt annonserade via sociala medier. Dessa föreningar blev nyckelföreningar gällande distribution av enkät och informationsbrev. Enkäten utformades med hjälp av dataprogrammet QuizIt (www.quizit.se). Deltagaren svarar på enkäten genom att klicka på en länk och svaret skickas automatiskt tillbaka till QuizIt. Författarna såg hur många informanter som svarat, men inte vem som svarat.

Enkäten

Enkäten (se bilaga 2) bygger på en intervjustudie av Lesbisk- Homo- Bi- Trans- och Queer-personer (LHBTQ-personer) som utfördes av Stål och Westersthål (2012). Frågor som i originalenkäten hänvisade till Västra Götalandsregionens olika verksamhetsområden, har justerats till att endast omfatta områden inom Hälso- och sjukvård. Frågeordningen ändrades, då författarna önskade inleda enkäten med tre frågor som behandlade urvalet, såsom kön, sexuell orientering och om de besökt Hälso- och sjukvården någon gång under de senaste tio åren.

Enkäten omfattar demografiska data, och om informanten var bosatta på glesbygden eller i en stad. Informanterna frågas om erfarenheter av möte med hälso- och sjukvården. Majoriteten av svarsalternativen i enkäten, utgörs av kvalitativa variabler, dvs. de beskriver olika upplevelser av bemötande. Frågor ställs om de tvekat eller avstått från att berätta om sin homosexualitet och eventuell orsak till detta. En fråga ställdes om i vilken verksamhet ett

eventuellt positivt eller negativt möte skett och vad som gjorde det till ett positivt, respektive negativt möte. Om informanten uppgivit att denne haft ett negativt möte frågas om detta möte upplevdes som diskriminerande och om det påverkat lusten att uppsöka samma eller liknande verksamhet igen. Vidare undersöktes om informanterna informerar sina vänner och familj om möten med Hälso- och sjukvården, vare sig de är positiva eller negativa samt i vilken utsträckning detta sker. Slutligen fanns möjlighet att i en öppen fråga beskriva en händelse eller situation som upplevts som positivt eller negativt.

Analys

Det inkom 78 ifyllda enkäter varav 12 exkluderades pga. annan sexuell orientering än homosexuell. Av de exkluderade var det två som angav annat kön än man eller kvinna.

Resultatet är beräknat på 66 enkäter som uppfyllde inklussionskriterierna

För att belysa och illustrera data på ett överskådligt sätt används deskriptiv statistik, som illustreras genom exempelvis diagram. Stolpdiagram valdes för att det är ett tydligt sätt att redovisa både kvalitativa och kvantitativa variabler (Ejlersson, 2012). Då enkäten var kvantitativ med kvalitativa variabler, ansågs denna diagramtyp passa resultatet. Enkätens svar sammanställdes i ett datagrafikprogram (Excel) och redovisades i stolpdiagram. Stolpdiagram upprättades över samtliga frågor. Därefter genomfördes den manifesta innehållsanalysen av den öppna frågan (se nedan).

Resultatets rubriker upprättades utifrån de två temana och elva sub-temana. Utifrån temana och sub-temana valdes fem diagram som tydligast illustrerade bemötandet informanterna fick. Enligt innehållsanalysen var dessa områden särskilt viktiga för informanterna i studien. Detta var en form av triangulering (Sandelowski, 2000), då de kvantitativa fynden valideras av de kvalitativa. Resultatet kunde rubriceras genom att använda fynden i innehållsanalysen och samtliga citat från den öppna frågan gick att knyta till frågorna i enkäten vilket ytterligare validerar resultatet av de bägge analyserna.

I den öppna frågan ombads informanten beskriva en händelse eller situation som upplevts positiv eller negativ. Frågan besvarades av 33 informanter, varav 5 svar exkluderades ur den manifesta innehållsanalysen, då de inte beskrev ett bemötande. Svaren på den öppna frågan analyserades med manifest innehållsanalys enligt Granheim och Lundman (2004). En tabell upprättades där alla citat fördes in och det noterades om citatet kom från en man eller kvinna.

Citat som inte beskrev ett möte exkluderades. Bärande enheter i varje citat som svarade mot syftet eftersöktes, och fördes in i tabellen. Dessa bärande enheter kondenserades till korta meningar. I dessa kondenserade enheter söktes kärnan i innehållet, vilket kom att utgöra sub-teman enligt Granheim och Lundman (2004). Dessa sub-teman kunde genom triangulering kopplas samman med den kvalitativa och kvantitativa deskriptiva statistiken.

Etik

Vid studier som inkluderar människor krävs att forskaren har övervägt etiska aspekter och har ett etiskt förhållningssätt gentemot deltagaren. Sverige och övriga Norden baserar de etiska riktlinjerna på International Council of Nurses (ICN) etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2002). Forskningen ska vara till gagn för människor och får inte orsaka lidande eller skada. Informanterna har rätt att veta studiens syfte och metod och om de riskerar att utsättas för någon risk genom sitt deltagande. Informanterna har rätt att vara konfidentiella och kan när som helst avbryta sitt deltagande (Northern Nurses' Federation, 2003).

ICN:s etiska riktlinjer har följts och i denna studie har det strävats efter att ge informanterna största möjliga anonymitet samt informerat dem om deras rättigheter och studiens tillvägagångssätt genom ett informationsbrev, (se bilaga 1). Studien är godkänd av Högskolan Västs etiska nämnd (Dnr 2014/66 B22).

Resultat

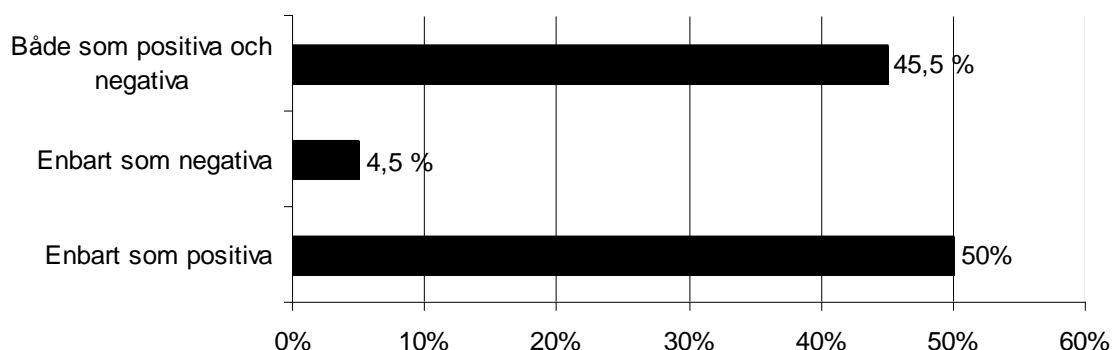
Enkäten har besvarats av 42 (63,6 %) kvinnor och 24 (36,4 %) män. Av informanterna, bodde 43 (65,2 %) personer i storstadsregionerna, 22 (33,3%) av informanterna bodde i en mindre stad. En deltagare (1,5 %), kom från glesbygd. Trettiofyra (51,5 %) av informanterna var mellan 18-29 år, 27 (40,9 %) var mellan 30-44 år, 5 (7,6 %) personer var mellan 45-64 år och ingen informant var över 65 år.

Efter den manifesta innehållsanalysen av den öppna frågan trädde två teman fram, vilka var positivt bemötande och negativt bemötande. De sub-teman som utgjorde temat negativt bemötande var: obekvämlig personal, heteronormativt bemötande, diskriminering, okunskap, överfokusering, vill inte tillbaka, undviker att berätta. De sub-temana som låg till grund till temat positivt bemötande var: respektfullt bemötande, inkluderande bemötande.

Positivt och negativt bemötande

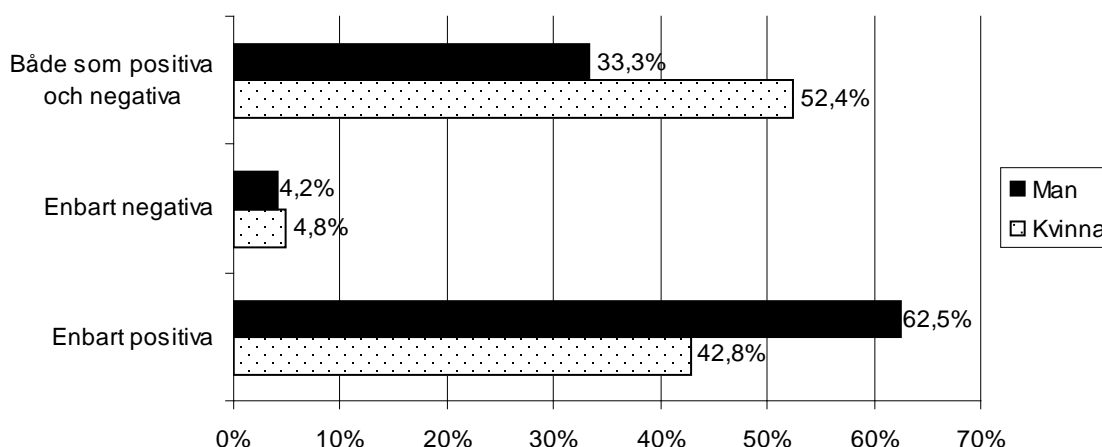
När informanterna varit öppna med sin sexuella orientering, hade 33 (50 %) personer enbart positiva erfarenheter vid mötet med hälso- och sjukvården. Trettio (45,5 %) informanter hade både positiva och negativa erfarenheter. Tre informanter (4,5 %) hade enbart negativa erfarenheter. Se figur 1.

En informant beskriver att bemötandet kan variera under samma vårdtillfälle: *”När min sambo hamnade på sjukhus. Mötes både positivt och negativt under sjukhusvistelsen.”*



Figur 1. Homosexuellas beskrivning av erfarenheter vid möten med hälso- och sjukvården.

Kvinnorna i studien tenderade att vara drabbade av negativt bemötande i högre grad än männen. Bland kvinnorna hade 18 (42,8 %) enbart positiva erfarenheter och bland männen var motsvarande siffra 15 (62,5 %). Av de som enbart fått ett negativt bemötande var 2 kvinnor (4,8 %) och 1 man (4,2 %). Tjugotvå kvinnor (52,4 %) och 8 män (33,3 %) hade fått både positivt och negativt bemötanden. Se figur 2.



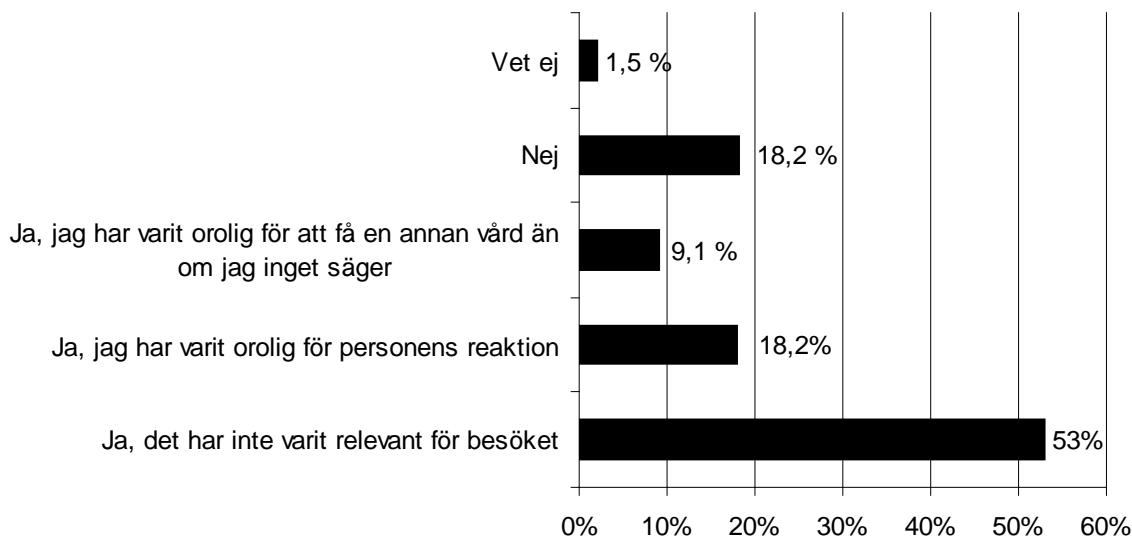
Figur 2. Jämförelse mellan homosexuella kvinnor och män och deras erfarenhet av bemötande.

Undviker att berätta

Informanterna har fått uppge om de avstår att berätta om sin homosexualitet. Då det inte varit relevant för besöket, har 35 (53 %) informanter avstått från att berätta om sin sexuella orientering. Arton informanter (27,3 %) har avstått från att berätta om sin homosexualitet, varav 6 (9,1 %) informanter var rädda för att få en annan vård och 12 (18,2 %) informanter var rädda för personalens reaktion. Tolv informanter (18,2 %) hade aldrig tvekat att berätta om sin homosexualitet. En informant (1,5 %) har svarat ”vet ej”. Se figur 3.

En informant beskriver att han undviker att berätta om sin homosexualitet:

”Oftast har inte frågan kommit på tal när jag har varit i kontakt med vården och jag undviker att berätta för vårdpersonal om jag inte måste.”



Figur 3. Andel av homosexuella som avstått från att berätta om sin sexuella orientering för Hälso- och sjukvårdspersonal.

Respektfullt och inkluderande bemötande

Informanterna har svarat i vilken verksamhet de haft ett positivt möte, 26 (39,4 %), hade upplevt ett positivt möte på en vårdcentral. Tjugotvå informanter (33,3 %) hade upplevt ett positivt möte på sjukhus, 11 (16,7 %) informanter på mödravårdscentral och 6 (9,1 %) informanter på barnvårdcentral. En informant (1,5 %) har aldrig blivit positivt bemött.

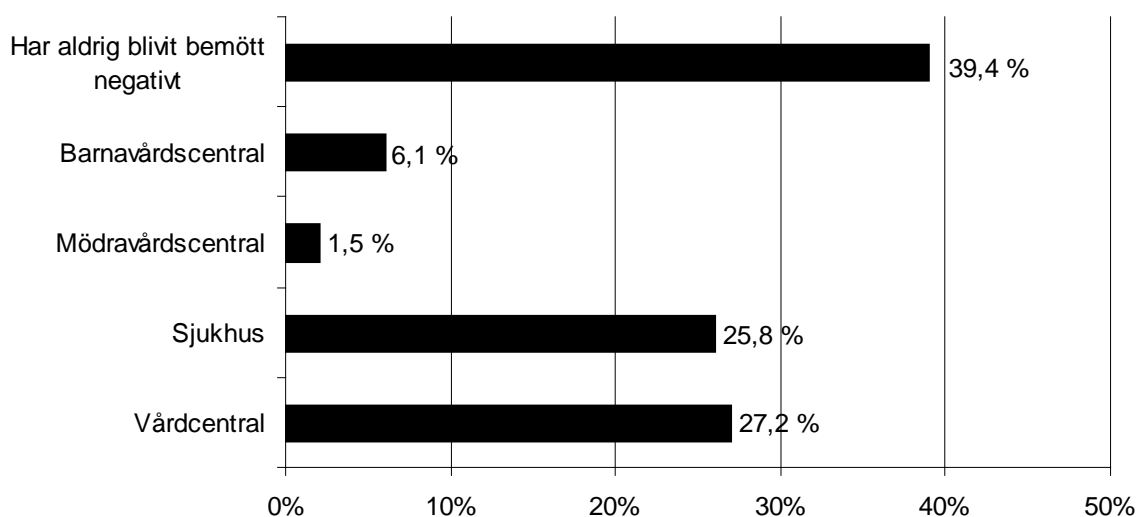
Orsaken till att bemötandet upplevdes positivt var ett likvärdigt bemötande av 33 (48,5 %) personer, vilket innebar att de fått och behandlats med samma attityd och respekt som övriga patienter. Ett kompetent bemötande ansågs vara del av ett positivt möte, vilket 11 (16,7 %) informanter angivit. Att bli tagen på allvar angav 12 (18,2 %) informanter som anledning till ett positivt möte. Sex informanter (9,1 %) fick ett inkluderande bemötande. Två informanter (3 %) kände sig synliggjorda vilket var det som låg till grund för det positiva mötet. En informant (1,5 %) hade aldrig blivit positivt bemött och 2 (3 %) informanter svarade att något annat legat till grund för det positiva mötet.

Ett exempel på ett möte som upplevdes kunnigt och inkluderande: *”Om jag ska se på hur jag blev bemött som homosexuell tycker jag att hon var både kunnig och inkluderande. Att det liksom inte var någon skillnad på hur jag som bög blev bemött gentemot straighta patienter.”*

En informant beskriver ett möte där hon och hennes partner både blev synliggjorda och fick ett kompetent bemötande: *"När jag/vi hade fött våra tvillingflickor frågade barnmorskan, som tog emot på BB vid 23-tiden: "Har ni funderat på om ni vill amma båda två?" Vi blev glatt överraskade!"*

Överfokusering och heteronormativitet

Av informanterna hade 26 (39,4 %) aldrig blivit negativt bemötta medan 40 (60,6 %) personer hade fått ett negativt bemötande. Av dessa angav 17 (25,8 %) av informanterna att ett negativt bemötande skett på sjukhus och på vårdcentraler 18 (27,2 %). Fyra informanter (6,1 %) hade upplevt ett negativt möte på en barnvårdscentral och 1 (1,5 %) på en mödravårdscentral. Se figur 4.



Figur 4. Verksamhet där homosexuella fått ett negativt bemötande.

Informanterna hade angivit orsaken till att bemötandet upplevdes negativt. Av informanterna uppgav 24 (36,4 %) att de aldrig blivit negativt bemötta. Tjugotvå informanter (33,3 %) uppgav att de fått ett negativt bemötande som grundade sig i ett heteronormativt bemötande. Informanterna som bemötts med okunnighet var 5 (7,6 %). De som bemöttes med homofobi var 5 (7,6 %). Fyra informanter (6,1 %) upplevde en överfokusering på sin sexuella orientering. Tre informanter (4,5 %) bemöttes med osynliggörande. Två informanter (3 %) upplevde en direkt kränkning. En informant (1,5 %), angav en annan orsak till det negativa bemötandet.

Informanterna beskrev olika typer av negativa bemötande. En informant beskrev ett heteronormativt bemötande: *”Standardfrågor hos olika läkare: ”Är det jobbigt med killar?/ hur många pojkvänner har du haft/ olika klassiska framtidsfrågor för kärnfamiljer. Eller när jag på operationsbordet och är livrädd inför nedsövning: ”slappna av, det hjälper att tänka på stiliga män” .”*

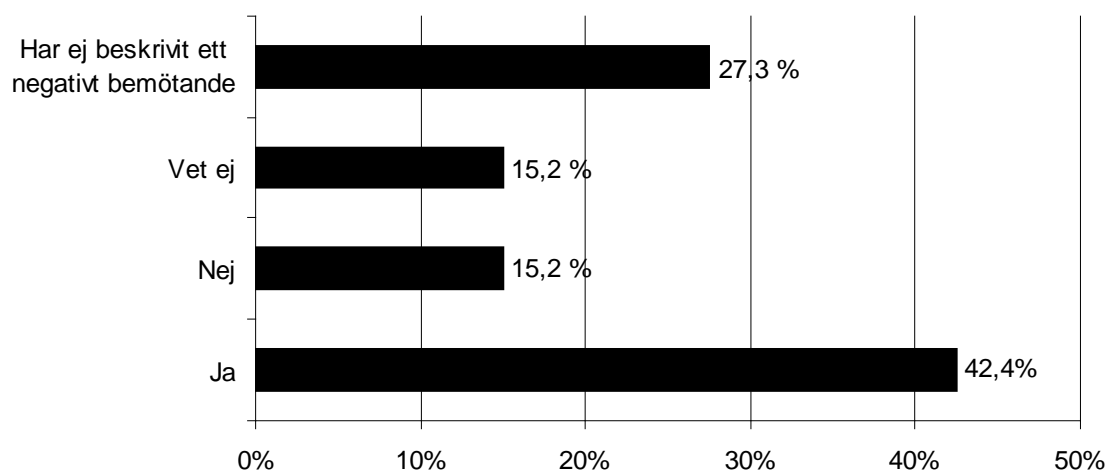
Informanter upplevde en överfokusering på sin homosexualitet: *”När jag sökte hjälp på min vårdcentral för oförmåga att hantera stress i studier/arbete så fick jag träffa en psykolog som skulle bedöma om jag kunde få KBT-samtal. Jag upplevde att psykologen istället försökte utreda min homosexualitet.”*

”Det var vid en hälsokontroll på vårdcentralen då min sexualitet bemöttes med: ”Oj, det var ju mindre bra” samt följt av en förklaring på hur man skyddar sig vid sex. Helt ovidkommande och oombett.”

Diskriminering

Arton informanter (27, 2 %) hade inte blivit negativt bemött. Negativa bemötande angavs som diskriminerande av 28 (42,4 %) informanter. Tio informanter (15,2 %) skulle inte kalla det diskriminering. Tio informanter (15,2 %) angav att de inte visste. Se figur 5.

En informant beskrev ett exempel på institutionell diskriminering: *”Vårt mest diskriminerande och negativa besök var när vi ville skaffa barn och fick veta att kön är längre för samkönade (3,5 år) samt att vi endast fick hjälp med ett barn och inte var berättigade till IVF, det var riktigt illa.”*



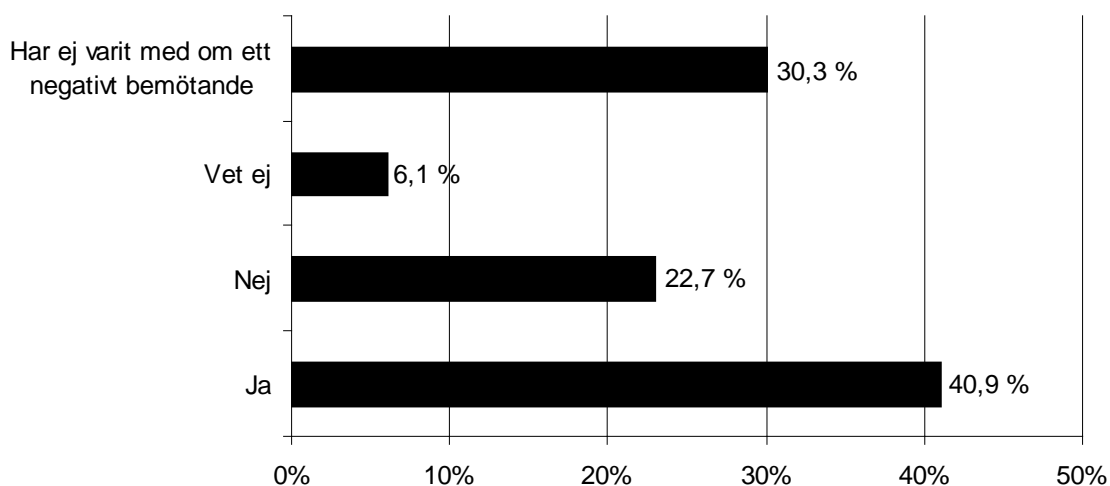
Figur 5. Andel homosexuella som beskrev det negativa mötet som diskriminerande.

Vill inte tillbaka

Ett negativt bemötande påverkade lusten att återkomma till samma verksamhet hos 27 (40,9 %) av informanterna. Lusten att återkomma påverkades inte hos 15 (22,7 %) och 4 (6,1 %) informanter viste inte om det påverkat lusten att återkomma. Tjugo informanter (30,3 %) uppgav att de inte varit med om något negativt bemötande. Se figur 6.

En informant beskriver ett bemötande som fick honom att avstå från att återkomma till samma ungdomsmottagning: ”... en gång när jag var på ungdomsmottagningen som 24-25-åring var den sköterskan väldigt konstig mot mig och tyckte att jag skulle vänta med att berätta för mina föräldrar om min sexualitet. Hon sa i och för sig lite senare att "så ska hon ju inte säga", men jag tycker att hon kändes både oprofessionell och lite obehaglig. Jag blev väldigt avogt inställd till den mottagningen sedan... det fick mig att inte gå tillbaka dit igen.”

En kvinna beskriver en undersökningssituation efter förlossning, som gjort att paret valt annan vårdgivare: ”När jag väl ligger där säger barnmorskan: ”Ja, jag har ju aldrig undersökt en sån som du förut”. Jag blev helt ställd och kom inte för mig att säga någonting. Jag gick aldrig tillbaka till henne. Inte min fru heller som senare blev gravid med barn nr 2.”



Figur 6. Om det negativa bemötandet påverkat homosexuellas lust att återkomma till den verksamhet där mötet skett.

Lusten att uppsöka en annan vårdgivare kunde påverkas av ett tidigare negativt bemötande. Nitton informanters (28,8 %) lust att uppsökte andra hälso- och sjukvårdsinrättningar påverkades negativt. Fyra informanter (6,1 %) viste inte om det påverkat dem, 23 (34,8 %)

informanter påverkades inte, och 20 (30,3 %) informanter angav att de inte varit med om något negativt bemötande.

Informera sina närmaste

Informanterna fick uppge om de brukade informera sina närmast om bemötande de fått vid vårdmöten. Trettiofyra informanter (50 %) angav att de ibland pratar med vänner, familj eller bekanta om bemötandet de får i Hälso- och sjukvården. Tjugo informanter (30,3 %) gjorde det ofta, medan 9 (13,7 %) sällan pratar om bemötandet de fått. Två informanter (3 %) uppger att de aldrig pratar om bemötandet och (3 %) viste inte.

Diskussion

Diskussionen som följer är uppdelad i en metoddiskussion och en resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Urvalet skedde med snöbollsmetod. Snöbollsurvalet är kritiserat för att metoden riskerar att inte spegla populationen (Polit & Beck, 2012). Anledningen till att vi trots detta valde metoden är att gruppen som söktes var svår att nå på andra sätt. För att få ett brett urval ur populationen, valde vi att utgå från nio nyckelpersoner, med åldersspridningen 20-63 år och en median på 40 år, som var och en har ett eget kontaktnät i olika delar av landet. Dessutom har informanterna uppmuntras att själva vidarebefordra enkäten, och på så vis sprida den ytterligare. Fler kvinnor än män har svarat på enkäten, vilket kan ha sin förklaring i att nyckelpersonerna till övervägande del var kvinnor. Enkäten besvarades i de flesta fallen av personer under 44 år och den spridning som enkäten fick på sociala medier, kan förklara varför enkäten inte nådde informanter i åldrarna 65 och uppåt. Då enkäten delades 194 ggr på sociala medier kunde en högre svarsfrekvens förväntas. Även från RFSL var gensvaret svalt, av 31 kontaktade föreningar svarade endast 6 och hjälpte till med distribueringen. Riksföreningen för RFSL gav inget svar alls, vilket kanske kan förklara den låga svarsfrekvensen från äldre informanter.

Insamlandet av data skedde med programmet QuizIt främst på grund av att all information som inkommer via enkäterna behandlas konfidentiellt av företaget som tillhandahåller

programmet. En fördel var att det inte fanns någon möjlighet att koppla en enskild enkät till någon specifik informant. Det gick inte att se vem som svarat, och inga personuppgifter har begärts från deltagarna, vilket ökar anonymiteten. Vi ansåg att det var mycket viktigt att informanterna fick behålla sin anonymitet då det kan vara känsligt att avslöja sin sexuella orientering. Det kan även vara känsligt att dela med sig av upplevelser som skett inom Hälso- och sjukvården.

En möjlig bias är att en och samma länk är utskickad till alla informanter. Det var således möjligt för en informant att svara på enkäten flera gånger. Informanterna ombads i informationsbrevet att endast svara på enkäten en gång. Vi fann inga tecken på att samma informant skulle ha besvarat enkäten mer än en gång.

Som tidigare nämnts i bakgrunden blev det år 2005 förbjudet i Sverige att diskriminera homosexuella i det sociala området, där hälso- och sjukvården ingår (RFSL, 2013). Därför ansåg vi att de senaste tio åren var en relevant tidsperiod att överblicka.

Originalenkäten har utökats med en fråga om informanten avstått från att berätta för Hälso- och sjukvårdspersonal att han/hon var homosexuell och i så fall varför. Frågan var relevant att ställa utifrån Platzer och James (2000) intervjustudie som funnit att homosexuella undviker, skjuter upp, eller istället uppsöker inrättningar som har rykte om sig att vara vänligt inställda till homosexuella. Ytterligare en fråga lades till vilken är baserad på en studie av Bakker et al (2006) som behandlar om homosexuella dröjt med att uppsöka vård på grund av rädsla för dåligt bemötande.

Antalet informanter som uppgivit att de blivit negativt bemötta, varierar något från fråga till fråga. En anledning kan vara att frågornas utformning väckte olika tankar och reflektioner hos informanterna, vilket kan ha lett till denna variation.

Ingen informant berört huruvida de berättar för anhöriga om bemötandet de fått. Det var anledningen till varför denna frågas rubriksättning inte utgick från ett sub-tema. Frågan behölls då den ingick i den ursprungliga enkäten av Stål och Westersthål (2012) som ville behållas oförändrad i största möjliga mån, då det inte på förhand kunde förutsäga hur den skulle påverka resultatet. Då inget i denna fråga berörde ett bemötande eller svararade mot syftet, borde en framtida studie med samma syfte överväga att avstå från denna fråga.

En risk med enkät är att forskaren kan gå miste om viktig information från informanten för att svarsalternativet inte finns, särskilt om endast fasta svarsalternativ förekommer. Det var en av anledningarna till varför en öppen fråga ställdes. Informanterna kunde där beskriva någon händelse eller situation upplevts som positiv eller negativ. Denna fråga har analyserades enligt manifest innehållsanalys enligt Granheim och Lundman (2004). Dess resultat har exemplifierat och validerat det kvantitativa resultatet enligt mixad metod och triangulering (Sandelowski, 2000), då sub-temana kom att utgöra majoriteten av resultatets rubriker samt möjliggjorde att citat kunde knytas till den deskriptiva statistiken. Sub-teman och teman kunde knytas tillbaka till frågorna i enkäten vilket validerar enkätens utformning, dvs. kan visa att studien är välgrundad och har mätt det som avsågs att mätas (Polit & Beck, 2012). Triangulering skulle ge en djupare förståelse genom att exemplifiera den deskriptiva statistiken genom den kvalitativa manifesta innehållsanalysen. Dessutom kunde på detta sätt enkäten valideras. Citaten beskriver bemötanden patienter upplevt som ger en mer målande bild och djupare förståelse för vad den deskriptiva statistiken visade.

Denna pilotstudies resultat är inte generaliserbar på befolkningsnivå, då underlaget är för litet. Dock tror vi att realibiliteten är god, om studien skulle göras i större skala. Detta antagande baserar vi på att Frykman (2004, a.) funnit liknande siffror angående i vilken grad homosexuella diskrimineras. Om detta är rätt får ytterligare studier visa. Med fler informanter och ett bredare urval, sett till åldersfördelning och geografisk spridning i landet, skulle resultatet kunna bli överförbart på populationen.

Resultatdiskussion

Hälften av informanterna har enbart positiva erfarenheter av mötet med hälso- och sjukvården när de var öppna med sin homosexualitet. Den andra hälften hade blandade erfarenheter av bemötande, bara några få uppgav att de enbart bemötts negativt när de varit öppna med sin homosexualitet. När en jämförelse görs mellan homosexuella kvinnor och män i studien, ses att kvinnorna i högre utsträckning får ett negativt bemötande. Vårt resultat visar att drygt hälften av kvinnorna någon gång blivit negativt bemötta, jämförelsevis med en tredjedel av männen. Även rapporterna av Frykman (a. 2006) och Frykman (b. 2006) har funnit att kvinnor högre utsträckning, och homosexuella i synnerhet, upplevt negativa bemötanden jämfört med övriga befolkningen. Vi anser att denna del av vårt resultat kan kopplas till

Röndahls et al (a. 2004) forskning, som visar att 11 % av omvårdnadspersonalen hade en öppet fördömande attityd mot homosexuella. Att så många som arbetar med och för människor öppet fördömer en grupp av befolkningen är tragiskt. Röndahl et al (b. 2004) ser dock en kraftig minskning av fördömande attityder bland sjuksköterskestudenter, som är betydligt mer accepterande än de äldsta sjuksköterskorna. Vi tror att detta har att göra med att dessa studenter är uppvuxna med ett mer tillåtande samhälle än de äldre. Dessa siffror borde ju innebära att samhällets förändringar och öppna tolerans börjar avsegla sig i befolkningen och deras inställning och förhoppningsvis kommer diskrimineringen minska i samma takt som den yngre vårdpersonalen tar över på våra sjukvårdsinrättningar.

En av anledningarna till att kvinnorna i denna studie uppvisar att de utsatts för ett negativt bemötande kan vara att kvinnor i större utsträckning besöker mödravård, förlossningsvård och barnavårdcentraler som ett par och att det då inte har möjlighet att dölja sin sexuella orientering.

Det var vanligast att bli negativt bemött på vårdcentraler och sjukhus. Informanter beskrev homofobiskt bemötande, okunnigt bemötande, osynliggörande, kränkningar och överfokusering på homosexualiteten. Dessa typer av negativt bemötande hade nästan en tredjedel av informanterna upplevt. I Stål och Westersthåls (2012) rapport framkommer det att detta inte är något som vårdpersonalen gör medvetet, men att resultatet blir att patienten uppfattar sig själv som onormal vilket skapar motsättningar och kan leda till diskriminering. Sjuksköterskan har då misslyckats med att bygga en kommunikativ bro till patienten och istället byggt en "vägg" mellan hen och patienten, vilket leder till att patientens välbefinnande och hälsa bryts ned (Halldorsdottirs 2008). Av de som beskrivit ett negativt bemötande kallar knappt hälften det för diskriminering. Diskriminering utifrån sexuell orientering är ett avsteg från Hälso- och sjukvårdslagen som slår fast att alla skall ha rätt till vård på lika villkor (SFS 1982:763), men också diskrimineringslagen (SFS 2008:567) som beskriver diskriminering när någon av annan sexuell läggning behandlas sämre än någon annan i en jämförbar situation. En informant i denna studie beskriver en situation där homosexuella utsätts för institutionell diskriminering, genom att placeras i en särskild kö för samkönade par i väntan på IVF. Just denna situation kan inte vårdpersonal påverka, då det ligger utanför deras kontroll. Dock kan vårdpersonal påverka och motverka individuell diskriminering genom sitt bemötande. Vi anser att även om vårdpersonalen inte har som uppsåt att diskriminera, borde deras förhållningssätt fungera som garanti för att ingen ska utsättas för diskriminering.

Resultatet visar att informanterna avstår från att berätta för hälso- och sjukvårdspersonal om sin sexuella orientering. Att så många som nästan 20 % är oroliga för personalens reaktion och nästan 10 % var oroliga för att få en annan vård kan anser som uppseendeväckande. Det innebär att nästan en tredjedel inte litar på att få en vård på lika villkor. Detta resultat anser vi kan spegla Rödahl et al (2004a) forskning som visar att 36 % av vårdpersonalen skulle avstå att vårda homosexuella om de fick valet. All vård i Sverige skall utgå från att behandla alla lika (SFS 1982:763) och det är oroande att Sverige som är ett land i framkant av homosexuellas rättigheter, så tydligt brister när det gäller vård som är något alla behöver och som är en rättighet. Att vårdpersonal som arbetar med människor, och har valt ett arbete som innebär att möta utsatta människor dagligen och hjälpa dem i svåra situationer ändå är så intoleranta mot en relativt vanligt förekommande del av befolkningen väcker tankar att det måste göras mer. Debatten måste väckas inom utbildning och på arbetsplatser om hur vi behandlar dessa patienter.

Vår studie visar även att många har erfarenheter av positiva möten. Hälften av informanterna beskriver enbart positiva möten. De flesta beskrev positiva möten på sjukhus och vårdcentraler. En anledning till att sjukhus och vårdcentraler beskrivs mest frekvent vid både positiva och negativa möten kan komma av att en individ besöker dessa inrättningar fler gånger under sitt liv, jämfört med barn- och mödravårdscentraler. Troligen besöker de homosexuella männen inte mödravård i lika hög utsträckning som kvinnorna, vilket påverkar svarens fördelning. Nästan hälften uppgav anledningen till det positiva bemötandet är likvärdig behandling. I dessa fall har vårdpersonalen sannolikt lyckats med att skapa en bro mellan sig och patienten och möjliggjort ett "bemyndigande" vilket leder till ökat välbefinnande för patienten (Halldorsdottir, 2008). Informanterna önskar inte någon särskild vård, det som siffrorna tydligt visar är att de önskar bli behandlade som övriga patienter och när detta sker upplevs det som positivt, vilket egentligen borde vara en självklarhet.

Resultatet visar att 42 % av de homosexuella anser sig blivit utsatta för diskriminering i hälso- och sjukvården. Dessa siffror stämmer väl överens med Frykmans (2006b) rapport, där 43 % av homo- och bisexuella upplevt sig diskriminerade i samhället. Det kan jämföras med att 20 % i övriga befolkningen har upplevt sig diskriminerade. Homosexuella löper således lika stor risk att diskrimineras när de är i kontakt med hälso- och sjukvården som vid kontakter med övriga samhället. Hälso- och sjukvården borde vara en plats där alla kan känna sig trygga och inte riskera att utsättas för diskriminering.

En studie visade att det förekommer att vårdpersonal hade en kognitiv acceptans av homosexuella, men att de ändå hade negativa känslor gentemot homosexuella (Röndahl et al, 2004b). Vi ser att homosexuella har upplevt negativa bemötande i större utsträckning än vårdpersonal anser sig ha negativa attityder. Troligen är det vanligt förekommande bland vårdpersonal att tro sig ha en öppen och inkluderande attityd, men att de negativa känslorna lyser igenom i mötet och leder till ett dåligt bemötande.

Plazer och James (2000) studie visar att negativt bemötande kan påverka patienters vilja att uppsöka hälso- och sjukvården. Homosexuellas hälsosituation är sämre än övriga befolkningen och diskriminering är en faktor som påverkar deras hälsa till det sämre (Statens Folkhälsoinstitut, 2005). En orsak kan vara att den uppskjutna vårdkontakten kan bidra till att homosexuellas hälsosituation är sämre än den övriga befolkningens, genom att denna specifika grupp riskerar att utsättas för hälsorisker genom att inte söka vård eller söka vård senare. Denna studies resultatet visar att ett dåligt bemötande påverkade viljan att återkomma till den verksamhet där informanterna blivit dåligt bemötta och likaså påverkades viljan att besöka andra sjukvårdsinrättningar negativt.

Praktiska implikationer

Diskriminering orsakar stress som leder till sämre hälsa (Fryklund, 2006a), vilket motarbetar ett av vårdens huvudmål, som är att främja hälsa. Folkhälsan främjas således av minskad diskriminering (Fryklund, 2006b). Personalens okunskap kring homosexualitet kan ligga till grund för rädslor som påverkar bemötandet av de homosexuella patienterna och i värsta fall leder till diskriminering av en patientgrupp. För att minska okunskapen och därmed diskrimineringen ser vi vinster i att utbilda vårdpersonal och skapa reflektion på arbetsplatserna men också lyfta frågan redan i grundutbildningen. Vårdpersonalen behöver reflektera över sitt förhållningssätt gällande attityder och lagar. Ett förändringsarbete mot en mer accepterande attityd till homosexuella i en verksamhet skulle kunna påbörjas med små medel. Genom att t.ex. införa policyn att alla frågas om de har en partner istället för att utgå från heteronormen, och att frågan om attityder till olika sexuella orienteringar diskuteras på arbetsplatsträffar, så personalen börjar reflektera över hur de använder den heterosexuella orienteringen som norm, t.ex. vid frågor om preventivmedel eller närmaste anhöriga. Vi anser att vårdpersonal behöver utbildning i frågor som rör homosexuella för att förbättra

bemötandet och i förlängningen vårdkvaliteten och folkhälsan för de homosexuella patienterna.

Vidare forskning

Det inkom enkäter som senare exkluderades, då informanter uppgav annan sexuell orientering än homosexuell, samt annan könstillhörighet än man och kvinna. Ytterligare studier behövs som undersöker hälso- och sjukvårdens bemötande av patienter med annan sexuell läggning än homo- och heterosexuell, samt bemötande av patienter med icke-binär könsidentitet, personer med pronomenet "hen". Det skulle vara av värde att studera i vilken grad hälso- och sjukvårdsbesök undviks eller skjuts upp p.g.a. rädsla för, eller tidigare upplevt, negativt bemötande och om detta är en av orsakerna till att deras hälsosituation är sämre än övriga befolkningens.

Enkäten som användes i denna pilotstudie har potential att utvecklas till en validerad enkät. Dock behövs ytterligare forskning och utvärdering för att uppnå detta, vilket skulle kunna möjliggöra forskning och/eller utvärdering kring hur LHBTQ-personer upplever bemötande inom olika verksamheter. Detta skulle kunna leda till att samhället uppmärksammas på hur denna grupp bemöts. På sikt skulle bemötandet kunna förbättras, vilket skulle leda till ett mer inkluderande samhälle.

Konklusion

Många homosexuella känner sig negativt bemötta och särbehandlade vid kontakter med vården. Resultatet visar att så många som hälften av informanterna någon gång under de senaste tio åren har upplevt negativt bemötande när de varit öppna med sin homosexualitet vid kontakt med hälso- och sjukvården. Det var också vanligare att de kvinnliga informanterna upplevde negativt bemötande än männen i studien. Nästan en tredjedel avstår från att berätta för hälso- och sjukvården om sin homosexualitet, då de är oroliga för att få en annan vård än om de inget berättar eller är oroliga för personalens reaktion. Närmare hälften skulle säga att de blev diskriminerade utifrån sin sexuella orientering. De flesta fall av negativt bemötande inträffade på vårdcentraler och sjukhus och i lägre grad vid kontakt med mödravårds- och barnavårdscentraler. Ett dåligt bemötande fick informanterna att avstå från att återkomma till samma vårdgivare.

Referenser

Ahmad, S., Bhugra, D. (2010). Homophobia: an updated review of the literature. *Sexual and relationship Therapy*. 25 (4) 447-455.

Bakker, F., Sandfort, T., Venwesenbeeck, I., van Lindert, H., Westert, G. (2006). Do homosexual persons use health care services more frequently than heterosexual persons: Findings from a Dutch population survey. *Social Science & Medicine*. 63, 2022-2030.

Chapman, R., Watkins, R., Zappia, T., Nicol, P., Shields, L. (2011). Nursing and medical students' attitude, knowledge and beliefs regarding lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health care for their children. *Journal of Clinical Nursing*. 21, 938-945

Christensen, M. (2005). Homophobia in Nursing: A Concept Analysis. *Nursing Forum*. Vol 40, No. 2, April-June, 2005

Dahl Spidsberg & Sørli (2011). An expression of love – midwives' experiences in the encounter with lesbian women and their partners. *Journal of Advanced Nursing*. 68(4), 796-805.

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur AB

Frykman, J. (red) (2006a). *Särbehandlad och kränkt – en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa*. Statens Folkhälsoinstitut. Stockholm, edita.

Frykman, J (red) (2006b). *Diskriminering – ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa*. Statens Folkhälsoinstitut. Stockholm, edita.

Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Halldorsdottir S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Dec; 22 (4): 643-52.

Mohseni, M., Lindström, M. (2008). Ethnic differences in anticipated discrimination, generalised trust in other people and self-rated health: A population-based study in Sweden. *Ethnicity & Health*. Vol 13, (5). Nov, 417-434

Northern Nurses' Federation. (2003). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*. Allservice AS. Tillgänglig:
<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>

Platzer, H., James, T. (2000). Lesbians' experiences of healthcare. *Nursing Times Research*. 5(3), 194-200.

Polit, D., Beck CT. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Regeringskansliet. (2011). *FN:s konventioner om Mänskliga rättigheter*. Elanders, Sverige. Tillgänglig 140411. <http://www.regeringen.se/content/1/c6/18/37/41/3014596d.pdf>

RFSL - Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter. Hämtad: 131120. <http://www.rfsl.se/nykoping/orginal97/homobraett/h6r-inledning.html>

a. Rödahl, G., Innala, S., Carlsson, M. (2004). Nursing staff and nursing students' emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 18, 19-26

b. Rödahl, G., Innala, S., Carlsson, M. (2004). Nurses' attitudes towards lesbian and gay men. *Journal of Advanced Nursing*. 47(4). 386-392.

Rödahl, G., Innala, S., Carlsson, M. (2006). Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(4), 373-381

Sandelowski, M. (2000). Focus on Research Methods, Combining Qualitative and Quantitative Sampling, Data Collection, and Analysis Techniques in Mixed-Method Studies. *Research in Nursing & Health*. 23, 246–255

SFS 2008:567 *Diskrimineringslagen*. Hämtad, från Riksdagen, 140328:

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567/

SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad, från Riksdagen, 140328:

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Statens Folkhälsoinstitut. (2005). Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer. Tillgänglig 140411:

<http://folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12296/a200519-uppdraghbt-0512.pdf>

Stål, J., Westersthål, A. (2012). Mänskliga rättigheter i Västra Götaland regionen. ”Jag ska inte behöva outa mig själv varje gång jag har ett samtal” Västra Götalandsregionen.

Rättighetskommitténs Kansli

Svensk sjuksköterskeförening. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. [översättning: Tamarind] Stockholm Svensk Sjuksköterskeförening, 2002.

<http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf>

Hämtad 140314

Tolley, C., Ranzijn, R. (2006). Predictions of heteronormativity in residential aged care facilities. *Australian Journal of Ageing*. Dec 25 (4), 209-214.

Widegren, B., Ytterberg, H. (2005). Homosexuellas rättigheter. *Folkhälsoinstitutet*.

Tillgänglig 140411.

<http://www.rfsl.se/nykoping/orginal97/homo6raett/h6r-komplinnehall.html>

www.quizit.se

Bilaga 1

Informationsbrev

Enkätstudie: bemötande av homosexuella patienter i hälso- och sjukvården.

Bemötandet av homosexuella inom hälso- och sjukvården är inte alltid den bästa. Det finns lite forskning kring homosexuella patienters erfarenheter i kontakt med hälso- och sjukvården och i svenska förhållanden finns ännu mindre. Det finns dock studier genomförda i Sverige där det framkommer att sjuksköterskor och undersköterskor har problem med sina attityder gentemot homosexuella. Vi anser att en studie kring hur homosexuella blir bemötta inom hälso- och sjukvården skulle bidra till att öka medvetenheten hos vårdpersonal, samt förhoppningsvis även uppmärksammas på sina egna attityder.

Om du själv identifierar dig som homosexuell, har varit i kontakt med hälso- och sjukvården någon gång de senaste 10 åren och är över 18 år, tillfrågas du härmed att delta i denna studie. Enkäten tar cirka 10-15 minuter att besvara. Det finns utrymme för att utveckla eller förklara någon händelse i slutet av enkäten, om så önskas. Du når enkäten genom att klicka på länken som är sänd till dig och svaret skickas automatiskt till oss när du är klar. Vi ber att du endast besvarar enkäten en gång.

Resultatet kommer att presenteras i en magisteruppsats inom distriktssköterske-utbildningen på Högskolan Väst och som en vetenskaplig artikel. Resultatet kommer att vara helt oidentifierat och går inte att härledas till dig, men eventuella kommentarer kan komma att citeras.

Enkäten är skapad i Quizit som är utformat av BluePin AB. Vi har valt detta program då det inte har någon koppling till Google. Ingen information som kommer in via enkäterna säljs/lämnas vidare av företaget.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Du är helt anonym.

Den forskningsetiska nämnden vid Högskolan Väst har godkänt vår studieplan.

Med vänlig hälsning

Linn Karlsson, Caroline Torstensson och Ina Berndtsson

Ytterligare upplysningar lämnas av:

Leg Sjuksköterska, distriktssköterske stud: Linn Karlsson, linnkarlson@gmail.com

Leg Sjuksköterska, distriktssköterske stud: Caroline Torstensson,
cocos.torstensson@gmail.com

Handledare: Ina Berndtsson, mobil 0708865552, ina.berntsson@hv.se

Trollhättan 2014-01-13

Bilaga 2

Enkät rörande homosexuellas upplevelse av bemötande i hälso- och sjukvården

Fråga 1.

Vilket är ditt biologiska kön?

- 1) Kvinna
- 2) Man
- 3) Annat

Fråga 2.

Hur skulle du beskriva din sexuella orientering (identitet, läggning)?

- 1) Homosexuell
- 2) Annan

Fråga 3

Har du varit i kontakt med Hälso- och sjukvården (dvs. vårdcentral, sjukhus, mödravårdcentral eller barnvårdcentral någon gång under de 10 senaste åren, dvs. åren 2004-2014.

- 1) Ja
- 2) Nej

Fråga 4.

Var bor du?

- 1) Storstad (fler än cirka 50.000 invånare).
- 2) Mindre stad (5000 – 50.000 invånare).
- 3) Glesbyggd (färre än 5000 invånare).

Fråga 5.

Hur gammal är du?

- 1) 18 – 29 år
- 2) 30 – 44 år
- 3) 45 - 64 år
- 4) 65 år eller äldre

Fråga 6.

Hur skulle du vilja beskriva dina erfarenheter av bemötande, vid kontakt med hälso- och sjukvården, de gånger du varit öppen med din sexuella orientering?

- 1) Enbart som positiva
- 2) Enbart som negativa
- 3) Både som positiva och negativa

Fråga 7.

Har det hänt att du tvekat eller avstått från att berätta för hälso- och sjukvårdspersonal att du är homosexuell?

- 1) Ja, det har inte varit relevant för besöket
- 2) Ja, jag har varit orolig för personens reaktion
- 3) Ja, jag har varit orolig för att få en annan vård än om jag inget säger
- 4) Nej
- 5) Vet ej

Fråga 8.

Tänk på ETT POSITIVT möte och markera vilken verksamhet det gäller.

- 1) Vårdcentral
- 2) Sjukhus
- 3) Mödravårdcentral
- 4) Barnavårdscentral
- 5) Har aldrig blivit bemött positivt

Fråga 9.

Markera vad som gjorde att du upplevde bemötandet som positivt.

- 1) Jag fick ett inkluderande bemötande. (Informationen, samtalet osv. riktade sig också till mig som homosexuell).
- 2) Jag fick ett kompetent bemötande. (Personen i fråga visade att han/hon/hen var kunnig och/eller respektfullt intresserad av frågor rörande homosexualitet.)
- 3) Jag blev synliggjord. (Homosexuellas livsvillkor osv. lyftes fram på ett bra sätt.)
- 4) Jag blev likvärdigt behandlad. (Min sexuella orientering behandlades med respekt och med samma attityd som till övriga).
- 5) Jag kände att jag blev tagen på allvar. (Personen i fråga var uppmärksam på mitt problem/ärende osv.)
- 6) Har aldrig blivit bemött positivt.
- 7) Annat.

Fråga 10.

Tänk på ETT NEGATIVT möte och markera vilken verksamhet det gäller.

- 1) Vårdcentral
- 2) Sjukhus
- 3) Mödravårdscentral
- 4) Barnavårdscentral
- 5) Har aldrig blivit bemött negativt

Fråga 11.

Markera vad som gjort att du upplevt bemötandet som negativt.

- 1) Jag fick ett heteronormativt bemötande. (Heterosexualiteten togs för given.)
- 2) Jag fick ett homofobiskt bemötande. (Det fanns ett avståndstagande, ett obehag eller liknande kring min sexuella orientering).
- 3) Jag bemöttes av okunnighet. (Till exempel bristande kunskap om homosexuellas livsvillkor).
- 4) Jag bemöttes med osynliggörande. (Den information jag lämnade mottogs inte som relevant).
- 5) Jag upplevde en direkt kränkning. (Jag blev medvetet och avsiktligt nedvärderad).
- 6) Jag upplevde en överfokusering på min sexuella orientering. (Alltför närgångna frågor när detta inte borde kommit i fokus.)
- 7) Har aldrig blivit bemött negativt.
- 8) Annat.

Fråga 12.

Om du beskrivit ett negativt bemötande, skulle du kalla det för diskriminering?

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Vet ej
- 4) Har ej beskrivit ett negativt bemötande

Fråga 13.

Har dina erfarenheter av negativt bemötande påverkat din lust att återkomma till den verksamhet där detta skedde?

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Vet ej
- 4) Har ej varit med om negativt bemötande

Fråga 14.

Har dina erfarenheter av negativt bemötande påverkat din lust att uppsöka andra hälso- och sjukvårdsinrättningar?

- 1) Ja
- 2) Nej
- 3) Vet ej
- 4) Har ej varit med om negativt bemötande

Fråga 15.

Informerar du dina vänner/familj/bekanta om positivt respektive negativt bemötande du varit med om?

- 1) Ja, ofta
- 2) Ja, ibland
- 3) Sällan
- 4) Nej, aldrig
- 5) Vet ej

Fråga 16.

Finns det någon händelse eller situation du upplevt som positiv eller negativ och vill berätta om, får du gärna göra det här. Vill du inget skriva, sätt en punkt i fältet och klicka "svara".

Tack för din medverkan!

