



**MALMÖ  
UNIVERSITET**  
FAKULTETEN FÖR HÄLSA  
OCH SAMHÄLLE

# **UPPLEVD DISKRIMINERING PÅ INTERSEKTIONELLA GRUNDER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN**

EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE UR ETT  
PATIENTPERSPEKTIV

EMMA GRÖNLUND  
RAMI JAWHARI

Examensarbete i omvårdnad  
61-90hp  
Sjuksköterskeprogrammet  
Juni 2020

Malmö Universitet  
Hälsa och samhälle  
205 06 Malmö

# UPPLEVD DISKRIMINERING PÅ INTERSEKTIONELLA GRUNDER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE UR ETT  
PATIENTPERSPEKTIV

EMMA GRÖNLUND  
RAMI JAWHARI

Grönlund, E & Jawhari, R. Upplevd diskriminering på intersektionella grunder inom hälso- sjukvården. En kvalitativ litteraturstudie ur ett patientperspektiv. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2020.

## ABSTRAKT

**Bakgrund:** Denna litteraturstudie grundar sig på tolv kvalitativa, empiriska intervjustudier. Samtliga artiklar handlar om diskriminering inom vården baserat på intersektionella grunder. Bakgrunden till det valda ämnet är att båda författarna anser att det råder en stor kunskapsbrist i samhället överlag gällande intersektionalitet, och vilken betydelse de intersektionella grupperna har för hur en person blir bemött och/eller behandlad. Detta sammantaget gör att det är relevant att öka medvetenheten bland vårdpersonal om intersektionalitet eftersom man som personal inom vården möter olika typer av människor med olika bakgrund varje dag. **Syfte:** Syftet med uppsatsen är att ta reda på vilket sätt intersektionalitet påverkar hur patienter blir bemötta inom vården. **Metod:** Litteraturstudie av kvalitativ ansats innehållandes 12 artiklar. Databassökning gjordes i Cinahl och PubMed. Kvalitetsgranskning enligt SBU's kvalitetsgranskningsmallar. **Resultat:** Litteraturstudien visade att personer som tillhör en eller flera intersektionella grupper blir diskriminerade inom vården. Det har betydelse om du är man eller kvinna, svart eller vit, hetero eller homo, funktionsvarierad eller inte. Utifrån analys av samtliga studier framkom fyra huvudkategorier; rasism, funkofobi/sjukdomsstigma, kvinnohat och LGBTQIA+. **Konklusion:** Den slutsats som kunde dras är att diskriminering på intersektionella grunder inom vården inte är helt ovanligt. Dessutom är det vanligt att flera intersektionella grupper interagerar med varandra samtidigt. Om du hör till en privilegierad grupp kommer du sannolikt att bemötas bättre, än om du tillhör en icke privilegierad.

**Nyckelord:** Diskriminering, Hälso- och sjukvård, Intersektionalitet, Ojämlighet, Patient.

# PERCEIVED DISCRIMINATION ON INTERSECTIONAL GROUNDS IN HEALTH CARE

- A QUALITATIVE LITERATURE STUDY FROM A PATIENT PERSPECTIVE

EMMA GRÖNLUND  
RAMI JAWHARI

Grönlund, E & Jawhari R. Perceived discrimination on intersectional grounds in healthcare. A qualitative literature study from a patient perspective. *Degree project in nursing 15 Credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2020.

## ABSTRACT

**Background:** This is a literature study, based on twelve qualitative, empirical interview studies. All articles are about discrimination in the context of health care, and are based on intersectional grounds. The background to the chosen topic is that both authors deem that there is a great lack of knowledge in society regarding intersectionality, and how the treatment of a person is depending on intersection. Therefore, it is of great relevance for health care professionals to become aware of this. As caregivers we will meet different types of people with different backgrounds every day. **Aim:** The purpose of this study is to point out the differences that exist in health care, regarding treatment of patients belonging to intersectional groups. **Method:** Literature review with a qualitative approach containing 12 articles. The databases that were used was Cinahl and PubMed. Quality control was made according to SBU quality assessment template. **Findings:** The literature study that people who belong to one or more intersectional groups are discriminated not only in society but also in health care It does matter whether you are black or white, male or female, gay or straight, disabled or not. Four main categories emerged from analysing the articles. Racism, ableism/illness stigma, misogyny and LGBTQIA+. **Conclusion:** It is concluded that discrimination based on intersectional grounds in health care is not unusual, and that it is common to belong to several intersectional groups at the same time. It is also suggested that if you belong to a privileged group, you are likely to be treated better than if you belong to a non-privileged group.

**Key words:** Discrimination, Health care, Intersectionality, Inequality, Patient

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
BAKGRUND .....	1
Intersektionalitet .....	1
Ojämlig vård .....	2
Diskriminering .....	3
Maktobalans.....	3
Ojämlighet inom hälso- och sjukvård.....	4
PROBLEMFÖRMULERING.....	5
SYFTE .....	6
METOD .....	6
Studiedesign.....	6
Databassökningar.....	6
Inklusions- och exklusionskriterier.....	7
Dataanalys.....	8
Urval .....	8
Kvalitetsgranskning .....	8
RESULTAT .....	8
Rasism.....	9
Funkofobi och sjukdomsstigma .....	10
Kvinnohat.....	11
LGBTQIA+.....	12
DISKUSSION.....	13
Metoddiskussion .....	13
Studiedesign.....	13
Databassökning.....	13
Inklusions- och exklusionskriterier.....	14
Urval .....	14
Litteraturstudie.....	14
Kvalitetsgranskning .....	15
Resultatdiskussion .....	15
KONKLUSION .....	18
FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE .....	19
REFERENSER .....	20
BILAGA 1: ORDLISTA RFSL.....	23
BILAGA 2: SÖKRESULTAT CINAHL.....	26
BILAGA 3: SÖKRESULTAT PUBMED.....	28



# INLEDNING

Vi har valt att fokusera på begreppen intersektionalitet och diskriminering inom vården. Intersektionalitet är ett viktigt begrepp att använda sig av för att undersöka om, hur och varför diskriminering uppstår.

Ingen människa ska behöva uppleva diskriminering, speciellt inte när de söker vård. Diskriminering mot patienter inom vården är inget nytt, då vården i princip aldrig varit jämlik (Diskrimineringsombudsmannen 2012).

En legitimerad sjuksköterska har som uppgift att tillämpa etiska principer, såsom att omvårdnad ska ges respektfullt oberoende av ålder, hudfärg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund, funktionsvariation eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politiska åsikter eller social ställning (Svensk sjuksköterskeförening 2014).

Även om sjuksköterskor är medvetna om att de etiska principerna finns och ska följas, kan vi med hjälp av Socialstyrelsen (2015) och vårdanalys rapporter (Vårdanalys rapport 2019:8; Vårdanalys 2019:4) se att det brister i omvårdnadsarbetet, vilket resulterar i att patienter känner sig diskriminerade.

Vi anser att, eftersom det redan råder en maktobalans mellan vårdpersonal och patient där patienten är underordnad och i behov av hjälp, så är det av yttersta vikt att personalen är upplyst om dessa förhållanden och agerar utifrån ett jämlikt förhållningssätt inom vården. Under vår utbildning har vi på våra omvårdnadshandlednings-träffar hört ett flertal historier från andra studenter om hur patienter på deras avdelning blivit diskriminerade av sjuksköterskor. Intresset för det valda området grundar sig också på att vi båda som författare har upplevt diskriminering när vi sökt vård.

Vissa begrepp som används i denna kandidatuppsats kan uppfattas som oklara eller tolkas på olika sätt av läsaren. En ordlista (se bilaga 1) har därför inkluderats för att förklara och tydliggöra begreppen som används i texten.

## BAKGRUND

Sjuksköterskans sex kärnkompetenser, personcentrerad vård, informatik, säker vård, samverkan i team, förbättringskunskap och evidensbaserad vård behöver alla upprätthållas för att inte riskera att en patient blir drabbad av en ojämlik vård på grund av hens intersektionella tillhörighet (Svensk Sjuksköterskeförening 2017). För att förstå utgångspunkten har vi i vår kandidatuppsats behövt definiera vissa begrepp, såsom intersektionalitet, diskriminering, ojämlik vård och maktobalans.

### Intersektionalitet

Intersektionalitet kommer från engelskans “intersection” och betyder egentligen direkt översatt “skärningspunkt” på svenska. Begreppet syftar till att synliggöra de specifika

situationer av förtryck som uppstår i “skärningspunkterna” för maktrelationer, baserat på exempelvis kön, etnicitet eller klass (Nationalencyklopedin 2020).

Ett perspektiv som används för att studera hur olika maktordningar hänger ihop med varandra och hur olika identiteter skapas som resultat av exempelvis religiositet, kön, sexualitet, klass och ålder. Hur de olika aspekterna hänger samman ser olika ut beroende på person, grupp och sammanhang (RFSL 2019).

Intersektionalitet är en stor anledning till att diskriminering inom vården sker. Grupperna som ingår under begreppet intersektionalitet är kvinnor, ickebinära, homosexuella, bisexuella, transsexuella, queer-personer, intersexuella, asexuella, funktionsvarierade, rasifierade och personer med låg utbildning, arbetarklass.

Med begreppet vill man belysa de socialt konstruerade grupperna under maktordningen, med utgångspunkt i förtryck som genus, klass, etnicitet, sexuell läggning, religion m.m. Med begreppet intersektionalitet kan man fördjupa diskussionen om hur kön påverkas av andra intersektionella grupper, som exempelvis etnicitet, klass, funktionsvariation eller sexuell läggning (Tolvhed 2010).

Genom att integrera begreppen makt, privilegium och förtryck tillsammans med begreppet intersektionalitet kan man öka förståelse för hur olika samhällsnormer tar sig form. När man har en förståelse för hur dessa begrepp minskar risken för marginalisering av olika intersektionella grupper, genom exempelvis rasifiering, sexism, funktionsmaktsordningen, eller funkofobi (Pebdani 2019).

Enligt Eriksson – Zetterquist och Styhre (2007) så framkommer vikten av att begreppet intersektionalitet bygger på förmågan att se hur olika analytiska kategorier går in i varandra och samverkar. Ju fler grupper som integrerar med varandra desto mer drabbad är du av de rådande maktförhållandena. Intersektionalitet handlar således om att betona olika socialt organiserade principer som samtidigt påverkar en människas liv. Exempelvis kan man tillhöra gruppen “kvinna” hela livet, men föränderliga faktorer som ex “klass” eller “ålder” kan förändras genom livet och hur samhället ser en (Eriksson - Zetterquist & Styhre 2007).

En intersektionell analys bygger på ett flertal teorier, bl.a. feministisk teori, black feminism, queerteori och postkolonial teori, detta för att kunna synliggöra hur underordnade identiteter som exempelvis “rasifierade”, “homosexualitet” och “arbetarklass” står gentemot “vithet”, “heterosexualitet” och “överklass” (Dahl 2005).

Ju fler intersektionella grupper du tillhör, desto större är risken att du drabbas av en “ojämlik” vård. Du kan alltså tillhöra gruppen kvinna eller ickebinär samtidigt som du har en funktionsnedsättning, samtidigt som du är homosexuell, har en annan etnicitet och en annan religion eller trosuppfattning. Därmed har du fler grunder för att bli diskriminerad då du ej tillhör samhällsnormen (Bastos, Harnois & Paradies 2018).

## **Ojämlik vård**

En ojämlik vård leder med stor sannolikhet till en ojämlik hälsa. För att kunna definiera vad en ojämlik vård faktiskt innebär behöver vi först utgå från begreppet jämlikhet. Jämlikhet

innebär att alla människor oavsett klass, bakgrund, sexuell läggning, könstillhörighet eller etnicitet ska ha samma rättigheter i samhället.

Bremberg S, (2003) beskriver ojämlikhet i hälsa som systematiska och potentiellt påverkbara skillnader i en eller flera av hälsans aspekter mellan olika befolkningsgrupper, socialt, ekonomiskt, geografiskt eller könsmässigt. En viktig orsak till ojämlik hälsa är socialt betingade hälsoskillnader som hänger samman med den sociala skiktning som finns i samhället. Jämlik hälsa däremot, är avsaknad av systematiska och potentiellt påverkbara skillnader i en eller flera av hälsans aspekter som finns mellan olika befolkningar och befolkningsgrupper, definierade socialt, ekonomisk eller efter kön.

En större studie från USA belyser problemet med ojämlikheter när det gäller vård. Artikeln tar upp att människan alltid har predikat om att vård ska vara jämlikt och för alla, men så är inte fallet. Rent specifikt är hälso- och sjukvården ypperliga exempel på orättvis och ojämlik vård som är en del av arvet från rassegregeringen som sträcker sig hela vägen in i sjukvården (Karen O Anderson m.fl. 2009).

## **Diskriminering**

Diskriminering är ett ord som ofta används i vardagligt tal som syftar på orättvis behandling på olika grunder, där en person gör åtskillnad mellan olika människor. Problematiken ligger alltså i att det som många uppfattar som diskriminering inte alltid är diskriminering i lagens mening (Diskrimineringsombudsmannen, 2008). Det finns sju diskrimineringsgrunder som stöts av lagen för diskrimineringsförbud, dessa är: ålder, sexuell läggning, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, etnisk tillhörighet, kön, könsöverskridande identitet eller uttryck (Diskrimineringslagen 2008:567 kap 1, 1§)

För att ytterligare definiera diskriminering har det tagits fram förbud för sex former av diskriminering (Diskrimineringslagen (2008:567) kap 1, 4§). Dessa förbud, lagar finns för att guida oss i hur vi ska förhålla oss till varandra. Direkt diskriminering innebär att en person missgynnas genom att personen behandlas sämre än någon annan behandlas, har behandlats eller skulle ha behandlats i en liknande situation. Indirekt diskriminering innebär när det finns en rutin eller regel som i praktiken verkar neutral men särskilt missgynnar personer i de sju diskrimineringsgrunderna (a.a.).

Bristande tillgänglighet innebär när en person med funktionsnedsättning missgynnas tillgängligheten jämfört med en person som inte har en funktionsnedsättning. Trakasserier innebär när ett uppträdande som kränker en annan persons värdighet och har ett samband med någon av diskrimineringsgrunderna. Sexuella trakasserier innebär när ett uppträdande av sexuell natur som kränker någons värdighet. Instruktioner att diskriminera innebär att en får instruktioner eller order att diskriminera någon på ett sätt som avses i 1 – 5 (Diskrimineringslagen (2008:567) kap 1, 4§).

## **Maktobalans**

Maktobalansen som finns inom vården kan förklaras med begreppet intersektionalitet. Genom att använda oss av begreppet kan vi belysa den maktobalansen som finns mellan patienter. Ray (2019) belyser ur ett nordamerikanskt kontext en maktobalans mellan svarta och vita patienter där svarta får sämre vård än vita, men tar också upp en obalans i maktförhållandet

där vita patienter diskriminerat vårdpersonal genom att vägra vård om de ej får tillgång till vit vårdpersonal.

Sara Hendersons (2003) empiriska studie beskriver maktobalansen mellan sjuksköterska och patient, där patienten är i behov av vård och därmed underordnad sjuksköterskan. Resultaten visade att sjuksköterskorna inte var villiga till att ge tillräcklig information till patienterna i den utsträckning att patienterna själva kunde bestämma över sin egen vård. Detta på grund av att sjuksköterskorna var övertygade av att de är dom som "vet bäst", då patienterna saknade medicinsk kunskap eller kunskap om sitt eget behov av vård. Detta skapade en situation av maktobalans. Patienterna är sjuka och sårbara på sjukhus, och därmed underordnade vårdpersonal. Maktobalansen leder till ett bristande partnerskap mellan sjuksköterska och patient, där patientens autonoma förmåga försummas. Därmed tas de ifrån möjligheten till att få medverka till sin egen vård.

Maktobalansen kan i det stora hela förklaras av att de personer i samhället som är privilegierade är överordnade de som ingår i de intersektionella grupperna. Maktutövandet vilar på samverkande relationer av förtryck som är socialt konstruerade och som tar sig uttryck i olika sammanhang. Det går därför inte att på förhand definiera vilka relationer som är "viktigast" och vilka som är underordnade. Genom att avfärda antagandet att det finns flera maktordningar som är oberoende av varandra öppnar ett intersektionellt perspektiv upp för möjligheten att upplösa gränserna mellan de olika socialt konstruerade grupperna, såsom kön, etnicitet, sexualitet och klass, för att istället rikta fokus på hur de konstituerar, intervenerar och transformerar varandra (Nationalencyklopedin 2020).

Inom genusforskningen görs skillnad på biologiskt kön och socialt kön eller genus. Genus är en social och kulturell konstruktion. Detta innebär att kön skapas genom ett kontinuerligt samspel mellan strukturella förhållanden och uppfattningar relaterade till kvinnligt och manligt. Genus som struktur är uttryck för hur kön knyts till makt och privilegier i samhället (Vetenskapsrådet 2004).

Enligt Nationalencyklopedin (2020) är en viktig utgångspunkt för intersektionella analyser att människors erfarenheter, identiteter och möjligheter är givna utifrån en rad olika positioner i samhället som inte kan förstås isolerade från varandra. Kvinnor är därför aldrig "bara" kvinnor eftersom könsrelationer är, lika lite som klass, etnicitet och sexualitet, inte tillräckligt för att förklara hur ojämlikhet uppstår och på vilket sätt makt utövas.

## **Ojämlikhet inom Hälso- och sjukvård**

Kompetensbeskrivningen för en legitimerad sjuksköterska säger att "den legitimerade sjuksköterskans arbete ska präglas av ett etiskt förhållningssätt. All omvårdnad förutsätter respekt för mänskliga rättigheter, hänsyn till människors värderingar, vanor, tro, respekt för självbestämmande, integritet och värdighet" (Svensk Sjuksköterskeförening 2017).

Frågan är om ovanstående verkligen upprätthålls? Vårdanalys rapport (2019:8) visar att det finns socioekonomiska och regionala omotiverade skillnader i vård och behandling av personer med cancer, och även skillnader i hur tidigt tumören upptäcks. Cancer upptäcks oftare i ett tidigt stadium bland personer med eftergymnasial utbildning än de som inte har det. I vilket skede canceren upptäcks skiljer sig åt mellan olika landsting och dess ekonomiska förutsättningar. Det konstateras att det finns stora omotiverade skillnader i vård och behandling av cancersjuka, även omotiverade skillnader mellan socioekonomiska grupper.

Civilstatus spelar också in, där personer som är ogifta inte gynnas. I en del fall finns också skillnader utifrån vilket födelseland patienten kom i från.

En ytterligare rapport från Vårdanalys (2019:4) visar på väsentliga omotiverade skillnader i processer och resultat i graviditetsvård mellan olika landsting. Det finns många påverkbara faktorer som bidrar till att skillnaderna uppstår, till exempel vårdens styrning och organisering, kompetens, resurser och rutiner. Några av de omotiverade skillnaderna var ex. om patienter blivit tillfrågade om våldsutsatthet, eftervårdsbesök och allvarliga vaginala bristningar som skett under förlossning.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 3 kap 1§ så är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. “Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.”

Tyvärr ser det inte ut så i praktiken, då vården som erhålls påverkas bland annat av ditt kön, din könsidentitet, din sexuella läggning, sociala status, funktionsvariation, etnicitet och religion. Alla dessa grupper tillsammans påverkar en människas livsvillkor, ställning i samhället, hur de bemöts och behandlas inom vården (Sveriges Kommuner och Regioner 2019).

Det finns ett flertal exempel på olika rättsfall där sjukvårdspersonal har dömts då dom ej har följt denna lag: En läkare döms pga generaliserande antaganden utifrån etnisk tillhörighet (Stockholms tingsrätt, mål nr T 16183–06 och T 25395–06). En homosexuell kvinna nekades att boka tid på sin vårdcentral för provtagning och undersökning inför en kommande fertilitetsbehandling (Stockholms tingsrätt, mål nr T 7473–10; Svea hovrätt, mål nr T 9222–11). Läkare döms för direkt diskriminering och trakasserier på rasistiska grunder (DO: ANM 2009/337). Diskriminering mot patient i samband med etnisk tillhörighet (Uppsala tingsrätt, mål nr T4350-07).

Dessa är några få av många exempel där lagen ej har följts av hälso- och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsen 2015). Förutom att Hälso- sjukvårdslagen säger att vård ska ges med respekt för alla människors lika värde, så ingår det i kompetensbeskrivningen för en legitimerad sjuksköterska.

## **PROBLEMFORMULERING**

Förutom intersektionalitet patienter emellan, så råder det också en obalans i maktförhållandet mellan sjuksköterska och patient. Därför är detta ett otroligt relevant ämne att belysa för oss som blivande legitimerade sjuksköterskor som har ansvar för att de sex kärnkompetenserna upprätthålls. Det är av stor vikt att vi som sjuksköterskor är medvetna om detta problem för att undvika att hamna i situationer där diskriminering kan uppstå och förhindra patienter att bli kränkta på intersektionella grunder.

Då vi har visat i vår bakgrund att det råder en stor kunskapsbrist i samhället överlag gällande intersektionalitet, anser vi att det därför av stor relevans för vårdpersonal att studera vidare om detta ämne, av anledningen att vårdpersonal möter många olika typer av människor med olika sorters bakgrund varje dag.

## SYFTE

Syftet med uppsatsen är att ta reda på vilket sätt intersektionalitet påverkar hur patienter blir bemötta inom vården.

## METOD

### Studiedesign

För att kunna besvara syftet utfördes en litteraturstudie med kvalitativ design med fokus på subjektiva upplevelser ur ett patientperspektiv. Enligt Willman (2016) bör vetenskaplig kunskap kombineras med patienters upplevelser så att det blir mer tillförlitligt. En kvalitativ forskning försöker ta reda på individers upplevelser inom ett specifikt område vilket i många fall resulterar i att vi får en bättre förståelse för denna grupp och varför den beter sig som den gör (SBU 2017). Med hjälp av Forsberg och Wengström (2016) struktur, fås hjälp att strukturera litteraturstudien.

*Tabell 1: De åtta stegen för att bygga upp en litteraturstudie.*

1. Motivera varför studien görs (Syftet)
2. Formulera frågor som kan besvaras (Frågeställning)
3. Formulera en plan för litteraturstudien (Beskrivs i projektplanen)
4. Bestämma sökord och sökstrategi
5. Identifiera och välja litteratur
6. Kritisk värdera, kvalitetsbedöma och välja litteraturen
7. Analysera och diskutera resultatet
8. Sammanställa och dra slutsatser.

### Databassökningar

Databaser som har använts är Cinahl och PubMed. Det är de databaser som är mest relevanta för studien, då fokus ligger på omvårdnadsforskning och medicinsk forskning. Genom de valda ämnesord, fritextord och sökblock har vi kunnat se i vårt sökresultat genom POR-modellen (population, område och resultat) att det finns ett antal artiklar som berör det valda område. POR-modellen definierar population, område och resultat som är bra verktyg för detta examensarbete då det är en effektiv modell för att få information om människor upplevelser. Modellen hjälpte oss att strukturera och identifiera examensarbetets begrepp: Intersektionalitet, ojämlik vård, diskriminering och maktobalans, se tabell 2. (Willman m fl. 2016). Booleska termen "OR" för att skapa synonymer och vidga vårt sökresultat, detta för att identifiera så många studier som möjligt inom respektive område. Booleska termen "AND" har använts för att avgränsa sökningen, undvika irrelevanta studier och istället skapa relevanta sökblock (a.a).

*Tabell 2: POR-modellen.*

<b>Population</b>	<b>Område</b>	<b>Resultat</b>
Människor som blivit diskriminerade	Intersektionalitet	Upplevelse av omvårdnad/vård

### **Inklusions- och exklusionskriterier**

När det gäller formulering av inklusions- och exklusionskriterier är det viktigt att de redan är bestämda i förväg för att underlätta sökningen för litteraturstudien, se tabell 3. (Forsberg & Wengström 2016).

*Tabell 3: Inklusions- och exklusionskriterier.*

<b>Inklusionskriterier</b>	<b>Exklusionskriterier</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Intersektionalitet</li> <li>-Funktionsvarierande</li> <li>-HBTQIA+</li> <li>-Kvinnor</li> <li>-Lågutbildade</li> <li>-Etnicitet</li> <li>-Rasifiering</li> <li>-Diskriminering</li> <li>-Omvårdnad</li> <li>-Patient</li> <li>-Sjuksköterska</li> <li>-Hälso- sjukvård</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vita cis-män</li> <li>-Samhällsnorm</li> <li>-Heterosexualitet</li> </ul>

Utöver inklusions- och exklusionskriterier begränsas publicerings åren mellan 2001 – 2019 för att få relevant information. Samtliga artiklar måste också finnas tillgängliga i fulltext utan extra kostnad. Författarna kommer välja artiklar på engelska. När det gäller population har vi valt att inte sätta någon ålder då diskriminering även kan upplevas av barn likaväl som vuxna. Detta måste vi göra då vi har några grupper i inklusionskriterierna som inte kan föra sin egen talan och måste då uttrycka sig via en annan person.

När det gäller etiska överväganden för detta examensarbete är det viktigt att artiklarna följer forskningsetiska regler samt att de blivit godkända av en etisk kommitté. Det är av stor vikt att de uppfyller de fyra forskningsetiska principerna vilka är samtyckeskravet,

informationskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet 2004). Sammanställning av artiklarna kan ses i bilaga 4 i form av artikelmatris.

## Dataanalys

För att analysera våra utvalda artiklar och hitta gemensamma koder för dessa användes Willmans (2016) tillvägagångssätt, genom kodning och tematisering. De utvalda artiklarna lästes separat flertalet gånger samt diskuterades för att få en objektiv överblick av innehållet. Utifrån våra diskussioner kunde vi finna gemensamma koder för samtliga artiklar, och därmed framkom fyra huvudteman; Rasism, funkofobi/sjukdomsstigmatisering, kvinnohat och LGBTQIA+.

## Urval

Sökningarna i PubMed och Cinahl resulterade i 95 unika träffar vilket resulterade i att samtliga 95 abstracts och 45 hela artiklar har läst. Anledningen till att vi inte läste alla 95 artiklar i fulltext var att vi utifrån abstract kunde läsa att vissa av dessa artiklar ej var av relevans. Vi har sedan diskuterat dess innehåll och kunnat finna intressanta sammanhang som delades in i olika kategorier, se tabell 4. När detta gjorts valdes 12 artiklar ut.

Tabell 4: Kategorier

Rasism	Funkofobi och sjukdomsstigma	Kvinnohat	LGBTQIA+
--------	------------------------------	-----------	----------

## Kvalitetsgranskning

Vi har använt oss av kvalitetsgranskningsmallar från SBU's hemsida, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). Utifrån denna mall bedömdes urvalet, datainsamlingen, antal deltagare, metod och om etiska överväganden var gjorda. Våra 12 utvalda artiklar har kritiskt granskas var för sig för att sedan diskutera dess relevans för vår studie. Utifrån 45 lästa artiklar valdes till slut tolv artiklar till denna litteraturstudie.

## RESULTAT

Resultatet grundar sig på tolv artiklar som är kvalitativa empiriska studier. Alla vetenskapliga artiklar som litteraturstudie är peer-reviewed och har granskats enligt SBU där samtliga bedömts ha medel eller hög kvalitet. De vetenskapliga studierna var utförda i många olika länder och etnokulturella kontext, såsom USA, Kanada, Storbritannien, Australien, Etiopien, Kambodja, Zimbabwe, Uganda, Indien, Kina, Mexiko, Nigeria och Tanzania. Samtliga artiklar inkluderade patienter som upplevt diskriminering på intersektionella grunder när de sökt vård i ett första möte eller under vårdtiden. De valda artiklarna publicerades mellan 2001 och 2019.

Gemensamt för alla artiklar är att de vittnar om diskriminering på en eller flera intersektionella grunder. Analysen från samtliga studier framkom fyra kategorier; rasism, funkofobi/sjukdomsstigma, kvinnohat och LGBTQIA+, som presenteras i en tabell 5.

Tabell 5: Gemensamma nämnare för utvalda artiklar.

Kategori	Rasism	Funkofobi och sjukdomsstigma	Kvinnohat	LGBTQIA+
<b>Artiklar</b>				
Acree m.fl. (2019) Hög kvalitet				X
Agénor m.fl. (2015) Hög kvalitet	X			X
Barrington m.fl. (2019) Hög kvalitet	X			X
Burnes m.fl. (2008) Hög kvalitet	X	X		
Getnet m.fl. (2019) Medelhög kvalitet				X
Green m.fl. (2018) Hög kvalitet	X	X		
Morgan m.fl. (2018) Medelhög kvalitet			X	
Rice WS. m.fl. (2018) Hög kvalitet		X	X	X
Thomas (2001) Medelhög kvalitet		X	X	
Underhill m.fl. (2015) Hög kvalitet				X
Wallin m.fl. (2018) Hög kvalitet			X	
Yehekel m.fl. (2019) Medelhög kvalitet	X			

## Rasism

Fyra kvalitativa studier genomförda i Kanada och USA (Burnes m.fl. 2016; Yehekel m.fl. 2019; Agénor m.fl. 2014; Acree ME, m.fl. 2019) visar att diskriminering i form av rasism sker inom hälso- och sjukvården på grund av att patienten har en annan etnicitet än vårdgivaren eller inte talar samma språk.

Ett flertal studier vittnar om diskriminering på intersektionella grunder i form av rasism. Burnes m.fl. (2008) visar i sin studie om rasism kopplat till barn med sicklecellanemi att rasism var en stor bidragande faktor till att mammorna upplevde diskriminering i olika former i vardagen, och inte minst inom hälso- och sjukvården där en stor kunskapsbrist råder om sicklecellanemi. Det blev avfärdat som en "black disease" och mammorna hade ofta mer kunskap om själva sjukdomen än sjukvårdspersonalen hade. Sicklecellanemi blev även missuppfattat som en smittsam sjukdom vilket gjorde att omgivningen tog ett steg tillbaka när sjukdomen nämndes. Maktlösheten av att vara svart i ett samhälle där vithetsnorm råder leder till att stigmat med sicklecellanemi förstärks i och med att sjukdomen är kopplat till att vara en "black disease". Mammorna blev bemötta med stor okunskap från vårdpersonal (a.a.).

I USA har svarta patienters engagemang i sin egen hälsa minskat till följd av bakomliggande förtryck som bottnar i 1800-talets slavhandel och som idag existerar i skillnader inom hälso- och sjukvård. Afroamerikanska individer tenderar att ha en större rädsla att söka vård och ta hand om sin egen hälsa eftersom deras förflutna fortfarande speglas. Detta resulterar i att de känner sig mindre accepterade och känner av skillnaden jämfört med vita då det gäller att få vård. Studien visar skillnader mellan etniciteter, där personer som är vita i hög grad får bättre medicinsk behandling samt bättre och mer information gällande sin egen hälsa jämfört med svarta. Enligt Acreé (2019) är en sannolik grund för detta att det har med försäkring att göra. Svarta personer har ofta en sämre sjukvårdsförsäkring än vad vita har vilket resulterar i att svarta diskrimineras redan innan de söker vård. De vita patienterna får snabbare tid hos läkaren, och därmed snabbare vård. Ett par av deltagarna i studien vittnar om respektlöshet då vårdpersonal bjudit in kollegor mitt under undersökningen för att diskutera frågor som inte rörde patienten (Acreé m.fl. 2019).

Brist på språkkunskaper är en annan diskrimineringsgrund, som kan kopplas till rasism. Yeheskel m.fl. (2019) tar upp att patienter utan engelska som förstaspråk upplevde barriärer för information från hälso- och sjukvården. Patienterna rapporterade en brist på förståelse för sin diagnos, etiologin bakom sjukdomen, prognos och behandling, eller vilka alternativ som fanns tillgängliga. Detta berodde delvis på att tolk inte använts, men ibland också på felaktig översättning till respektive patients språk.

Svarta lesbiska, bisexuella och queer-kvinnor i Boston vittnade om heterosexism, rasism, och klasshat. Alla dessa intersektionella grupper tillsammans ledde till diskriminering inom vården. Ett flertal av kvinnorna uttryckte oro för att avslöja sin sexuella läggning för vårdgivarna. De hade tidigare erfarenhet av diskriminering i vårdsammanhang, och då de redan kände sig annorlunda i och med sin hudfärg kopplat till vithetsnormen. De kände en rädsla för att bli uppfattade negativt av vårdgivarna, vilket gjorde att vissa helt lät bli att berätta om sin läggning i vissa vårdsammanhang (Agénor m.fl. 2014).

## **Funkofobi och sjukdomsstigma**

I fyra studier framkom det att funktionsvarierade personer eller anhöriga till personer med funktionsvariation upplevde diskriminering eftersom de inte ansågs tillhöra normen eller redan blivit stigmatiserade på grund av sin sjukdom (Thomas C, 2001; Green A. m.fl. 2018; Barrington C, m.fl. 2019; Rice WS, m.fl. 2018).

Som funktionsvarierad kvinna finns det stor risk att utsättas för diskriminering, då vi dels lever i ett patriarkalt samhälle, dels i ett samhälle där funktionsvariationer inte tillhör normen.

Därmed löper dessa kvinnor stor risk för att uppleva förtryck och ojämlik vård, jämfört med icke funktionsvarierade kvinnor eller funktionsvarierade män. Det har länge varit känt att det råder ett patriarkat i samhället, och därmed även inom hälso-sjukvården. Men det kanske är mindre känt att funkofobi är en struktur som också finns (Thomas C, 2001).

En studie från USA tar upp stigmatisering som grundar sig på kvinnors HIV-status. Attityder och beteenden mot dessa kvinnliga patienter i form av bemötande inom vården var sämre relaterat till deras HIV-status. Studien visar att stigma är en stor grund till detta som resulterar i att kvinnor i USA inte får den medicinska behandling de är i behov i. Andra samexisterande former av stigma utöver HIV-relaterad stigma såsom rasism, sexism och fattigdom kan förvärra effekterna av HIV - relaterad stigma och kan därmed bidra till att kvinnliga patienter inte får vård överhuvudtaget. Deltagarna uppgav att de upplevde olika former av stigma och diskriminering, oftast relaterade till deras kön, etnicitet eller inkomstnivå (Rice WS, m.fl. 2018).

I Australien uppger aboriginska mödrar att de inte bara möter förtryck på grund av patriarkatet, men också på grund av följderna av koloniseringen. De aboriginska mödrarna uppgav att de var motvilliga att söka vård för sina barn med funktionsvariationer på grund av rädsla för den stigmatisering som finns. Mödrarna kände skam, men också en rädsla att förlora vårdnaden av sina barn (Green A. m.fl. 2018).

Latino män som har sex med män är överrepresenterade med HIV i USA, och bara hälften av dessa män har antiretroviral behandling. Många av deltagarna i studien vittnade om att de blivit förbisedda eller avbrutna i sin vård på grund av sina intersektionella stigmatiserade identiteter, som i detta fall är att vara gay, latino eller papperslös. Dessa identiteter krockade med sjukvårdssystemet, migrationspolitiken och homofobi. Fördomen att män med HIV hade blivit infekterade av viruset på grund av att de hade sålt sex, engagerat sig i sexuellt umgänge med många människor, eller haft sex i utbyte mot droger var några fördomar de möttes av inom sjukvården. Stigmatiseringen kring att vara en latino gay man som lever med HIV leder till en begränsad tillgång till vård och behandling på grund av brist på stöd och på fördomar från vårdens sida inte minst (Barrington C, m.fl. 2019).

## **Kvinnohat**

Flertalet studier visade att vårdpersonalens negativa bemötande mot kvinnor som sökte vård resulterade att de fick sämre vård eller kände mer skam om de varit våldsutsatta. Fördomar som bottenar i ett kvinnohat var gemensamt för alla kvinnor i samtliga studier (Thomas C, 2001; Morgan, R. 2018; Wallin-Lundell, I. m.fl. 2018).

Mexiko har höga nivåer av ojämställdhet mellan kvinnor och män, och könsrelaterat våld är ett stort problem, det gäller såväl fysiskt, sexuellt eller psykologiskt våld mot kvinnor som blivit utsatta av män, både partners eller familjemedlemmar. De våldsutsatta kvinnorna kände skuld känslor över att ha blivit misshandlade, de kände sig osäkra, en känsla av att vara oviktig, och att de tog upp tid från vårdpersonalen. Dessa känslor förstärktes när vårdpersonalen inte bemötte dem med respekt. Ett flertal av kvinnorna upplevde att sjukvårdspersonalen spädde på känslorna av skam för vad som hade hänt. Detta ledde till misstro gentemot personalen och frustration hos kvinnorna. Denna brist på stöd ledde till att kvinnorna bestämt sig för att inte söka vård relaterat till misshandeln i framtiden. Kvinnorna vittnade om att särskilt det första mötet med personal hade betydelse för en känsla av trygghet och stöd (Wallin-Lundell, I. m.fl. 2018).

De tidigare nämnda funktionsvarierade kvinnorna bemöttes förutom med funkofobi, även med kvinnohat. Kvinnorna kände sig avfärdade av läkare som "hysteriska" eller "neurotiska". Läkare tenderade att inte tro på dem, eller vad de själva upplevde som smärta eller kunskap om sin egen kropp. Kunskapen avfärdades som liten, eller utan signifikans av läkarna. Artikeln vittnar även om sexuella övergrepp som begåtts av sjukvårdspersonal mot funktionshindrade kvinnor (Thomas C, 2001).

I en studie från Uganda framkom det att migranters invandrarstatus påverkade deras rätt till mödravård. Den intersektionella grunden för detta var; etnicitet, invandrarstatus, ekonomiska begränsningar och landets sociala normer. Detta gjorde att de mödrar som väntade barn eller hade barn inte fick den vård de hade behov av. Viktigast av allt var rapporter om att mödrarna hade negativa erfarenheter av hälsovårdspersonal grundat på etnisk diskriminering eftersom de inte var från samma land som personalen. Mödrarna blev utpressade att betala mer pengar för informella behandlingar, vilket innebar att de inte fick ta del av tjänster som borde ha varit tillgängliga för dem redan från start. Studien visar att när mödrarna ankom till mödravårdsavdelningen identifierade personalen deras identitet utifrån deras för- och efternamn eller utifrån deras förmåga att prata personalens lokala dialekt. Ibland använde vårdpersonalen en enkel hälsningsfras på den lokala dialekten mot patienterna som ett "screeningverktyg" för att åtskilja patienter vilket resulterade i ojämlig vård (Morgan, R. 2018).

## **LGBTQIA+**

Tre studier lyfter diskriminering mot LGBTQIA+ personer. Denna intersektionella grupp upplever i hög grad mer stigmatisering och diskriminering än vad normen gör när de söker vård eller är i behov av vård (Getnet T. m.fl. 2019; Agénor m.fl. 2014; Underhill m.fl. 2015).

Studien från Etiopien (Getnet T. m.fl. 2019) visar att den moraliska diskursen kring familj och relationer är inkapslade inom heterosexuella värderingar och övertygelser. Etiopien är ett av många länder i Afrika som kriminaliserar homosexualitet. Detta resulterar i att uppfattningen av sexuell identitet ligger inom ramen för heterosexuella. Globalt sett är det heteronormativa synsättet utbrett bland hälso- och sjukvårdspersonal, där denna tenderar att anta att alla patienter är heterosexuella. Homosexualitet anses vara det avvikande i samhället medan heterosexualitet är det normala beteendet. Det resulterar i att homosexuella kompromissar sin sexualitet genom att dölja den för att kunna få tillgång till hälso- och sjukvård.

Agénors m.fl. (2014) studie på svarta kvinnors erfarenheter som lesbisk, bisexuell eller queer vittnar om rädsla och erfarenheter av multipla former av diskriminering och fördomar från vårdpersonal, framförallt vid livmoderhalscancer-screening. Flera av kvinnorna i studien uttryckte en frustration inför hälso-sjukvårdens kunskapsbrist när det kommer till kvinnors sexuella hälsa. Deltagarna uppfattade vården som heteronormativ, då de antogs vara heterosexuella. Frågor som ställdes i samband med livmoderhalscancer-screening var med utgångspunkten att kvinnorna var heterosexuella och endast haft sex med män, vilket gjorde att vårdgivare ej fick relevant information om kvinnornas sexuella hälsa. Detta ledde till en begränsad diskussion angående exempelvis spridning av sjukdomar kvinnor emellan. Detta bidrog till att kvinnorna inte kände att varken de, eller deras sexuella läggning, respekterades.

I studien av Underhill m.fl. (2015) upplever homosexuella manliga sexarbetare jämfört med homosexuella män som inte säljer sex, att tillgången till biomedicinsk HIV-förebyggande

läkemedel samt profylax (PrEP) är svårare att få då de känner en stor misstro till sjukvården samt upplevd diskriminering av vårdpersonal. Detta på grund av att sexarbetarna kände sig tvungna att avslöja sina riskbeteende. Sexarbetarna upplevde mer diskriminering när de sökte vård, då de tillhörde fler intersektionella grupper eller beteenden såsom fattigdom, hemlöshet eller droganvändning. Båda grupper har upplevt diskriminering när de sökt vård men även förväntat att bli diskriminerade när de söker eftersom de är i behov av ett läkemedel som förknippas med sex, i detta fall män som har sex med män som resulterar i stigmatisering av dem.

Tidigare forskning visar att personer som identifierar sig som lesbiska, homosexuella, bisexuella eller transpersoner möter mångfacetterade utmaningar som påverkar deras vilja att uppsöka sjukvård (Getnet T. m.fl. 2019).

## **DISKUSSION**

Vårt examensarbete är en litteraturstudie vars syfte är att ta reda på vilket sätt intersektionalitet påverkar hur patienter blir bemötta inom vården. Detta är ett hot mot patientsäkerheten och mot patientens behov av omvårdnad. För att få svar på vår frågeställning valdes kvalitativ ansats då vi ansåg att denna ansats besvarade vår fråga bäst eftersom diskriminering är personligt och en subjektiv upplevelse. Metodavsnittet innehåller reflektioner kring vår litteraturstudie, databassökning och analys. I resultatavsnittet diskuteras de mest intressanta dragen utifrån studiernas resultat med stöd av vetenskaplig litteratur.

### **Metoddiskussion**

#### *Studiedesign*

Tolv kvalitativa vetenskapliga artiklar har använts för denna litteraturstudie. Då examensarbetets avsikt är att se närmare på hur patienter upplever diskriminering har en kvalitativ studiedesign använts. Diskriminering på intersektionella grunder är en subjektiv upplevelse och väldigt individuell. Enligt SBU (2017) är det allt mer vanligt att undersöka en människas upplevelse av diskrimination med kvantitativa data i form av skattningsformulär. För att få en större inblick ur många olika perspektiv och få en förståelse för den subjektiva upplevelsen var det av relevans att använda sig av kvalitativ forskning.

#### *Databassökning*

Databaserna som har använts är Cinahl och PubMed. För att kunna se om det fanns underlag för litteraturstudien gjordes en pilotsökning på bägge databaser (Forsberg och Wengström). De sökord som valdes användes på både Cinahl och PubMed vilket resulterade i många bra och relevanta träffar. Det uppstod problem med sökningen i PubMed, där vi uppmärksammades att några av de artiklar som valts ut hade kvantitativ ansats. Det är viktigt att göra en noggrann läsning av samtliga artiklar för att finna vilken forskningsansats som används. När det gäller sökningarna i PubMed missades detta. Efter noggrann genomgång om varför detta missades visade det sig att PubMed inte har sökfilter som alternativ. För att lösa detta kontaktades Malmö universitets bibliotekarier som gav otroligt bra hjälp, där sökningen kunde göras korrekt. Det är därför av stor vikt att lägga ner tid på de olika databaser så att

man inte får missvisande resultat (SBU 2017). Sökningarna i Cinahl gick bra utan större problem.

### *Inklusions- och exklusionskriterier*

Det är viktigt att i tidigt skede bestämma och formulera inklusions- och exklusionskriterierna i förväg för att få ett relevant urval av artiklar för studien (Forsberg och Wengström 2016). När det gäller inklusionskriterierna diskuterades vilken typ av diskriminering som skulle vara med. Diskriminering är ett stort område som inkluderar många olika typer av diskriminering. Genom en god pilotsökning med många resultat i början av studien underlättades arbetet och vi kunde vi se en röd tråd i artiklarna. Därför beslutades att inklusionskriterierna skulle definieras. Det är viktigt att inklusionskriterierna är formade i detalj eftersom risken för överinkludering blir större och man får artiklar som ligger utanför frågan vilket resulterar i merarbete (SBU 2017). Eftersom upplevelse av diskriminering är subjektivt och inte har en tidsram beslutades att artiklarnas publiceringsår skulle vara så brett som möjligt. Artiklar som utgavs mer än 10 år sedan kunde ha gett problem eftersom artiklarna kanske inte är relevanta idag, men efter att ha läst igenom dem kunde vi se att de i hög grad fortfarande är aktuella då rasism, funkofofi, kvinnohat och diskriminering på grund av LGBTQIA+ tillhörighet fortfarande är aktuellt i dagens samhälle.

### *Urval*

Genom inklusions- och exklusionskriterier har vi kunnat utveckla urvalet. Inklusionskriteriernas syfte var att begränsa vår sökning så att den skulle vara av den relevans vi var ute efter. Dessa kriterier resulterade i en god sökning som gav en bra överblick om vilka studier som finns. Tack vare dessa goda inklusionskriterier behövdes endast tre exklusionskriterier. Målet med studien var att utforska ett så brett område som möjligt inom ramen för diskriminering och intersektionalitet. Alla länder samt åldrar var inkluderade i sökningen, då vi som författare till denna litteraturstudie anser att diskriminering inte har några landsgränser eller ålder. Detta resulterade i att vi kunde hitta fram olika kategorier under vårt huvudbegrepp, intersektionalitet, som gjorde att vi fick en god överblick på samtliga artiklar. Tack vare en god sökning från start lyckades vi kategorisera artiklarna och se andra sub-kategorier. Det intressanta med urvalet var att vi kunde se att diskriminering sällan kommer ensam utan är en kombination mellan många olika sorters a diskriminering, intersektionella grupper. Den primära svagheten med vårt urval är att inga nordiska studier har kunnat hittas genom vår sökning. Det hade kunnat vara intressant att ha med ett nordiskt perspektiv.

### *Litteraturstudie*

Anledningen till att vi valde att göra en kvalitativ litteraturstudie är för att det redan finns en hel del statistik på att folk som blir diskriminerade på intersektionella grunder, exempelvis rasism, homofobi, könsdiskriminering, funkofofi och klasshat. Fördelen med att använda kvalitativa studier är att genom upplevelser kunna sammankoppla problemet diskriminering med orsaken intersektionalitet ur ett subjektivt perspektiv. En kvalitativ studiedesign bidrar till att få en bättre förståelse för den mänskliga erfarenheten genom att studera artiklar som har med patienters upplevelser att göra. En kvalitativ studiedesign följer den konstruktivistiska paradigmen där verklighet byggs på mänskliga minnen till skillnad från kvantitativ forskning som baseras på objektiva fakta (Polit & Beck 2014).

Nackdelarna med att göra en kvalitativ studie skulle kunna vara att personers upplevelser är subjektiva, något som en person upplever som en kränkning kanske inte nästa person upplever och vice versa.

Om vi hade valt att göra en egen empirisk studie så hade vi själva kunnat intervjua patienter inom intersektionella grupper och få ett unikt resultat utifrån patienters upplevelser (Widerberg 2002). Problematiken i detta sökande hade kunnat vara att vi då hade behövt uppsöka patienter och aktivt fråga enskilda avdelningar efter en specifik grupp som ingår i våra inklusionskriterier inom intersektionalitet. En nackdel med det är att detta sökande efter patienter skulle kunna upplevas som kränkande och i princip som en diskriminering i sig. Däremot anser vi att fördelen med att få en översikt på hur flera intersektionella grupper upplever vården genom litteraturstudie övervägde fördelarna med att göra en egen empirisk studie, då vi genom en litteraturstudie får tillgång till fler resultat.

### *Kvalitetsgranskning*

Även om vi strävade efter att kvalitetsgranska artiklarna oberoende av varandra kan det ha uppstått personliga subjektiva åsikter som resulterade i att relevanta artiklar kan ha exkluderats från att bli lästa i fulltext. För att försäkra sig om att kvalitetsgranskningen skedde rätt diskuterades varje artikel enskilt med varandra om vi har följt samma procedur för kvalitetsgranskning där vi kunde se att vår egna förförståelse kunde spela en roll i vilka artiklar som valdes.

Vi bedömer våra resultat som generaliserbara, då exempelvis rasism och diskriminering på grund av LGBTQIA+ tillhörighet även finns i stor utsträckning i Sverige, även om det inte är i samma tydliga utsträckning som exempelvis USA, Kanada eller Australien. Men vi anser att våra fynd kan implementeras även i svenskt kontext, också gällande funkofobi/sjukdomsstigma och kvinnohat.

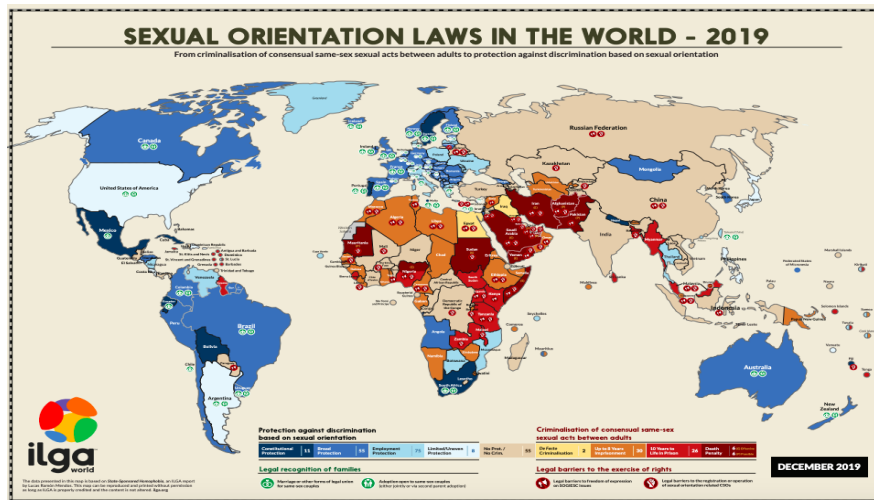
Vårt fokus är en kvalitativ litteraturstudie kommer till stor del handlar om patienters subjektiva upplevelser av diskriminering och kränkningar inom vården bör vi beakta detta, då upplevelser kan tolkas olika. Detta försvårar reliabiliteten i jämförelse om vi hade gjort en kvantitativ studie med ett objektiva resultat (Polit & Beck 2014). Fördelen med att göra en kvalitativ studie framför en kvantitativ är att vi då kan ta reda på bakomliggande orsaker och få en djupare förståelse och därmed en större insikt i hur patienter som ingår i intersektionella grupper faktiskt upplever vården.

### **Resultatdiskussion**

Diskriminering på intersektionella grunder kan delvis vara grundad i att olika länder och olika kulturer har olika syn på vad som faktiskt är diskriminering. Diskriminering på grund av intersektionell tillhörighet finns överallt i världen, men kan vara mer utbredd i vissa länder. Kvinnohat är ett stort problem ute i världen. Utifrån våra utvalda studier tas kvinnohat upp som ett problem i Storbritannien, Kambodja, Zimbabwe, Uganda, Indien, Kina, Nigeria, Tanzania och Mexiko (Thomas C, 2001; Morgan, R. 2018; Wallin-Lundell, I. m.fl. 2018). Studierna som tar upp rasism är från USA och Kanada (Burnes m.fl. 2016; Agénor m.fl. 2014; Acree ME, m.fl. 2019; Yeheskel m.fl. 2019), där rasism har varit ett integrerat problem väldigt länge. Detta kan ha med den svarta historien att göra. Historiskt sett har inte svarta människor haft samma rättigheter som vita människor, vilket vi kan se återspeglas även i dagens samhälle i form av rasism när svarta människor söker vård. Sjukdomsstigma och funkofobi togs upp i studier från USA, Storbritannien och Australien (Thomas C, 2001; Green

A. m.fl. 2018; Barrington C, m.fl. 2019; Rice WS, m.fl. 2018). Diskriminering på grund av sexuell läggning eller könstillhörighet tas upp i studier från USA och Etiopien (Getnet T. m.fl. 2019; Agénor m.fl. 2014; Underhill m.fl. 2015). Vi vet även här att LGBTQIA+ har begränsade rättigheter ute i världen, se bild nedan (Ramón Mendos 2019).

### *Sexual orientation laws in the world 2019:*



Studierna i resultatet visar att du riskerar att bli diskriminerad på grund av din hudfärg (Burnes m.fl 2016; Agénor m.fl. 2014; Acree ME, m.fl. 2019), eller bristande språkkunskaper (Yehekel m.fl 2019). Om du är funktionsvarierad eller lider av någon annan sjukdom eller diagnos riskerar du att bli diskriminerad (Thomas C, 2001; Green A. m.fl. 2018; Barrington C, m.fl. 2019; Rice WS, m.fl. 2018). Du har högre risk att utsättas för diskriminering om du är kvinna än om du är man (Thomas C, 2001; Morgan, R. 2018; Wallin-Lundell, I. m.fl. 2018). Om du inte uppfyller kriterierna för heteronormativitet löper du stor risk att bli diskriminerad (Getnet T. m.fl 2019; Agénor m.fl. 2014; Underhill m.fl. 2015).

Vi kan se att de fyra stora teman som uppkom under vårt huvudbegrepp intersektionalitet var rasism, kvinnohat, funkofofi och LGBTQIA+, och att dessa undergrupper ofta samexisterar med varandra vid diskriminering inom vården. Vi kan med hjälp av dessa artiklar se att risken för att bli diskriminerad är större ju fler intersektionella grupper en person tillhör. De förtryckta grupperna är alltså sällan ”bara” diskriminerade på grund av att de är exempelvis kvinnor. Om en person däremot är kvinna eller ickebinär och samtidigt svart/funktionsvarierad/homosexuell/queer löper hen stor risk att bli diskriminerad i jämförelse med privilegierade grupper, som exempelvis män/vita/heterosexuella/normfungerande/cis-personer. Att privilegierade människor är överordnade de personer som ingår i de intersektionella grupperna i samhället på så sätt att de får bättre vård, både i form av bemötande inom vården och behandling, är något vi tydligt kan utläsa utifrån dessa studier. Diskriminering i samtliga former leder till känsla av hjälplöshet, ensamhet, och maktlöshet. Diskriminering mot patienter inom vården äventyrar patientsäkerheten, vilket bryter mot en av de grundläggande kärnkompetenserna, säker vård (Björvell & Thorell-Ekstrand 2014).

Deltagare i samtliga studier kände en maktlöshet inför rådande samhällsnormer, i form av vithetsnormativitet (Burnes m.fl. 2016; Acreé m.fl. 2019; Agénor m.fl. 2014), heteronormativitet (Getnet T. m.fl. 2019; Agénor m.fl. 2014; Underhill m.fl. 2015), patriarkala normer i form av kvinnohat (Thomas C, 2001; Morgan, R. 2018; Wallin-Lundell, I. m.fl. 2018) och inför funktionsmaktordningen (Thomas C, 2001; Green A. m.fl. 2018) eller stigmatisering på grund av sin sjukdom (Barrington C, m.fl. 2019; Rice WS, m.fl. 2018).

En viktig förutsättning för att kunna uppnå jämlikhet i samhället och därmed även inom vården är att vara normkritisk. Med det menar vi att synliggöra och ifrågasätta normer och synliggöra de fördelar som finns för dem som följer normen, samt nackdelar för de som inte gör det. Det vill säga en heterosexuell, vit, normfungerande cis-man påverkas inte av att bemötas med vithetsnorm, heteronormativitet, patriarkala normer eller av funktionsmaktordningen.

Det är av stor betydelse för en persons hälsa att relationen mellan omvårdnadspersonal och patient är bra. Personer som har upplevt diskriminering inom vården kan komma att dra sig från att söka vård vid senare tillfällen, alternativt välja att inte uppge relevant information om sitt tillstånd för vårdpersonalen, något som bl.a. Agénor m.fl. (2014), Wallin-Lundell m.fl. (2018) och Underhill m.fl. (2015) uppger i sina studier. Det är därför av stor betydelse att vårdpersonal visar ett respektfullt bemötande, och kanske särskilt tänker på att göra detta vid möten med personer som tillhör en eller flera intersektionella grupper. Respektfullt bemötande är en förutsättning för att kunna ge personcentrerad vård, vilket ingår i sjuksköterskans kärnkompetenser (Björvell & Thorell-Ekstrand 2014).

Att diskriminera på intersektionella grunder bryter mot vårdens grundläggande etiska principer, som exempelvis människovärdesprincipen och solidaritetsprincipen.

Människovärdesprincipen bygger på respekt för människovärdet, det vill säga alla människors lika värde vilket innebär att alla människor har samma rätt till hälso- och sjukvård oberoende av funktioner i samhället eller personliga egenskaper. Solidaritetsprincipen innebär att behoven hos de mest sårbara eller beroende särskilt ska beaktas, som exempelvis svårigheter att kommunicera sina behov till omgivningen på grund av sjukdom eller bristande språkkunskaper (Ternstedt & Norberg 2014).

Förutom att diskriminering mot personer på intersektionella grunder bryter mot grundläggande etiska principer inom vården, så bryter det även mot kärnkompetenser inom vården. Omvårdnadspersonal måste för att kunna upprätthålla en god kvalitet i vårdarbetet kunna ge omvårdnad utifrån de sex kärnkompetenserna: dvs. vården ska vara personcentrerad, den ska ges i samverkan med team, vara evidensbaserad, ges med utrymme för kvalitetsförbättring, vården ska vara patientsäker och informatik. Den personcentrerade vården innefattar att kunna identifiera och respektera patienters olikheter, önskningar, värderingar och uttalade behov, att lindra smärta och lidande, främja kontinuitet i vården och att kontinuerligt bedriva preventivt arbete och främja hälsa (Björvell & Thorell-Ekstrand 2014). Den personcentrerade omvårdnaden bör särskilt tas i beaktning för att undvika diskriminering av patienter på intersektionella grunder.

För att återkoppla till vår problemformulering: "Kompetensbeskrivningen för en legitimerad sjuksköterska säger att "den legitimerade sjuksköterskans arbete ska präglas av ett etiskt förhållningssätt. All omvårdnad förutsätter respekt för mänskliga rättigheter, hänsyn till människors värderingar, vanor, tro, respekt för självbestämmande, integritet och värdighet" (Svensk Sjuksköterskeförening 2017). Frågan är om detta verkligen upprätthålls?"

Här kan vi tydligt svara nej, i relation till ett etnokulturellt kontext. Detta upprätthålls tyvärr inte alltid, vilket vi tydligt kan utläsa utifrån våra utvalda artiklar. Studiens resultat är i varierande grad överförbar till olika delar av världen.

Att vården ska ges utifrån en humanistisk människosyn och att patienter ska bemötas med lika värde är något vi kan se brister här. Alla patienter bemöts nämligen inte fördomsfritt och med lika värde. Detta framkommer tydligt i artiklarna. Det har betydelse om du är man eller kvinna, svart eller vit, hetero eller homo, funktionsvarierad eller inte.

En slutsats som är rimlig att dra utifrån dessa artiklar, är att diskrimineringen främst beror på okunskap, snarare än illvilja. Alla människor har fördomar, det vill säga en förförståelse eller tanke om hur någonting är utan att ha egentlig kunskap om det. Ett mer upplyst samhälle med kunskap om intersektionalitet och rådande normer i samhället skulle kunna leda till ett bättre bemötande, och därmed en mer inkluderande vård.

Sverige må vara mer upplyst på många sätt, och har mer kunskap gällande intersektionalitet i relation till många andra länder, men det är av stor vikt att aldrig sluta söka information och att vara ödmjuk inför kunskap från andra delar av världen som även kan implementeras här i Sverige. Rasism, funkofobi, kvinnohat och diskriminering på grund av din LGBTQIA+ tillhörighet förekommer även här i Sverige, även om det inte är i samma utsträckning som mindre upplysta länder, där tydliga lagar angående diskriminering inte finns.

Om du tillhör en privilegierad grupp kommer du sannolikt att bemötas bättre än om du tillhör en förtryckt grupp i samhället.

## **KONKLUSION**

Resultatet från denna litteraturstudie visar att det förekommer diskriminering inom hälso- och sjukvård internationellt grundat i en patients intersektionella grupptillhörighet. Diskriminering på intersektionella grunder skapas när patienterna upplevde att de inte blev bemötta på ett respektfullt sätt. Stigmatisering av patienter från sjukvårdspersonal är en viktig grund till att patienter blir diskriminerade vilket resulterar i att tillgången till vård och behandling kraftigt reduceras. Patienter som stöter på diskriminering vågar inte söka vård efter att ha blivit behandlad orättvist eller helt blivit nekad vård. Flera patienter uttryckte att de kände frustration och skam efter sina besök, men många patienter kände sig också att de inte var värda att få vård. Kultur, lagar, religion och/eller brist på information är de primära faktorer som spelar in när det handlar om att människor blir diskriminerade.

Vi kan utifrån våra studier dra en slutsats att diskriminering på intersektionella grunder inte är helt ovanligt inom vården och att den sällan förekommer isolerad. Rasism interagerar med LGBTQIA+, kvinnohat interagerar med funkofobi och så vidare. Ju fler av dessa intersektionella grupper du tillhör, desto högre risk löper du att bli diskriminerad.

En kort och koncis slutsats att dra från vår studie är att om du tillhör en eller flera intersektionella grupper i samhället kommer du sannolikt att bemötas sämre än en person som är privilegierad i samhället.

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning står det klart och tydligt att "en legitimerad sjuksköterska ska ha kunskap om betydelsen av faktorer som ålder, kön, socioekonomi, miljö

och kulturtillhörighet för individens möjlighet till jämlik vård och hälsa”. Därmed är det av en stor relevans för vår profession att ha kunskap om intersektionalitetens koppling till diskriminering inom vården.

## **FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE**

Vi tror att vårt resultat kommer leda till större fokus på utbildning när det gäller intersektionella grupper och bemötande inom vården. Det råder en kunskapsbrist idag gällande diskriminering inom vården vilket kan bero på vilken könstillhörighet du har, vilken läggning du har, vilken etnicitet du har och huruvida du är funktionsvarierad eller ej.

Vår förhoppning med denna kandidatuppsats är att belysa konsekvenserna av diskriminering inom vården och betydelsen av en inkluderande vård för patienter som tillhör intersektionella grupper. Konsekvenserna som tagits upp i våra utvalda studier är att personer som blivit diskriminerade väljer att inte söka vård vid framtida bekymmer, eller att inte berätta relevant information för vårdgivare på grund av rädsla för diskriminering, eller att diskrimineringen gått så långt att personerna ej får den vård i den utsträckning de behöver.

Då vi i vårt sökresultat funnit en stor brist på nordiska studier rörande diskriminering på intersektionella grunder inom hälso- och sjukvården anser vi att vidare forskning inom samma område behöver göras. Vi vill föreslå att empiriska studier genomförs i Norge, Sverige och Danmark för att få ett nordiskt perspektiv på hur intersektionalitet spelar in i form av diskriminering inom vården.

## REFERENSER

\**Artiklar som ingår i resultatet*

\*Acree ME, McNutly M, Blocker O, Schneider J, Williams HS, (2019) Shared decision-making around anal cancer screening among black bisexual and gay men in the USA. *Cult Health Sex*, 2020, p. 201-216.

\*Agénor M, Bailey Z, Krieger N, Austin SB, Gottlieb BR, (2015) Exploring the Cervical Cancer Screening Experiences of Black Lesbian, Bisexual, and Queer Women: The Role of Patient-Provider Communication. *Women Health*, 2015, p. 717-36.

Anderson KO, Green CR, Payne R, (2009) Racial and Ethnic Disparities in Pain: Causes and Consequences of Unequal Care. *The Journal of pain*, 2009, p. 1187-1204

\*Barrington C, Davis DA, Villa-Torres L, Carcano J, Hightow-Weidman L, (2019) Intersectionalities and the HIV continuum of care among gay Latino men living with HIV in North Carolina. *Ethn Health*. 2019, p. 1-16.

Bastos J L, Harnois C E, Paradies Y C, (2018) Health care barriers, racism, and intersectionality in Australia. *Social Science & Medicine*, 2018, p. 209-218.

Björvell C, Thorell-Ekstrand I, (2014) *Omvårdnadsåtgärder - Yrkesneutrala omvårdnadsåtgärder*. Ehrenberg A, Wallin A (Red) *Omvårdnadens grunder - ansvar och utveckling* (Upplaga 2:2). Polen, Studentlitteratur AB

Bremberg S, (2003) Jämlikhet i hälsa - perspektiv, begrepp och mått. Hogstedt C, (Red) *Välfärd, jämlikhet och folkhälsa - Vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikationer* (2003:12) Stockholm, Statens folkhälsoinstitut.

Bryman A, (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö, Liber

\*Burnes DPR, Antle BJ, Williams CC, Cook L, (2008) Mothers raising children with sickle cell disease at the intersection of race, gender, and illness stigma. *Health & Social Work*, 2008, p. 211–220.

Dahl U, (2005). *"Det viktigaste är inte vad extremisterna tycker utan vad den stora majoriteten gör": från hatbrott och homofobi till heteronormativitet och intersektionalitet: en kunskapsinventering och situering av forskning*. Stockholm, Forum för levande historia

Diskrimineringslagen 2008:567 kap 1, 1§

Diskrimineringslagen 2008:567, kap 1, 5§

Diskrimineringsombudsmannen (2012). Rätten till sjukvård på lika villkor.

><https://www.do.se/globalassets/publikationer/rapport-ratten-till-sjukvard-lika-villkor2.pdf>< (2020-03-24)

Eriksson-Zetterquist U, Styhre A, (2007) *Organisationer, organisering och intersektionalitet*. Malmö, Liber AB.

Forsberg C, Wengström Y, (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur

\*Getnet T, Woldekidan KA, (2019) Health needs, health care seeking behaviour, and utilization of health services among lesbians, gays and bisexuals in Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Equity Health*, 2019, p. 1-28.

\*Green A, Abbott P, Davidson PM, Delaney P, Delaney J, Patradoon-Ho P, DiGiacomo M, (2018) Interacting With Providers: An Intersectional Exploration of the Experiences of Carers of Aboriginal Children With a Disability. *Qual Health Res*, 2018, p. 1923-1932.

Henderson, S (2003) Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell)*, Jul2003; 12(4): p. 501-508

Hälso- och sjukvårdslagen 3 kap 1§

\*Morgan R, Aviasi RM, Barman D, Buzuzi, Ssemugabo C, Ezumah N, George N, George AS, Hawkins K, Hao X, King R, Liu T, Molyneux S, Muraya KW, Musoke D, Nyamhanga T, Ros B, Tani K, Theobald S, Vong S, Waldman L, (2018) Gendered health systems: evidence from low- and middle-income countries. *Health Res Policy Syst*, 2018 p. 1-24.

Nationalencyklopedin (2020) Intersektionalitet.

><http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/intersektionalitet>< (2020-03-24)

Nationalencyklopedin (2020) Patriarkat.

><http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/patriarkat>< (2020-03-24)

Pebdani R, (2019) Changing How We Approach Multicultural Counselor Education: Using Intersectionality, Power, Privilege, and Oppression to Frame Lived Experiences. *Rehabilitation Research, policy & Education*. 2019; 33(4): p. 214-220

Polit D F, Beck C T, (2014) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins

\*Rice WS, Logie CH, Napoles T.M, Walcott M, Batchelder AW, Kempf GM, Konkle-Parker DJ, Turan B, Wilson TE, Johnson MO, Weiser SD, Turan JM, (2018) Perceptions of Intersectional Stigma among Diverse Women Living with HIV in the United States. *Soc Sci Med*, 2018, p. 9–17.

SBU - statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. Stockholm, SBU.

>[https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning\\_studier\\_kvalitativ\\_metodik](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik)< pdf. (2020-03-17)

Sohlberg P, Sohlberg B, (2019) *Kunskapens former: Vetenskapsteori, forskningsmetod och forskningsetik*. Stockholm, Liber.

\*Thomas C (2001) Medicine, gender, and disability: disabled women's health care encounters. *Health Care for Women International* p. 245-262.

Ramón Mendos L (2019) *Sexual Orientation Laws In the World 2019*. ><https://ilga.org/maps-sexual-orientation-laws>< pdf. (2020-05-14)

Ray K S, (2019) Intersectionality and Power Imbalances Clinicians of Color Face When Patients Request White Clinicians. *American Journal of Bioethics*, 2019, p. 5–26.

RFSL, (2019) *Begreppsordlista* ><https://www.rfsl.se/hbtqi-fakta/begreppsordlista/>< (2020-04-15)

Socialstyrelsen, (2015) *Att mötas i hälso- och sjukvård – Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*. ><http://www.socialstyrelsen.se>< pdf. (2020-03-17)

Socialstyrelsen (2019) *Fortsatt långa akuttvåntetider men färre besök* ><https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/fortsatt-langa-akuttvåntetider-men-farre-besok/>< (2020-03-17)

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor >[https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)< (2020-03-24)

Svensk Sjuksköterskeförening (2017) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. ><http://www.swenurse.se>< pdf. (2020-03-17)

Sveriges kommuner och regioner (2019) *(O)jämsliddhet i hälsa och vård - en sammanfattning*. ><https://rapporter.skr.se/ojamstallldhet-i-halsa-och-varld.html>< (2020-03-17)

Ternstedt BM, Norberg A, (2014) *Omvårdnad ur livscykelperspektiv - identitetens betydelse*. Friberg F, Öhlén J, (Red) *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt* (Upplaga 2:2). Polen, Studentlitteratur AB.

Tolvhed H, (2010) Intersektionalitet och historievetenskap. *Scandia, tidskrift för kritisk historisk forskning*, p. 59.

\*Underhill, Kristen; Morrow, Kathleen M; Colleran, Christopher; Holcomb, Richard; Calabrese, Sarah K; Operario, Don; Galárraga, Omar; Mayer, Kenneth H, (2015) A Qualitative Study of Medical Mistrust, Perceived Discrimination, and Risk Behavior Disclosure to Clinicians by U.S. Male Sex Workers and Other Men Who Have Sex with Men: Implications for Biomedical HIV Prevention. *J Urban Health*, p. 67–86.

Vetenskapsrådet (2004) *Medicinsk genusforskning - teori och begreppsutveckling*. Uppsala, Ord & Form AB

VÅRDANALYS. 2019. *Omotiverat olika Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården* (2019:8). Stockholm, URL ><https://www.vardanalys.se/rapporter/>< [2020-03-17]

VÅRDANALYS. 2019. *Olik eller ojämlig? En analys av regionala skillnader i graviditetsvårdkedjan* (2019:4). Stockholm, URL ><https://www.vardanalys.se/rapporter/>< [2020-03-17]

\*Wallin-Lundell I, Eulau L, Bjarneby F, Westerbotn M, (2018) Women's experiences with healthcare professionals after suffering from gender-based violence: An interview study. *Journal of Clinical Nursing*, p. 949-957.

Widerberg K, (2002) *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund, Studentlitteratur.

Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B (2016) *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund, Studentlitteratur.

\*Yehekel A, Rawal S, (2019) Exploring the 'Patient Experience' of Individuals with Limited English Proficiency: A Scoping Review. *Journal of Immigrant & Minority Health* p. 853-878.

## **BILAGA 1: ORDLISTA RFSL.**

**Cisperson** - En person som identifierar sig med det vid födseln tilldelade könet. Cis är latin för ”på samma sida”.

**Cisnormativitet** - Antagandet att alla människor identifierar sig som det kön som har tillskrivits dem vid födseln och lever efter det könets sociala normer (kvinnligt/manligt).

**Funktionsmaksordningen** - En struktur som värderar människor utifrån deras funktionsförmåga. Ju högre funktionsförmåga, eller funktionalitet, en person har desto högre status och mer makt får personen, medan personer som har olika funktionsnedsättningar utestängs eller osynliggörs. Funktionsmaktordningen gör att vissa typer av kroppar och funktionsnedsättningar kategoriseras som avvikande, då normen är en fullt fungerande kropp. I verkligheten har alla kroppar varierande former av funktionalitet. Därför pratar man ibland om **normbrytande funktionsvariationer** eller **normbrytande funktionalitet** istället för funktionsnedsättningar. En kropps funktionalitet kan också variera under en livstid.

**Funktionsnedsättning** - En nedsatt funktionsförmåga i relation till vad som uppfattas som normen. Det kan handla om psykisk, kognitiv eller fysisk funktionsnedsättning.

**Hbtq** - Ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter. H:et och b:et handlar om sexuell läggning, alltså vem man har förmågan att bli kär i eller attraherad av. T:et handlar om hur man definierar och uttrycker sitt kön. Queer kan röra både sexuell läggning, könsidentitet, relationer och sexuell praktik men kan också vara ett uttryck för ett kritiskt förhållningssätt till rådande normer. Första gången som förkortningen hbt förkom i tryck var i RFSL:s tidning KomUt år 2000. Syftet var att bredda tidigare använda uttryck som homo, bög och gay.

**Hen/ den** - Könsneutrala pronomen som främst används om personer som varken identifierar sig som kvinnor eller män utan till exempel är intergender, genderqueer, ickebinära. Hen och den används också i situationer då en persons könstillhörighet är okänd.

**Heteronormativitet** - Det system av normer som påverkar vår förståelse av kön och sexualitet. Enligt heteronormen är människor antingen tjej/kvinna eller kille/man och ingenting annat. Tjejer/kvinnor förväntas vara feminina och killar/män förväntas vara maskulina. Alla förväntas vara heterosexuella. Alla påverkas av normerna, oavsett om man följer dem eller inte. Att följa eller passera inom normen ger ekonomiska, politiska och

sociala fördelar. Att bryta mot heteronormen kan resultera i bestraffning i form av allt från tystnad till våld. (Se även tvåkönsnormen)

**Heterosexuell** - En person som har förmågan att bli kär i och/eller attraherad av någon av ett annat kön än det egna.

**Homofobi** - En ideologi, uppfattning eller värdering som ger uttryck för en starkt negativ syn på homosexualitet eller homo- och bisexuella. Homofobin överlappar ofta med transfobin.

**Homosexuell** - En person som har förmågan att bli kär i och/eller attraherad av någon av samma kön.

**Ickebinär** - En person som identifierar sig som mellan, bortom eller med båda könskategorierna kvinna/man kan kalla sig ickebinär. Ibland används ickebinär som ett paraplybegrepp för olika könsidentiteter som inte följer tvåkönsnormen, till exempel intergender eller genderqueer. Ickebinär betyder inte samma sak för alla som definierar sig som det. En del känner sig som både tjej och kille. Andra känner att de befinner sig mellan de kategorierna. Många ickebinära identifierar sig inte med något kön alls. En del ickebinära vill förändra kroppen med hormoner och/eller kirurgi.

**Intersektionalitet** - Ett perspektiv som används för att studera hur olika maktordningar hänger ihop med varandra och hur olika identiteter skapas som resultat av exempelvis religiositet, kön, sexualitet, klass och ålder. Hur de olika aspekterna hänger samman ser olika ut beroende på person, grupp och sammanhang.

**Normkritik** - En pedagogisk metod för att skapa mer jämlikhet i samhället. Det handlar om att flytta fokus från individer och det som anses bryta mot normer till att titta på strukturer och ifrågasätta det som anses vara ”normalt”. När man arbetar normkritiskt brukar man gå igenom tre steg:

- Synliggöra och ifrågasätta normer
- Synliggöra fördelar för den som följer normen
- Granska egen position

**Queer** - Queer kan innebära olika saker. Begreppet grundar sig i kritik mot idéer om normalitet i fråga om kön och sexualitet och hur vi placeras i olika kategorier som alla tar utgångspunkt i heterosexualitet och könsbinaritet som norm. Med andra ord ett ifrågasättande av dominerande idéer om hur människor ska leva i sexuella relationer och andra relationer, hur vi ska bilda familj, hur vi ska uttrycka kön osv.

Det finns queerteori inom den akademiska världen, queeraktivism med folk som vill organisera sig för att förändra rådande normer och strukturer, och personer som kallar sig själva queer. Queer som identitet kan innebära en önskan att inte behöva definiera sitt kön eller sin sexuella läggning, medan en del använder queer som ett sätt att beskriva sin könsidentitet eller sin sexualitet.

**Rasifiering** - En process som legitimerar personer utifrån en privilegierad position tillskriva andra vissa egenskaper, erfarenheter, åsikter eller kulturella attribut baserat på antaganden om deras hudfärg, etnicitet och religion, vilket medför exkludering och ojämlikhet.

**Sexuell läggning** - Sexuell läggning handlar om vem en person blir attraherad av eller kär i. Enligt svensk diskrimineringslag finns det tre olika sexuella läggningar: Heterosexuell, bisexuell och homosexuell. I praktiken använder dock personer fler ord än just homo, hetero och bi för att beskriva sin sexualitet.

**Transfobi** - En ideologi, uppfattning eller värdering som ger uttryck för en starkt negativ syn på transpersoner eller personer vars könsuttryck bryter mot normen. Transfobi överlappar ofta homofobi.

**Transperson** - En transperson är en person som inte alls eller delvis inte identifierar sig med det kön en har fått tilldelat vid födseln. Att vara transperson kan också innebära att en inte följer rådande normer för hur en person med ett visst juridiskt kön ska vara, förutsatt att personen själv identifierar sig som transperson. Ordet *trans* är latin för "överskridande". Transperson är ett paraplybegrepp med många undergrupper och det går att vara transperson på många olika sätt. Begreppet rör könsidentitet och könsuttryck och har ingenting med sexuell läggning att göra.

**Transsexuell** - Transsexuell, eller transsexualism, är en medicinsk diagnos som i Sverige idag är en förutsättning för att få tillgång till nytt juridiskt kön och underlivskirurgi.

En person kan bara få diagnosen transsexuell under eget medgivande. Utöver tillgång till underlivskirurgi och nytt juridiskt kön får personer tillgång till andra delar av den könsbekräftande vården så som exempelvis hormonbehandling, överkroppskirurgi och röstträning. Denna process för att förändra kroppen brukar kallas *transition*.

Att vara transsexuell har inget med en persons sexuella läggning att göra. Som transsexuell kan en vara hetero, bi, pan, asexuell, homo eller något annat.

**Vithet/Vithetsnormen** - En struktur i samhället som innebär att det att vara vit medför fördelar socialt, ekonomiskt och politiskt, vilket påverkar vem som har och inte har makt. Vithetsnormen går hand i hand med rasism och rasifiering. Vithetsnormen existerar globalt och härstammar från kolonialismen, vilket innebär att vithet eller att vara ljushyad är en statusmarkör, även i länder där vita som etnisk grupp är en liten minoritet

(RFSL 2019)

## BILAGA 2: SÖKRESULTAT CINAHL.

Databas	Sökord	Filter (begränsningar)	Antal träffar/titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar i fulltext	Antal granskade artiklar	Antal utvalda artiklar till resultat
Cinahl	S1) (MH "Discrimination") OR "discrimination" OR (MH "racism") OR (MH "ageism")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	43 490				
Cinahl	S2) "ableism"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	78				
Cinahl	S3) "Homophobia"	-"-	1710				
Cinahl	S4) S1 OR S2 OR S3	-"-	44 762				
Cinahl	S5) "health care"	-"-	540 268				
Cinahl	S6) "healthcare"	-"-	177 704				

Cinahl	S7) S5 OR S6	-"-	656 754				
Cinahl	S8) S4 AND S7	-"-	5967				
Cinahl	S9) "Intersection"	-"-	3558				
Cinahl	S10) "Intersectionality"	-"-	677				
Cinahl	S11) S9 OR S10	-"-	4161				
Cinahl	S12) S8 AND S11	-"-	63				
Cinahl	S13) S8 AND S11	Limiters - Peer Reviewed Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	59	59	30	12	7

### BILAGA 3: SÖKRESULTAT PUBMED.

Databas	Sökord	Filter (begränsningar)	Antal träffar/titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar i fulltext	Antal granskade artiklar	Antal utvalda artiklar till resultat
Pubmed	S1)"Discrimination, Psychological"[Mesh] OR "Discrimination Learning"[Mesh] OR "Speech Perception"[Mesh] OR "Racism"[Mesh] OR "Sexism"[Mesh] OR "Weight Prejudice"[Mesh] OR "Perceptual Disorders"[Mesh]		96 235				
Pubmed	S2) "ableism"		40				
Pubmed	S3) "homophobia"		1418				
Pubmed	S4) S1 OR S2 OR S3		97 630				
Pubmed	S5) "health care"		19 781 718				
Pubmed	S6) "healthcare"		1 343 127				
Pubmed	S7) S5 OR S6		2 145 483				
Pubmed	S8) S4 AND S7		3809				
Pubmed	S9) "intersection"		12 489				
Pubmed	S10) "intersectionality"		831				
Pubmed	S11) S9 OR S10		13 217				
Pubmed	S12) S8 AND S11		36	36	20	10	5

## BILAGA 4: ARTIKELMARTIRIS.

Author Year Country	Title	Aim	Participant s	Method	Analysis	Findings	Study quality Commen ts
Acree ME, McNutly M, Blocker O, Schneider J, Williams HS.  2019  USA  Pubmed	Shared decision-making around anal cancer screening among black bisexual and gay men in the USA.	Through intrapersonal, interpersonal and societal lenses, this project evaluates the relationship between intersectionality and shared decision-making around anal cancer screening in Black gay and bisexual men, given their disproportionate rates of anal cancer.	Black gay and bisexual men, given their disproportionate rates of anal cancer.	Thirty semi-structured, one-on-one interviews and two focus groups were conducted during 2016-2017. Participants were asked open-ended questions regarding intersectionality, relationships with healthcare providers and making shared decisions about anal cancer screening. Forty-five individuals participated - 30 in individual interviews and 15 in focus groups.	Analysis revealed that the interaction of internalised racism, biphobia/homophobia, provider bias and medical apartheid led to reduced healthcare engagement and discomfort with discussing sexual practices, potentially hindering patients from engaging in shared decision-making.	All participants experienced biphobia, homophobia and racism, such as medical apartheid and provider prejudice.	High quality.
Agénor M, Bailey Z, Krieger N, Austin SB, Gottlieb BR.  USA  2015  Pubmed	Exploring the Cervical Cancer Screening Experiences of Black Lesbian, Bisexual, and Queer Women: The Role of Patient-Provider Communication	To understand the facilitators of and barriers to cervical cancer screening in the population of U.S. black lesbian, bisexual and queer women.	Women in the Boston -area, between 21 and 44 years of age who were black, and/or lesbian, bisexual, transgender or queer.	Interviews with open end questions about the women's sexual orientation and health, racial discrimination and health, last health care visit; experiences obtaining a Pap test, sources of health information, and interactions with health care providers.	Several participants explained that their hesitancy to reveal their sexual orientation during a clinical encounter was based on the fear of jeopardizing their relationship with providers, who often occupied a position of power and privilege in terms of not only their professional background but also their race/ethnicity and sexual orientation.	Many women expressed frustration about providers' lack of knowledge of and interest in discussing women's same-sex sexual health concerns during clinical visits. Participants reported that health care providers often assumed that they were heterosexual and having sex with men only.	High quality.
Barrington C, Davis DA, Villa-Torres L, Carcano J, Hightow-Weidman L.  2019  USA  Pubmed	Intersectionalities and the HIV continuum of care among gay Latino men living with HIV in North Carolina.	Theories of intersectionality were used to assess the HIV testing, care and treatment experiences of gay Latino men living with HIV in a new immigrant destination.	US and foreign-born gay Latino men living with HIV	Qualitative in-depth interviews with US and foreign-born gay Latino men living with HIV (n = 14) recruited through referrals from HIV care providers and case managers.	Examining the interplay between identities and structures provides a contextualized understanding of outcomes along the HIV care continuum among gay Latino men that goes beyond behavioral and cultural explanations	The mental health burden of diagnosis and managing life with HIV was a salient theme across all interviews. Most participants had experienced interruptions in their care due to both intersecting stigmatized identities (e.g. being gay, Latino, undocumented) and	High quality.

						intersecting structures (healthcare, immigration policy, institutionalized homophobia).	
Burnes DPR, Antle BJ, Williams CC, Cook L 2008 Canada Cinahl	Mothers raising children with sickle cell disease at the intersection of race, gender, and illness stigma.	To understand the under researched experience of raising a child with sickle cell disease (SCD).	Canadian mothers of African and Caribbean descent	Saturation was achieved after initial interviews with 10 participants and a four-month postinterview with half of the participants.	All mothers perceived racism as a salient factor behind inadequate mainstream SCD health care. Recommendations to improve SCD health care and implications for social work practice and research are discussed.	Mothers commonly reported several daily coping challenges: fear of their children's death, separation anxiety, loss of control over life, helplessness, and loneliness/isolation. SCD stigma interacted with racism, contributed to social isolation, and prevented families from organizing as a group.	High quality.
Getnet T, Woldekidan KA. 2019 Ethiopia Pubmed	Health needs, health care seeking behaviour, and utilization of health services among lesbians, gays and bisexuals in Addis Ababa, Ethiopia	This paper examines the intersecting factors that determine health care seeking behaviour and utilization of health care services among Lesbians, Gays and Bisexuals	Lesbians, Gays and Bisexuals in Ethiopia	A concurrent mixed method design was used including survey of 100 LGB, and in-depth interviews and an FGD with 10 and 8 participants, each respectively. Qualitative data was analysed thematically and triangulated with quantitative data.	The main implication of the study is the need to recognize the existence of LGB and their diverse sexual and mental health needs and link them to appropriate health care and psychosocial services including HIV/AIDS prevention and treatment.	Homophobia and criminalization of homosexuality, and heteronormativity of health care services intersect with LGB's social position resulting in heterogeneity of risk, diversity of sexual and mental health needs, and difference in coping mechanisms (disadvantages and privilege).	Medium quality.

<p>Green A, Abbott P, Davidson PM, Delaney P, Delaney J, Patradoon-Ho P, DiGiacomo M.</p> <p>2018</p> <p>Australia</p> <p>Pubmed</p>	<p>Interacting With Providers: An Intersectional Exploration of the Experiences of Carers of Aboriginal Children With a Disability.</p>	<p>This study aimed to explore Aboriginal carers' experiences of interactions with health, social, and education providers in accessing services and support for their child.</p>	<p>Aboriginal mothers in Australia.</p>	<p>In-depth, semistructured interviews were conducted with aboriginal mothers of children with disabilities.</p>	<p>Intersectionality was applied as an analytical framework due to the inherent power differentials for Aboriginal Australians and carers for people with a disability.</p>	<p>Marginalization and a lack of empowerment were evident in the experiences of interactions with providers due to cultural stereotypes and racism, lack of cultural awareness and sensitivity, and poverty and homelessness.</p>	<p>High quality.</p>
<p>Morgan R, Aviasi RM, Barman D, Buzuzi, Ssemugabo C, Ezumah N, George N, George AS, Hawkins K, Hao X, King R, Liu T, Molyneux S, Muraya KW, Musoke D, Nyamhanga T, Ros B, Tani K, Theobald S, Vong S, Waldman L.</p> <p>2018</p> <p>Cambodia, Zimbabwe, Uganda, India, China, Nigeria and Tanzania</p> <p>Pubmed</p>	<p>Gendered health systems: evidence from low- and middle-income countries.</p>	<p>This paper synthesises findings from nine studies focusing on four health systems domains, namely human resources, service delivery, governance and financing. It provides examples of how a gendered and/or intersectional gender approach can be applied by researchers in a range of low- and middle-income settings to issues across the health system and demonstrates that these types of analysis can uncover new and novel ways of viewing seemingly intractable problems.</p>	<p>Women from low and middle-income countries who live in poverty.</p>	<p>Mixed method study, using quantitative and qualitative data. Within each study, the researchers adapted and applied a variety of gender and intersectional tools to assist with data collection and analysis, including different gender frameworks. Some researchers used participatory tools, such as photovoice and life histories, to prompt deeper and more personal reflections on gender norms from respondents, whereas others used conventional qualitative methods (in-depth interviews, focus group discussion).</p>	<p>The implications of the diverse examples of gender and health systems research highlighted indicate that policy-makers, health practitioners and others interested in enhancing health system research and delivery have solid grounds to advance their enquiry and that one-size-fits-all health interventions that ignore gender and intersectionality dimensions require caution.</p>	<p>Five core themes that cut across the different projects were identified and are reported in this paper: the intersection of gender with other social stratifiers, the importance of male involvement, the influence of gendered social norms on health system structures and processes, reliance on (often female) unpaid carers within the health system, and the role of gender within policy and practice. These themes indicate the relevance of and need for gender analysis within health systems research.</p>	<p>Medium quality.</p>

<p>Rice WS, Logie CH, Napoles T.M, Walcott M, Batchelder AW, Kempf GM, Konkle-Parker DJ, Turan B, Wilson TE, Johnson MO, Weiser SD, Turan JM.</p> <p>2018</p> <p>USA</p> <p>Pubmed</p>	<p>Perceptions of Intersectional Stigma among Diverse Women Living with HIV in the United States</p>	<p>To explore women's perceptions of various forms of stigma and discrimination, most commonly related to their gender, race, and income level, but also incarceration histories and weight.</p>	<p>Women living with HIV in the United States</p>	<p>76 qualitative interviews with diverse women living with HIV from varied socioeconomic backgrounds. Interviews were audio-recorded, transcribed verbatim, and coded using thematic analysis.</p>	<p>Interview guides facilitated discussions around stigma and discrimination involving multiple interrelated identities. Shared perceptions of various forms of stigma and discrimination, most commonly related to their gender, race, and income level, but also incarceration histories and weight. Women perceived these interrelated forms of social marginalization as coming from multiple sources: their communities, interpersonal interactions, and within systems and structures.</p>	<p>Our findings highlight the complexity of social processes of marginalization, which profoundly shape life experiences, opportunities, and healthcare access and uptake among women living with HIV.</p>	<p>High quality.</p>
<p>Thomas C</p> <p>2001</p> <p>United Kingdom</p> <p>Cinahl</p>	<p>Medicine, gender, and disability: disabled women's health care encounters.</p>	<p>To examine the intersection of gender and disability in the medical arena by considering disabled women's experiences of receiving health care in the United Kingdom.</p>	<p>Disabled women in the UK.</p>	<p>Two sources of qualitative data were used. 68 disabled women's narratives gathered in the United Kingdom in 1996-1997, and interviews with 17 disabled women regarding their reproductive experiences in the United Kingdom.</p>	<p>The intersection of gender and disability in the medical arena through a focus on disabled women's experiences of receiving health care.</p>	<p>That disabled women health service users are at risk of experiencing oppressive medical practices because two forces of oppression appear to be frequently, and interactively, in play: patriarchy and disability.</p>	<p>Medium quality.</p>
<p>Underhill, Kristen; Morrow, Kathleen M; Collieran, Christopher; Holcomb, Richard; Calabrese, Sarah K; Operario, Don; Galárraga, Omar; Mayer, Kenneth H</p> <p>USA</p> <p>2015</p> <p>Pubmed</p> <p>Cinahl</p>	<p>A Qualitative Study of Medical Mistrust, Perceived Discrimination, and Risk Behavior Disclosure to Clinicians by U.S. Male Sex Workers and Other Men Who Have Sex with Men: Implications for Biomedical HIV Prevention.</p>	<p>To describe the experiences of perceived discrimination and medical mistrust among male sex workers and other MSM (men who have sex with men)</p>	<p>Male participants, MSM and MSW (male sex workers).</p>	<p>Interviews with MSM and MSW's were compared, findings about medical mistrust, discrimination, and disclosure for 31 men who engaged in sex work vs. 25 men who did not.</p>	<p>Barriers may be higher among male sex workers compared to other MSM, given overlapping stigmas including sex work, substance use, homelessness, and poverty. An intersectionality framework for understanding multiple stigmas can help to identify how these dynamics may limit access to biomedical HIV prevention among male sex workers, as well as suggesting strategies for addressing stigmas</p>	<p>Medical mistrust and perceived discrimination create barriers for sexual behavior disclosure to clinicians, potentially impeding access to PrEP and other forms of biomedical HIV prevention.</p>	<p>High quality.</p>

					to improve the delivery of PrEP and other HIV prevention approaches in this population.		
Wallin-Lundell I, Eulau L, Bjarneby F, Westerbotn M. 2018 Mexico Cinahl	Women's experiences with healthcare professionals after suffering from gender-based violence: An interview study.	This study sought to describe how women in Mexico who have suffered from gender-based violence experience their encounters with healthcare professionals.	Female participants who have had contact with a healthcare professional at the hospital with regard to gender-based violence over the past 2 years.	Face-to-face interviews were conducted with seven women.	The analyses resulted in four categories: Feelings of guilt about being abused, Feelings of being unimportant, Feelings of taking time and Feelings of being insecure/secure.	Feelings of being listened to and safety were considered important aspects in a positive encounter, whereas feeling a lack of time or interest often led to negative experiences such as frustration with and distrust of the healthcare system.	High quality.

Yeheskel, Ariel. Rawal, Shail  2019  Canada  Cinahl	Exploring the 'Patient Experience' of Individuals with Limited English Proficiency: A Scoping Review.	To explore how patients with limited English experience health care.	Individuals with LEP. (limited English proficiency )	Qualitative studies and mixed-method studies with a qualitative component to describe the patient experience of individuals with LEP.	Language barriers contoured the relationship between LEP patients and their health care providers. Patients with LEP have unique needs for language-concordant care, access to interpretation services, and health education.	Communication barriers influenced health literacy in some patients with limited English proficiency. LEP patients complained of unmet informational needs, where they were not informed of, or did not understand, their diagnosis, disease etiology, prognosis, effects of treatment, proper medication management, or the resources available to them.	Medium quality.
--	---	--	--	---	---	--	-----------------