



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp

Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete

KURS V1OET5, 15 hp

VT 13

Alla Lika Olika

- Vårdupplevelser för familjer där föräldrarna lever i en samkönad relation

All Equally Different

Tigisthi Afeworki och Frida Andersson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Historiskt sett har människor som levt i samkönade relationer haft en sårbar situation i samhället och ofta blivit utsatta för diskriminering. I Sverige finns idag en lag som förbjuder diskriminering relaterat till sexuell läggning. Målet med hälso- sjukvårdslagen är att hela befolkningen ska ha en jämlik hälsa. Trots detta uppskattar de som lever i en samkönad relation att de har en sämre hälsa än övrig befolkning. Inom vården föreligger ofta ett heteronormativt förhållningssätt, vilket kan leda till osäkerhet för familjer med en annan konstellation än den heterosexuella. **Syfte:** Syftet med denna uppsats var därför att beskriva hur familjer där föräldrarna lever i en samkönad relation upplevde möten i vården. **Metod:** För att beskriva detta gjordes en kvalitativ innehållsanalys med deskriptiv ansats av 9 kvalitativa vetenskapliga studier och en enkätstudie. Detta diskuterades sedan utifrån Lévinas teori om *den Andre*. **Resultat:** Resultatet som framkom var att de flesta positiva upplevelserna grundade sig i en trygghet, vilken var sprungen ur en acceptans från vårdens sida. De negativa upplevelserna tenderade att genomsyras av ett känslomässigt utanförskap, som i sin tur ledde till en ökad sårbarhet. **Slutsats:** För att alla familjer ska känna sig lika välkomna och självklara kan vården troligen bidra genom att möta varje individ och familj med öppet sinne, utan några antaganden och värderingar gällande deras livssituation. Då personal ställer öppna frågor och är bekväma med svaren, kan det troligtvis underlätta för alla familjer att vara ärliga med sin situation.

Nyckelord: Familj, Homosexualitet, Heteronormativitet, Upplevelse, Bemötande

ABSTRACT

Background: Historically, people in same-sex relationships, have had a vulnerable position in society and are often victims of discrimination. In Sweden there is a law that prohibits discrimination related to sexual orientation. The aim of the health care law is that the entire population should have an equal health. Despite this, the self-rated health of those who live in a same-sex relationship is often lower than the rest of the population. In healthcare, there is often a heteronormative approach, which can lead to uncertainty for families with a different constellation than heterosexuals. **Aim:** The aim of this study was therefore to describe how families with parents who live in same-sex relationship experienced meeting within health care. **Method:** To describe this, a qualitative content analysis with descriptive approach of 10 scientific articles were done. This was then discussed by Levinas's theory of *the Other*. **Results:** The results that emerged were that most positive experiences were based in a comfortness, which was born out of an acceptance from the healthcare side. The adverse experiences tended to be imbued with an emotional alienation, which in turn led to an increased vulnerability. **Conclusion:** For all families to feel welcome and obvious, it would probably be helpful if health personnel should meet each individual and family with an open mind, without making any assumptions on their lives. As the personnel makes open questions and are comfortable with the answers, it might make it easier for all families to be honest with their situation.

Keywords: Family, Homosexuality, Heteronormativity, Experience, Conduct

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING

ABSTRACT

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	2
Familjen	2
Familjecentrerad vård.....	3
Diskriminering.....	5
Heteronormativitet	6
Teoretisk referensram.....	7
PROBLEMFÖRMULERING.....	8
SYFTE	8
METOD	8
Design	8
Urval	9
Datainsamlingsmetod.....	9
Tabell 1. Sökmatrix	10
Dataanalys	11
Tabell 2. Exempel på innehållsanalysförfarandet	11
ETISKA ASPEKTER	12
RESULTAT	14
Tabell 3. Litteraturmatrix	14
Tabell 4. Kategorier samt underkategorier	17
Att bli accepterad som familj	17
Bekräftelse från vårdpersonal	17
Personalens öppenhet.....	18
Känslomässigt utanförskap.....	19
Stereotypt bemötande av familjer	19
Heteronormativa förhållningssätt	21
Trygghet i vårdsituationen.....	23
Kontroll över vårdsituationen	23
Personalens kunskap om HBT-frågor.....	24
Sårbarhet som familj.....	25
Känslan av att vara annorlunda.....	25
DISKUSSION	28
Metoddiskussion.....	28
Resultatdiskussion.....	29
Slutsats	33
Klinisk betydelse	33
Förslag på vidare forskning/utveckling	33
REFERENSER	34

INLEDNING

Jämlikhet i hälsa har som en röd tråd genomsyrat sjuksköterskeutbildningen. Att alla, oavsett kön, ålder, etnisk härkomst eller livsstil ska behandlas på ett respektfullt och jämställt sätt. Under tiden vi vistats ute i vården, har vi erfarit och reflekterat över det faktum att familjer med olika bakgrund och livsstil verkar bemötas med förutfattade meningar och därefter behandlas på stereotyp. Som sjuksköterska är det av stor vikt att vara medveten om att en del av de patienter som personalen möter inom vården har en annan sexuell läggning än den heterosexuella. Vi vill mena att kunskap samt tolerans gentemot det och dem som skiljer sig från majoriteten ger en ökad möjlighet till en mer jämlik vård. Genom att i denna uppsats beskriva hur familjer med homosexuella föräldrar upplever bemötande inom vården vill vi visa på ovan nämnda fenomen.

BAKGRUND

Familjen

I många västerländska kulturer har begreppet familj traditionellt sätt ofta varit associerat med blodsband och äktenskap mellan man och kvinna, detta synsätt har med tiden luckrats upp och en mer individbaserad definition har tagit vid. Dagens familjer ser alltså inte längre med självklarhet ut som de vanligtvis gjorde förr, varken gällande livsmönster eller gällande samlevnadsform (Broberg, 2009). Det blir allt vanligare att familjer bildas på nya sätt och i olika former men trots detta har den heterosexuella kärnfamiljen fortfarande stor normativ makt.

Wright, Watson och Bell (2002) talar om familjen i termer av aktivt val, familjen är de människor som delar en ömsesidig känsla av tillhörighet, människor som jag känner starka band till och som genom sitt sätt att vara påverkar mitt liv så som jag påverkar deras. Detta resonemang delas även av Ainsworth (1991) som talar om hur familjen definieras av de emotionella anknytningar som finns mellan individerna. Genom att resonera på detta sätt visar de på hur familjebildning inte nödvändigtvis behöver ha med blodsförbund att göra utan även kan grunda sig på en känslomässig och emotionell basis. Kirkevold och Strømsnes Ekern (2003) menar att varje människa på en intuitiv nivå känner vad eller vem som är familj till henne. Denna känsla grundar sig i den kultur och kontext som vi växt upp i, men präglas även starkt från våra egna upplevelser av familjeliv.

Att leva tillsammans i en familj är på ett unikt sätt sammanknutet till hälsa (Weber, 2008). I en fungerande familj ges möjlighet till personlig utveckling samt en känsla av mening och tillhörighet. Familjen spelar således en nyckelroll för varje individs möjlighet att förverkliga sin sanna potential. Då samkönade familjer inte bekräftas som äkta familjer berövas de en del av den sociala kontexten som ett samhälle erbjuder, vilket i sin tur kan leda till att de upplever ett socialt utanförskap (Weber, 2008). Att på detta sätt strukturellt osynliggöra dem kan leda till att föräldrarna väljer att hålla sin relation hemlig för samhället, för att på så sätt skydda barnen från fördomar och diskriminering. Att barn bär på stora hemligheter kan vara förenat med en ökad medveten eller omedveten stress, vilken i sin tur kan leda till ohälsa.

Familjer har historiskt sett ofta karakteriserats av rådande kulturella strömningar vilket inneburit stora variationer i hur de bildats samt hur många och vilka som ingått i dem

(Weber, 2010a). Sett med detta synsätt är samkönade familjer inte något annorlunda eller nytt utan snarare ett explicit erkännande av historiskt välkända fenomen, nämligen det att familjer sett ut och levt på olika sätt i olika tider.

Familjecentrerad vård

Det är viktigt att se hur familjen ofta fungerar som en social institution, och att ett stärkande av denna som helhet, och dess individer kan vara hälsofrämjande (Weber, 2010a). Enligt Kuo et al. (2012) är det möjligt att uppnå stora hälsovinster genom att använda sig av en modell för familjecentrerad vård. Modellen gäller både på individnivå, samt som ett stärkande av hela familjen som en enhet. För att en god familjecentrerad vård ska uppnås bör personalen se till, och acceptera varje familjs inneboende styrkor genom att till exempel medvetet bejaka det faktum att olika familjer uppfattar bemötande på olika sätt. Samt att uppmuntra kontakt mellan familjer med liknande erfarenheter genom att identifiera och reagera på föräldrarnas känslomässiga behov.

Coyne, O'Neill, Murphy, Costello och O'Shea (2011) menar att de flesta sjuksköterskor såg familjens delaktighet som en bärande del av familjecentrerad vård. Med familj menar de inte endast de biologiska föräldrarna utan även utökade familjemedlemmar som syskon, mor- farföräldrar och andra personer med en betydande relation för barnet. Detta avkräver personalen en holistisk syn på begreppet familj och på den vård som ges. På ett liknat sätt beskriver Mikkelsen och Frederiksen (2011) att relationen mellan familj och personal karakteriseras av ett ömsesidigt behov av varandra, samt ett delat ansvar för barnets vård. Detta ansvar, vilket kommer an på familj och personal, tillskrivs både positiva och negativa konsekvenser, vilka visar sig genom att konflikter mellan parterna kan uppstå då det inte är klargjort vem som bär vilken del av ansvaret. Föräldrar och syskon blir per definition både vårdgivare och vårdtagare, och det kan vara svårt att skilja dessa roller åt. Därför menar Coyne et al. (2011) att tydlig och välformulerad information, utan bias, är en väsentlig del av att tillämpa familjecentrerad vård. Om detta görs på ett bra sätt underlättar det för familjen att vara en del av de beslut som de förväntas delta i.

Ett jämlikt vårdande syftar till att möta den aktuella patientens livsvärld, att som personal se varje vårdhandling som en del av ett större sammanhang och i detta lyckas möta varje unik vårdtagare som just den unika individ denne är (Dahlberg &

Segesten, 2010). Den omvårdnadsvetenskapliga synen på hälsa genomsyras av tanken på hälsan som en integrerad del av varje människas liv, hälsa är således inget konstant utan kan variera över tid och i olika situationer. Men upplevelsen av att leva i god hälsa är upplevelsen av att leva i jämvikt med sig själv och sin omgivning (Dahlberg & Segesten, 2010). Med detta synsätt är det inte möjligt att skilja den biologiska hälsan från den existentiella, hälsan speglar hela människans livssituation, den är ett tillstånd snarare än ett faktum.

I Sverige gäller hälso- och sjukvårdslagen för dem som arbetar inom vården, denna går ut på att alla ska behandlas med respekt och värdighet på lika villkor, därigenom skall hälsan göras jämlik. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen (Hälso- och sjukvårdslagen [HLS], SFS 1982:763, 2§). Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Inom omvårdnadsvetenskapen benämns hälsa ofta som något mångdimensionellt, vilket innebär att upplevelsen av god hälsa är beroende av att människan lever ett liv som känns tillfredställande. För att detta ska vara möjligt menar Dahlberg och Segesten (2010) att självkänsla och självkänedom är av stor vikt.

Som vårdpersonal finns ett moraliskt ansvar att respektera alla människor och deras rättigheter (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Den omvårdnad som till exempel sjuksköterskan utför vilar på humanistiska grunder, och ett existentiellt filosofiskt synsätt vilket innebär att människan ses som aktiv och skapande samt del av ett större sammanhang (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Att se till människors olika uttryckssätt och unikum är därigenom att respekteras deras autonomi och blir således en förutsättning för att en god vård ska vara möjlig. I en rapport från Statens folkhälsoinstitut (Roth, Boström & Nykvist, 2006) beskrivs hälsan bland människor i Sverige som ojämnt fördelad mellan olika grupper i samhället. Bland annat syns en generellt sämre hälsa bland homo- och bisexuella. En god och bibehållen hälsa gynnar många aspekter av livet och är därmed eftersträvansvärt för alla människor. Föräldrars sexuella läggning och barnens hälsa har inga statistiska samband (Millbank, 2003). Ändå upplever föräldrar som lever i öppna homosexuella förhållanden ofta ett motstånd från samhället, ett socialt stigma (Weber, 2010a). Det är av stor betydelse att personalen inte bara talar ett könsneutralt språk, utan även att receptioner och väntrum har information och folder vilka behandlar andra sexuella

läggningar än den heterosexuella, detta gör hälso- och sjukvårdsmiljön mer välkomnande för alla (Burrows, 2011).

Diskriminering

Diskrimineringslagen (SFS 2008:567) förbjuder all form av diskriminering relaterat till kön, etnisk tillhörighet, religion/annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder. Diskriminering innebär i juridisk mening att en person behandlas sämre än en annan skulle ha gjorts i en jämförbar situation, samt att bemötandet kan knytas till någon av de skyddade diskrimineringsgrunderna (Roth et al., 2006). Med strukturell diskriminering menas att institutioner och andra bärande samhällsstrukturer arbetar efter vedertagna förhållningssätt vilka utgår från en heterosexuell norm (Statens Folkhälsoinstitut, 2005). Detta innebär i realiteten att andra sexuella läggningar än den heterosexuella, strukturellt undertrycks och därmed varken erhåller samma rättigheter eller möjligheter.

Det har varit förbjudet att diskriminera homosexuella sedan 1987 och ett år senare 1988 infördes en lag där homosexuella gavs rätten till samboskap, och 1995 gavs homosexuella rätt till att ingå partnerskap (RFSL - Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter, 2012). I Sverige finns det sedan 1999 en ombudsman mot diskriminering relaterat till sexuell läggning. Myndighetens skyldighet är att ta emot och utreda anmälningar gällande sexuell diskriminering. I uppdraget ingår även att stå för utbildningar och information och därigenom motverka diskriminering (Roth et al., 2006).

En god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen är målet för den svenska hälso- och sjukvården, detta innebär att alla människor ska behandlas likvärdigt och bli respekterade oavsett sexuell läggning, kön, etnicitet och bakgrund (HomO, 2006). Många homo och bisexuella som väljer att vara öppna med sin sexualitet upplever att bemötandet i vården blir nedlåtande och respektlöst, detta härleds delvis till okunskap och eller osäkerhet hos personalen. Dock leder det ibland till att de som känt sig kränkta väljer att inte söka vård eller skjuter upp rutinmässiga kontroller, vilket i sin tur kan leda till ett nedsatt hälsotillstånd (HomO, 2006).

Heteronormativitet

Heteronormen utgår från en omedveten föreställning om att heterosexualitet är den enda rådande sexuella läggningen i samhället (HomO, 2006). Socialstyrelsen slog 1979 fast att homosexualitet inte längre ska betraktas som en sjukdom (RFSL-Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter, 2012), dock är det i den västerländska kulturen fortfarande den heterosexuella normen som dominerar, vilket kan leda till att många som lever i en samkönad relation aktivt väljer att inte vara öppna med sin sexuella läggning (Röndahl, 2009).

Homosexuella par har idag samma lagliga rätt som heterosexuella att få barn. Att vara homosexuell förälder kan dock innebära att leva i en marginaliserad grupp, vilken i sig inte är homogen, men som förenas av det faktum att de ofta bemöts på ett oförstående sätt inom hälso- och sjukvården (Weber, 2010b). Att inte leva upp till de normer som heteronormativiteten förutsätter, skapar stress vilken i sig kan leda till ohälsa.

Inom vården föreligger ofta ett heteronormativt förhållningssätt vilket visar sig genom att information ges, och frågor ställs, vilka förutsätter en familj med mamma-pappa-barn (Weber, 2010b). Detta faktum kan upplevas som diskriminerande för dem som inte lever sitt familjeliv under heterosexuella omständigheter. Homosexuella föräldrar kan känna krav på sig att vid varje vårdtillfälle själva vara de som tar ansvar för situationen gällande om de ska ”komma ut” som familj eller inte. Oavsett vilket val de gör kan de ibland drabbas av det faktum att de båda inte förutsätts vara lika mycket föräldrar. Shields (2010) visar på hur dokument med heteronormativa antagande såsom kvinna/man, mamma/pappa kan försätta personer med en annan läggning än den heterosexuella i ett dilemma gällande hur välkommet det är att ”komma ut” för personalen.

Som en del i arbetet med att minska de heteronormativa antagandena, som ofta görs inom till exempel vården, har RFSL sedan 2008 utarbetat en HBT-certifiering. Denna går ut på att informera och ge kunskaper gällande HBT (Homo-, Bi- och Transpersoner) till anställda som arbetar med attityder och bemötande (RFSL, 2011). De verksamheter som tagit del av certifieringen har följt RFSL:s genomförandeplan vilken syftar till att höja kompetensen kring HBT-frågor och därigenom kunna erbjuda ett bättre bemötande av dessa personer.

Hälso- och sjukvårdspersonal bör vara i framkant då det kommer till att ställa frågor kring och diskutera sexuell läggning då detta känns berättigat (Burrows, 2011). Vården bör vara medveten om att alla inte är heterosexuella. Och att de som lever i en samkönad relation ofta påverkas av en marginalisering vilken inte sällan kommuniceras via heteronormativa antaganden (Björkman & Malterud, 2009).

Teoretisk referensram

Att mötas ansikte mot ansikte är enligt Lévinas att se *den Andre* som den just *den Andre*, utan intention att se denna som en förlängd del av mitt eget *Jag* (Lévinas, 2005). Ansiktet bär en metaforisk innebörd av det oändliga, och ett äkta möte ansikte mot ansikte gör det omöjligt att placera *den Andre* i det totalitära, det vill säga i min definierade förståelse. Förhållandet mellan *Jaget* och *den Andre* innebär ett asymmetriskt förhållningssätt och i relationen har *Jaget* ansvar för *den Andres* existens på samma sätt som *den Andre* förpliktigar *Jaget* (Lévinas, 2005). *Den Andre* skall ses och accepteras som *den absolute Andre*, och denna skall inte inordnas i *Jaget* och därmed reduceras till en generell lag. Även *Jaget* är unikt och skall i en äkta relation förbli så. För Lévinas (2006) kommer *Jagets* värdighet ur ett ofrånkomligt moraliskt ansvar för den andre, vilket leder till ett moraliskt ansvar för hela mänskligheten.

I mötet med *den Andre* kan jag välja att placera henne inom min horisont, var jag kan passa in min bild av *den Andre* så att den passar mig (Lévinas, 2005). Om detta sker har *den Andre* blivit *Detsamma* för mig, och jag tror att jag har fångat dennes väsen, vilket inte har skett. Enligt Lévinas ska jag alltså alltid möta en annan människa som ett från mig vitt skilt väsen, något som är oändligt annorlunda än jag själv. Om detta lyckas undgår *den Andre* att bli *Detsamma* och ett äkta möte uppstår.

Då *den Andre* möts utifrån sin annanhet, måste det främmande accepteras så som närvarande och nödvändigt (Lévinas, 2006). *Jaget* råder inte över *den Andre*, och ingen makt kan därmed utövas mellan människor. För att mötas måste jag gå *den Andre* till mötes och detta görs då jag erkänner henne omöjlig att kategorisera utifrån de begrepp som jag känner. Lévinas (2005) skriver att förhållandet till *den Andre* inte annullerar skillnaden, med vilket han avser att *Jaget* inte upphör genom ett förhållande med *den Andre*.

Då jag erkänner *den Andre* och dennas unikum kan vi endast nå varandra genom att kommunicera. Därmed uppstår förhållandet mellan oss genom språket (Lévinas, 2005). Språket är således en förutsättning för att en relation ska uppstå, och språket förutsätter en samtalspartner. Språket och de som ingår i samtalet upprättar ett förhållande till det som inte går att generalisera, till det som är för sin egen skull. Därför benämns språket som undervisning. Genom detta bryts totaliteten, då *Jaget* genom språket tar emot *den Andre* och erkänner denne för någon som omöjligt kan placeras i en kategori. Vi kan inte sammanföras till ett gemensamt begrepp, men vi kan mötas genom språket.

PROBLEMFORMULERING

Då familjer med föräldrar som är homosexuella söker sjukvård uppstår problem i bemötandet av dem om personalen har ett heteronormativt förhållningssätt, och därigenom utgår från att de hon/han möter valt att bilda familj efter ett förutsatt mönster. Många av dessa föräldrar kan känna ett krav på sig att ständigt behöva ”komma ut” och förklara sin situation. Att låta dessa familjer, vilka ofta upplever sig vara en minoritet i samhället, känna sig ifrågasatta från vårdens sida kan bidra till att de väljer att inte söka vård för sig eller sina barn då det behövs. Det finns studier som visar på att de som lever i samkönade relationer har en generellt lägre skattad hälsa än de som lever i heterosexuella förhållanden. Om de familjer, vilka har homosexuella föräldrar, väljer bort att söka vård relaterat till negativa upplevelser kan detta leda till negativa hälsokonsekvenser som egentligen inte hade behövt finnas.

SYFTE

Syftet är att beskriva hur familjer där föräldrar är homosexuella upplever mötet med vården

METOD

Design

För att belysa detta problemområde har en kvalitativ litteraturstudie med deskriptiv ansats gjorts. En deskriptiv studie passar enligt Olsen & Sörensen (2011) bra då det redan finns en mängd fakta kring ett fenomen. Utifrån den befintliga kunskapen väljs en eller flera aspekter ut och anges som avgränsning. Med den kvalitativa ansatsen följer ett holistiskt synsätt, vilket för läsaren innebär att de olika delarna av ett

fenomen måste förstås utifrån helheten (Olsen & Sörensen, 2011). Den deskriptiva litteraturstudien passar bra då författarna har för avsikt att göra en jämförande sammanställning av ett fenomen som behandlar människors upplevelser av vardagligt slag (Polit & Beck, 2010).

Urval

Den huvudsakliga avgränsningen för denna uppsats är empiriska studier med kvalitativ ansats. 10 kvalitativa studier inkluderades. Studierna behandlar ämnet familjer med samkönade föräldrar och hur dessa upplever bemötandet de får inom vården. Inklusionskriterierna är således studier som behandlar samkönade familjers upplevelser av möten i hälso- och sjukvården. Inga exklusionskriterier formulerades utifrån hur familjerna fått barn. Däremot upprättades HIV som en exklusionskriterie, då de flesta sökningar tenderade att ta upp ämnet HIV på ett sätt som inte svarade mot uppsatsens syfte.

Datainsamlingsmetod

För att hitta lämpliga studier till uppsatsens resultat gjordes litteratursökningar på följande databaser CINAHL, Academic Search Elite, MEDLINE, AMED, Nursing reference center samt PUBMED. Alla databaser, förutom PUBMED, ingår i samlingsdatabasen EBSCO. Därmed refereras det endast till EBSCO i sökmatriken. I Tabell 1 representeras sökningarna i nämnda sökmatrik. För att se vilken studie som svarar mot vilket studienummer se litteraturmatrik i Tabell 3.

För att öka antalet träffar gjordes sökningar på ordstammen tillsammans med en asterisk (*), så kallad trunkering. Med hjälp av trunkeringen söker databasen på alla grammatiska böjningar av ordet på samma gång, vilket maximerar antalet relevanta träffar (Friberg, 2012). Sökorden vi använt oss av har i möjligaste mån matchats i svenskMESH för att få så korrekta termer som möjligt. Dock är svenskMESH ett verktyg för främst medicinska termer vilket innebar att våra bärande begrepp inte kunde översättas därigenom.

Ett annat sätt att maximera antalet träffar och få dem att stämma väl överens med uppsatsens syfte var att använda sig av boolesk sökteknik, vilken gjorde det möjligt att kombinera flera olika sökord med hjälp av orden, AND, OR samt NOT (Friberg, 2012). I vårt fall använde vi oss i alla sökningar av AND, men i vissa sökningar även

NOT (HIV) då många tenderade att ta upp ämnet HIV, vilket inte var i vårt intresse för den här uppsatsen. För att öka antalet relevanta studier upprättades en gräns för studiernas ålder. Denna bestämdes till år 2000, därmed inkluderades inga studier äldre än de från år 2000.

Tabell 1. Sökmatrix

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Inkluderade artiklar, artikel nr inom parantes
EBSCO	130204	Heteronormative AND Bisexual AND gay AND families AND nursing care Not HIV Limits: 2000-2013.	12	6	5	3 (5, 8, 9)
EBSCO	130204	Pregnancy AND Gay AND experiences AND nursing care Not HIV Limits: 2000-2013	78	9	6	5 (1, 5, 7, 8, 9)
EBSCO	130205	Heteronormative AND communication AND experiences AND Lesbian families Not HIV Limits: 2000-2013	18	5	3	3 (5, 6, 8)
PUBMED	130206	Lesbian couples AND experiences Limits: 2000-2013	49	7	4	3 (2, 8, 9)
PUBMED	130206	Experiences AND lesbian parents Limit:2000-2013	55	10	5	3 (1, 3, 10)

PUBMED	130304	Care pregnancy lesbian women Limits:2000- 2013	27	10	6	4 (4, 5, 9,10)
PUBMED	130304	Lesbian parents AND nursing care Limit:2000- 2013	25	9	5	3 (3, 8, 10)
Totalt			269	57	35	10

Dataanalys

De 10 kvalitativa studier som utvaldes till uppsatsens resultatdel granskades utifrån SBU: s granskningsmall för kvalitativa studier. För att på ett strukturerat sätt arbeta med de utvalda vetenskapliga studierna läste båda uppsatsförfattarna dem var för sig några gånger innan de diskuterades gemensamt. Detta för att båda två skulle skaffa sig en uppfattning om studiernas innehåll och innebörd och genom detta öka uppsatsens tillförlitlighet (Friberg, 2012). Då detta gjorts identifierades två domäner. En domän är en grov struktur som utgör en bas för den första tolkningen av materialet (Graneheim & Lundman, 2008). De domäner som identifierades var att respondenterna upplevt positivt bemötande och negativt bemötande.

Innehållet i de vetenskapliga studierna har analyserats i enlighet med Graneheims och Lundmans modell för innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Exempel på innehållsanalysförfarandet redovisas i Tabell 2. Hela texten, i detta fall de utvalda studierna, lästes flera gånger. Då detta gjorts valdes de meningsenheter ut som svarade mot uppsatsens syfte, de benämndes som meningsbärande enheter. Dessa kondenserades ner till kondenserade meningsenheter. Syftet med detta var att förtäta texten utan att förlora någon viktig information. Vidare kodades de kondenserade meningsenheterna, koderna har för avsikt att beskriva innehållet på ett sätt som gör det möjligt att analysera resultatet. Koderna indelades i underkategorier, och slutligen i kategorier, vilka återger det huvudsakliga budskapet i studierna.

Tabell 2. **Exempel på innehållsanalysförfarandet**

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsenheter	Koder	Underkategori	Kategori
De flesta kvinnorna i studien hade	Då partnern erkänns som	Erkännandet av båda	Bekräftelse	

positiva erfarenheter av förlossningen, de positiva erfarenheterna korrelerades starkt till huruvida partnern erkändes som likvärdig förälder.	likvärdig förälder är detta starkt korrelerat med positiva upplevelser.	föräldrarna ger positiv upplevelse	från vård-personal	Att bli accepterad som familj
Respondenterna önskade att inte barnmorskor förutsatte att alla gravida kvinnor var heterosexuella. Därför borde frågor vid de första tillfällena ställas på ett sätt som gör det möjligt för dessa kvinnor att ”komma ut”.	Önskan från respondenterna att inte barnmorskan förutsatte att alla gravida kvinnor var heterosexuella. Frågor vid initiala besök bör möjliggöra att ”komma ut”	Viktigt att ställa öppna frågor som gör det möjligt att komma ut.	Personalens öppenhet	

Resultatet i uppsatsen kommer att presenteras utifrån de fyra kategorier som framkom i innehållsanalysen. I Tabell 4 presenteras de samt de underkategorier som ledde fram till dem.

ETISKA ASPEKTER

Henricson (2012) belyser vikten av att endast använda sig av etiskt godkända studier, därför har uppsatsförfattarna valt att använda etisk godkända vetenskapliga studier. Vidare har det säkerställts att referenser och citat är korrekt angivna. Författarna har på så sätt inte gjort sig ägare till någon annans text och inte heller förvanskat originaltexterna. Eftersom det mesta av datainsamlingen är skrivna på engelska har översättning utförts så nära grundmaterial som möjligt och med stor beaktning för feltolkning. Då uppsatsens tema berör människors liv är det av vikt att den har som grundläggande princip att göra nytta (Polit & Beck, 2010). Därmed är det viktigt att uppsatsen inte bidrar till eventuellt befintliga stereotypa bilder av samkönade familjer. Detta undviks genom en medvetenhet i att resultatet omöjligt kan svara för alla dem som lever i en samkönad relation, samtidigt som det är uppsatsens avsikt att påvisa den eventuella överförbarheten i resultatet. Uppsatsen vill därmed inte bidra

till en uppfattning att alla som ingår i en familj, var föräldrarna lever i en samkönad relation, vill bli behandlade på ett visst sätt.

RESULTAT

Sammanfattningsvis kan resultatet sägas påvisa hur upplevelsen av ett negativt bemötande kunde leda till att familjerna kände en känsla av utanförskap, vilken i sin tur kunde leda till att de upplevde en sårbarhet som familj. Samtidigt kunde studierna visa hur de familjer som blev bemötta på ett öppet och accepterande sätt kända sig trygga i kontakten med vården.

För att skapa en tydlighet introduceras de utvalda studierna i en litteraturmatris vilken presenteras som Tabell 3.

Tabell 3. Litteraturmatris

Kvalitetsgranskning efter SBU: s mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik- Patientupplevelser. Version 2012:1.2

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Artikel nr och Kva- litetsty p
Brown, R., Lindsay, J., McNair, R., Perlesz, J., Pitts, M., De Vaus, D., 2007, Australien	Lesbian parents negotiating the health care system in Australia	Att undersöka hur lesbiska föräldrar förhåller sig till hälso- och sjukvårdssyste met.	Kvalitativ intervjustudie, med djupintervjuer, snöbollsurval	20 lesbiska familjer	Bärande faktorer som identifierades var, trygghet och sårbarhet, samt känslan av kontroll gällande att ”komma ut”	1 Hög
Buchholz, Susan E., 2000, USA	Experience s of lesbian couples during childbirth	Att beskriva lesbiska pars upplevelser av förlossningar.	Kvalitativa intervjuer	Fem lesbiska par	Fem teman identifierades, *Förebyggande förberedelser av vårdpersonal. *Inkluderandet av partnern. *Sjuksköterska ns stöd. *Juridiska frågor *Sökandet av förståelse	2 Hög
Chapman,	A	Att undersöka	Deskriptiv	11 Lesbiska,	Negativa	3

R., Wardrop, J., Freeman, P., Zappia, T., Watkins, R., Shields, L. 2012, Australien	descriptive study of the experience of lesbian, gay and transgender parents accessing health services for their children.	lesbiska, gaypersoners samt transpersoners upplevelse då de sökte vård för sina barn.	kvalitativ studie, semistrukturerade intervjuer.	gay och transpersoner, alla föräldrar.	upplevelser identifierades genom uppvisandet av homofobi från personalens sida, samt krav på att behöva utbilda personalen i sitt levnadssätt. Vissa positiva erfarenheter fanns, men de överskuggades av respondenternas upplevelse av att de homosexuella levnadssätt negligeras	Hög
Larsson, A-K., Dykes, A-K., 2007, Sverige	Care during pregnancy and childbirth in Sweden: Perspectives of lesbian women	Att undersöka lesbiska kvinnors syn på, samt upplevelsen av graviditet och förlossning	Kvalitativ intervjustudie.	18 lesbiska kvinnor	Viktigt att bekräfta föräldraskap, speciellt för den ickebiologiska föräldern, respondenterna upplevde att om det var öppna med sin sexualitet, mottogs de med öppenhet.	4 Hög
Lee, E., Taylor, J., Raitt, F., 2011, England	“It’s not me, it’s them”: How lesbian women make sense of negative experiences of maternity care: a hermeneutic study	Att beskriva lesbiska kvinnors upplevelser av mödravården, med fokus på negativa upplevelser	Hermeneutisk fenomenologisk studie. Ostrukturerade intervjuer, snöbollsurval.	8 lesbiska kvinnor	Respondenterna upplevde mycket av vården positivt, vissa negativa upplevelser bortförklarades, då kvinnorna ville bibehålla en positiv upplevelse.	5 Hög
Rawsthorne, M.,	Just Like Other	Att beskriva lesbiska	Kvalitativa semistrukturerade	17 lesbiska familjer	Lesbiska familjer	6

2009, Australien	Families? Supporting Lesbian-parented Families.	familjers upplevelse av stödsystem, såsom skola och hälso-sjukvård.	de intervjuer.		identifieras som sårbara, därför är det viktigt att ge dem både informellt- och formellt stöd för att en optimal livskvalitet ska uppnås.	Medelhög
Renaud, T., 2007, USA	We are mothers too: Childbearing experience of lesbian families	Att beskriva lesbiska kvinnors upplevelse av att bli gravida, förlossning, moderskap.	Djupintervjuer, fokusgrupp samt observation	21 intervjuer, sex stycken deltagare i fokusgruppen, samt 43 st. observerade i en stödgrupp	Sjukvårdspersonal, samt beslutsfattare bör vara mer informerade gällande de speciella behov som lesbiska kvinnor som väntar barn har.	7 Hög
Röndahl, G., Bruhner, E., Lindhe, J. 2009, Sverige	Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care.	Att visa på lesbiska föräldrars upplevelse av vården innan förlossning, förlossning och eftervård.	Kvalitativ intervjustudie med snöbollsurval.	10 mammor, varav 8 av dem levde i en relation med en annan kvinna.	Heteronormativitet förmedlades av vårdpersonal, via tidsskrifter, formulär samt verbal kommunikationen. Viktigt med en öppen inställning och medvetenhet om kvinnornas sårbara situation hos personalen, snarare än en speciell homokompetens.	8 Hög
Spidsberg Dahl, B., 2007, Norge	Vulnerable and strong-Lesbian women encountering maternity care.	Beskriva hur lesbiska par upplever mödravården	Kvalitativ intervjustudie, snöbollsurval	6 lesbiska par	Lesbiska kvinnor är en sårbar grupp i mödravården. Ofta upplevde respondenterna att de fick ta ansvar för situationen, då personalen upplevdes	9 Hög

					osäker.	
Wilton, T., Kaufman, T., 2001, England	Lesbian mother's experience of maternity care in the UK	Att undersöka en grupp lesbiska kvinnors erfarenhet av mödravården i England	Deskriptiv studie.	50 lesbiska kvinnor, totalt 65 graviditeter	De flesta respondenter berättade om positiva upplevelser från vården, men delgav även höga nivåer av ångest inför att "komma ut".	10 Hög

Tabell 4. Kategorier samt underkategorier som framkom i innehållsanalysen.

<p>Att bli accepterad som familj</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bekräftelse från vårdpersonal • Personalens öppenhet
<p>Känslomässigt utanförskap</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stereotyp bemötande av familjer • Heteronormativa förhållningssätt
<p>Trygghet i vårdsituationen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontroll över vårdsituationen • Personalens kunskap om HBT-frågor
<p>Sårbar som familj</p> <ul style="list-style-type: none"> • Känslan av att vara annorlunda

ATT BLI ACCEPTERAD SOM FAMILJ

Bekräftelse från vårdpersonal

Larsson och Dykes (2007) beskriver hur respondenterna upplevde vårderfarenheterna positiva då personalen fick dem att känna att deras sexuella läggning var naturlig. Familjerna önskade bli behandlade "som alla andra", men ville samtidigt att personalen skulle visa förståelse för och acceptera det faktum att alla familjer ser olika ut. På ett

liknat sätt upplevdes det som positivt då de gravida kvinnorna i Wilton och Kaufmanns studie (2001) behandlades som ”vilken gravid kvinna som helst”, detta märktes på hur personalen bekräftade dem som ”normala blivande mammor”. Dock menade vissa respondenter i studien att ett explicit erkännande av deras situation fick dem att känna sig välkomna och inte endast accepterade.

“A number of respondents stressed that they did not want special treatment – just to be treated as ‘normal’; however, a little explicit acknowledgement of their particular situation helped them to feel that they were welcomed, not just tolerated” (Wilton & Kaufmann, 2001 s. 208).

Röndahl, Bruhner och Lindhe (2009) menar att det är just denna längtan efter att slippa känna sig annorlunda, som är en av anledningarna till att kvinnorna i deras studie valde en mottagning med homokompetens. Även respondenterna i Renaud (2007) gjorde medvetna val av barnmorskemottagning, och föredrog dem med homokompetens eller med ett rykte om att vara ”vänligt inställda” till lesbiska.

I en omvänd situation menar respondenterna att personalen i vissa situationer var så angelägen om att vara naturliga med deras sexuella läggning att denna inte gavs något utrymme alls i samtalet, vilket ledde till att de kände sig osynliggjorda istället för accepterade (Wilton & Kaufmann, 2001).

”Women were also discomfited by responses that were too studiously ‘neutral’, when the health professionals was so determined to show that the information was not bizarre or unwelcome, that they ended up implying that it was of no significance at all” (Wilton & Kaufmann, 2001 s. 205).

Detta väckte funderingar kring huruvida personalen egentligen var obekväma med situationen men valde att dölja detta. På ett liknat sätt beskrev respondenterna i Renaud (2007) att personalen ibland verkade vilja bevisa sin acceptans gentemot lesbiska kvinnor genom att på ett överdrivet sätt bekräfta hur många de träffat och behandlat.

Personalens öppenhet

Respondenterna menade att den öppenhet som personalen visade dem och deras livssituation, var av större betydelse än att om de hade speciell homokompetens

(Röndahl et al., 2009). Upplevelsen var att denna öppenhet ofta gestaltades genom ett likvärdigt bekräftande av dem båda som föräldrar.

“Some participants argued that personell did not necessarily need special lesbian competence, but an open mind and sensitivity to prospective parents’ vulnerability” (Röndahl et al, 2009 s. 2341).

I Lee et al. (2011) menade respondenterna istället att de erhöll en mer omsorgsfull mödravård av barnmorskor med tidigare erfarenhet av lesbiska familjer.

KÄNSLOMÄSSIGT UTANFÖRSKAP

Stereotyp bemötande av familjer

Familjerna i McNair et al. (2007) studie talar om hur de känner sig som vilken annan familj som helst, och blir förvånade då de bemöts som om de vore annorlunda. De beskriver upplevelsen av att vården saknar en flexibilitet vilken gör det möjligt för alla familjer att känna sig väl bemötta. En strategi för att undvika missförstånd och upprätthålla familjens känsla av värdighet beskrivs av Rawsthorne (2009) där respondenterna menade att stolthet och tydlighet gällande sin familjekonstellation ledde till att missförstånd med vårdpersonal undveks. Då familjerna ”stod enade” och på ett självklart sätt presenterade sig som familj bidrog detta till känslan av tydliggöra båda föräldrarnas betydelse.

“Most participants whose children were conceived in a lesbian relationship adopted a proud strategy in dealing with pregnancy, childbirth and early childhood services in order to ensure recognition of the coparent’s rights”. (Rawsthorne, 2009 s. 55)

Vissa av paren valde att inte ”komma ut” då de upplevde att det ledde till problem, till exempel ett exkluderande av partnern (Wilton & Kaufmann, 2001). Vidare visar studien hur personalen kunde reagera sårande, genom att deklarerera privata moraliska åsikter om homosexuella föräldrar, på ett enligt paren oacceptabelt sätt. Ett av paren i

studien fick sitt barn placerat på listan för orosanmälningar på grund av att föräldrarna var lesbiska.

“(They) placed (my) child on (the) concern list! Because of the nature of our relationship, i.e. lesbians”. (Wilton & Kaufmann, 2001 s. 205)

Chapman et al. (2012) beskriver hur föräldrarna upplevde, ett från personalens sida, genetiskt fokus på omvårdnaden av barnet. Detta upplevdes som frustrerande, då det inte var tillgängligt, exempelvis vid adoption eller spermadonation av okänd donator.

Det upplevdes som svårt att delge personalen sin sexuella läggning då frågor sällan ställdes på ett sätt, där ett naturligt svar lika väl kunde vara att respondenten levde i en samkönad relation (Larsson & Dykes, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001). De flesta kvinnorna i studien ansåg att ansvaret gällande ”att komma ut” huvudsakligen låg på dem själva och inte på personalen, även om de hade uppskattat att få frågan, om en eventuell partner ställd (Larsson & Dykes, 2007). Detta ledde till en känsla av att inte vara lika välkommen eller självklar som de som levde i en heterosexuell relation.

Kvinnorna i Spidsbergs (2007) studie talade om att de ibland blev bemötta som en homogen grupp lesbiska mammor. Detta fick dem att känna sig annorlunda jämfört med andra mammor, vilka de upplevde att personalen såg som normen. Vissa av respondenterna i Röndahl et al. (2009) ifrågasatte respondenterna personalens kunskap gällande olika familjekonstellationer efter ett besök på förlossningsavdelningen. Personalen talade om ”mammor” och ”pappor” trots att hälften av dem som var på utbildningen var i kvinnliga samkönade relationer.

Buchholz (2000) och Renaud (2007) lyfter bristande kunskap hos personalen gällande betydelsen av vissa juridiska dokumentets nödvändighet för båda föräldrarnas möjlighet att fatta medicinska beslut för sitt nyfödda barn.

Chapman et al (2012) visar hur några respondenter upplever det som att personalen inte uttrycker det som den känner, att det finns en underliggande dissonans med deras handlande. På ett liknat sätt beskriver Lee, Taylor och Raitt (2011) att de rådande lagarna, vilka förbjuder diskriminering av homosexuella, kan ha lett till att vissa åsikter inte längre uttrycks utan istället kamoufleras.

Heteronormativa förhållningssätt

McNair et al. (2007) beskriver hur respondenterna inte talar om ett homofobiskt bemötande, men att många beskriver hur upplevelsen ofta genomsyrats av heteronormativa antaganden. Hos Wilton och Kaufmann (2001) talade respondenterna om faktiskt homofobiskt bemötande, vilket de upplevde visade sig genom brist på känslighet och respekt från personalens sida. Ett osynliggörande och exkluderande bemötande av icke biologiska familjemedlemmar kunde enligt många respondenter ses som en vanlig form av heteronormativt förhållningssätt (Buchholz, 2000; Renaud, 2007; Spidsberg, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001).

Lee et al. (2011) beskriver hur sexuell läggning ibland kan tillskrivas innebörden av sexuell aktivitet. Kvinnorna i studien gav exempel på hur de blivit nekade gynekologiska undersökningar samt inte fått den amningshjälp de efterfrågat. Kvinnorna tolkar detta som att barnmorskorna inte ville vara i kontakt med deras intima kroppsdelar.

“Alison gave up breastfeeding because she felt she was given no help. The fact that the midwives would not help with breastfeeding or examine Alison`s perineum does suggest the possibility that the midwives were unwilling to engage with intimate areas of Alison`s body because of her sexual orientation” (Lee et al. 2011 s. 986).

Ingen av de 10 gravida kvinnorna i Røndahl et al. (2009) studie blev erbjuden att delta i föräldrautbildning.

“None of the participants were offered any childbirth and parenthood education” (Røndahl et al. 2009a s. 2341).

Vissa drog slutsatsen att barnmorskan inte visste hur hon skulle hantera en familj med två mammor i en utbildning som riktade sig till traditionella föräldragrupper. I Wilton och Kaufmann (2001), Larsson och Dykes (2007) och Renaud (2007) genererade föräldrautbildningen många negativa upplevelser, vilka främst härleddes till en stark heteronormativ tradition, vilken fick deltagarna att känna sig exkluderade. Då barnmorskan som ledde utbildningen använde sig av ett heteronormativt språk och

refererade till föräldrarna som mamma och pappa skänkte det de homosexuella familjerna en känsla av utanförskap.

De respondenter som upplevde en bra föräldrautbildning talade om hur barnmorskan fick dem att känna sig välkomna genom att använda ett mer könsneutralt språk (Renaud, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001). Rödahl et al (2009) visar på att föräldragrupper som riktar sig till familjer med liknande erfarenheter oftast leder till att fokus ligger på det kommande föräldraskapet och därigenom upplevs som mer inkluderande av deltagarna.

De formulär som används inom vården samt de frågor som ställs i samtal med patienter kommunicerar ett heteronormativt förhållningssätt (Chapman et al., 2012; Rödahl et al., 2009; McNair et al., 2007).

“There are no boxes that we fit into anywhere...Interfacing with larger systems became difficult...school, health and finances I found the three most difficult areas” (McNair et al., 2007 s. 97).

Detta visar sig genom att språket som används förutsätter ett heterosexuellt liv, vilket kan vara en källa till problem och genans både för patient och för personal (Rödahl et al., 2009). Vissa respondenter i Chapman et al. (2012) menar dock att de inte känner sig förolämpade av detta, utan istället korrigerar formulären då det behövs. Behov föreligger av att formulär och information, både skriftlig och muntlig, ges utan heteronormativa antagande (Larsson & Dykes., 2007; Rödahl et al., 2009).

Vissa av kvinnorna i Spidsbergs (2007) studie menar att de själva har förutfattade meningar gällande den heteronormativa attityden inom vården.

“The experience of feeling paranoid in the encounter was described. The expectation that something was going to happen was regarded as caused by their own attitude” (Spidsberg, 2007 s. 481).

De påpekar att det kan leda till att de förutsätter ett negativt bemötande och därigenom faktiskt upplever det så.

TRYGGHET I VÅRDSITUATIONEN

Kontroll över vårdsituationen

Hur frågor och bemötande mottas av patienten är till stor del beroende av hur sårbar denne känner sig i situationen (Chapman et al., 2012). Människor känner sig olika starka inom olika områden och oftast varierar reaktionerna på bemötandet med den personliga känslan av sårbarhet. På ett liknande sätt kan kontroll över situationen förknippas med en lägre känsla av sårbarhet, vilket ofta genererar positiva upplevelser av vården och personalens bemötande (Lee et al., 2011). Den relativt höga andelen hemförlossningar som beskrivs av Wilton och Kaufmann (2001) visar enligt dem på familjernas behov av att vara i en miljö där de har kontroll och därigenom upplever sig mindre sårbara.

Frågor som ställdes på ett irrelevant och nyfiket sätt var för ett flertal respondenter svåra att se betydelsen i (Wilton & Kaufmann, 2001). Föräldrarna i studien gav exempel på frågor som fått dem att undra med vilken avsikt personalen ställt dem, frågor gällande vad de tänkte säga till barnet om dess biologiska pappa eller om de någon gång varit heterosexuella.

“Some questions were asked which seemed frankly irrelevant. For example, 25 women were asked how they got pregnant, six what they would tell their child about its biological father, and four were asked if they had ever been heterosexual“ (Wilton & Kaufmann, 2001 s. 205).

Däremot genererade det mycket positiva upplevelser då frågor ställdes som kunde relateras till den betydelse de kunde ha för vården av dem själva, men även framtida vård av andra i en liknande situation (Wilton & Kaufmann, 2001).

Bristen på information kring konfidentialitet gällande parens sexuella läggning, samt avsaknaden av kontroll som denna ledde till, fick vissa av paren att avstå från att delge personalen sin sexuella läggning (Wilton & Kaufmann, 2001). Även brist på kontinuitet hos personalen angavs av vissa respondenter som en källa till osäkerhet, vilket gjorde att paren valde att inte berätta att de var lesbiska. Respondenterna i Chapman et al. (2012) upplevde det som negativt att de var tvungna att ta ansvar för

att ”komma ut” inför personalen och i samband med detta behöva förklara sin situation upprepade gånger.

Några av kvinnorna i Lee et al. (2011) och Rödahl et al. (2009) distanserade sig från det negativa bemötande de upplevt genom att härleda det till personalens personlighet, och inte till sin egen sexuella läggning.

“I think she was like that with everyone. I think that`s just how she was” (Rödahl et al., 2009a s. 985).

Detta gjorde att de kände kontroll över situationen och därigenom kände sig mindre sårbara. Dock fanns det hos vissa respondenter, en kvarvarande misstanke om att det negativa bemötandet de facto handlade om deras sexualitet (Lee et al., 2011). Några respondenter hävdar samtidigt att det var svårt att veta om det negativa bemötandet beror av deras sexuella läggning eller det att personkemin inte stämmer med personalen (Lee et al., 2011).

Personalens kunskap om HBT-frågor

Några av respondenterna i Wilton och Kaufmann (2001) såg inget hinder för att undervisa personalen i ”lesbiska frågor” då de insåg att kunskap saknades samt att detta kunde gynna dem själva och andra. På ett liknat sätt beskriver kvinnorna i Buchholz (2000) att personalens kännedom om deras livssituation ofta ledde till en ökad medvetenhet, vilken i sin tur gjorde att de upplevde stöd och förståelse från personalens sida.

“The lesbian couples stated that when the nursing staff was aware (or became aware) of their situation (of being lesbians and having a child together as a couple), support was given during the childbirth” (Buchholz, 2000 s. 309).

Även Spidsberg (2007) lyfter i sin studie betydelsen av en trygg miljö utan fördomsfulla vårdgivare, och hur paren om det var möjligt gjorde medvetna val för att finna dessa.

Positiva erfarenheter av vården efter förlossningen tolkade föräldrarna som att det var lättare för personalen att se dem båda som mammor, och därigenom också som en riktig familj, efter det att barnet var fött (Wilton & Kaufmann, 2001).

SÅRBARHET SOM FAMILJ

Känslan av att vara annorlunda

Negativa upplevelser tenderade att dröja kvar i känslan av en ökad sårbarhet (Röndahl et al., 2009). Detta kunde visa sig i att respondenterna, lesbiska mammor och blivande mammor, i studien upplevde en osäkerhet inför att ta kontakt med vården då de fann det svårt att förklara sig och sin situation som lesbisk förälder och därigenom behöva känna sig annorlunda. En ökad känslighet för andras kommentarer och reaktioner, gällande den egna livssituationen, var signifikant då personen själv kände sig osäker på sin situation som likvärdig förälder (Lee et al., 2011). Vidare beskriver Röndahl et al. (2009) hur respondenterna upplevde ett bra bemötande då personalen fått dem att känna sig trygga och respekterade. Rawsthorne (2009) visar hur respondenterna upplevde möten med vården som positiva då de erkändes som en familj bland andra. Detta gav familjerna en känsla av trygghet och upplevt stöd.

Paren i Röndahl et al. (2009) beskriver att de upplevde negativt bemötande då deras sexuella läggning fick ett större fokus av personalen än den aktuella hälsosituationen, respondenterna beskriver också att bemötandet upplevdes som positivt då barnmorskan fokuserade på graviditeten och det väntade föräldraskapet snarare än det faktum att de var lesbiska.

Bland respondenterna i Larsson och Dykes (2007) studie valde de flesta paren att berätta för sin barnmorska om sin sexuella läggning och ville få den införd i journalen, detta betydde att de inte behövde förklara sig vid varje möte med mödravården och hur de genom detta kände sig trygga och självklara.

“Most women told their midwife about their sexual orientation, and chose to have it written in their medical record” (Larson & Dykes, 2007 s. 685).

Wilton och Kaufmann (2001) beskriver hur vissa av paren i deras studie gjort ett aktivt valde att inte berätta om sin sexuella läggning för personalen, anledningar som uppgavs var oro för att betraktas som en sämre mamma eller att föräldraskapet skulle granskas hårdare för att de var lesbiska.

På ett liknat sätt var oro för sämre vård en anledning som fick respondenterna att avstå från att "komma ut" (Larsson & Dykes, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001). Även respondenter i Spidsberg (2007) berättar hur de avstått att delge personalen sin sexuella läggning då de var oroliga att bli nekade nödvändiga undersökningar för att bli gravid. För att bibehålla känslan av kontroll och därigenom göra sig och sin familj mindre sårbar, valde några respondenter i McNair et al. (2007) att inte delge personalen sin sexuella läggning.

I McNair et al. (2007) studie talar några av de lesbiska mammorna om hur det upplevdes värre då den andra föräldern inte bemöttes på ett jämlikt och konfirmerande sätt, än då en partner inte erkänts som närmast anhörig. Föräldrarna beskrev hur det upplevt att den icke biologiska föräldern blev ignorerad och osynliggjord av personalen, detta upplevdes som ett ifrågasättande av dem som familj.

"The failure of HCPs to recognize the birth mother`s partner as a parent was one of the most difficult experiences for many of the participants in this study....One couple suggested that this was much more important to them than being recognized as partners" (McNair et al., 2007 s. 98).

Sårbarheten som detta kan medföra kan göra det svårt för föräldrarna att ifrågasätta eller anmäla tvivelaktigt beteende menar McNair et al. (2007). Rawsthorne (2009) beskriver hur respondenterna ofta förutsatte ett icke jämställt bemötande av båda föräldrarna. Mötet med vården upplevdes positivt och tryggt då denna farhåga inte slog in, och båda föräldrarna mottogs med acceptans.

Vissa av paren i Buchholz (2000) beskriver sjuksköterskornas beteendemönster som, otillgängligt, obekvämt och osäkert. Personalens upptagenhet var ett vanligt klagomål, vilket fick respondenterna att undra huruvida de fick ett annorlunda bemötande jämfört med heterosexuella par.

Chapman et al. (2012) och Rawsthorne (2009) beskriver den sårbarhet som upplevs då inte båda föräldrarna bemöts som jämlika föräldrar. Några av respondenterna insåg att det i vissa situationer fanns en medicinsk anledning för personalen att fråga vem som var barnets biologiska förälder (Chapman et al., 2012). Dessa föräldrar tolkade istället den frustration de upplevt då frågan ställdes, som en del av den osäkra

situationen kring barnets hälsotillstånd, snarare än att de blivit bemötta på ett tvivelaktigt sätt. Positiva erfarenheter av vården korreleras starkt till ett jämlikt bemötande av föräldrarna (Wilton & Kaufmann, 2001; Chapman et al, 2012; Larsson och Dykes, 2007; Røndahl et al, 2009; Renaud, 2007). Genom att erkänna föräldrarna på ett liknat sätt, gav familjerna en ökad känsla av att vara en riktig familj (Wilton och Kaufmann, 2001; Buchholz, 2000; Larson & Dykes, 2007).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med uppsatsen var att beskriva hur familjer med föräldrar som lever i samkönade relationer upplever mötet med vården. De studier, som genom sökord och inklusionskriterier, utvaldes till uppsatsens resultat svarade mot syftet. Inklusionskriterierna var kvalitativa vetenskapliga studier vilka behandlade familjer med föräldrar som levde i en samkönad relation, och deras upplevelse av möten i vården. Vid de sökningar som gjordes uppdagades att många studier behandlade människor som är drabbade av HIV på ett sätt som inte svarade mot uppsatsens syfte. För att undvika detta, och därigenom få fler relevanta träffar, användes den booleska söktekniken och not HIV skrevs in bland sökorden. Därmed upprättades HIV som en exklusionskriterie för uppsatsen. På ett sätt kan det sägas vara en svaghet att studier som behandlar familjer där en eller flera familjemedlemmar är drabbade av HIV uteslöts från denna uppsats, å andra sidan kan det lyftas som en styrka gällande studiens överförbarhet då den vill visa på hur familjer upplever vardagliga möten med vården.

Sökningarna gjordes i databaser som svarar mot ett omvårdnadsperspektiv, vilket enligt Henricson (2012) är en styrka för uppsatsens giltighet. Olika sökord och kombinationer prövades för att för uppsatsens syfte få fram relevanta studier. Det största antalet empiriska studier på temat har lesbiska mammor som respondenter. Detta innebär att de är överrepresenterade bland de utvalda studierna trots att sökningar inte endast gjorts på lesbian* utan även på gay* och bisexual*. För att uppsatsen skulle svara mot ett allmänt omvårdnadsperspektiv och inte endast rikta in sig mot mödravård och förlossning kvarstod det ursprungliga syftet, att beskriva familjer där föräldrarna lever i en samkönad relation och deras upplevelse av möten med vården.

De 10 studier som utvaldes och analyserades var gjorda med kvalitativ ansats, vilket föredras för studier gällande människors upplevelser (Friberg, 2012). Då de meningsbärande enheterna nedtecknades gjordes detta med medvetenhet om att de inte fick vara så stora att de innefattade mer än en företeelse, men samtidigt så omfattande att ingen avgörande information gick förlorad. Det är viktigt att materialet fortsätter att tala för sig själv, det vill säga att ingen information läggs till eller

exkluderas (Graneheim & Lundman, 2004). Då meningsenheterna kondenserades lades stor vikt vid att endast utesluta de ord som inte var bärande av innehållet, och på så sätt försäkra sig om att detta inte förändrades. Kategoriindelningen är troligen det mest kritiska momentet, alla meningsenheter bör passa in under en relevant kategori, men inte i flera (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen gav många underkategorier men då dessa granskades närmre kunde de sammanfogas till sju underkategorier, vilka sedan ledde fram till fyra kategorier.

För att styrka uppsatsens giltighet krävs att det utvalda fenomenet verkligen blivit studerat (Henricson, 2012). Genom att låta den valda metoden svara på uppsatsens syfte samt att studiesökningen gjorts på ett strukturerat sätt och fortgående dokumenterats, kan giltigheten sägas påverkas positivt. För att säkerställa uppsatsens trovärdighet krävs ett noggrant metodavsnitt där urval, sökord samt datainsamling och analys beskrivs (Henricson, 2012).

Kritik som kan vändas mot kvalitativ innehållsanalys är att den tenderar visa på det manifesta i innehållet snarare än det outtalade (Bergström & Boréus, 2005). Detta är viktig kritik och den bör beaktas då materialet bearbetas. Genom medvetenhet om detta försöker uppsatsen syfte inte svara mot det latent i studierna. Genom att lyfta upp det manifesta kan den istället sägas visa på respondenternas upplevelser så som de beskrivs.

Resultatdiskussion

Syftet med uppsatsen var att beskriva hur familjer där föräldrarna lever i en samkönad relations upplever möten med vården. De flesta av studierna i uppsatsens resultat lyfter betydelsen av att känna sig accepterad för den man är, och för den familj man ingår i. Signifikant för känslan av acceptans var bland annat ett jämlikt erkännande av föräldrarna. Då patienter och familjer inte accepteras för dem som de är och för det liv som de lever kan känslan av ett känslomässigt utanförskap infinna sig. Möjligtvis kan detta generera en sårbarhet hos familjerna, vilken gör dem mer mottagliga för negativa upplevelser. Det kan tänkas att fler familjer kan känna sig accepterade i vårdsituationer om vårdpersonal ser likheten i olikheten, och därmed skänker varje individ och familj den trygghet som kommer ur att känna sig accepterad.

Resultatet kan troligtvis sägas visa på hur familjer tenderar att korrelera positiva upplevelser i vården med att föräldrarna på ett självklart och jämlikt sätt inkluderats i

barnets vård. Enligt Burkholder och Burbank (2012) är det viktigt att personalen identifierar sina egna fördomar och erkänner dessa, på så sätt kan bias undvikas och mer individanpassad vård blir möjlig. Alla människor lever med en förförståelse vilken är deras högst personliga, utmaningen ligger just i att se denna och förstå innebörden av den i mötet med andra människor. Detta resonemang finner stöd hos Lévinas (2005) som skriver att, då vi möts ansikte mot ansikte, utan intention att se *den Andre* som en förlängd del av mitt eget jag, då kan vi uppleva ett äkta möte. Detta möte definieras av att vi möts utan att *Jaget* placerar *den Andre* i det totalitära, det vill säga i *Jagets* definierade förförståelse. Kanske är det möjligt att utgå från den unika individens livsvärld, genom att inte förutsätta att den som lever i en samkönad relation vill ha ett visst bemötande baserat på detta, istället för att dra slutsatser grundade i sin egen förförståelse. Resultatet påvisar att då familjerna inte bemöttes på ett stereotypt sätt blev de stärkta i känslan av att vara en familj som ”alla andra”, detta synsätt delas av Kuo et al (2012) som skriver om vikten av att stärka familjer som en enhet. Kan det möjligen sägas vara så, att då vårdpersonal identifierar sina fördomar kan den personliga förförståelsen klarläggas, vilket skulle kunna betyda att den inte hämmar den professionella empatin. Pettinato (2012) och Irwin (2007) visar på vikten av att inte förutsätta något om någon utifrån hur denna ser ut eller för sig. Det går troligtvis inte att veta vem som lever i en samkönad relation utifrån en människas utseende. Weber (2010b) skriver om hur heteronormativa förhållningssätt genomsyrar stora delar av vården och hur detta kan upplevas diskriminerande för dem som inte lever sitt liv i ett heterosexuellt förhållande. Det kan tänkas att vårdpersonal, genom neutralt adresserade frågor, kan öppna upp för patienter att vara ärliga med sin livssituation, vilket möjligtvis skulle kunna skänka vårdtagaren känslan av att ansvaret för att ”komma ut” inte vilar enkom på denne.

Resultatet kan sägas påvisa att homokompetens i fråga om kunskap gällande lagar och rättigheter för de som lever i homosexuella relationer efterfrågas av patienter, samtidigt som denna kunskap inte bör leda till generaliseringar eller stereotypa bemötanden. Burkholder och Burbank (2012) och Boggis (2012) visar på vikten av att personalen är uppdaterad i frågor gällande homosexuellas rättigheter, samt lagar vilka berör dessa familjers möjligheter, gällande till exempelvis familjebildning. Lévinas (2005) skriver om hur varje människa önskar bli bemött utifrån sin specifika annanhet. Att se det annorlunda och bejaka detta är att gynna det mänskliga och individuella, snarare än att se alla människor som homogena. Att acceptera dig för

den jag aldrig kommer att fullständigt förstå gör det möjligt för mig att inse att vi alla är lika olika och därmed också troligtvis vill ha olika bemötande. Burrows (2011) beskriver hur information som förmedlas ibland annat receptioner och väntrum kan göras mer tillgängliga för fler familjer om de inte med självklarhet förhåller sig heteronormativt, utan bejakar den mångfald av olikhet i familjekonstellationer som är ett faktum.

Resultatet kan eventuellt sägas påvisa att vården, då frågor gällande familjekonstellation kommuniceras med heteronormativa antaganden, tar sig den normativa makten att definiera hur en familj ser ut. Kirkevold och Strömsnes Ekern (2003) menar att varje människa med grund i sina egna känslor definierar vem som tillhör hennes familj. Detta resonemang kan sägas finna stöd hos Lévinas (2005) som skriver att människan upplever sig accepterad då hon blir bekräftad utan att bli placerad inom betraktarens förståelsehorisont. Burkholder och Burbank (2012) skriver om vikten av att som vårdpersonal försöka införskaffa så mycket information som möjligt om alla familjer, och på så sätt lättare få en förståelse för varje familjs unika önskemål. Kanske kan det sägas vara så att känslan av acceptans lättare uppnås om vårdpersonal accepterar familjerna så som de själva väljer att definiera sig.

Resultatet tenderar att påvisa hur bemötande med heteronormativa antaganden resulterat i negativa upplevelser. Att ha ett heteronormativt förhållningssätt leder till att människor med en annan sexuell läggning än den heterosexuella förpassas till ett utanförskap (Weber, 2010b). Røndahl, Innala och Carlsson (2006) beskriver hur homosexuella upplever att det finns en stark heteronormativ tradition inom vården, och att dessa antaganden görs av personalen utan eftertanke. Eftertanken kan här ses som central. Detta resonemang stöds av Burkholder och Burbank (2012) som talar om vikten av att våga ställa öppna frågor då kunskap saknas. Ett tydligt exempel på detta är via de frågor som ställs till patienterna i bland annat formulär. Det är av stor vikt att formulär skrivs på ett sätt som gör det möjligt för alla familjer att känna sig accepterade, vilket oftast kan åstadkommas genom försök att uppnå ett könsneutralt språk. Lévinas (2005) skriver att den enda sanna vägen till *den Andre* upprättas genom språket. Då vi kommunicerar kan vi nå varandra på ett sätt som gör det möjligt att se och därigenom acceptera varandra, men för att detta ska uppnås krävs att båda parter talar ett språk som båda förstår. Att göra heteronormativa antaganden i samtal

med patienter kan troligen liknas vid att tala ett språk var *den Andre* förpassas till en kategori och blir därigenom *Det Samma*.

Uppsatsens resultat visar på hur det kan upplevas frustrerande då de frågor som ställs känns nyfikna och integritetskränkande och med svårighet kan relateras till vårdssituationen. Burkholder och Burbank (2012) skriver att det är av stor vikt att frågor som ställs kännas relevanta och berättigade för den aktuella hälsosituationen. Resonemanget finner stöd hos Seaver, Freund, Wright, Tija och Frayne (2008) som talar om betydelsen av att frågor ställs på ett direkt sätt, med ett för patienten tillgängligt språk. Lévinas (2005) talar om värdet av hur språket används. Genom att tala med och lyssna på varandra, bryts totaliteten och vi kan mötas utan att sammanföras till ett gemensamt begrepp. Språket har som Lévinas skriver en undervisande mening, då det ger oss en möjlighet att mötas. Burrows (2011) belyser vikten av att sjukvårdspersonal ställer frågor kring sexuell läggning då detta känns berättigat.

Uppsatsen kan sägas visa att känslan av att vara annorlunda leder till en ökad sårbarhet som familj. Resultatet finner stöd hos Weber (2009) som beskriver hur ett liv som homosexuell förälder kan innebära känslan av ökad sårbarhet, relaterat till ett känslomässigt utanförskap. Lévinas (2006) skriver att då *den Andre* möts utifrån sin specifika annanhet, då måste det främmande accepteras såsom närvarande och nödvändigt. Då vårdpersonal brukar ett heteronormativt synsätt och därigenom antar att patienten lever i ett heterosexuellt förhållande kan det leda till att patienten måste ta ansvar och upprepade gånger ”komma ut” i olika vårdssituationer (Seaver et al., 2008). Att detta kan leda till stress och osäkerhet gällande vems ansvar det är att ”komma ut” som familj (Weber, 2010b). Det kan tänkas att en känsla av utanförskap kan medföra att människor blir osäkra i kontakt med vården. Kan det vara så att upplevelsen av bemötande tolkas utifrån hur sårbar patienten känner sig i den aktuella situationen. Detta skulle i så fall medföra att föräldrar som lever i en samkönad relation med större sannolikhet tenderar att tolka frågor och situationer med ökad känslighet. Kanske kan en medvetenhet om detta göra personalen mer tillgänglig för familjer med annan familjekonstellation än den heterosexuella. Familjer där föräldrarna lever i en samkönad relation kan inte på något sätt sägas vara en homogen grupp, men troligen krävs en medvetenhet om den sårbarhet som många av dem sannolikt upplever.

Slutsats

Syftet med denna uppsats var att beskriva hur familjer med föräldrar som är homosexuella upplever möte i vården. Slutsatsen kan sägas vara det att många av de positiva erfarenheterna relateras till att familjerna känt en acceptans gällande sin familjesituation från vårdens sida, vilken generade en känsla av trygghet. De flesta negativa upplevelserna grundades sig i att familjerna upplevde sig bli bemötta med heteronormativa antagande, vilket fick dem att känna sig annorlunda och därigenom upplevde ett utanförskap.

Klinisk betydelse

Genom att ta del av litteraturen kring hur familjer med homosexuella föräldrar upplever bemötandet inom vården, vill denna uppsats visa på hur ett mer öppet mottagande utan heteronormativa, eller andra fördomsgrundade, antagande kan underlätta för alla familjer att vara öppna med sin situation då de söker vård.

Förslag på vidare forskning/utveckling

Begränsad forskning är gjord på området och den mesta tenderar att ta upp familjer med lesbiska mammor i förlossningskedjan (mödravård-förlossning-eftervård). Mer forskning är önskvärd gällande andra former av homosexuella familjer. Även familjer med lite äldre barn skulle behöva komma upp i ljuset för att identifiera deras eventuella behov.

REFERENSER

Ainsworth, M. D. S (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachments across the life cycle* (pp. 33-51). London: Routledge.

Berg, L. & Danielson, E. (2007). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 21(4), 500-506. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00497

Bergström, G., Boréus, K, (red.). (2005), *Textens mening och makt*. Studentlitteratur: Stockholm

Björkman, M. & Malterud, K. (2009). Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(4), 238-243. doi:10.3109/02813430903226548

Boggis, T. (2012). The Real Modern Family ... Can Be Real Complicated. *Journal Of Gay & Lesbian Mental Health*, 16(4), 353-360. doi:10.1080/19359705.2012.703526

Buchholz, S. (2000). Experiences of lesbian couples during childbirth. *Nursing Outlook*, 48(6), 307-311.

Broberg, M. (2009). Familjens liv och villkor. I I. Hallström. & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (s. 43-49). Stockholm: Liber

Burkholder, J. & Burbank, P. (2012). Caring for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transsexual Parents and their Children. *International Journal Of Childbirth Education*, 27(4), 12-18. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Burrows, G. (2011). Lesbian, gay, bixesual and transgender health. *Practice Nurse*, 41(3), 23-25. Hämtad från database Academic Search Elite.

Chapman, R., Wardrop, J., Freeman, P., Zappia, T., Watkins, R., & Shields, L. (2012). A descriptive study of the experiences of lesbian, gay and transgender parents

accessing health services for their children. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1128–1135. Hämtad från databasen Academic Search Elite.

Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T. & O'Shea, R. (2011). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(12), 2561-2573.

doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05768>

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i Teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2008). Kvalitativ Innehållsanalys. I M Granskär & B. & Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

HomO (2006). Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning. <http://www.homo.se>, hämtad: 10/2-2013, senast uppdaterad: 27/12-2006.

Irwin, L. (2007). Homophobia and heterosexism: implications for nursing and nursing practice. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 25(1), 70-76. Hämtad från database CINAHL with Full Text.

Kirkevold, M. & Strømsnes Ekern, K. (Red.). (2003). *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv* (L.Ganuza Jonsson, övers.). Stockholm: Liber (Originalarbete publicerat 2001)

Kuo, D., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K., Simmons, J., & Neff, J. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Maternal & Child Health Journal*, 16(2), 297-305. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>

Larsson, A. & Dykes, A. (2007). Care during pregnancy and childbirth in Sweden: perspectives of lesbian women. *Midwifery*, 25(6), 682-690. Hämtad från database CINAHL with Full Text.

Lee, E., Taylor, J. & Raitt, F. (2011). 'It's not me, it's them': How lesbian women make sense of negative experiences of maternity care: a hermeneutic study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 982-990. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05548.x

Levinas, E. (2006). *Humanism of the other*. Urbana: University of Illinois Press

Levinas, E. (2005). *Totality and Infinity: an essay on exteriority*. Pittsburg: Duquesne University Press.

Malmsten, K (Red.). (2008). *Etik I basal omvårdnad: I någon annans händer* (2. omarb. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

McNair, R., Brown, R., Perlesz, A., Lindsay, J., De Vaus, D. & Pitts, M. (2007). Lesbian Parents Negotiating the Health Care System in Australia. *Health Care for Women International*, 29 (91)-114. doi:10.1080/07399330701827094

Mikkelsen, G. & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital -- a concept analysis. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(5), 1152-1162. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05574>

Millbank, J. (2003). From Here to Maternity: A Review of the Research on Lesbian and Gay Families. *Australian Journal Of Social Issues*, 38(4), 541-600. Hämtad från databasen Academic Search Elite.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011) *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Stockholm: Liber

Pettinato, M. (2012). Providing care for GLBTQ patients. *Nursing*, 42(12):22-7. doi: 10.1097/01.NURSE.0000422641.75759.d7.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for nursing Practice* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins.

Rawsthorne, M. (2009). Just Like Other Families? Supporting Lesbian-parented Families. *Australian Social Work*, 62(1), 45-60. doi:10.1080/03124070802626885

Renaud, M. (2007). We are mothers too: childbearing experiences of lesbian families. *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(2), 190-199. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00136.x. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

RFSL- Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter. (2011). Hbt-certifiering: Kriterier och förutsättningar för RFSL:s hbt-certifiering inom vård- och omsorgssektorn. Stockholm: RFSL- Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter. Från: <http://www.rfsl.se/?p=336>

RFSL - Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter. (2012). Principprogram för RFSL. Stockholm: RFSL - Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter. Från: <http://www.rfsl.se/?p=336>

Roth, N., Boström, G. & Nykvist, K. (2006). Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland HBT-personer (Statens folkhälsoinstitut, nr R 2006:08). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Röndahl, G. (2009). Lesbians' and gay men's narratives about attitudes in nursing. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 23(1), 146-152. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00603.x

Röndahl, G., Bruhner, E. & Lindhe, J. (2009). Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(11), 2337-2344. doi :<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05092>

Röndahl, G., Innala, S. & Carlsson, M. (2006). Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *Journal Of Advanced Nursing*, 56(4), 373-381. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04018

Seaver, M., Freund, K., Wright, L., Tjia, J. & Frayne, S. (2008). Healthcare preferences among lesbians: a focus group analysis. *Journal Of Women's Health*, 17(2), 215-225. doi:10.1089/jwh.2007.0083

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 3 februari, 2013, från Riksdagen, <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

SFS 2008:567. *Diskrimineringslag*. Hämtad 3 februari, 2013, från Riksdagen, <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2008:567>

Shields, L. (2010). Questioning family-centred care. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(17/18), 2629-2638. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03214

Spidsberg, B. D. (2007). Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 478–486. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04439.x

Statens Folkhälsoinstitut. (2005). *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation* (Statens folkhälsoinstitut, nr A 2005:19). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Weber, S. (2008). Parenting, family life, and well-being among sexual minorities: Nursing policy and practice implications. *Mental Health Nursing*, 29(6), 601-618. doi:10.1080/01612840802048824

Weber, S. (2009) Policy Aspects and Nursing Care of Families With Parents Who Are Sexual Minorities. *Journal of Family Nursing*, 15(3), 384-399. doi:10.1177/1074840709339594

Weber, S. (2010a). A Stigma Identification Framework for Family Nurses Working With Parents Who Are Lesbian, Gay, Bisexual, or Transgendered and Their Families. *Journal of Family Nursing*, 16(4), 378-393. doi: 10.1177/1074840710384999

Weber, S. (2010b). Nursing care of families with parents who are lesbian, gay, bisexual, or transgender. *Journal Of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(1), 11-16. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6171.2009.00211

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wilton, T. & Kaufmann, T. (2001). Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK. *Midwifery*, 17(3), 203-211. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Wright, L. M., Watson, W. L. & Bell, J. M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad: Frågeställningar i samband med ohälsa och sjukdom* (K. Larsson Wentz, övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 1996)