



HBTQ-PATIENTER I VÅRDMÖTET

EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE OM DERAS ERFARENHETER

FLORENCE LOUBIÈRE

ELVIRA SALMINA

HBTQ-PATIENTER I VÅRDMÖTET

EN KVALITATIV LITTERATURSTUDIE OM DERAS ERFARENHETER

FLORENCE LOUBIÈRE
ELVIRA SALMINA

Loubière, F & Salmina, E. HBTQ-patienter i vårdmötet. En kvalitativ litteraturstudie om deras erfarenheter. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2018.

Bakgrund: Att ha en sexuell läggning eller könsidentitet som skiljer sig från normen innebär för individen att hen i vardagen bli utsatt för mikroaggressioner. Individen blir därför försiktig med att avslöja sin sexuella läggning eller könsidentitet. Eftersom HBTQ-gruppen har mer ohälsa generellt sett än den övriga populationen tycks vårdmötets kvalitet vara avgörande för att ändra på detta. Både sjukvårdspersonalens bemötande och HBTQ-patientens inställning är aspekter som spelar in i vårdmötet, dels hur sjukvårdspersonalen bemöter patienterna men också huruvida patienterna vid vårdmötet väljer att avslöja sin sexuella läggning.

Syfte: Syftet var att utifrån ett relationellt perspektiv belysa vad vårdmötet innebär för HBTQ-patienter.

Metod: En litteraturstudie med kvalitativ ansats utfördes innehållande tio vetenskapliga artiklar och granskades med hjälp av en SBU-modifierad granskningsmall, analyserades med innehållsanalys och sammanställdes sedan med inspiration av Polit och Beck, samt Friberg. Databaserna CINAHL och PsycInfo användes för sökning av artiklarna

Resultat: Fyra teman framträdde som lyfter fram viktiga aspekter av fenomenet vårdmötets upplevelse: *sjukvårdspersonalens medvetenhet och kunskap, sjukvårdspersonalens attityder, patienters sårbarhet och patienters proaktiva åtgärder*. Resultatet visade sjukvårdspersonalens brist på medvetenhet om HBTQ-patienter, otillräcklig kunskap om allmänna och hälsorelaterade HBTQ-frågor, samt icke-vårdande attityder. Det motsatta, d.v.s. vårdande vårdmöten, dokumenterades också. Vårdmötet innebar ofta för patienterna en komplex hantering av avslöjandet om den sexuella läggningen/könsidentiteten och att de själva måste arbeta för att bli väl bemötta.

Konklusion: Det finns olika aspekter av erfarenheter av vårdmötet för HBTQ-patienter, vilka kompletterar varandra. Huruvida dessa möten upplevs som vårdande eller icke-vårdande tycks påverka patienternas hälsa respektive positivt eller negativt.

Nyckelord: coming-out, erfarenheter, HBTQ, kunskap, patienter, sjuksköterskor, vårdmöte

LGBTQ-PATIENTS IN HEALTH CARE ENCOUNTERS

A QUALITATIVE REVIEW OF LITERATURE ON THEIR EXPERIENCES

FLORENCE LOUBIÈRE
ELVIRA SALMINA

Loubière, F & Salmina, E. LGBTQ Patients in Health Care Encounters. A Qualitative Review of Literature on their experiences. *Degree project in nursing 15 credit points*. Malmö University: Faculty of health and society, Department of care science, 2018.

Background: To have a non-conforming sexual orientation or gender identity means being exposed to microaggressions in everyday life. LGBTQ people are therefore often cautious with the way they disclose information regarding their sexuality or gender. Since LGBTQ people tend to have greater ill-health than the rest of the population, quality in health care encounters is seen as an important factor in improving their health. A health care relationship involves both health care provider and patient, where both parts bring along their singular dispositions into the health care encounter. Questions regarding the way health care providers meet LGBTQ patients are raised, as well as how patients manage their non-conforming sexual or gender identities within health care encounters.

Aim: The aim of this study was, from a relational perspective, to examine how LGBTQ patients give meaning to the health care encounter.

Methods: A qualitative review of literature containing ten scientific articles was conducted. The articles were examined using an SBU's modified review template, analysed with content analysis and compiled with inspiration from Polit and Beck, as well as Friberg. The databases CINAHL and PsycInfo were used for data collection.

Findings: Four themes emerged, which highlight important aspects of the health care experience phenomenon: *health care providers' awareness and knowledge, health care providers' attitudes, patients' vulnerability* and *patients' proactive measures*. There was extensive coverage for the health care staff's lack of awareness about the existence of LGBTQ patients, for the insufficient knowledge of both general and health-related LGBTQ issues, as well as for non-caring attitudes. But the opposite, which is to say caring health care encounters, were also documented. Health care encounters often implied for patients a complex management of their coming-out, as well as an effort on their part to make sure that they as patients be well received.

Conclusion: Results show that different and complementary elements constitute LGBTQ patients' experiences of health care encounters. Whether these encounters are perceived as caring or non-caring seems to affect patients' health positively in the first case and negatively in the other.

Key words: coming-out, experiences, LGBTQ, knowledge, patients, nurses, health care encounter

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Hetero- och cisnormativitet	7
Mikroaggressioner	7
HBTQ-personers hälsa	8
Vårdande och icke-vårdande möten	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE.....	10
METOD.....	10
Databassökning.....	10
Inklusionskriterier.....	10
Exklusionskriterier.....	10
Kvalitetsgranskning	11
Dataanalys	12
Etiska överväganden.....	12
RESULTAT	13
Sjukvårdspersonalens medvetenhet och kunskap.....	14
Tillfredsställande medvetenhet och kunskap.....	14
Bristande medvetenhet och kunskap.....	14
Sjukvårdspersonalens attityder	15
Vårdande attityder.....	15
Icke-vårdande attityder	16
Patientens sårbarhet	16
Att överväga att komma ut.....	16
Att välja att inte komma ut	17
Att inte ha kontroll.....	18
Patienters proaktiva åtgärder	18
Att ta initiativ för att få god vård	18
Att välja att komma ut	19
Strategier för att komma ut	19
DISKUSSION	19
Metoddiskussion.....	19
Databassökning	20
Inklusions- och exklusionskriterier.....	20
Urval	21
Dataanalys.....	21
Resultatdiskussion	21
Omvårdnadsprocessen	22
Personcentrerad vård.....	24
Samverkan i team.....	25
Evidensbaserad vård	25
Förbättringskunskap och kvalitetsutveckling	26
KONKLUSION.....	26

FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE.....	27
REFERENSER.....	28
BILAGA 1 – DATABASSÖKNING	31
BILAGA 2 – MODIFIERAD SBU:S GRANSKINGSMALL	32
BILAGA 3 – ARTIKELMATRISER	33

INLEDNING

Intresset för frågor gällande homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner (HBTQ) väcktes hos en av författarna under den verksamhetsförlagda utbildningen, då hon uppfattade att det fanns otillräckliga kunskaper om och brister i förståelsen för dessa frågor hos sjukvårdspersonalen. Detta resulterade i otillfredsställande kommunikation och bemötande mellan dessa patienter och personalen. Till exempel uppmärksammades dömande attityder gentemot en patient som identifierade sig som lesbisk. Patienten utfrågades av sjukvårdspersonalen om varför hon hade manlig klädstil och pojkfrisyr.

Den andra författaren har läst genusvetenskap med sexuell inriktning. På en av kurserna fanns en inspirerande lärare som var transman. Han tog upp ämnet hälsa kring HBTQ-personer och författaren blev upprörd över hur hälso- och sjukvården fortfarande utsätter dessa personer för integritetskränkning. När de söker vård är de inte bara oroliga för sin sjukdom utan också för hur sjukvårdspersonalen kommer att bemöta dem.

Alla patienter är unika och därför behöver sjuksköterskan anpassa omvårdnaden, med inriktning mot personcentrerad vård. Sjuksköterskan ansvarar för omvårdnad och kan därför påverka vårdkvaliteten för HBTQ-patienter. Kunskap om HBTQ-hälsa hjälper sjuksköterskan att kommunicera på rätt sätt, att inte diskriminera och döma samt ge information och bidra till att bygga förtroende och tillit.

BAKGRUND

HBTQ-populationen är heterogen och syftar på mångfacetterade subgrupper mellan vilka motsättningar kan uppstå (Lundberg et al. 2017; Stewart & O'Reilly 2017). Det finns dessutom olika definitioner för varje av termerna "homosexuell", "bisexuell", "transpersoner" och "queer" och att hitta en operationell definition till dessa kan vara utmanande. Även om sexuell läggning och kön inte omfattar samma problematik har HBTQ-individer något gemensamt när de bryter mot kulturella könsrollsnormer och blir stigmatiserade (IOM 2011). För att underlätta läsarens förståelse sammanställas några utvalda definitioner i Tabell 1. Den litteratur som granskas nedan är skriven på engelska och där används akronymerna LGBT eller LGBTQ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Queer).

Tabell 1. Definitioner.

Homosexuell (inkl. lesbisk)	Syftar på sexuell läggning (RFSL 2015), som är en kombination av attraktion, identitet och beteende (Rounds et al. 2013). Att vara homosexuell innebär att vara emotionellt, romantiskt och sexuellt attraherad av först och främst samkönade individer. En lesbisk kvinna är först och främst attraherad av kvinnor (Stewart & O'Reilly 2017).
Bisexuell	Syftar på sexuell läggning (RFSL 2015). En bisexuell person är attraherad av både män och kvinnor (Stewart & O'Reilly 2017).
Transperson (inkl. transkvinna, transman, genderqueer och transsexuell)	Har med könsdefinition och könsuttryck att göra (RFSL 2015). En transpersons könsidentitet och/eller könsroll överensstämmer inte med vad som typiskt förknippas med födelsekönet (Stewart & O'Reilly 2017). En transman identifierar sig som man, en transkvinna som kvinna (Wurm 2017). Genderqueer benämner en person som identifierar sig utanför tvåkönsnormen. Termen transsexuell benämner en person som oftast har en önskan att byta juridiskt kön och anpassa kroppen genom hormoner och/eller kirurgi (a a).
Queer	Bredare koncept som rör sexuell läggning, könsidentitet, relationer och sexuell praktik. En person kan även identifiera sig som "queer" om hen förhåller sig kritisk till rådande normer (RFSL 2015). Ibland används "queer" som ett allomfattande begrepp för alla de ovannämnda, vilka också kan upplevas som restriktiva för att beskriva ens sexualitet/könsidentitet. Av denna anledning har på senare tid har en del människor börjat identifiera sig som queer (Stewart & O'Reilly 2017).
Heteronormativitet	Handlar dels om en förväntan om att alla är heterosexuella, dels om en värdering av heterosexualitet som det önskvärda och naturliga (Lundberg et al. 2017).
Cisnormativitet	Bygger på föreställningen att människor föds antingen som flickor eller pojkar och att könsidentitet och könsuttryck ska stämma överens med normativa förväntningar utifrån vilket kön som tilldelades vid födseln (Lundberg et al. 2017).
Queerteori	Teoretiskt perspektiv och forskningsfält som rör frågorna om hur heterosexualitet konstrueras som det önskvärda sättet att leva och vilka effekter detta får för HBTQ-personer. Har bl.a. sin utgångspunkt i idéhistorikern Michel Foucaults forskning (Malmquist et al. 2017). Judith Butler anses som en av de främsta queerteoretikerna (Lundberg 2017).
Mikroaggressioner	Att i sin vardag mötas av subtila kommentarer och fördomar, eller av beteenden som speglar oförståelse, med exempelvis blickar eller frågor (Wurm & Hanner 2017).
Minoritetsstress (hos HBTQ-personer)	En förhöjd stressnivå som ofta upplevs av en individ som bryter mot hetero- och/eller cisnormativitet (Lundberg et al. 2017).
Avslöjande (om sexuell läggning/könsidentitet) - "Coming-out" på engelska	Processen genom vilken HBTQ-personen "kommer ut", d.v.s. blir synlig med sin person och därmed med sin läggning/könsidentitet. Pågår i vardagssituationer under hela livet (Wurm & Hanner 2017).

Hetero- och cisnormativitet

Antaganden rörande kön och sexualitet, såsom övertygelser om normalitet eller naturlighet av heterosexualitet, ger sig uttryck genom en mängd sociala diskurser (Stewart & O'Reilly 2017). Enligt Foucault (1978) har begreppet homosexualitet inte alltid funnits i västvärlden. Innan 1800-talet, menar han, fanns det ord för att karakterisera sexuellt handlande av olika slag, dock var dessa inte förknippade med identitet. Av praktiska skäl blev sexuell läggning karakteriserad på 1870-talet av myndigheterna (vars representanter var läkare, professorer och politiker). Begreppet heterosexualitet skapades för att materialisera en opposition och förstärka konceptet av norm och härmed framlades heteronormativitet.

Butler (1990) hävdar att kön inte är medfött, utan en imitation av könsnormer som människor upprepar om och om igen, vilka ger intrycket av att det feminina och det maskulina är normala, naturliga mänskliga egenskaper. Att en person antingen är född som pojke eller flicka och att dessa benämningar stämmer överens med vissa anatomiska, fysiologiska eller psykiska drag, är vanliga föreställningar (Lundberg et al. 2017). Detta med förutsättningen att de anatomiska, fysiologiska och psykiska egenskaperna också utgör en sammanhängande bild, i enlighet med vad som förknippas med det feminina eller det maskulina. Genom att bara finnas till utmanar transpersoner cisnormativa föreställningar.

Heteronormativitet har länge beaktats som samhällsnyttjande medan det som inte faller i denna kategori setts som en psykisk störning (Foucault 1978). I Sverige ströks homosexualitet ur Socialstyrelsens sjukdomsklassifikation år 1979. Från 2013 förändrades diagnosen könsidentitetsstörning till könsdysfori, vilket innebär att transerfarenheter fortfarande anses som patologiska samtidigt som det underlättar för transpersoner att få könsbekräftande behandling (Malmquist et al. 2017). I Socialstyrelsens (2015a; 2015b) kunskapsunderlag för könsdysfori, vars mål är att säkra god vård för transpersoner, står det att en diagnos uttrycker ett vårdbehov snarare än en sjukdom. Tack vare förändringarna i diagnossystemen, vilka går hand i hand med den ökade kunskapen om mångfald och variation i människors sexualitet och könsuttryck, håller synen på normalitet och patologi att förändras (Malmquist et al. 2017).

Det behövs dock mer kunskap om de rådande normerna som rör sexualitet och kön. Oskrivna regler och förväntningar inom sociala gemenskaper gör att dessa normer blir för många HBTQ-personer starkt begränsande (Lundberg et al. 2017).

Mikroaggressioner

Diskrimineringslagen, 2008:567 (DL) har som syfte att bl.a. främja lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning och - sedan 2003 - oavsett könsidentitet och könsuttryck (Malmquist et al. 2017). Integritetskränkande attityder och föreställningar uttrycks dock inte nödvändigtvis på ett synligt sätt utan förekommer ofta i form av mikroaggressioner, därigenom HBTQ-personer blir avsiktligt eller oavsiktligt påmind om att de skiljer sig från majoritetsnormen (Lundberg et al. 2017). Det kan missuppfattas som bagateller hos någon som inte ständigt utsätts för dem, medan de kan vara påfrestande för personer som ständigt behöver förklara eller försvara sin identitet eller sitt sätt att leva. Platt & Lenzen (2013) och Nadal et al. (2016) redogör för olika former av mikroaggressioner som HBTQ-personer möter i vardagen. Även om erfarenheterna skiljer sig mellan homosexuella, bisexuella och transpersoner kan likheter observeras. Ett återkommande tema är att heteronormativitet och cisnormativitet förstärks genom att det i vissa sammanhang inte ges någon plats för homosexuella och transerfarenheter. Det kan exempelvis handla om högskolor som erbjuder fritidsaktiviteter som endast riktar sig mot heterosexuella studenter, eller om familjemedlemmar som ihärdigt frågar en tonåring om "när pojkvännen [för tjejer] eller

flickvännen [för killar] äntligen kommer att tas med hem”. Transmän antas ibland vara mindre kvalificerade för att syssla med fysiskt arbete eftersom de föddes som kvinnor, och kvinnor antas vara mindre fysiskt starka än män. Att se på homosexuella och transerfarenheter som syndiga eller patologiska visas också vara vanligt. Detta yttrar sig genom att homosexuella och transpersoner möts av obehagliga känslor, fördomar, blir objektifierade och känner sig nedvärderade genom subtila nedlåtande kommentarer, tystnad, undvikande eller stirrande blickar. Opassande språk och termer, i form av onödigt påpekande (“my lesbian teacher”), heterosexistiska yttranden (“that is so gay”) eller inkorrekt användning av pronomen (“hon” för en transman) är andra exempel på mikroaggressioner. Det uppges också att sexualiteten och/eller könsidentiteten ofta föreställs vara en av de viktigaste aspekterna i HBTQ-personers liv, därför att homosexuella och bisexuella först och främst ses som sexintresserade, medan transkvinnor antas vara sexarbetare (a a).

I samband med dessa erfarenheter utvecklas både minoritetsstress och en förhöjd uppmärksamhet på sådana kommentarer och situationer som kan vara potentiellt farliga, vilket Wurm & Hanner (2017) kallar för hypervigilens. Det innebär att HBTQ-patienter brukar vara försiktiga med att avslöja sin sexuella läggning/könsidentitet (om de nu bestämmer sig för att komma ut).

HBTQ-personers hälsa

Enligt Orem & Taylor (1986) innebär hälsa att som människa vara strukturellt och funktionellt hel och sund. Hälsa är beroende av en människas förmåga att värna om sin integritet och visa omsorg till sig själv. Vid ohälsa saknas denna förmåga. Det är i enlighet med denna förståelse av hälsa och ohälsa som artiklarna kommer att undersökas i denna litteraturstudie. Sedan början på 80-talet har en växande mängd litteratur dokumenterat att HBTQ-personer har sämre hälsa än den övriga populationen (Dorsen 2012). Socioekonomiska skillnader, individuell benägenhet för riskbeteenden och minoritetsstress är faktorer som leder till betydande hälsoskillnader jämfört med den övriga populationen (Elliott et al. 2014; Dorsen 2012; Folkhälsomyndigheten 2015; Lundberg et al. 2017; Stewart & O’Reilly 2017). I synnerhet påverkas den psykiska hälsan, där förekomsten av självmordstankar är högre hos HBTQ-personer (Folkhälsomyndigheten 2015; Lundberg et al. 2017).

Elliott et al. (2014), vars studie bygger på mer än två miljoner enkäter utdelade i England, visar att homosexuella, bisexuella och queera kvinnor och män var två till tre gånger mer benägna att ha upplevt långvarig psykisk/emotionell ohälsa, jämfört med heterosexuella individer av samma kön. Hälsoskillnaderna med övrig, samkönad befolkning var större för kvinnor än för män och betydligt större för bisexuella individer än för homosexuella individer (män och kvinnor). Vad gäller transpersoner i Sverige rapporterar Folkhälsomyndigheten (2015) i en undersökning att endast hälften av dessa personer hade ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd, jämfört med 73 % för den övriga befolkningen. Arton procent av respondenterna uppgav att de hade ett dåligt allmänt hälsotillstånd, vilket också var en högre andel än befolkningen i stort.

Vårdande och icke-vårdande möten

Såsom Kerosuo & Nilsson Lööv (2017) påpekar, är bemötande av största vikt i alla vårdrelationer. I lagen står det tydligt att diskriminering är förbjudet inom hälso- och sjukvården (DL 2008:567). Med diskriminering menas också mikroaggressioner. HBTQ-personer söker vård både för generella och för HBTQ-specifika problem eller behov (Kerosuo & Nilsson Lööv 2017). Snellman (2014) menar att vårdmötet uppstår i form av en relation mellan patient och sjukvårdspersonal, då patienten söker vård för att få hjälp och

sjukvårdspersonalen finns för att ge hjälp. Vårdmötet kan vara vårdande samt icke-vårdande då patienten kan antingen uppleva välbefinnande eller ett onödigt lidande. Det är inte någon vanlig social relation, såsom en relation med en make, ett barn eller vänner, eftersom denna är asymmetrisk (Snellman 2014). Sjukvårdspersonalen befinner sig i en maktposition eftersom de representerar en hälso- och sjukvårdsinstitution och förväntas ha större kunskap om vilka vårdbehov patienten har. De är ansvariga för att skapa ett klimat där patienten känner sig trygg och bekväm att berätta om sig själv. Vid mötet med vården är det dock många HBTQ-patienter som avstår från att berätta om sin sexualitet eller könsidentitet, trots att detta är en viktig del av personens identitet och en betydelsefull aspekt för relationen till sjukvårdspersonalen (Lundberg et al. 2017). Med vårdmöte menas de vårdrelationer som inträffar mellan patient och sjukvårdspersonal i form av fysiska besök, telefon- eller digitalsamtal (via e-meddelanden eller videosamtal).

I Dorsens (2012) litteratursammanställning finns rapporterat att i alla granskade studier uppges sjuksköterskor ha negativa attityder gentemot HBTQ-patienter. Författaren menar att dessa attityder ofördelaktigt påverkar vård och behandlingar. I en del av de granskade studierna redogör respondenterna för motsägelser gällande kognitiv acceptans och känslomässiga reaktioner, det vill säga motsatsen att homosexuella individer borde få lika rättigheter och att uppleva att homosexualitet är motbjudande och en synd. Det visas också ett samband mellan sjuksköterskors attityder gentemot HBTQ-patienter och specifika variabler som till exempel positiva attityder starkt kopplade till högre utbildning, mer frekvent personlig och professionell kontakt med HBTQ-personer, minskad religiositet och minskad rädsla för hivsmitta. Det nämns dock att litteratursammanställningens resultat behöver tolkas med försiktighet eftersom de ingående studierna har metodologiska, konceptuella och teoretiska begränsningar (a a).

Stewart & O'Reilly (2017) menar att den litteratur som handlar om vårdmöten mellan HBTQ-patienter och sjuksköterskor fortfarande är begränsad. Det finns ett begränsat antal studier som specifikt handlar om sjuksköterskors och barnmorskors attityder, kunskap och föreställningar kring HBTQ-hälsobehov. Däremot har ett stort antal övergripande studier utförts som samtidigt inkluderar olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården (a a). I fortsättningen kommer den generella benämningen "sjukvårdspersonal" att användas och syfta på sjuksköterskor, barnmorskor, undersköterskor, läkare och psykoterapeuter.

PROBLEMFORMULERING

Om vårdmötets kvalitet påverkar en behandling positivt förväntas patienten få en trygg upplevelse av mötet. Detta gäller i synnerhet HBTQ-personer, som ofta drabbas av minoritetsstress och har sämre hälsa än den övriga befolkningen. Sjuksköterskan representerar hälso- och sjukvårdsinstitutionen och spelar en central roll i vårdmötet. Hen har ansvaret att sträva efter att HBTQ-personer får en god hälsa och har dessutom möjlighet att förbättra kvaliteten på vårdmötet med patienterna.

Hur upplever HBTQ-patienter att de blir bemötta av sjukvårdspersonalen? Vilka egenskaper har ett vårdande möte, respektive ett icke-vårdande möte? Upplevs mikroaggressioner vid vårdmötet och i så fall, hur tar sig dessa uttryck? Upplevs hypervigilens i detta sammanhang och om så är fallet, hur uttrycks den?

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att utifrån ett relationellt perspektiv belysa vad vårdmötet innebär för HBTQ-patienter.

METOD

För att besvara studiens syfte utfördes en litteraturstudie där artiklar med kvalitativ ansats analyserades. Att utföra en litteraturstudie innebär att samla tidigare studier inom det valda området som sedan analyseras (Polit & Beck 2014). Resultat från tio valda artiklar sammanfattades och dokumenterades.

Databassökning

Polit och Beck (2014) beskriver vilka steg som i forskningsprocessen möjliggör en litteraturstudie. I första skedet identifierades nyckelord som stämde överens med litteraturstudiens syfte (Bilaga 1). Sökord som "lgbt" eller "health" följdes av "*" så att termer med samma rot inkluderades i sökningen. Nyckelorden kombinerades med hjälp av booleska operatorer som utökade eller begränsade sökningsresultatet, vilket såg ut på följande sätt: (lgbt* OR homosexual) AND (experience OR observational). Nyckelorden söktes på ett systematiskt sätt i databaserna CINAHL och PsycInfo. En preliminär sökning utfördes också i Pubmed. Efter titel- och abstraktgranskning av de första 100 artiklarna hittades endast tre relevanta artiklar i Pubmed och då bestämdes sig författarna för att fortsätta sökningarna i CINAHL och PsycInfo. Eftersom forskningsområdet ansågs som relativt nytt och glest beforskat valdes att MeSH- (CINAHL) och Thesaurus- (PsycInfo) termer inte skulle användas, så att de artiklar som ännu inte blivit stämplade också fick vara med i sökningsresultatet.

Inklusionskriterier

- Artiklarna skulle vara peer-reviewed med tillgängliga abstrakt, publicerade mellan åren 2005-2017, skrivna på engelska eller svenska samt bygga på en kvalitativ ansats.
- Deltagarna skulle identifiera sig själva som HBTQ-personer.
- Artiklarna skulle handla om HBTQ-personers egna perspektiv på vården och innehålla erfarenheter specifika till vårdmötet.
- Studierna skulle vara utförda i ett land där samkönade relationer fått godkännande från regeringen.

Exklusionskriterier

- Systematiska litteraturstudier exkluderades.
- HBTQ-deltagarna skulle inte vara under 18 år.
- Artiklarna skulle inte endast handla om vårdmöten med psykologer.
- De skulle inte heller fokusera på endast en bransch inom hälso- och sjukvården (såsom könsbekräftande vård eller sexuell hälsa) eller på patienter med en viss diagnos (såsom cancer eller hiv).
- Förutom att de tillhörde HBTQ-gruppen skulle samtliga deltagarna inte tillhöra samma yrkes- eller social grupp (såsom sexarbetare, föräldrar eller urbefolkning).

- Artiklar vars resultat endast i liten utsträckning besvarade litteraturstudiens syfte eller endast fokuserade på icke-relationella komponenter i vårdmötet (såsom elektronisk journalföring) exkluderades.

Antalet träffar för respektive databas och slutligt urval av artiklarna redogörs i Tabell 2 samt i Bilaga 1.

Tabell 2. Databassökning.

	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Granskade abstrakt	Lästa artiklar	Granskade och valda artiklar
PsycInfo	lgbt* OR gay OR lesbian* OR homosexual* OR "sexual minorities" OR "sexual minority" OR queer* OR transgender OR glbt* OR transsexual AND qualitative OR focus OR communication OR encounter* OR experience* OR perception* OR attitude* OR perspective* OR observation* OR relation* OR field* OR narrative* + begränsningar (peer-reviewed, 2005-2017, scholarly journals, NOT immunological disorders, ålder 18+, humans, NOT quantitative methodology, English)	721	721	87	15*	9*
CINAHL	lgbt* OR gay OR lesbian* OR homosexual* OR "sexual minorities" OR "sexual minority" OR queer* OR transgender OR glbt* OR transsexual AND qualitative OR focus OR communication OR encounter* OR experience* OR perception* OR attitude* OR perspective* OR observation* OR relation* OR field* OR narrative* + begränsningar (2005-2017, abstrakt tillgängligt, akademiska tidskrifter, ålder 18+)	838	838	90	17*	7*

* 3 artiklar från respektive databas var dubletter och kunde återfinnas i de båda databaserna

För att granska artiklarnas relevans lästes och granskades titlar och abstrakt genom att hela tiden ha studiens syfte i åtanke. Slutligen valdes 26 artiklar som stämde överens med studiens syfte och motsvarade inklusions- och exklusionskriterierna.

Kvalitetsgranskning

Bakgrund-, metod- och resultatrubrikerna lästes i dessa 26 artiklar för att eliminera de artiklar vars resultatrelevans och/eller kvalitet direkt kunde bedömas som otillräckligt. Tre studier presenterade partiska åsikter redan i bakgrunden, vilket gjorde resultatets pålitlighet tveksam. Tio artiklar vars resultat inte i tillräcklig utsträckning motsvarade litteraturstudiens syfte exkluderades. En artikel, som hade med en blandad population av deltagare både över och under 18 år, redogjorde inte för deltagarnas ålder i sitt resultat, vilket gjorde det omöjligt att säkerställa om det stämde överens med de ovannämnda exklusionskriterierna. I en annan artikel stod det att författarna och några deltagare kände varandra innan rekryteringen. Denna artikel valdes bort, tillsammans med en annan artikel som inte beskrev några etiska överväganden.

De återstående tio artiklarna granskades med hjälp av en SBU:s modifierad granskningsmall (2014) (Bilaga 2). Mallen ifylldes för varje artikel. Maximum antalet poäng var 29, då svaret

“ja” gav ett poäng, “delvis” en halvpoäng och “nej” noll poäng. Det bestämdes att betyget låg motsvarade 0-20 poäng, betyget medelhög 21-25 poäng och hög 26-29 poäng.

Dataanalys

En analys ska utgå ifrån en tydligt formulerad fråga som systematiskt svaras på genom att identifiera och välja relevanta artiklar (Polit & Beck 2014). Båda författarna läste var för sig de tio valda artiklarna för att skaffa sig en övergripande uppfattning om innehållet och bekräfta att inklusions-, exklusions- och granskningskriterierna var uppfyllda. Därefter lästes artiklarna noggrant en gång till för att tydliggöra att de motsvarade denna studies syfte. Induktiv metod lämpar sig bäst för kvalitativ forskning (a a). Analysen påbörjades av författarna var för sig och därefter jämförde de arbetet med varandra samt diskuterade och reflekterade över resultaten. Genom samverkan, påpekar Polit & Beck (2014), kan författare minska risken för partiska (“biased”) beslut och tolkningar.

Underliggande begrepp och konceptkluster identifierades, så att en helhetsbild av materialet skapades. Flera processer hjälpte till att organisera och hantera artiklarna vid analysen. Först sammanfattades resultatet i varje artikel, genom att det konverterades till mindre och mer hanterbara enheter som lätt kunde hämtas och granskas. Sedan uppdelades dessa mindre enheter i olika teman (Polit & Beck 2014). Samtidigt togs det hänsyn till likheter respektive skillnader mellan artiklarna, såsom Fribergs (2006) föreslår. Resultaten var av olika art och kunde därför inte exakt jämföras. De mindre enheterna i varje tema kodades med hjälp av färger, vilket ledde till att underteman skapades. De enheter som inte fick någon annan färg än svart utgjorde skillnader mellan artiklarna. Vissa enheter, som i början inte tycktes passa in någonstans, ansågs till slut som irrelevanta till denna studies syfte. Namnen på teman och underteman reviderades vid flera tillfällen, så att alla resultatenheter som utgjorde ett svar till denna studies syfte kunde inkluderas. Efter att alla enheterna samlats under passande undertema byttes färgerna en gång till, så att nyanserna inom varje undertema lättare kunde urskiljas och enheterna en sista gång organiseras enligt likheter och skillnader och efter en logisk ordning.

Ordet “sjukvårdspersonal(en)” valdes i de flesta fallen för att redogöra för HBTQ-personers erfarenheter, även när det i artikeln specificeras vilka yrkeskategorier som var involverade. Detta för att skapa ett mer sammanhängande resultat. I några enstaka fall står ordet “läkare(n)”, så att berättelsen inte förlorar sin innebörd.

Etiska överväganden

Pliktetik innebär att i varje enskild situation bör människan försöka komma fram till vilken handling som bör utföras (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008). Högskolor och hälso- och sjukvården är institutioner som har ett stort inflytande över samhället som helhet. Sjuksköterskestudenten är en del av båda institutionerna och erhåller härmed ansvaret att tänka kritiskt över sin position och sitt förhållningssätt. På högskolor utvecklas kritiskt tänkande och där befästas också samhällets dominanta diskurser, vilket leder till att de rådande maktförhållanden som förtrycker minoritetsgrupper bevaras. Författarna till detta arbete såg till att de formulerade sig på icke-dömande sätt, strävade efter att använda ett inkluderande språk och försökte ifrågasätta sina förutfattade meningar för att utföra en objektiv dataanalys.

Att vården ska vara rättvis och av högst kvalitet är den centrala komponenten i det kontrakt som hälso- och sjukvården har med samhället (Smith & Turell 2017). Sjuksköterskan bör inte bortse ifrån att hen är en del av en stor institution och härmed bör konstruera sin attityd i

beaktande av detta. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening 2014) kan vara till hands för att stödja sjuksköterskan med att förstå den specifika pliktetiken som rör hens profession. Immanuel Kant (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008) menar att människans plikt är att sträva efter att skaffa sig ett aktivt förnuft. Tack vare ett aktivt förnuft kan människan bli fri från sina fördomar, slentrianmässigt tänkande och självförvållad omyndighet (d.v.s. oförmågan att använda sig av sitt förstånd utan någon annans ledning) (a a). Studier som gick igenom sina etiska överväganden på detaljerat sätt föredrogs. Exempelvis var det en fördel att artiklarnas författare noggrant redovisade olika etiska aspekter rörande exempelvis deltagarnas rekrytering, intervjuernas/fokusgruppernas förlopp, samt formulerade vilken förförståelse de hade i relation till dessa. Nedan följer olika forskningsetiska principer som togs hänsyn till vid valet av artiklarna, utöver de kriterier som står under metodrubriken. Sista delen i SBU:s modifierade mall (Bilaga 2) skapades just för att ta dessa principer i beaktande.

Polit & Beck (2014) nämner vikten av att respektera nyttjandekravet. Artiklar där det uppgavs att studiedeltagarna, övriga HBTQ-personer och eventuellt hela samhället, skulle kunna dra nytta av resultatet, fick poäng för detta. Stod det ingenting om detta i texten funderade författarna om artiklarnas syfte överensstämde med denna princip. Deltagarna ska skyddas ifrån att bli utnyttjade (Polit & Beck 2014). Detta innebär bl.a. objektiv rekrytering av studiedeltagarna. Några artiklar som först tycktes vara relevanta eliminerades då det upptäcktes att forskarna kände till några av deltagarna. Konfidentialitetskravet var också en förutsättning i urvalet. I detta krav ingår exempelvis att inte avslöja namnet på län och kommun där studierna äger rum. Uppgavs namnet på en kommun (som i Adams et al. 2013) var förutsättningen att det gällde huvudstäder.

Respekt för människovärde togs också i beaktande (Polit & Beck 2014). Detta innebar exempelvis att samtyckeskravet skulle respekteras av artiklarnas författare. Att deltagarna själva fick välja om de ville delta i studien utan att på något sätt riskera bli drabbade av negativa konsekvenser om de inte deltog bedömdes viktigt. Deltagarna skulle dessutom fått tillräcklig information om hur studien skulle utföras (vilket motsvarar informationskravet) (a a). Studier som redogjorde för dessa aspekter gavs företräde.

RESULTAT

Resultatet bygger på tio vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats, varav fyra bedömdes vara av hög kvalitet och sex bedömdes som medel. Tre av studierna var utförda på Irland, tre i USA, två i Kanada, en på Nya Zeeland och en i Norge (se Bilaga 3). De granskade artiklarnas resultat presenteras i fyra teman, varav alla har underteman.

Tabell 3. Teman och underteman.

<p>Sjukvårdspersonalens medvetenhet och kunskap <i>Tillfredsställande medvetenhet och kunskap</i> <i>Bristande medvetenhet och kunskap</i></p>	<p>Sjukvårdspersonalens attityder <i>Vårdande attityder</i> <i>Icke-vårdande attityder</i></p>
<p>Patienters sårbarhet <i>Att överväga att komma ut</i> <i>Att välja att inte komma ut</i> <i>Att inte ha kontroll</i></p>	<p>Patienters proaktiva åtgärder <i>Att ta initiativ för att få god vård</i> <i>Att välja att komma ut</i> <i>Strategier för att komma ut</i></p>

Sjukvårdspersonalens medvetenhet och kunskap

Deltagarna mötte sjukvårdspersonal som var medvetna om att det finns HBTQ-personer i samhället och hade goda kunskaper om generella samt hälsospecifika frågor som rör denna grupp. Dessa erfarenheter redogörs under *Tillfredsställande medvetenhet och kunskap*. Vid en del vårdmöten upplevdes däremot att personalen inte var medvetna om HBTQ-personers existens och hade bristande kunskaper vad gäller denna grupps allmänna problematik och hälsobehov. Detta presenteras under *Bristande medvetenhet och kunskap*.

Tillfredsställande medvetenhet och kunskap

Få studier redovisade för positiva erfarenheter rörande personalens kunskap och medvetenhet om HBTQ-personer. I de studier som gjorde det upptog dessa endast en mindre del av resultatet. Lesbiska deltagare meddelade att de haft positiva, eller nästan bara positiva erfarenheter av vårdmöten (Adams et al. 2013; Bjorkman & Malterud 2009; Duffy 2011). Då visade personalen sin medvetenhet om och förståelse för att alla människor är olika och har rätt till god vård. Härmed erkändes patienterna både som lesbiska – d.v.s. patienter med speciella behov och erfarenheter – samt som vanliga (”ordinary”) patienter – d.v.s. människor i behov av vård. I vissa fall hade personalen mycket goda kunskaper inom lesbiskt-specifika hälsobehov (Bjorkman & Malterud 2009). Vad gäller den sexuella hälsan gav de hjälpsam information om trygg sex och STI och ställde relevanta frågor. Personalen upplevdes mycket kompetent då de lyckades inse att orsaken till patientens fysiska symptom var ångesten över den nyligen upptäckta sexuella läggningen. Några homosexuella män i Adams et al. (2013) tyckte att manlig sjukvårdspersonal som också identifierade sig som homosexuell hade större förståelse för den manliga homosexuella livsstilen samt större kunskap än övrig personal vad gäller de specifika hälsobehoven. Däremot upplevde de flesta männen i studien att en gemensam sexuell läggning inte var någon förutsättning för att vara tillräcklig kunnig (a a).

Bristande medvetenhet och kunskap

I alla studierna framgick det att sjukvårdspersonalen hade heteronormativa antaganden, fördomar och otillräcklig kunskap om HBTQ-personers allmänna och hälsospecifika frågor. Dessa erfarenheter redogjordes för omfattande i de tio studierna.

Att sjukvårdspersonalen antog att patienter var heterosexuella ledde till missförstånd (Bjorkman & Malterud 2009; Heyes et al. 2016; Rounds et al. 2013; Smith & Turell 2017; Venetis et al. 2017). Dessa missförstånd i sin tur medförde att personalen krävde förklaringar, exempelvis genom att ställa frågor som patienten ansåg som naiva (Smith & Turell 2017) eller taktlösa (Bjorkman & Malterud 2009), så att hen kände sig tvingad att komma ut (Venetis et al. 2017). På en inskrivningsblankett raderades namnet på en kvinnlig patients

partner eftersom det antogs att det väl inte kunde stå ett kvinnligt namn i rutan ”partner” och att någon måste skrivit fel (Heyes et al. 2016). En transkvinna, som vid vårdmötet fortfarande levde som man, upplevde att det var då sjukvårdspersonalen fick syn på ett normativt kvinnligt uttryck (hennes axelväska, vilken han gjorde en kommentar om), att det uppfattades att hon var en ”äkta” kvinna (Heyes et al. 2016). Efter att de först kommit ut för sjukvårdspersonalen fick lesbiska patienter information som endast varit relevant om de hade haft ett heterosexuellt sexliv. Preventivmedel hade ordinerats och graviditetstest gjorts utan någon anledning (Bjorkman & Malterud 2009).

Det uppmärksammades otillräcklig kunskap om vad det innebär för en patient att vara HBTQ, vad gäller exempelvis avslöjandeprocessens komplexitet, HBTQ-minoritetsstress särdrag eller homosexuella rättigheter (Duffy 2011; Heyes et al. 2016; Sharek et al. 2014; Smith & Turell 2017). Att komma ut innebär ofta sårbarhet – särskilt vid ohälsa – samt oförutsägbara konsekvenser för patienten, vilket sjukvårdspersonalen inte alltid hade tillräcklig kunskap om. Exempel på sådant ges av Heyes et al. (2016) då en transkvinna kallades i väntrummet med sitt manliga namn trots att hennes kvinnliga namn stod på blanketten. Språklig okunskap om HBTQ-terminologi och opassande användning av pronomen för transpersoner (såsom att slumpmässigt byta mellan ”han” och ”hon”) nämndes också (Heyes et al. 2016; Rounds et al. 2013; Smith & Turell 2017). Ibland var sjukvårdspersonalens inställning så negativ och fördömsfull att de inte var beredda att ens medge existensen av HBTQ-identiteter eller öppna sig för ny kunskap om patienter med dessa identiteter (Duffy 2011).

Kunskap om HBTQ-hälsa upplevdes också vara otillräcklig och/eller tveksam (Bjorkman & Malterud 2009; Connolly & Lynch 2016; Rounds et al. 2013; Sharek et al. 2014; Smith & Turell 2017). Sjukvårdspersonalen tycktes inte kunna hantera frågor kring transpatienter (Sharek et al. 2014) eller homosexuella mäns hälsa (Connolly & Lynch 2016). En deltagare berättade om att personalen på akutmottagningen tog på sig dubbla och trippla handskar när de fick reda på att hen var hivpositiv (Smith & Turell 2017). Lesbiska patienter fick inget tillfredsställande svar då de frågade om STI och vilka screenings som bör göras (Bjorkman & Malterud 2009). Homosexuella patienter behandlades som om homosexualitet fortfarande var kategoriserad som psykisk störning då deras fysiska eller psykiska ohälsa systematiskt förknippades med den icke-normativa sexuella läggningen (Rounds et al. 2013). Till exempel rekommenderades en patient med förkylningslikande symtom att ”hon skaffar sig en pojkvän”. Det påpekades att ibland är en förkylning bara en förkylning och inte någon ”homosexuell förkylning” (“a gay cold”) (a a). Den lesbiska läggningen behandlades ibland som en patologi eller en fas i patientens ungdomsår som sedan skulle gå över (Bjorkman & Malterud 2009). I patientjournalen redogjordes för icke-heteronormativa egenskaper då dessa upplevdes av deltagarna som icke-relevanta (Rounds et al. 2013). Av alla HBTQ-patienter framgick det att transpatienterna var drabbade i större utsträckning av sjukvårdspersonalens okunnighet (a a).

Sjukvårdspersonalens attityder

Temat beskriver deltagarnas upplevelser av sjukvårdspersonalens attityder gentemot HBTQ-patienterna under vårdmötet. En del av deltagarna upplevde att de blev positivt bemötta, vilket beskrivs under *Vårdande attityder*, medan andra upplevde vårdmötet negativt, vilket redogörs under *Icke-vårdande attityder*.

Vårdande attityder

Deltagarna uppgav att deras sexuella läggning inte gjorde någon skillnad för sjukvårdspersonalen. Patienter och deras samkönade partners var respekterade och välkomna

(Duffy 2011; Heyes et al. 2016; Sharek et al. 2014; Smith & Turell 2017). Patienter fick positiv respons efter avslöjandet om sin sexuella läggning till sjukvårdspersonalen. Omvårdnaden var personcentrerad, med öppen och avslappnad kommunikation och utan kommentar om den sexuella läggningen (Bjorkman & Malterud 2009; Duffy 2011; Sharek et al. 2014; Smith & Turell 2017). Exempel på vårdande attityder ges i Bjorkman & Malterud (2009) då sjukvårdspersonalen stödde en lesbisk kvinna i den avslöjandeprocessen genom att hjälpa henne att acceptera sig själv. Sjukvårdspersonalen värdesatte information om sexuell läggning eftersom detta kunde påverka behandlingen (a a). De visade sitt stöd till en transpatient genom att lära sig mer om den pågående hormonterapibehandlingen (Heyes et al. 2016). Gemensam manlig homosexuell läggning mellan sjukvårdspersonal och patient upplevdes ibland som en relationell fördel (Adams et al. 2013). Homosexuella män upplevde i Connolly & Lynch (2016) att det var lättare att avslöja sin sexuella läggning till yngre sjukvårdspersonal eftersom de tycktes vara mer öppna mot HBTQ-patienter.

Icke-vårdande attityder

Deltagarna tyckte att sjukvårdspersonalen blev obekväma efter att den sexuella läggningen lyftes fram under vårdmötet. (Bjorkman & Malterud 2009; Connolly & Lynch, 2016; Duffy 2011; Rounds et al. 2013; Sharek et al. 2014; Smith & Turell 2017). Patienter svarade oärligt på sexuella och könsrelaterade frågor eftersom sjukvårdspersonalen ofta blev förvirrad när patienter svarade ärligt (Rounds et al. 2013). Till exempel upplevde en man att sjukvårdspersonalen inte visste på vilket sätt de skulle hantera situationen efter att patienten avslöjat sin sexuella läggning (Connolly & Lynch 2016). Vård på sjukhus upplevdes som heteronormativ, med dömande attityder till homosexuell livsstil (Duffy 2011; Connolly & Lynch 2016). Homofobi och negativa attityder tycktes vara åldersberoende (Connolly & Lynch 2016). Deltagarna blev negativt bemötta och utsattes för mikroaggressioner, diskriminering och förnekelse av sjukvårdspersonalen på grund av den sexuella läggningen (Duffy 2011; Smith & Turell 2017). De upplevde dömande attityder (Duffy 2011; Rounds et al. 2013), stereotypa kommentarer, vägran att diskutera patienternas frågor, samt kände att den information som de uppgav om sig själva blev nedvärderad eller ifrågasatt (Rounds et al. 2013). Det påstods att ett samlag mellan kvinnor inte var "något riktigt samlag" och att tekniskt sett var en kvinnlig patient fortfarande oskuld eftersom hon aldrig haft sex med en man. Härmed nedvärderades patientens sexuella erfarenhet (Duffy 2011). En lesbisk patient fick inte lov att ha med sig partnern på sjukhusrummet då hon var allvarligt sjuk och sjukvårdspersonalen undvek att beröra henne och komma henne nära, vilket fördröjde den medicinska behandlingen (a a). En del lesbiska kvinnor upplevde att sjukvårdspersonalen blev hårdhänt efter avslöjande av den sexuella läggningen. I ett fall avslutades behandlingen av terapeuten efter att patienten kommit ut (Bjorkman & Malterud 2009).

Patientens sårbarhet

I alla studierna framgick det att deltagarna upplevt någon grad av sårbarhet vid möte med vården på grund av sin sexuella läggning/könsidentitet. Att ha en HBTQ-identitet innebar ofta att bli bemött av sjukvårdspersonalen på icke-vårdande sätt. Att denna information kommer, eller kan komma till personalens kännedom var därför påfrestande för HBTQ-patienter, som samtidigt måste hantera en mer eller mindre allvarlig hälsoproblematik. Sårbarheten kunde alltså upplevas under hela avslöjandeprocessen, vilken först börjar när patienterna överväger att komma ut.

Att överväga att komma ut

Inför avslöjandet uttryckte deltagarna oro, rädsla och även ångest (Connolly & Lynch 2016; Duffy 2011; Rounds et al. 2013; Sharek et al. 2014; Smith & Turell 2017; Venetis et al.

2017). Dessa känslor inträffade då deltagarna höll på och funderade över potentiella konsekvenser, såsom sjukvårdspersonalens reaktioner gentemot informationen, samt över hur denna skulle användas, dokumenteras och påverka kommande vård (Rounds et al. 2013; Smith & Turell 2017). Vissa var oroliga över att informationen skulle spridas till oberörda parter inom vårdinrättningen och även – för deltagare som bodde i mindre orter – utanför vårdinrättningen (Smith & Turell 2017). Vid ett vårdmöte hade deltagarna negativa tidigare erfarenheter med sig i ryggsäcken, vilket gjorde det svårt att tala om sig själva (Rounds et al. 2013; Smith & Turell 2017). De fortfarande rådande heteronormativa antaganden, samt homo- och transfobin och okunnighet kring HBTQ-frågor bidrog också till att deltagarna kände rädsla för att bli stigmatiserade och diskriminerade inom hälso- och sjukvården (Connolly & Lynch 2016; Sharek et al. 2014). HIVpositiva homosexuella män och transpersoner var särskilt berörda (Smith & Turell 2017). Venetis et al. (2017) nämner att patienter ibland höll tillbaka för att inte visa sitt obehag inför att komma ut och dolde härmed sin sårbarhet, i hopp om att kunna få bättre bemötande. Funderingar över om god och kompetent vård skulle ges, samt om partnern skulle bli inkluderad, var ytterligare källor till oro (Duffy 2011; Smith & Turell 2017).

Att välja att inte komma ut

Till följd av obehag, rädsla för negativa konsekvenser och för att öka sannolikheten att få ett gott bemötande, valde en del HBTQ-patienter att behålla informationen om sexuell läggning/könsidentitet för sig själva (Bjorkman & Malterud 2009; Connolly & Lynch 2016; Duffy 2011; Fredericks et al. 2017; Heyes et al. 2016; Sharek et al. 2014; Smith & Turell 2017). Även brist på tillit till att bli sedda som patienter med unika behov, samt att få dessa behov tillfredsställda ledde till att deltagarna var motvilliga att komma ut (Connolly & Lynch 2016; Sharek et al. 2014).

Att förbli osynlig som HBTQ-patient innebar ibland att avsiktligt låtsas vara heterosexuell och inte tillåta sig att vara sig själv (Bjorkman & Malterud 2009; Duffy 2011; Fredericks et al. 2017; Heyes et al. 2016). Patienterna kände sig ansvariga för att upprätthålla en känsla av normalitet på vårdinrättningen, ansträngde sig och använde sig av knep för att "stanna kvar i garderoben" (Fredericks et al. 2017; Heyes et al. 2016; Duffy 2011). Exempelvis utfördes detta genom att avstå ifrån kallprat, eftersom det icke-normativa familjelivet inte passade in i vardagliga diskussioner (Heyes et al. 2016). Andra deltagare antog en "heteronormativ stil", med hjälp av kläder och sätt att tala. En deltagare berättade att när den kvinnliga personalen skämtade om män brukade hon delta i skämtet, som om hon också varit med om liknande sammanhang med män. Patienten kände obehag för att hon lurat personalen (Fredericks et al. 2017).

Om relationen med sjukvårdspersonalen kändes otrygg och att den sexuella läggningen/könsidentiteten riskerade bli avslöjad valde patienterna att byta till annan vårdinrättning eller helt undvika hälso- och sjukvården (Fredericks et al. 2017). En annan strategi för att inte behöva komma ut var att bara besöka akutmottagningar för att undvika långvariga relationer med samma sjukvårdspersonal (a a).

Adam et al. (2013) och Connolly & Lynch (2016) kartlade att homosexuella män som inte ville komma ut ändå gjorde det ibland oavsett hur obekväma de kände sig. De flesta deltagarna i Adams et al. (2013) berättade om sin sexuella läggning bara när de själva tyckte att den var relevant till vårdkontaktorsaken. Det fick dem att känna att de hade kontroll över den information som berörde deras privata liv, men det krävde att männen var experter på

huruvida de symtom som upplevdes vara förknippade med den sexuella läggningen och dess påverkan på kvaliteten på den vård som de fick (a a).

Att inte ha kontroll

Även om HBTQ-patienter la mycket energi på att hantera sitt avslöjande framgick det inte alltid om informationen om sexuell läggning/könsidentitet redan var känd, även om patienten bestämt sig för att behålla den för sig själv (Adams et al. 2013; Fredericks et al. 2017). Sjukvårdspersonalen kunde haft misstankar eller fått tag på informationen utan patienternas kännedom. Om patienterna ville uttrycka sin icke-normativa sexuella läggning/könsidentitet via viss klädstil eller beteende, var det inte säkert att sjukvårdspersonalen förstod dessa tecken (Fredericks et al. 2017). Det kunde vara så att transpatienterna var avslöjade mot deras vilja (Rounds et al. 2017) eller att de kände sig tvungna att komma ut (Fredericks et al. 2017; Rounds et al. 2013; Venetis et al. 2017). Det gavs exempel på patienter som befann sig i en sårbar vårdssituation, såsom en gynekologisk undersökning (Fredericks et al. 2017), eller blev överraskade av en fråga utan att ha kunnat förbereda sitt svar i förväg, såsom vid utredning av den sexuella hälsan vid anamnestagning (Venetis et al. 2017). När lesbiska patienter tillfrågades om preventivmedel och graviditet, kände de sig tvungna att komma ut för att undvika att bli stigmatiserade för att ha otrygga sexuella vanor. Patienter kunde i sådana fall känna sig hotade, då heteronormativa antaganden ansågs begränsa valmöjligheterna för avslöjandet (a a). En transkvinna berättade om hennes känsla av att inte ha kontroll över vem hon var, då det var läkaren som hade makt att fatta beslut om huruvida hon ”faktiskt” var en kvinna (Heyes et al. 2016).

Det framgick också att valmöjligheterna var begränsade vad gällde att hitta kompetent sjukvårdspersonal. Att nöja sig med det lilla, inte förvänta sig god vård utan bara vara nöjd med att få någon vård överhuvudtaget uttrycktes av några deltagare (Heyes et al. 2016). De var beredda att anpassa sig till personalens okunnighet eller få heteronormativt bemötande för att fortsätta hålla vårdrelationen vid liv och undvika att bli straffade.

Patienters proaktiva åtgärder

De flesta artiklarna visar att deltagarna vidtog olika strategier vid vårdmötet med sjukvårdspersonalen för att känna sig trygga och bekväma. Meningen med detta var också att öka HBTQ-medvetenheten hos personalen.

Att ta initiativ för att få god vård

Under vårdmötet var det viktigt att berätta om sin sexuella läggning för sjukvårdspersonalen då det kunde vara relevant för kontaktorsaken (Adams et al. 2013; Connolly & Lynch 2016; Fredericks et al. 2017; Venetis et al. 2017). Deltagarna ville vara sin egen försvarare under vårdmötet och upplevde därför inte något obehag att berätta om sin sexuella läggning/könsidentitet. En transkvinna förklarade att transidentiteten inte är ett val och därför behöver bli respekterad. En lesbisk kvinna såg sin identitet som ett faktum och vägrade ta ansvar för andra människors obehag (Smith & Turell 2017). Det upplevdes som utmanande att träffa sjukvårdspersonal som hade kunskap om HBTQ-frågor. Tecken associerade med HBTQ-gruppen såsom regnbågssymboler tolkades som välkomnande av patienterna (Fredericks et al. 2017). Dock var en del vårdgivare som profilerade sig som ”HBTQ-vänliga” i verkligheten inte kompetenta inom HBTQ-frågor (Rounds et al. 2013). En transkvinna tyckte att hon själv måste leta efter informationen och tjänster inom transrelaterad vård eftersom det var brist på dessa inom den vanliga vården (Sharek et al. 2014). Deltagarna uppgav att de valde olika vårdgivare beroende på om frågeställningen handlade om allmän- eller homospecifik hälsa (Adams et al. 2013).

Att välja att komma ut

De flesta deltagarna valde att komma ut för att upplysa sjukvårdspersonalen om HBTQ-frågor och utmana heteronormativiteten inom hälso- och sjukvården genom att göra HBTQ-patienter synliga (Bjorkman & Malterud 2009; Heyes et al. 2016; Rounds et al. 2013). Att våga prata och avslöja sin sexuella läggning kunde bidra till ändring av hälso- och sjukvårdssystemet och normalisering av HBTQ-konceptet. En deltagare kände sitt ansvar att vara synlig och prata om HBTQ-frågor för att påverka attityder och underlätta för barn som kämpar med sin sexualitet (Fredericks et al. 2017). En deltagare valde att alltid avslöja sin sexuella läggning under vårdmötet efter att sjukvårdspersonalen uppfattat henne och hennes partner som mor och dotter (Heyes et al. 2016). Att avslöja sin sexuella läggning från början av vårdmötet sågs som välgörande för patientens hälsa och ledde till antingen god omvårdnad eller medvetenhet om vårdgivarens negativa attityder, då patienten hade möjligheten att byta vårdgivare (Fredericks et al. 2017). En lesbisk förälder tyckte att hon och partnern blev en förebild för sjukvårdspersonalen (och för de andra patienterna) på neonatalavdelningen genom att vara sig själva, visa sin kärlek till barnet samt genom att vara vårdande och engagerade föräldrar (Heyes et al. 2016).

Strategier för att komma ut

För att komma ut under vårdmötet krävdes planering (Adams et al. 2013; Heyes et al. 2016; Venetis et al. 2017). För att underlätta det använde patienterna olika tillvägagångssätt, till exempel var det enklaste sättet att ha sin partner med sig under vårdmötet (Fredericks et al. 2017; Venetis et al. 2017), genom att berätta om sin sexuella läggning med information som kändes relevant i just det sammanhanget (Fredericks et al. 2017; Venetis et al. 2017). Deltagare försökte vid avslöjandet verka avslappnade eller använde sig av humor i hopp om att få en lugn reaktion (a a). De föredrog att komma ut genom kallprat vid mötets inledande hälsningar eller under anamnestagning, då frågor om den sexuella hälsan ställdes (Venetis et al. 2017). En annan strategi var att indirekt avslöja sin sexuella läggning genom att syfta på partnern med pronomen "hon"/"henne" (för en kvinnlig patient) eller "han"/"honom" (för en manlig patient) (a a). De som inte hade partner betedde sig "som queer" genom tatueringar, piercing och färgrikt hår, medan andra använde humor vid avslöjandet. Om de själva inte gjorde något stort av sin sexuella läggning tycktes sjukvårdspersonalen motta informationen på ett bra sätt. För att inte förvirra sjukvårdspersonalen använde patienterna ett enkelt språk, till exempel ordet "bisexuell" i stället för "polysexuell" (Fredericks et al. 2017).

DISKUSSION

Nedan redogörs för reflektioner kring litteraturstudiens metodologiska val, vilka följs av en resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Forskning med kvalitativ ansats har sina grunder inom filosofi, historia och antropologi (Forsberg & Wengström 2016). Denna typ av forskning fokuserar på att skapa mening och förståelse utifrån människans subjektiva upplevelse av ett fenomen. En kvalitativ ansats passade väl för denna studies syfte och ses som en styrka, då författarna belyste HBTQ-patienters erfarenheter på en djupare nivå. Med avsikten att öka litteraturstudiens överförbarhets- och tillförlitlighetsgrad beskrevs i metodrubriken steg för steg studiens tillvägagångssätt (Polit & Beck 2014). Nio artiklar hade en kvalitativ ansats, medan en artikel

(Sharek et al. 2014) använde mixed methods, där författarna granskade och analyserade bara det kvalitativa innehållet, vilket svarade på denna litteraturstudies syfte och var lätt att urskilja från det kvantitativa.

Databassökning

Pilotsökning utfördes inledningsvis för att ta reda på om tillräckligt många artiklar svarade på studiens syfte samt för att utforma inklusions- och exklusionskriterierna. Litteraturstudien belyser en heterogen social grupp som har många olika benämningar, vilket innebär att termer motsvarande HBTQ-personer inkluderades i sökningen. Subgrupper (såsom lesbiska eller transpersoner) samt paraplytermer motsvarande "LGBT" (såsom "GLBT") inkluderades också i sökningen. Artiklar som handlade om kvalitativa studier söktes bl.a. genom sökorden "field study", "narrative" och "observational". Det finns ett obegränsat antal termer som syftar på både HBTQ-gruppen och artiklar med kvalitativ ansats, därför kunde alla sökord inte användas, vilket ledde till att några relevanta artiklar eventuellt missades.

Inklusions- och exklusionskriterier

Årsintervall 2005-2017 valdes för att få fram artiklar med senaste publiceringsår, samt för att begränsa antalet resultat. Den äldsta artikeln i denna litteraturstudie publicerades 2009. En studies resultat kan påverkas av att synen på HBTQ-personer gradvis förändras. Vidare var författarna först och främst intresserade av att belysa ett fenomen i sin mest aktuella form. Artiklar skrivna på engelska eller svenska valdes för att båda författarna kunde läsa och förstå dessa språk. Artiklar som handlade om HBTQ-patienters egna perspektiv på vårdmötet aldes i stället för sjukvårdspersonalens perspektiv på vårdmöten med HBTQ-patienter eftersom det tycktes viktigt att ge denna minoritetsgrupp en röst.

Artiklar med studier som var utförda i länder där HBTQ-personer fått ett officiellt godkännande från regeringen inkluderades i denna studie (ILGA 2016), vilket kan ses vara fördelaktigt. För att svara på litteraturstudiens syfte behövde studierna i de valda artiklarna ha utförts i liknande kontext för att säkerställa ett sammanhängande resultat. Därmed kunde resultatet lättare överföras till svensk hälso- och sjukvård (Polit & Beck 2014). Flera studier som var utförda i exempelvis Kenya, Indien och Thailand exkluderades av denna anledning.

Författarna exkluderade artiklar som endast fokuserade på en specialitet inom hälso- och sjukvården, på patienter med en viss diagnos eller tillhörande samma yrkes- eller social grupp eftersom dessa studier tycktes vara för snäva då litteraturstudiens syfte var att belysa hälsovården i sin helhet utifrån en bred patientgrupps perspektiv.

De artiklar som sammanställde erfarenheter från vårdmöten med fem olika yrkeskategorier (sjuksköterskor, läkare, undersköterskor, barnmorskor och psykoterapeuter) inkluderades. Syftet med denna litteraturstudie var att utifrån ett relationellt perspektiv belysa vad vårdmötet innebär för HBTQ-patienter. Med vårdmöte menas omhändertagande av patient oberoende av vilken yrkeskategori inom hälso- och sjukvård som gäller. Det är dock möjligt att det finns skillnader mellan dessa olika professioner som inte presenteras här, d.v.s. att erfarenheter av möten med läkare kanske skiljer sig från erfarenheter av möten med sjuksköterskor. Hade författarna hittat tillräckligt många artiklar av god kvalitet som belyste detta fenomen hade det varit fördelaktigt att endast utforska erfarenheter av möten med sjuksköterskor.

Urval

Det slutliga urvalet representerade HBTQ-gruppens mångfald till viss del (Bilaga 3): lesbiska deltagare var med i åtta studier, homosexuella män i lika många, transpersoner var med i fyra studier och queerpersoner i lika många. Detta inträffade utan att författarna strävade efter en sådan mångfald, eftersom det som först och främst fokuserades på vid kvalitetsgranskningen var att ta hänsyn till SBU:s modifierade granskningsmall.

Två artiklar (Fredericks et al 2017; Venetis et al. 2017) belyste endast en del av erfarenheterna av vårdmötet, nämligen erfarenheter av avslöjandeprocessen. Därför utgjorde dessa artiklars resultat bara en mindre del av litteraturstudiens resultat för att motsvara denna litteraturstudies syfte. Fyra artiklar (Adams et al. 2013; Connolly & Lynch 2016; Fredericks et al. 2017; Sharek et al. 2014) utforskade fler erfarenheter än de som är specifika för vårdmötet, beaktades endast delar av artikelns resultat. Ett liknande förfarande tillämpades i en av artiklarna (Heyes et al. 2016) där både sjuksköterskors och HBTQ-patienters erfarenheter inkluderades, men dessa erfarenheter kunde lätt urskiljas så att endast patienternas togs i beaktande.

Dataanalys

För att undvika bias och härmed ge trovärdighet, pålitlighet och objektivitet i studien tillämpades forskartriangulering vid databearbetningen, vilket enligt Polit och Beck (2014) innebär att kodning och analys av resultatets innehåll utförs av minst två forskare. Genom regelbundna revideringar och diskussioner eftersträvades att skapa sammanhängande teman och underteman, samt att sammanställa dem i en logisk ordning.

De olika faserna av datainsamlingen och dataanalysen dokumenterades och reflekterades fortlöpande, både för att underlätta skrivprocessen och att inte glömma att dokumentera några viktiga detaljer i forskningsprocessen. Då antecknade även författarna sina tankegångar. Polit & Beck (2014) menar att noggrann dokumentation och reflektiva anteckningar ger pålitlighet, objektivitet, trovärdighet och tillförlitlighet i en studie.

Litteraturstudiens syfte var att från ett relationellt perspektiv belysa vad vårdmötet innebär för HBTQ-patienter, vilket skiljer sig något från det ursprungliga syftet att belysa HBTQ-patienters erfarenheter av vårdmötet. Genom att läsa, diskutera och analysera de valda artiklarnas resultat kunde författarna samla omfattande information om patienternas erfarenheter av vårdmötet utan att riskera missa några viktiga aspekter av dessa erfarenheter. Resultat från de tio artiklarna pekade på att HBTQ-patienters upplevelse av vårdmötet inte endast handlade om uppfattningen av sjukvårdspersonalens attityder och deras handlande utan också om hur patienterna såg på sina egna inställningar och respons på sjukvårdspersonalens attityder och deras handlande. Härmed ansågs att avslöjandeprocessen var en betydande del av förloppet av vårdmötet, varför den behövde redovisas på ett detaljerat sätt.

Resultatdiskussion

De granskade artiklarna redogör för ett brett spektrum av attityder, kunskap och föreställningar hos sjukvårdspersonalen gentemot HBTQ-patienter. I de olika artiklarnas resultat uppmärksammades inga skillnader som kan ses vara motsägelsefulla. Det tolkas som att de kompletterar varandra i och med att inte exakt samma aspekter av vårdmötets innebörd lyftes fram. Alla artiklarnas resultat nämner avslöjandeprocessen. Ett par av artiklarna

beskriver dess komplexitet och underlättar förståelsen för HBTQ-patienternas egen inställning vid vårdmötet. Litteraturstudiens syfte var att utifrån ett relationellt perspektiv belysa vad vårdmötet innebär för HBTQ-patienter. I en relation interagerar två olika parter (Snellman 2014) och för författarna var det viktigt att inte endast redogöra för patienternas upplevelse av sjukvårdspersonalens bemötande utan patienternas upplevelse av sin egen uppfattning av mötet. I resultatet presenterades HBTQ-patienters erfarenheter av detta utan att det alltid förklarades hur vanliga eller sällsynta de var. Denna litteraturstudie syftade till att återge ett fenomenens olika aspekter.

Stewart & O'Reillys (2017) systematiska integrerande litteraturstudie bygger på kvalitativ och kvantitativ forskning och redovisar både sjukvårdspersonalens (sjuksköterskor och barnmorskor) och HBTQ-patienters erfarenheter av vårdmötet. Denna artikel används som stöd i följande diskussion, med utgångspunkt från fem av sjuksköterskans kärnkompetenser.

Omvårdnadsprocessen

En förutsättning för god omvårdnad är att sjuksköterskan kan etablera en förtroendefull relation med patienten och dennes närstående (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Vidare ska sjuksköterskan kunna se på patientens situation utifrån ett helhetsperspektiv, där kunskap om komplexa behov ingår (a a). Sjuksköterskans attityd i vårdrelationen spelar en stor roll i omvårdnadsprocessens genomförande. Vid omvårdnadsprocessens första steg (datainsamling) ska sjuksköterskan sträva efter att samla på så mycket relevant information som möjligt om patienten, så att rätt omvårdnadsdiagnos ställs (steg 2). Ska kvaliteten på anamnestagning och undersökningar vara tillfredsställande förväntas att patienten känner sig välkomnad och trygg.

I Stewart & O'Reilly (2017) beskrevs sjuksköterskor och barnmorskor av en del HBTQ-responderer som öppna, accepterande och uppmärksamma på sina patienter, samt visade stödjande, respekterande och bekräftande attityder, vilket överensstämmer med denna litteraturstudies resultat. Det fanns också personal som uppgav att de förstod innebörden av HBTQ-minoritetsstress och avslöjandeprocessen, med dess potentiella sociala och psykologiska konsekvenser (a a). I detta arbetes resultat diskuterades den icke-vårdande attityden i större utsträckning, vilket speglade de granskade artiklarnas upplägg. Stewart & O'Reilly (2017) beskriver också icke-vårdande attityder mer omfattande. Utifrån detta faktum är det omöjligt att dra slutsatsen att sjukvårdspersonalen är mer benägna att uppvisa dessa attityder. Sjukvårdspersonalen uppgavs i resultatet ha heteronormativa och cisnormativa antaganden, vilket överensstämmer med Stewart & O'Reillys (2017) sammanställning, som menar att dessa var ett gemensamt drag i sina granskade studier. De typer av mikroaggressioner som Platt & Lenzen (2013) och Nadal et al. (2016) beskriver som en del av HBTQ-personers vardag upplevdes också vid vårdmöten. Stewart & Reilly (2017) redovisar stora skillnader mellan sina granskade studier, där heteronormativa antaganden hos sjuksköterskor och barnmorskor inträffade som högst hos 86 % i en studie och som lägst hos 16 % av dem i en annan studie.

Litteraturstudiens resultat belyste också sjukvårdspersonalens obehag, vilket återspeglar Stewart & O'Reillys (2017) observation gällande sjuksköterskors och barnmorskors förhållningssätt gentemot icke-normativa sexuella läggningar/könsidentiteter. Forskarna, liksom Platt & Lenzen (2013) och Nadal et al. (2016), tolkar obehag gentemot HBTQ-personer som en typ av mikroaggression. Sjuksköterskor och barnmorskor uppgav att de kände sig obekväma att ställa frågor rörande detta, eller att de var rädda för att uttrycka sig fel och härmed förolämpa patienten, vilket skapade osäkerhet i kommunikationen med patienten (Stewart & O'Reilly 2017). Detta skiljer sig på något vis från hur Platt & Lenzen (2013) och

Nadal et al. (2016) ser på obehag, där känslan har sitt ursprung i att homosexuella och transerfarenheter uppfattas som syndiga eller patologiska. Obehaget innebär inte nödvändigtvis nedvärderande av HBTQ-patienter eller att sjukvårdspersonalen menar illa, utan kan tyda på att de känner sig otillräckliga. En annan typ av mikroaggression, nämligen överdrivet fokus på den sexuella läggningen/könsidentiteten lyfts också fram i Platt & Lenzen (2013) och Nadal et al. (2016), liksom i denna litteraturstudies resultat. Det fordras skicklighet från sjuksköterskan att uttrycka sig på ett icke-kränkande sätt, då en del frågor kan upplevas som olämpliga och påträngande, vilket var ett vanligt klagomål i Stewart & O'Reilly (2017) då dessa tycktes för privata och alltför fokuserade på de sexuella vanorna.

Resultatet tydde på att hypervigilens är en betydande del av patienternas erfarenheter av vårdmötet då många deltagare uppgav att de var oroliga inför att komma ut. Omvårdnadsprocessen påbörjas redan vid första kontakten mellan patient och sjuksköterska. Vid presentationen har sjuksköterskan möjlighet att med sitt förhållningssätt underlätta för att en förtroendefull relation med patienten/närstående etableras. Att vara patient innebär att vara i en situation av sårbarhet. Sjuksköterskans uppdrag är att lindra lidande och inte frambringa mer lidande. Patienten ska kunna känna att hen inte behöver stå ut med de negativa konsekvenserna, nämligen icke-vårdande attityder, om HBTQ-identiteten blir känd. Om patienten upplever otrygghet eller obehag vid vårdmötet riskeras viktig information vid anamnesupptagningen att försvinna, vilket leder till en omvårdnad med begränsad kvalitet. Resultatet visade att de flesta HBTQ-patienterna väljer att inte avslöja sin sexuella läggning/könsidentitet vid vårdmötet. Wurm & Hanners (2017) menar att HBTQ-personer inte kommer ut i alla sociala sammanhang eller i alla gruppstillhörigheter av olika anledningar. Informationen kan bedömas oviktig, irrelevant eller för privat och det kan ta energi att vara synlig, exempelvis behöva förklara och hantera omgivningens reaktioner. Detta är förenligt med resultatet, där de olika överväganden och strategierna som karakteriserar avslöjandeprocessen lyftes fram. Att patienterna själva avgör om information om sexuell läggning/könsidentitet är relevant till behandlingen innebär en risk att de får sämre vård. Betydelsen av denna information för omvårdnadsprocessen är inte alltid självklar för sjuksköterskan och då antas hen kunna bedöma detta med hjälp av sina personliga och evidensbaserade kunskaper. På samma sätt är det viktigt för sjuksköterskan att förstå att en patient inte alltid är redo att komma ut.

Vid omvårdnadsprocessens planering och genomförande ska sjuksköterskan se till att patientens samtycke och autonomi respekteras, samt uppmuntra dennes och närståendes delaktighet. Enligt resultatet upplevde deltagarna att den information som gavs till sjukvårdspersonalen inte alltid litades på och ibland nedvärderades. Det redogjordes också för tillfällen då personalen utförde undersökningar och test utan patientens samtycke eller att den samkönade partners legitimitet inte blev respekterad. Vad gäller patienternas proaktiva åtgärder redovisades i resultatet att dessa kunde vara energikrävande. Patientens ska inte behöva försvara sig själv utan det är sjuksköterskans uppdrag att vara patientens advokat. Sjuksköterskan ska se till att vårdrelationen har rätt dynamik, så att de som är involverade passar in i sina roller. Patienten ska låtas vara patienten och tillåtas att visa sin sårbarhet.

Vid omvårdnadsprocessens sista steg sker utvärderingen av det utförda arbetet kring patienten. Då får sjuksköterskan tillfälle att reflektera över sitt eget förhållningssätt. Har hen tagit hänsyn till att patienten eventuellt var HBTQ? Hur hanterades information som framkom vid anamnesupptagning? Var det något som verkade vara av särskilt känslig karaktär? Är det något i sjuksköterskans attityd som kan haft en negativ/positiv påverkan på behandlingen? För

att kunna genomföra en omvårdnadsprocess av god kvalitet är det viktigt att sjuksköterskan har självinsikt, kunskap om sina egna värderingar och dessutom är beredd att ifrågasätta dem.

Personcentrerad vård

En del deltagare upplevde att sjukvårdspersonalen var medvetna om att alla människor har rätt till god vård trots olikheter. Stewart & O'Reilly (2017) redogör för att många sjuksköterskor och barnmorskor tyckte att HBTQ-patienter ska vårdas på samma sätt som alla andra. Många av de önskningar för framtida vårdmöten som uttrycktes av deltagarna i Smith & Turell (2017) och Rounds et al. (2013) skulle kunna tillämpas för alla patienter. Sjukvårdspersonalen önskades bli mer socialt kompetenta och empatiska, kunna bemöta patienten som en person, komma ihåg patientens namn och respektera patientens personliga och privata utrymmen. Det önskades också att vårdmötet blir mer mänskligt, med en passande användning av ögonkontakt. Litteraturstudiens resultat redovisade att när den sexuella läggningen/könsidentiteten inte tycktes spela någon roll för sjukvårdspersonalen uppfattades det som en vårdande egenskap. Samtidigt menar Stewart & O'Reilly (2017) att när sexuell läggning/könsidentitet inte tas i beaktande i omvårdnaden kan känslor av osynlighet skapas hos HBTQ-patienterna. Sjuksköterskan bör anpassa sitt förhållningssätt till den enskilda patienten.

Personcentrerad vård kännetecknas av att patient och närstående blir sedda och förstådda som unika personer med individuella behov, resurser, värderingar och förväntningar (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Deltagare önskade att sjukvårdspersonalen blir mer medvetna om HBTQ-patienters existens, sårbarhet och att sexualitet kan uttryckas på olika sätt (Rounds et al. 2013; Smith & Turell 2017). Sjuksköterskan bör vara medveten om att vårdmötet kan vara mer komplext för HBTQ-patienter gällande avslöjandeprocessen. Enligt resultatet avslöjade deltagarna ofta sin sexuella läggning/könsidentitet genom olika strategier såsom kallprat i början av vårdmötet då frågor om den sexuella hälsan ställdes. Sjuksköterskan bör exempelvis ha kunskap om vikten av kallprat för HBTQ-patienter och se på denna del av vårdmötet som avgörande för tilliten. HBTQ-personer drabbas oftare av psykisk ohälsa därför bör sjuksköterskan vara uppmärksam på den psykiska statusen vid anamnesen. Vidare ska sjuksköterskan vara försiktig med att dra slutsatser om patientens sexuella läggning/könsidentitet utifrån patientens klädstil, tatueringar/piercing, sätt att tala/bete sig, vilka tecken kan vara missvisande.

Resultatet visade att deltagarna bemöttes av okunnighet om HBTQ-terminologi och opassande användning av pronomen, vilket överensstämmer med de mikroaggressioner som beskrivs i Platt & Lenzen (2013) och Nadal et al. (2016). Deltagarna förväntade sig att sjukvårdspersonalen var mer pålästa om de olika termer som ingår under HBTQ-paraplytermen (Rounds et al. 2013). Stewart & O'Reilly (2017) redovisade att patienter upplevde att sjuksköterskors och barnmorskors språk inte var inkluderande då de endast använde pronomen för det motsatta könet när de frågade om partnern. Språket bidrar till att skapa den verklighet personer upplever, därför behöver sjuksköterskor uttrycka sig med lämpliga termer och vara lyhörda för att förstå det underförstådda samt ställa frågor på ett taktfullt sätt.

Personcentrerad vård fokuserar också på personens sociala sammanhang, närstående och partners eftersom ohälsa och sjukdom inte endast påverkar patienten (Svensk sjuksköterskeförening 2016). Litteraturstudiens resultat redogjorde att sjukvårdspersonalen kunde vara vänlig mot patientens partner eller exkludera denne från behandlingen. Stewart &

O'Reilly (2017) visar att sjuksköterskor bortsåg ibland från patientens samkönade partner och frågade efter annan närmast anhörig.

Samverkan i team

Genom samverkan i team kompletterar sjukvårdspersonalen varandras kompetenser och härmed främjas kommunikation, lärande och beslutsfattande (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Detta kan exempelvis göras genom att sjukvårdspersonalen uppmuntrar varandra till mer vårdande attityder, både inom samma yrkeskategori och yrkeskategorierna mellan. Stewart & O'Reilly (2017) menar att för att förbättra vården för HBTQ-patienter uppmuntrade sjuksköterskor och barnmorskor sina kollegor till att minska stigmatiseringen av dessa patienter och att inkludera samkönade partners i behandlingen.

Det är dessutom viktigt att information om den sexuella läggningen/könsidentiteten handskas med försiktighet mellan kollegorna. Smith & Turell (2017) redovisade deltagarnas önskan att denna information inte förs vidare utan deras samtycke, samt att denna endast tilldelades när den var relevant till vårdbehovet, med respekt, empati och professionellt förhållningssätt.

Resultatet tyder på olika förväntningar hos deltagarna, av vilka en del kan tyckas vara motsägelsefulla. Exempelvis upplevdes sjukvårdspersonalen både kunnig och okunnig när de förknippade den sexuella läggningen med de fysiska symptomen. Genom god kommunikation och samverkan mellan de olika yrkeskategorierna kan en diagnos ställas och härmed underlättas förståelsen om vilka hälsoproblem som har ett direkt samband med att patienten är HBTQ och vilka som handlar om allmänna hälsofrågor.

Evidensbaserad vård

Sjuksköterskan är ansvarig för att tillämpa evidensbaserad vård för att kunna garantera att patienten får omvårdnad i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, med utgångspunkt i patientens behov och preferenser (Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Resultatet visade att sjukvårdspersonalen både upplevts som HBTQ-kunnig och okunnig. Stewart & O'Reilly (2017) menar att många deltagare uppgav att de blev tilldelade felaktig information angående sina hälsobehov eller inte fick genomgå vissa undersökningar (såsom HPV-test för lesbiska patienter). Flera studier dokumenterade att sjuksköterskor och barnmorskor själva tyckte att de hade otillräcklig kunskap och inte var utbildade för att kunna hantera HBTQ-hälsofrågor, särskilt gällande transpersoner (a a). I Smith & Turell (2017) formulerade HBTQ-deltagarna rekommendationer till sjukvårdspersonalen exempelvis nämnde hiv-positiva homosexuella män vikten av att sjukvårdspersonalen bli mer påläst om hiv- och aidsdiagnosen (a a).

Enligt resultatet tycktes sjukvårdspersonalens ha diskriminerande attityder och föreställningar. Stewart & O'Reilly (2017) redogör för vanliga stereotypiska föreställningar som tyder på okunnighet hos sjukvårdspersonalen, såsom att alla homosexuella män är hivpositiva, att bisexualitet är en ogiltig identitet, eller att homosexualitet kan botas. HBTQ-identiteter sågs ofta som en patologi, i synnerhet för transpersoner (a a). Genom att förbättra sin kunskap om HBTQ-hälsa kan sjuksköterskan ändra på sina attityder och föreställningar kring dessa frågor. Det är inte patientens roll att läsa på om sina hälsobehov och utbilda sjukvårdspersonalen om det som behöver göras. I resultatet redogörs det för tillfällena då patienterna nöjde sig med vård av medelmåttig kvalitet p.g.a. det tog tid och energi att hitta personal som var kunnig inom HBTQ-hälsa. I flera av de granskade artiklarna rekommenderades det att personalen tar ansvar för att öka sin kompetens inom könsneutral kommunikation och utbilda sig vidare,

bl.a. genom exponering till HBTQ-personer och deras familjer (Rounds et al. 2013; Sharek et al. 2014; Smith & Turell 2017). Sjuksköterskan bör arbeta evidensbaserat för att kunna ge lämplig information och utbildning till patienter och närstående, samt för att få kunskap om vilka undersökningar och behandlingar som är vanliga i HBTQ-populationen och vilka som ska utföras oavsett om patienten är HBTQ eller inte. En annan rekommendation som framkommer i artiklarna (a a) är att vårdgivare bara annonserar om sig själva offentligt om de är HBTQ-vänliga. Det är avdelningschefens ansvar att säkerställa att all personal är kompetent gällande sjukvårdsåtgärder som inkluderar mångfald (Sharek et al. 2014).

Förbättringskunskap och kvalitetsutveckling

Lundberg et al. (2017) ställer frågan om hur vi som sjukvårdspersonal kan skapa ett klimat där patienten kan känna sig trygg och bekväm. Detta tycks vara något sjuksköterskan aldrig ska sluta fundera över. För att ge god vård ska hen utveckla omvårdnaden utifrån patientens behov och resurser (Svensk sjuksköterskeförening 2017). För att förbättra kunskap och kvalitet angående HBTQ-hälsofrågor ska hen kunna identifiera, leda, utvärdera och dokumentera systematiskt förbättringsarbete (a a). Denna studies resultat visade att deltagarna ofta kände behov av att utbilda sjukvårdspersonalen, vilket Stewart & O'Reilly (2017) också redogör för. Vårdmötet ska dock inte vara det främsta tillfället för sjukvårdspersonalen att förbättra sin HBTQ-relaterade kunskap. Stewart & O'Reilly (2017) menar att många sjuksköterskor och barnmorskor upplevde att det fanns en brist på utbildningsmöjligheter och kontinuerlig yrkesutveckling rörande HBTQ-hälsofrågor och vidare uppgavs att dessa sällan implementerades i läroplanen (a a).

I föregående underrubrik menades att HBTQ-deltagare föreslog att sjukvårdspersonalen utbildar sig vidare genom exponering till mångfaldiga populationer, liksom HBTQ-populationer. I Heyes et al. (2016) blev en lesbisk förälder erbjuden av avdelningschefen att delta i en kommitté som utforskade begreppet familj, samt att dela med sig av sin erfarenhet på olika sjuksköterskekonferenser, där hon fick ge förslag om vad som hälso- och sjukvården skulle kunna förbättra för familjer som hennes. Att skaffa sig en god kunskap om lagar som berör HBTQ-personer, samt få reda på vilka kunskapsstöd som är tillgängliga (såsom Socialstyrelsen 2015a; 2015b) tillhör också sjuksköterskans ansvarsområde.

KONKLUSION

Hälso- och sjukvården speglar samhällets diskriminering av HBTQ-personer och begränsar möjligheten till god vård, vilket gör att de har ett minskat förtroende för vården än befolkningen i övrigt (Kerosuo & Nilsson Lööv 2017). Det är lätt att enas om idén att hälso- och sjukvården ska tillhandahålla en god vård på lika villkor för hela befolkningen (HSL 2017:30). Denna princip kan tyckas svår att knyta an till yrkesutövandets vardag. Det finns personal som med sin kunnighet och öppna attityd gör stor skillnad för HBTQ-patienter och ökar deras möjligheter att hantera sin hälsoproblematik och uppnå bästa möjliga välbefinnande. De ger också patienterna stöd och verktyg så att de kan värna om sin integritet och visa omsorg till sig själv, vilket Orem och Taylor (1986) beskriver som förutsättning för hälsa. Framtiden ser ljus ut med tanke på den ökade medvetenheten om mångfald och variation i människors sexualitet och könsuttryck, samt den entusiasm som väcks av forskningsområdet HBTQ-hälsa. Förbättringar i sjukvårdspersonalens förhållningssätt eller ökat intresse för att utbilda sig vidare går hand i hand med systemiska förändringar, där vårdinrättningarnas miljö, rutiner och riktlinjer, liksom inskrivningsblanketter, blir mer HBTQ-vänliga. Inom hälso- och sjukvården samlas experter inom bl.a. omvårdnad, medicin,

psykologi och sociologi, nämligen människorelaterade kunskapsområden. Hälso- och sjukvården bär därför ansvar för att visa samhället i stort exemplet på medmännisklighet.

FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

HBQ-frågor har fått mycket uppmärksamhet de senaste decennierna, dock har forskningen bara i begränsad utsträckning fokuserat på att belysa vad vårdmötet innebär för HBQ-patienter (Smith & Turell 2017). Tidigare nämndes att det finns ett begränsat antal studier som specifikt handlar om sjuksköterskors och barnmorskors attityder, kunskap och föreställningar kring HBQ-hälsobehov (Stewart & O'Reilly 2017). Av detta framgår att området behöver beforskas mer av bl.a. omvårdnadsforskare. Det finns skillnader inom HBQ-gruppen som tyder på att mer forskning behöver riktas mot de olika subgrupperna var för sig, så att dessa subgruppers unika hälsobehov kan tillgodoses. I denna litteraturstudie användes termen HBQ trots att det fanns ännu mer inkluderande uttryck, liksom HBQ+. Att använda ett mer inkluderande uttryck innebar dock att ett större antal definitioner på subgrupper hade behövt angetts, vilket tycktes lämpa sig bättre till ett mer omfattande arbete. Lundberg et al. (2017) föreslår att termen HBQ+ är fördelaktigt i och med att den syftar på det obegränsade antalet identiteter och uttryck som skiljer sig från de nuvarande sexuella och könsrelaterade normerna. Intersexuella, asexuella och polysexuella är några exempel på dessa.

Författarna saknade artiklar av tillfredsställande metodologisk kvalitet som belyste transpersoners hälsa och vårderfarenheter. För att svenska sjuksköterskor ska få en bättre förståelse för vad vårdmötet innebär för HBQ-patienterna behövs fler empiriska studier göras. Eftersom erfarenheter av vårdmöten handlar om sjukvårdspersonalens och patienternas interagerande tycks det vara intressant att forskningen belyser bådas perspektiv.

Det är författarnas önskemål att detta arbete väcker intresse och nyfikenhet kring HBQ-hälsa, samt ger sjukvårdspersonal och studenter en bättre förståelse för vad som förväntas av dem när de möter en HBQ-patient. Det är viktigt att inte ta patientens sexuella läggning/könsidentitet för given. Författarna hoppas med denna litteraturstudie öka sjukvårdspersonalens motivation att sträva efter en vård av hög kvalitet till alla patienter.

REFERENSER

- Adams J, McCreanor T, Braun V, (2013) Gay Men's Explanations of Health and How to Improve It. *Quality Health Research*, 23(7), 887–899.
- Bjorkman M, Malterud K, (2009) Lesbian Women's Experiences with Health Care: A Qualitative Study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, (27), 238-243.
- Butler J, (1990) *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York & London, Routledge.
- Connolly M P, Lynch K, (2016) Is Being Gay Bad for Your Health and Wellbeing? Cultural Issues Affecting Gay Men Accessing and Using Health Services in the Republic of Ireland. *Journal of Research in Nursing*, 21(3), 177-196.
- Diskrimineringslagen, 2008:567.
- Dorsen C, (2012) An Integrative Review of Nurse Attitudes Towards Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 44 (3), 18-43.
- Duffy M, (2011) Lesbian Women's Experience of Coming Out in an Irish Hospital Setting: A Hermeneutic Phenomenological Approach. *Sex Res Soc Policy*, (8), 335-347.
- Elliott M N, Kanouse D E, Burkhart Q, Abel G A, Lyratzopoulos G, Beckett M K, Schuster M A, Roland M, (2014) Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey. *Journal of General Internal Medicine*, 30(1), 9-16.
- Forsberg C, Wengström Y, (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering analys och present*. Stockholm, Natur & Kultur.
- Fredericks E, Harbin A, Baker K, (2017) Being (In)visible in the Clinic: A Qualitative Study of Queer, Lesbian, and Bisexual Women's Health Care Experiences in Eastern Canada. *Health Care for Women International*, 38(4), 394-408.
- Friberg F, (2006) *Att göra en litteraturöversikt*. I: Friberg F, (Ed) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund, Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten, (2015) *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner – en rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige*. >www.folkhalsomyndigheten.se< PDF (2017-10-28)
- Foucault M, (1976) *The History of Sexuality Volume 1: An Introduction*. London, Allen Lane.
- Heyes C, Dean M, Goldberg L, (2016) Queer Phenomenology, Sexual Orientation, and Health Care Spaces: Learning from the Narratives of Queer Women and Nurses in Primary Health Care. *Journal of Homosexuality*, 63(2), 141-155.
- Hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30.

Institute of Medicine, (2011) *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a foundation for better understanding*. >www.ncbi.nlm.nih.gov< HTML (2017-10-28)

International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, (2016) *A World Survey of Sexual Orientation Laws: Criminalisation, Protection and Recognition*. >www.ilga.org< PDF (2017-12-08)

Kerosuo M, Nilsson Lööv S, (2017) *Psykoterapi med HBTQ+-personer: Kunskap, praktik och reflektion*. I: Lundberg T, Malmqvist A, Wurm M, (Eds) *HBTQ+*. Stockholm, Natur & Kultur.

Lundberg T, Malmqvist A, Wurm M, (Eds) (2017) *HBTQ+*. Stockholm, Natur & Kultur.

Malmqvist A, Hanner H, Lundberg T, (2017) *HBTQ+ och psykologi i en historisk tillbakablick*. I: Lundberg T, Malmqvist A, Wurm M, (Eds) *HBTQ+*. Stockholm, Natur & Kultur.

Nadal K L, Whitman C N, Davis L S, Erazo T, Davidoff K C, (2016) Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature. *The Journal of Sex Research*, 53(4-5), 488-508.

Orem D E, Taylor S G, (1986) *Orem's General Theory of Nursing*. I: Winstead-Fry P, (Ed) *Case Studies in Nursing Theory*. New York, National League for Nursing.

Platt L F, Lenzen A L, (2013) Sexual Orientation Microaggressions and the Experience of Sexual Minorities. *Journal of Homosexuality*, 60(7), 1011-1034.

Polit D F, Beck C T, (2014) *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.

RFSL, (2015) *HBTQ-fakta & tips*. >www.rfsl.se< HTML (2017-10-28)

Rounds K, Mcgrath B B, Walsh E, (2013) Perspectives on provider behaviors: A qualitative study of sexual and gender minorities regarding quality of care. *Contemporary Nurse*, 44(1), 99-110.

Sarvimäki A, Stenbock-Hult B, (2008) *Omvårdnadens etik: Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm, Liber.

Sharek D B, McCann E, Sheerin F, Glacken M, Higgins A, (2014) Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *International Journal of Older People Nursing*, (10), 230-240.

Smith S K, Turell S C, (2017) Perceptions of Healthcare Experiences: Relational and Communicative Competencies to Improve Care for LGBT People. *Journal of Social Issues*, 73(3), 637-657.

Snellman I, (2014) *Vårdrelationer - en filosofisk belysning*. I: Edberg A, Ehrenberg A, Friberg F,

Socialstyrelsen, (2015a) *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori: Nationellt kunskapsstöd* (2015:4:6). Stockholm, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, (2015b) *God vård av vuxna med könsdysfori: Nationellt kunskapsstöd* (2015:4:7). Stockholm, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, (2016) *Ökad risk för ohälsa i hbtq-gruppen*. >www.socialstyrelsen.se < HTML (2017-10-28)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2014) *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. >www.sbu.se< PDF (2017-10-28)

Stewart K, O'Reilly P, (2017) Exploring the Attitudes, Knowledge and Beliefs of Nurses and Midwives of the Healthcare Needs of the LGBTQ Population: An Integrative Review. *Nurse Education Today*, 53, 67-77.

Svensk sjuksköterskeförening, (2014) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. >www.swenurse.se< PDF (2017-10-28)

Svensk sjuksköterskeförening, (2016) *Personcentrerad vård*. >www.swenurse.se < PDF (2017-12-19)

Svensk sjuksköterskeförening, (2017) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. >www.swenurse.se< PDF (2017-12-13)

Venetis M K, Meyerson B E, Brooke L F, Gillespie A, Ohmit A, Shields C G, (2017) Characterizing Sexual Orientation Disclosure to Health Care Providers: Lesbian, Gay, and Bisexual Perspectives. *Health Communication*, 32(5), 578-586.

Wurm M, (2017) *Trans*. I: Lundberg T, Malmqvist A, Wurm M, (Eds) *HBTQ+*. Stockholm, Natur & Kultur.

Wurm M, Hanner H, (2017) *Att möta samhället som HBTQ+*. I: Lundberg T, Malmqvist A, Wurm M, (Eds) *HBTQ+*. Stockholm, Natur & Kultur.

BILAGA 1 – DATABASSÖKNING

Tabell 1. PsycInfo.

Sökblock	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Granskade abstrakt	Lästa artiklar	Granskade och valda artiklar
1	lgbt* OR gay OR lesbian* OR homosexual* OR "sexual minorities" OR "sexual minority" OR queer* OR transgender OR glbt* OR transsexual	44 840				
2	qualitative OR focus OR communication OR encounter* OR experience* OR perception* OR attitude* OR perspective* OR observation* OR relation* OR field* OR narrative*	2 600 690				
3	health* OR "health care" OR health-care OR patient*	1 659 373				
4	1 AND 2 AND 3	15 248				
5	1 AND 2 AND 3 + begränsningar (peer-reviewed, 2005-2017, scholarly journals, NOT immunological disorders, ålder 18+, humans, NOT quantitative methodology, English)	721	721	87	15*	9*

Tabell 2. CINAHL.

Sökblock	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Granskade abstrakt	Lästa artiklar	Granskade och valda artiklar
1	lgbt* OR gay OR lesbian* OR homosexual* OR "sexual minorities" OR "sexual minority" OR queer* OR transgender OR glbt* OR transsexual	12 354				
2	qualitative OR focus OR communication OR encounter* OR experience* OR perception* OR attitude* OR perspective* OR observation* OR relation* OR field* OR narrative*	926 004				
3	health* OR "health care" OR health-care OR patient*	1 747 278				
4	S1 AND S2 AND S3	3 966				
5	S1 AND S2 AND S3 + begränsningar (2005-2017, abstrakt tillgängligt, akademiska tidskrifter, ålder 18+)	838	838	90	17*	7*

* 3 artiklar från respektive databas var dubletter och kunde återfinnas i de båda databaserna

BILAGA 2 – MODIFIERAD SBU:S GRANSKINGSMALL

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet: **Hög/Medelhög/Låg**

Maximum antalet poäng: 29 p (1 p för ”ja”; 0,5 p för ”delvis”; 0 p för ”nej”)

1. Syfte

Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning? Ja Delvis Nej

2. Urval

a) Är urvalet relevant? Ja Delvis Nej

b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet? Ja Delvis Nej

c) Är kontexten tydligt beskriven? Ja Delvis Nej

d) Finns relevant etiskt resonemang? Ja Delvis Nej

e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven? Ja Delvis Nej

3. Datainsamling

a) Är datainsamlingen tydligt beskriven? Ja Delvis Nej

b) Är datainsamlingen relevant? Ja Delvis Nej

c) Råder datamättnad? Ja Delvis Nej

d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen? Ja Delvis Nej

4. Analys

a) Är analysen tydligt beskriven? Ja Delvis Nej

b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden? Ja Delvis Nej

c) Råder analysmättnad? Ja Delvis Nej

d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen? Ja Delvis Nej

5. Resultat

a) Är resultatet relevant? Ja Delvis Nej

b) Är resultatet logiskt? Ja Delvis Nej

c) Är resultatet begripligt och tydligt beskrivet? Ja Delvis Nej

d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Delvis Nej

e) Genereras hypotes/teori/modell? Ja Delvis Nej

f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)? Ja Delvis Nej

g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)? Ja Delvis Nej

6. Etiska överväganden

a) Är språket inkluderande och utförs det en objektiv dataanalys? Ja Delvis Nej

b) Är studierna godkända av en etikprövningsnämnd? Ja Delvis Nej

c) Framgår det i artiklarna att deltagarna och andra HBTQ-personer, om inte hela samhället, skulle kunna dra nytta av resultatet? Ja Delvis Nej

d) Skyddas deltagarna ifrån att bli utnyttjade? Ja Delvis Nej

e) Är rekryteringen av deltagarna objektiv? Ja Delvis Nej

f) Följs konfidentialitetskravet i urvalet? Ja Delvis Nej

g) Respekteras samtyckeskravet? Ja Delvis Nej

h) Stämmer det att igen ersättning gavs deltagarna för sitt deltagande? Ja Delvis Nej

BILAGA 3 – ARTIKELMATRISERNA

Artikel 1

Author, date, title, journal, country	Aim(s) of the study	Study design, method, setting, inclusion and exclusion criteria	Participants, population, dropout	Main findings	Quality of the study
<p>Smith & Turell 2017</p> <p>Perceptions of Health Care Experiences: Relational and Communicative Competencies to Improve Care for LGBT People</p> <p>Journal of Social Issues</p> <p>USA</p>	<p>To uncover LGT people's perceptions of their healthcare experiences, with the ultimate goal of assisting health care providers develop more effective health care encounters.</p>	<p>Qualitative design</p> <p>Modified phenomenologic-action research framework with exploratory focus design.</p> <p>The focus groups took place in the Midwest of the United States, data collection from 2010 to 2012.</p> <p>Inclusion criteria: self-identified LGBT persons. Adults 18 and older.</p>	<p>24 LGT individuals across five sexual orientation/gender identity groups.</p> <p>Recruitment via LGBTQ support group, and HIV/AIDS resource center.</p> <p>Permission was granted to invite participation through each of the organization's' email lists or through visible postings and word-of-mouth.</p> <p>All participants resided within a 100-mile radius of the community in which the focus groups occurred.</p> <p>Dropout: N/A</p>	<p>The study provides evidence of the problem of heteronormativity in health care, while highlighting the importance of health care provider communication and interaction skills, patient provider relationship in quality care, and the need for providers to be more responsive to LGT personal and family needs.</p>	<p>High quality</p>

Artikel 2

Author, date, title, journal, country	Aim(s) of the study	Study design, method, setting, inclusion and exclusion criteria	Participants, population, dropout	Main findings	Quality of the study
<p>Rounds et al. 2013 Perspectives in Provider Behaviors: A Qualitative Study of Sexual and Gender Minorities Regarding Quality of Care Contemporary Nurse USA</p>	<p>To obtain information on health care provider behaviors which, from the point of view of LGBTQ people, enhanced or impeded their quality of care. To give a summary of those behaviors.</p>	<p>Qualitative design Content analysis Brief questionnaire regarding demographic information, followed by 3 semi-structured focus groups during which the participants had to answer 7 main questions. The focus groups (max. one hour and a half each) took place in a private room at a local library, in the Pacific Northwest region of the USA within June and July 2009 and were recorded. Inclusion criteria: that the participant self-identify as LGBTQ, had visited a primary health care provider within the past 5 years, be over the age of 18 and have told their health care provider directly about being LGBTQ.</p>	<p>From the total of 25 LGBTQ people who responded to the call for participants, 11 were able to participate in the focus groups. Dropout: 14 did not attend the groups, the reason given being scheduling conflict. Recruitment via convenience sampling, with posting flyers, using electronic mailing lists for LGBTQ people to spread the word about the study.</p>	<p>Participants expressed both positive and negative experiences about interactions with health care providers, which revolved around two main themes: knowledge, communication and interpersonal skills, challenges, disparities and uniqueness. Many of the participants' stories and suggestions for improvement could apply for any type of patient.</p>	<p>Medium quality</p>

Artikel 3

Author, date, title, journal, country	Aim(s) of the study	Study design, method, setting, inclusion and exclusion criteria	Participants, population, dropout	Main findings	Quality of the study
<p>Sharek et al. 2014 Older LGBT People's Experience and Concerns with Health Care Professionals and Services in Ireland. International Journal of Older People Nursing Ireland</p>	<p>To detail older LGBT persons usage, experiences and concerns with accessing health care services, disclosing their LGBT identity to professionals, preferences for care and their suggestions for improvement in services, including nursing services.</p>	<p>Mixed-method research study involving a survey and in-depth interviews with a sample of LGBT people.</p> <p>The open-ended questions asked within the interviews reflected on issues including services accessed, experiences, concerns and recommendations for improvement.</p> <p>Inclusion criteria: people over 55 years, living in Ireland, self-identified as LGBT.</p>	<p>36 LGBT people participated in the interviews.</p> <p>A multipronged recruitment approach was employed. The study was advertised on older people and LGBT websites, printed media and national events.</p> <p>Dropout: N/A</p>	<p>Health care professionals do not have sufficient knowledge of LGBT issues and respect for LGBT persons. Some LGBT patients chose not to reveal their sexual orientation/gender for fear of a negative response, while others have a positive outcome. LGBT persons have concerns around residential care, in relation to the perception that the Irish health care services emanate a heteronormative culture.</p>	<p>Medium quality</p>

Artikel 4

Author, date, title, journal, country	Aim(s) of the study	Study design, method, setting, inclusion and exclusion criteria	Participants, population, dropout	Main findings	Quality of the study
<p>Adams et al. 2013 Gay Men's Explanations of Health and How to Improve It Quality Health Research New Zealand</p>	<p>To explain the complex and varied ways gay men talk about health, specifically the men's explanations of health and well-being and their accounts on how to improve it. To supplement mainstream understandings of how men conceptualize responsibility for health and the implications of these for health policy and planning.</p>	<p>Qualitative design Inductive, data-driven thematic analysis with a critical realist approach. Eleven focus groups (75-150 min) with an average of 4 participants, which were led with the help of a semi-structured guide, were recorded and transcribed by a professional. During the groups, emphasis was put on broader cultural discourse about gay men, identity, culture and health. All focus groups took place in New Zealand's two largest cities. Inclusion criteria: that they self-identify as gay men and have a degree of affiliation and connection with, or some knowledge about, local gay communities.</p>	<p>45 gay men Recruitment via publicity in the gay press, posters at gay bars, saunas and sex clubs, flyers at a gay and lesbian fair, and notices and articles on various gay and mainstream websites. Snowball recruiting of 17 men. Dropout: N/A</p>	<p>Shared expectations among participants: to have a competent doctor who can deliver appropriate, high-quality health care. To increase their chances to obtain this, the participants resorted to 2 types of strategies: a careful selection of their doctor and a conscientious management of their disclosure. To have the same sexual identity as one's doctor was seen by some as facilitating health care communication as well as improving the doctor's understanding for the patient's specific health needs and lifestyle. Most participants found nonetheless that shared sexual identity with one's doctor is unnecessary. Most men chose either not to disclose their sexual identity at all to their provider or to disclose it only when deemed relevant to their health issue.</p>	<p>High quality</p>

Artikel 5

Author, date, title, journal, country	Aim(s) of the study	Study design, method, setting, inclusion and exclusion criteria	Participants, population, dropout	Main findings	Quality of the study
<p>Connolly & Lynch 2016</p> <p>Is Being Gay Bad for your Health and Wellbeing? Cultural Issues Affecting Gay Men Accessing and Using Health Services in the Republic of Ireland.</p> <p>Journal of Research in Nursing</p> <p>Ireland</p>	<p>To explore gay men's experiences of the health care service in the Republic of Ireland from a cultural perspective, addressing the question of how the sexual orientation of gay men creates inequalities in the type of care delivered to them in the Irish health care system.</p>	<p>Qualitative design</p> <p>The study adopted an egalitarian and pro-feminist oriented qualitative design, using a biographical questionnaire and interviews.</p> <p>Inclusion criteria: that they self-identify gay men.</p>	<p>Interviews with 20 gay men between ages 24 and 60, the majority living on the East of the Republic of Ireland.</p> <p>Recruitment through placing advertising in Gay Community News, gay community websites, message boards, through flyers at drop-in and support centers, gay-friendly social venues and through snowballing technique.</p> <p>Dropout: N/A</p>	<p>Health inequalities experienced by gay men in Ireland are influenced by cultural factors. Participants experienced health care services as heteronormative in their practices and culturally biased against them as gay men.</p>	<p>Medium quality</p>

Artikel 6

Author, date, title, journal, country	Aim(s) of the study	Study design, method, setting, inclusion and exclusion criteria	Participants, population, dropout	Main findings	Quality of the study
<p>Bjorkman & Malterud 2009 Lesbian Women's Experiences with Health Care: A Qualitative Study Scandinavian Journal of Primary Health Care Norway</p>	<p>To explore lesbian women's health care experiences related specifically to sexual orientation. To achieve knowledge which can contribute to increased quality of care for lesbian women.</p>	<p>Qualitative design Web-based questionnaire with 2 open-ended questions (max. 500 words per answer), of which one question was used for the presented study, as well as questions on demographic specifications. Data-driven analysis, supported by theories on heteronormativity. Analysis with systematic text-condensation. Inclusion criteria: self-identified lesbian women over 18 years old, that they had read the information and accepted that what they wrote would be used for research purposes.</p>	<p>121 lesbian women Extensive recruitment via advertisements on Norway's most important gay website, on the national radio, in the capital's newspaper, in the web edition of Norway's largest gay and lesbian magazine, on the websites of the Norwegian gay and lesbian support organization and gay pride festivals, and on a web-based and publicly accessible network for research on homosexuality. Dropout: N/A</p>	<p>The 128 stories (some women told more than one story) present 3 different aspects of health care professionals' abilities, regarded as essential by the lesbian participants. The first one is related to awareness and provides perspectives on whether the health care professional was able to think of and facilitate the disclosure of a lesbian orientation. The second aspect has to do with attitudes towards homosexuality and whether the health care professional acknowledges and respects the lesbian orientation. The third aspect deals with medical knowledge and whether the health care professionals know enough about the specific health concerns of lesbian women.</p>	<p>High quality</p>

Artikel 7

Author, date, title, journal, country	Aim(s) of the study	Study design, method, setting, inclusion and exclusion criteria	Participants, population, dropout	Main findings	Quality of the study
<p>Fredericks et al. 2017</p> <p>Being (In)visible in the Clinic: A Qualitative Study of Queer, Lesbian, and Bisexual Women's Health Care Experience in Eastern Canada.</p> <p>Health care for women international Canada</p>	<p>To examine the complex processes QLB women in Eastern Canada engaged in to be visible or invisible in their interactions with health care providers, illuminating the work required of QLB patients in the context of heteronormative care provision.</p>	<p>Qualitative design</p> <p>Semi-structured, face-to-face qualitative interviews with LGBTQ women in Halifax, Nova Scotia. Interviews were about 90 minutes long.</p> <p>Inclusion criteria: participants to self-identify as LGBTQ women who lived in Halifax, Nova Scotia.</p>	<p>18 QLB women. Ten identified as lesbian, three as bisexual and two as queer. Participants were primarily White and from the middle class, which is typical of the reasonably homogeneous population in the research area. Aged from 23 to 73.</p> <p>Recruitment was conducted through convenience sampling.</p> <p>Dropout: N/A</p>	<p>Being visible/invisible requires work, participants manage their self-presentation by accepting misrepresentations of themselves and their experiences, attending to their body language and style of dress, censoring casual conversation, and engaging in heterosexual bonding with providers. Many participants expressed frustration with the work required from them to manage their visibility in the clinic. This burden may result in avoidance of care or avoidance of care relationships.</p>	<p>Medium quality</p>

Artikel 8

Author, date, title, journal, country	Aim(s) of the study	Study design, method, setting, inclusion and exclusion criteria	Participants, population, dropout	Main findings	Quality of the study
<p>Venetis et al. 2017 Characterizing Sexual Orientation Disclosure to Health Care Providers: Lesbian, Gay and Bisexual Perspectives Health Communication USA</p>	<p>To examine how LGBQ individuals disclose their sexual orientation to providers and to examine patterns of disclosure. To understand descriptive features of disclosure messages that participants describe as critical when sharing sexual orientation.</p>	<p>Qualitative design Online screening questionnaire followed by semi-structured telephone interviews (22-80 min) were recorded. The interview guide included questions about experiences in disclosing sexual orientation to health care providers and the way the disclosure occurred. Thematic analysis supported by sexual orientation disclosure models. Exclusion criteria: that the participants self-identify as heterosexual.</p>	<p>44 participants completed the online screening questionnaire. 4 did not meet study criteria and 1 was a transmale who identified as heterosexual. Dropout: 15 could not be reached for the scheduled interview. A remaining of 24 LGBQ participants was interviewed. Recruitment via flyers, social network emails, online message postings and snowball sampling.</p>	<p>Sexual orientation disclosure sometimes may be patient initiated and may occur to clarify or correct provider misinformation. Participants disclosed their orientation early in the medical visit during introductions, during small talk with the provider, and during the history-taking phase of the visit. Participants characterized sexual orientation disclosures as presented with minimal information, casually and often indirectly.</p>	<p>Medium quality</p>

Artikel 9

Author, date, title, journal, country	Aim(s) of the study	Study design, method, setting, inclusion and exclusion criteria	Participants, population, dropout	Main findings	Quality of the study
<p>Heyes et al. 2016 Queer Phenomenology, Sexual Orientation, and Healthcare Spaces: Learning from the Narratives of Queer Women and Nurses in Primary Health Care. Canada</p>	<p>Examine the ways in which primary care providers potentially perpetuate, sustain, challenge or transform the oppression of queer women in the context of their clinical care.</p>	<p>Semi-structured interviews were carried out with queer women and primary care nurses and physicians in two Canadian cities. Inclusion criteria: self-identified members of LGBTQ community.</p>	<p>19 women who self-identified as queer. Members of LGBTQ community, aged between 23-73, varied educational backgrounds but minimal ethnic diversity. Recruited through local queer organizations, posters/flyers, and snowball sampling. Dropout: N/A</p>	<p>Queer patients are invisible in the heteronormative health care setting. Documentations lack space for queer identity. Speaking, acting and thinking in a heteronormative way in the clinical practice reinforces straightness of the space, making queer people invisible.</p>	<p>Medium quality</p>

Artikel 10

Author, date, title, journal, country	Aim(s) of the study	Study design, method, setting, inclusion and exclusion criteria	Participants, population, dropout	Main findings	Quality of the study
<p>Duffy 2011 Lesbian Women's Experiences of Coming Out in an Irish Hospital Setting: A Hermeneutic Phenomenological Approach Sexuality Research and Social Policy Ireland</p>	<p>To investigate lesbian women's experiences of Irish health care as service users. To explore how 4 women understand and give meaning to "coming-out" to a health care provider.</p>	<p>Qualitative design Hermeneutic phenomenological approach, supported by the works of Heidegger and Sartre. The interview schedule consisted of one question which invited the participant to reflect on their experience of health care as a service user. The question being: "Can you please describe your experiences of health care?" Inclusion criteria: that the participant was a lesbian woman and had experienced coming out in a hospital setting.</p>	<p>12 lesbian women were interviewed about their experiences of Irish health care. Of these, 4 participants' stories, which dealt with coming out in a hospital setting, remained. Recruitment via an advertisement seeking lesbian women who experienced health care was placed in an issue of Gay Community News, a free community newspaper. Dropout: N/A</p>	<p>To come out as a lesbian woman in a hospital setting is a delicate matter whereby lesbian women choose when, where and to whom to relate their sexuality. 2 women experienced discriminatory and prejudiced provider encounters, which manifested in both overt and covert ways. A third woman neither experienced discrimination nor prejudice since she resorted to strategies to hide her lesbian orientation. The fourth woman experienced a lesbian-friendly health care.</p>	<p>High quality</p>