



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Samkönade föräldrars upplevelse av bemötandet på barnavårdscentralen

En intervjustudie

Författare: Josefin Ankarblom & Terese Gudmundsson

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Hösten 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Samkönade föräldrars upplevelse av bemötandet på barnavårdscentralen

En intervjustudie

Författare: Josefin Ankarblom & Terese Gudmundsson

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Hösten 2014

Abstrakt

I dagens barnhälsovård möter BVC-sjuksköterskan allt fler familjer med samkönade föräldrar. Forskningen antyder att samkönade föräldrar generellt får ett övervägande bra bemötande inom hälso- och sjukvården. Dock tycks forskning kring bemötandet av dessa individer inom barnhälsovården i dag vara begränsad. Syftet med studien var att belysa hur samkönade föräldrar upplever bemötandet från BVC-sjuksköterskan. En kvalitativ intervjustudie med innehållsanalys genomfördes. I resultatet framkom två huvudkategorier *En vilja att göra gott* och *Ett heteronormativt förhållningssätt* som genererade temat *Ett gott bemötande ger överseende med heteronormativitet*. De 11 respondenterna upplevde att de fick ett trevligt bemötande och att BVC-sjuksköterskan hade en uppenbar vilja att göra gott. Dock ansågs verksamheten och BVC-sjuksköterskan ofta ha ett heteronormativt förhållningssätt. Detta kunde föräldrarna ofta ha överseende med då BVC-sjuksköterskans bemötandet i övrigt var kompetent och respektfullt.

Nyckelord

BVC-sjuksköterska, Bemötande, Samkönade föräldrar, Upplevelser

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Problembeskrivning	1
Bakgrund	2
Centrala begrepp	2
Perspektiv och utgångspunkter	3
Att bilda familj i samkönade relationer	4
Rekommendationer för BVC-sjuksköterskans bemötande av samkönade föräldrar	5
HBTQ-personers upplevelse av hälso- och sjukvården	6
Syfte	8
Metod	8
Urval av undersökningsgrupp	8
Undersökningsinstrument	9
Datainsamling	10
Databearbetning	11
Förförståelse	12
Etisk avvägning	12
Resultat	13
En vilja att göra gott	14
Ett vänligt och respektfullt mottagande	14
Ett kompetent och individfokuserat bemötande	15
Att ses som en familj	16
Ett heteronormativt förhållningssätt	17
Ett heteronormativt tankemönster	17
En heteronormativ byråkrati	18
En brist på kunskap kring HBTQ	18
Degradering av den icke biologiska föräldern	19
Bristfälligt stöd i det samkönade föräldraskapet	20
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Giltighet	22
Tillförlitlighet	25
Överförbarhet	25
Resultatdiskussion	26
Konklusion och implikationer	29
Referenser	31
Bilaga 1 (2)	
Bilaga 2 (2)	

Problembeskrivning

Familjebildningar utöver den heterosexuella kärnfamiljen blir allt vanligare i Sverige och därmed också på barnavårdscentralerna (Malmquist, Hydén & Zetterqvist Nelson, 2012). Då författarna genomförde en litteratursökning genererades få artiklar kring hur samkönade föräldrar upplever bemötande på barnavårdscentralen. Författarnas erfarenhet är således att forskningen kring detta ämnesområde idag är begränsad.

Studier har dock gjorts kring hur samkönade föräldrar upplever bemötandet från hälso- och sjukvården då de sökt vård för sitt sjuka barn. Dessa studier antyder att de flesta av föräldrarna har en positiv upplevelse av bemötandet (Chapman et al 2012; McNair et al, 2008). Dock finns det studier som även visar på ett missnöje från föräldrarna som upplevt olämpliga och påträngande frågor, ignorans, uttalad heteronormativitet och diskriminering vid kontakt med hälso- och sjukvården (Bjorkman & Malterud, 2009; Rödahl, Innala & Carlsson, 2006).

I kap 13 § 1 i Diskrimineringslagen (SFS 2008:567) anges att diskriminering inom hälso- och sjukvården samt annan medicinsk verksamhet på grund av sexuell läggning är förbjudet i Sverige. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) som styr all sjukvårdspersonals arbete är målet med hälso- och sjukvården “en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”. Vidare ska vården ges “med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet” (§ 2). Enligt distriktssköterskans kompetensbeskrivning ska hen i sitt arbete vara lyhörd för rådande samhällsförändringar samt ha ett reflekterande, lyhört och stödjande förhållningssätt i möten med patienter och dess anhöriga (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

Diskriminering, ignorans och stigmatisering kan leda till negativa effekter för såväl förälder som barn och det är således viktigt att personal inom hälso- och sjukvården är medvetna om detta och arbetar för en ökad jämlikhet inom hälso- och sjukvården (Weber, 2008). Då forskningen inom området tycks vara begränsad är det av vikt att belysa de samkönade föräldrarnas upplevelse av bemötandet på barnavårdscentralen. En ökad insyn och medvetenhet kring dessa familjers upplevelser skulle kunna bidra till att BVC-sjuksköterskans bemötande optimeras ytterligare.

Bakgrund

Centrala begrepp

Bemötande handlar enligt Fossum (2013) i grunden om människovärde och människosyn, om det samspel som sker mellan människor och på vilket sätt ett samtal förs. Utöver en god kommunikation med patienter och anhöriga, definierar Socialstyrelsen (2005) ett bra bemötande från sjuksköterskan som förmågan att vara lyhörd och empatiskt samt att kunna ge individuellt anpassad information, stöd och vägledning. Bemötande består inte bara av den direkta kommunikationen utan även av kroppsspråk, handlingar och de budskap som förmedlas via byråkrati såsom broschyrer, informationsmaterial och hemsidor (RFSL, u.å).

Stöd är ett gammalt begrepp som det inte finns en helt enhetlig definition på (Stoltz, Pilhammar Andersson & Willman, 2007). Överlag kan stöd beskrivas som att ge styrka, att möjliggöra för någon att hålla ut och hjälpa till. Inom omvårdnaden är stöd en viktig del i arbetet (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2014). Genom att vårdpersonalen agerar stödjande kan patienten få hjälp att ta tillvara på sina egna styrkor och resurser. För att beskriva det sociala stödets innebörd kan det delas upp i instrumentellt, informativt och emotionellt stöd. Det instrumentella stödet innebär praktisk hjälp från en annan person, medan det informativa stödet innebär hjälp med information och vägledning. Det emotionella stödet inbegriper tillgång till nära, förtroliga och stärkande relationer.

Sexuell läggning definieras enligt Statens Folkhälsoinstitut (2005) utifrån följande: ”en individs känslomässiga relationer, erotiska fantasier och fysiska sexuella aktivitet riktade mot det motsatta könet, samma kön eller båda könen” (s. 70). Till sexuell läggning räknas homo-, hetero- och bisexualitet, vilka är kategorier som har skapats i vårt samhälle som en produkt av vår kultur (Statens Folkhälsoinstitut, 2005). Det finns utöver dessa en mängd andra sexuella inriktningar som berör könsidentitet och könsuttryck, t.ex. transsexualism, och som därmed inte inkluderas i begreppet sexuell läggning. *Transsexualism* innebär att individen upplever att det biologiska könet inte överensstämmer med den upplevda könsidentiteten (Transsexualism, 2014).

Heteronormativitet innebär att samhället utgår ifrån en heterosexuell norm, vilket bidrar till att andra sexuella läggningar ses som avvikande. Statens Folkhälsoinstitut (2005) menar att

detta gör att ”... heterosexualliteteten respektive homo- och bisexualiteten inte är jämlika sexuella läggningar, utan hierarkiskt ordnade där heterosexualliteten är det överordnade ” (Statens Folkhälsoinstitut, 2005, s. 67). En konsekvens av det heteronormativa samhället är att alla människor förväntas vara heterosexuella tills dess att personen antytt annat. Därmed måste personer med annan sexuell läggning göra ett aktivt val om att berätta om sin sexualitet eller inte. Med rädsla för att bli annorlunda behandlad kan den homo- eller bisexuella människan välja att gömma sig bakom heteronormativiten (Röndahl, 2005). Ett ifrågasättande av heteronormen går under begreppet *queer* (Queer, 2014).

HBTQ är en förkortning för homosexuella, bisexuella, transsexuella och queerpersoner (HBTQ, 2014).

Perspektiv och utgångspunkter

Kari Martinsen (2003) har utformat en omsorgsteori om hur sjukvårdspersonal bör förhålla sig till patienten och förstå dennes livsvärld. Omsorg definieras av Martinsen som ett relationsbegrepp där det alltid finns två parter. Omsorg uppstår i en mellanmänsklig relation där det finns en grundhållning som präglas av respekt för den andres situation. Omsorgen om patienten måste grunda sig i en förståelse för den andres situation och historia. Martinsen (2006) menar vidare att ömsesidig tillit leder till en trygghet i att våga vara öppen och exponera sig gentemot den andre. För att uppnå tillit måste ett intresse visas för den andres upplevelser som något som är värt att ta del av och lära känna.

Martinsen (2006) talar vidare om person-orienterad professionalism, vilket bland annat innebär att sätta den andra i centrum genom att visa engagemang och en vilja att göra det som är bäst för den som behöver hjälp eller omvårdnad, men också om en vilja att investera en del av sig själv i mötet med den andra. Person-orienterad professionalism innebär också att både kunna se en person med öppna förbehållslösa ögon och genom professionens värderande ögon. Genom sjuksköterskans professionella bemötande och kunskap ökar möjligheten till en förmåga att kunna se patienten som en mänsklig varelse och inte ett objekt. Samhälleliga normer och kulturella värderingar som ofta ses som självklara kan vara både till fördel och

nackdel i sjuksköterskans möte med patienter. Sjuksköterskan bör vara medveten om dessa och kunna både ta till vara på dem och ta avstånd från dem i de fall då detta behövs.

Att bilda familj i samkönade relationer

De senaste decennierna har det blivit allt vanligare att homosexuella, bisexuella och transpersoner bildar familj och blir föräldrar (Malmquist et al, 2012). Dessa familjer har kommit att kallas HBTQ-familjer eller regnbågsfamiljer och kan se olika ut i sin struktur.

År 1995 infördes lagen om registrerat partnerskap i Sverige vilken innebar att partnerskap kan ingås av två personer av samma kön (Sveriges Riksdag, 2008). Denna lag avskaffades 2009 då Sveriges äktenskapslag blev könsneutral. Sedan 1 maj 2009 får samkönade par ingå äktenskap och sedan 1 november samma år är det möjligt att få sin vigsel förrättad inom Svenska kyrkan. Enligt Statistiska Centralbyrån (2013) levde år 2012 4522 kvinnor och 3654 män i samkönat äktenskap eller partnerskap och dessa återfanns främst i Sveriges tre storstadsområden.

Sedan 2005 får kvinnor som är registrerad partner eller sambo med en kvinna inseminera sig. Detta regleras i Lag om genetisk integritet m.m. (SFS 2006:351). Kvinnan som inte bär barnet har samtyckt till fertilitetsbehandlingen och kvinnorna får därigenom gemensam vårdnad om barnet och ett delat juridiskt föräldraskap enligt Förädrabalken (SFS 1949:381). Under perioden 2005-2009 genomgick 568 kvinnliga par fertilitetsbehandling inom svensk sjukvård (Malmquist et al, 2012). Utöver dessa siffror finns ett mörkertal av svenska kvinnor som väljer att inseminera sig i hemmet eller vänder sig till fertilitetskliniker utomlands.

Som samkönat manligt par kan familj bildas genom ett delat föräldraskap med ett kvinnligt par. Dessa familjer kallas flerföräldrafamiljer eller fyrklöverfamiljer. Eftersom ett barn enligt svensk lag (SFS 1949:381) endast kan ha två juridiska föräldrar och vårdnadshavare blir de biologiska föräldrarna ofta vårdnadshavare. Andra flerföräldrafamiljer väljer att låta den icke-biologiska föräldern i det ena paret adopterar barnet genom en så kallad närståendeadoption (Malmquist, Hydén & Zetterqvist Nelson, 2012).

Sedan 2003 har både manliga och kvinnliga par som är registrerade partners eller gifta laglig möjlighet att ansöka om gemensam adoption (Malmquist et al, 2012).

Enligt Statistiska Centralbyrån (2013) finns det cirka 1300 samkönade par i Sverige där minst en av parterna har ett eller flera barn. Totalt uppskattas cirka 2200 barn leva i familjer med samkönade föräldrar. Av de barn som lever med båda sina föräldrar, där dessa är samkönade, har cirka 60 stycken barn två män som vårdnadshavare medan 1200 barn har två kvinnor som vårdnadshavare.

Rekommendationer för BVC-sjuksköterskans bemötande av samkönade föräldrar

Barnhälsovården arbetar utifrån ett basprogram där familj och BVC-sjuksköterskan träffas regelbundet för hälsoundersökningar, förbyggande vård samt vaccinationer (Jonsell, 2011). Utöver detta skall barnhälsovården kunna ge anpassad föräldrainsformation samt erbjuda alla föräldrar deltagande i föräldragrupper. Sjuksköterskan som arbetar inom barnhälsovården ska ha en specialistutbildning till distriktssköterska eller med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom (Socialstyrelsen, 2014).

I dagens samhälle möter BVC-sjuksköterskan många familjer med olika konstellationer och kulturell bakgrund (Malmquist et al, 2012). Enligt Socialstyrelsen (2014) är detta faktorer som, genom medvetenhet från hälso- och sjukvården, påverkar BVC-sjuksköterskans verksamhet, bemötande och byråkratin inom verksamheten. Socialstyrelsen (2014) menar att personalen inom barnhälsovården bör ha en medvetenhet kring hur normer i samhället och även inom själva verksamheten påverkar mötet med familjer. Genom att applicera ett normkritiskt perspektiv kan barnhälsovårdens personal medvetandegöra normer och förhållningssätt, med syfte att kunna arbeta med att förändra de moment inom verksamheten som i nuläget förstärker rådande normer. Gällande familjer med samkönade föräldrar menar Socialstyrelsen (2014) vidare att det idag finns "... värdefulla erfarenheter som barnhälsovården skulle kunna ta del av för att vara bättre förberedda på hur man kan möta andra familjekonstellationer än den traditionella..." (s. 30).

Enligt Rikshandboken för barnhälsovård rekommenderas sjuksköterskan att vara medveten

om familjers olika utformning för att kunna ge ett gott bemötande (Malmquist, 2012). Genom öppna frågor kan BVC-sjuksköterskan visa sig tillgänglig för att ta emot information om familjen utan att ha förutfattade meningar. Frågor kring barnets biologiska förälder kan i vissa fall vara av medicinsk vikt och därför behöva ställas. BVC-sjuksköterskans fokus ska vara att involvera och engagera båda föräldrarna, oavsett biologisk koppling till barnet. Vidare är det av vikt att BVC-sjuksköterskan benämner föräldrarna korrekt, och detta görs enklast genom att fråga familjen vad de själva föredrar att kalla sig. Rikshandboken rekommenderar också att BVC-sjuksköterskan är lyhörd för regnbågsfamiljers upplevelse av hälso- och sjukvården, då de själva ibland tar skulden och ursäktar själva för personalens misstag. Genom öppenhet och lyhördhet kan ett professionellt bemötande utvecklas hos personalen.

HBQ-personers upplevelse av hälso- och sjukvården

I en australiensk studie av Chapman et al (2012) intervjuades elva homosexuella och transsexuella föräldrar om sina erfarenheter kring att söka vård för sina barn. Föräldrarna upplevde vårdmötet som positivt när fokus var på barnet de sökte vård för istället för på det faktum att de tillhörde en regnbågsfamilj. I en studie av Spidsberg (2007) framkom det genom intervju med sex lesbiska par att de ofta upplevde antingen ett över- eller underfokus på sin sexualitet vid kontakt med vården. Kvinnorna i studien beskrev att vara öppen med sin homosexuella läggning ofta gjorde att hälso- och sjukvårdspersonal kände sig fria att ställa frågor om privatliv etc. som egentligen inte berörde anledningen till varför vård söktes. Överlag sågs frågorna som positiva då kvinnorna ansåg att deras svar kunde förmedla kunskap till vårdpersonalen. En kvinna kände sig dock tvingad att svara på frågor som hon upplevde som utpekande.

McNair et al (2008) djupintervjuade tjugo australienska familjer med lesbiska föräldrar om deras erfarenheter av hälso- och sjukvården. En del av HBQ-föräldrarna lade stor vikt vid att visa upp en enad front gentemot hälso- och sjukvården. En del av de samkönade föräldrarna gjorde även ett aktivt val att inte informera hälso- och sjukvården om sin sexuella läggning. En av orsakerna som nämndes var att föräldrarna vid tidigare kontakter med hälso- och upplevt negativa attityder från personalen och att de vill skydda sina barn från detta.

McNair et al (2008) fann även att HBTQ-föräldrarna vid kontakt med vården upplevde att vårdpersonalens kunskap kring deras föräldraskap var bristande. Likaså kunskapen kring de lagar som styr föräldraskapet och framförallt gentemot den icke-biologiska föräldern. Även i en studie av Chapman et al (2012) framkom det att den icke-biologiska föräldern kände sig ignorerad av vårdpersonalen. Vid föräldrarutbildningar hände det att föräldrarna inte blev presenterade som ett par eller inte presenterade överhuvudtaget (Spidsberg, 2007). Att som föräldrar bli bemötta av vårdpersonalen som jämnliska med lika ansvar och rättighet till barnet samt att som icke-biologisk förälder inte ständigt behöva förklara sin relation till partnern och barnet gav en positiv upplevelse (Chapman et al, 2012; Spidsberg, 2007).

Hälso- och sjukvårdens byråkrati kunde upplevas som heteronormativ av de samkönade föräldrarna, vilket genererade frustration (Chapman et al, 2012). I en studie av Röndahl, Bruhner & Lindhe (2009) framkom det att lesbiska familjer upplevde att såväl vårdpersonal som hälsosystemet antog en heteronormativ utgångspunkt genom verbal kommunikation, utformning av broschyrer och frågeformulär etc. Detta bekräftades av resultatet i en norsk studie av Björkman och Malterud (2009) där 128 lesbiska kvinnor skriftligt fick dela med sig av sina upplevelser av att vara i kontakt med hälso- och sjukvården. Det framkom att heterosexualitet oftast togs för givet av hälso- och sjukvårdspersonalen, vilket skapade olustiga situationer för kvinnorna som då var tvungna att göra ett aktivt val kring att gå ut med sin sexualitet eller passivt finna sig i den heterosexuella normen. I en annan studie av Röndahl, Innala och Carlsson (2006) sågs hälso- och sjukvårdspersonal som konservativa, utan att personalen själva var medvetna om detta. Personalen upplevdes också som rädd för att förödmjuka någon vårdtagare, eller för att välja fel ord vid kommunikation med homosexuella patienter vilket kunde leda till en rad missförstånd och ett otydligt samtal. En rakare kommunikation var önskvärd för att undvika osäkerhet från både den homosexuella patienten och vårdpersonalens sida. Över tid ansågs hälso- och sjukvårdspersonalen bli mer trygga i mötena och kunna interagera ordentligt (Spidsberg, 2007).

Genom att ytterligare belysa de samkönade föräldrarnas upplevelse av bemötandet inom hälso- och sjukvården, och då specifikt inom barnhälsovården, kan distriktssköterskans medvetenhet om olika familjers utformning öka och därmed kan bemötandet optimeras.

Syfte

Att belysa samkönade föräldrars upplevelser av bemötandet från BVC-sjuksköterskan.

Metod

För att besvara syftet genomfördes en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats vilket är en relevant metod att använda när människors upplevelser och uppfattningar ska studeras (Yin, 2013). Kvalitativ forskning täcker in de sociala villkor och miljöbetingelser som respondenterna lever sina liv under.

Induktion innebär en process från det specifika som leder mot det generella (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012; Malterud, 2009). De data som insamlats analyseras förutsättningslöst och används för att kunna formulera en teori eller hypotes på en mer allmän nivå. Den aktuella studiens syfte var inte att generera en hypotes eller teori, utan fokus låg på att med empirin som utgångspunkt kunna skapa en bild av hur de samkönade föräldrarnas upplevelser kunde se ut.

Urval av undersökningsgrupp

Studiens inklusionskriterier var att respondenterna ingick i en familj där båda föräldrarna var av samma kön och gick på barnavårdscentral med sitt barn. Personer som har valt att bli föräldrar utanför en parrelation exkluderades eftersom risken fanns att vara ensamstående förälder i sig hade kunnat ge en annan upplevelse av bemötandet från vården, vilket därigenom hade kunnat påverka studiens resultat.

Enligt Yin (2013) bör urvalet eftersträva "... det bredaste spektrumet av information och synpunkter på studiens ämne" (s.93). Därav ämnades respondenter inhämtas från flera olika barnavårdscentraler i olika stadsdelar inom en större stad i Skåne.

I studien användes ett bekvämlighetsurval. Enligt Polit, Beck och Hungler (2001) utgörs urvalet vid ett bekvämlighetsurval av de respondenter som gör sig tillgängliga, det vill säga möjliga respondenter som anser sig passa in i inklusionskriterierna och som är benägna att göra sig kända för författarna.

Efter yttrande från vårdvetenskapliga etiknämnden på Medicinska institutionen på Lunds universitet kontaktades chefer på 15 barnavårdscentraler i utvald stad via brev för förfrågan om studien fick utföras i deras verksamhet. Efter medgivande från sju verksamhetschefer sattes affischer med information om studiens syfte samt information till potentiella deltagare upp i väntrummen på de aktuella barnavårdscentralerna. Respondenterna som valde att delta i studien kontaktade författarna via telefon eller e-post och erhöll då ytterligare muntlig och skriftlig information om studien.

Då affiseringen genererade för få respondenter valde författarna att även annonsera efter respondenter via stadsbibliotek, öppna förskolor för regnbågsfamiljer samt i slutna forum för regnbågsfamiljer i Skåne på Facebook. Författarna valde även att be respondenterna om hjälp med att rekrytera ytterligare respondenter via sina kontakter. Genom detta utökade urval genererades även respondenter från andra städer än den primärt utvalda staden. Författarna fick kontakt med 12 respondenter, varav en självmant drog sig ur på grund av tidsbrist. Sammanlagt intervjuades 11 föräldrar, varav 10 var kvinnor och en var man. Åtta av respondenterna utgjorde fyra par där båda föräldrarna intervjuades separat.

Undersökningsinstrument

Datinsamling skedde genom semistrukturerade intervjuer. Författarna valde att utforma en intervjuguide med tre teman (bilaga 1). Enligt Polit, Beck & Hungler (2001) är intervjuarens funktion vid denna typ av intervju att uppmuntra respondenten till att tala så fritt som möjligt kring de olika temana. Intervjuerna inleddes med en bestämd öppningsfråga ”Skulle du kunna berätta om din upplevelse av bemötandet på BVC?”. Därefter användes vid behov följdfrågor genom vilka författarna försäkrade att de olika temana berördes. Följdfrågorna användes endast vid behov, och användes inte i en specifik ordningsföljd.

Datainsamling

Innan intervjuerna påbörjades gjordes en pilotintervju. Respondenten till pilotintervjun rekryterades på samma vis som övriga respondenter. Enligt Patel & Davidson (2011) görs en pilotintervju för att kontrollera att intervjuguiden är adekvat gentemot syftet och att tidsåtgången är rimlig. Då inga justeringar behövde göras av intervjumallen inkluderas denna intervju i studien.

Respondenterna fick välja tid och plats för intervjuerna, för att försäkra att respondenten kände sig så trygg som möjligt. Författarna kunde även erbjuda en neutral lokal där intervjun kunde hållas, men ingen av respondenterna fann detta nödvändigt. Innan intervjun påbörjades fick respondenterna ytterligare skriftligt och muntlig information om studien samt fick skriva på medgivande för frivillig medverkan. Respondenterna fick även ge sitt samtycke till att intervjuerna spelades in med ljudupptagare.

Intervjuerna genomfördes under vår och sommar 2014 med båda författarna närvarande vid intervjutillfällena, förutom vid de två sista tillfällena av praktiska skäl. Författarna turades om att intervjua. Enligt Trost (2010) kan det vara en fördel att vara två intervjuare då ämnesområdet kan uppfattas som känsligt. Det är även en fördel att vara två intervjuare då mindre vana att intervjua föreligger. Intervjuerna kan på så sätt komplettera varandra. Risken med två intervjuare är att den intervjuade känner sig i underläge. Detta försökte författarna motverka genom att den ena författaren intervjuade medan den andra lyssnade och vid behov ställde kompletterande frågor i slutet av intervjun.

Intervjuerna avslutades med att ge respondenterna utrymme för kommentarer eller tillägg. Tiden för intervjuerna var mellan 20-35 minuter. Intervjuerna avidentifierades och inspelat material fördes över på ett USB-minne som förvarades inlåst och därmed säkert för utomstående.

Efter elva genomförda intervjuer ansåg författarna att en variation av upplevelser hos de samkönade föräldrarna uppnåtts, varpå författarna valde att avsluta datainsamlingen.

Databearbetning

Transkribering skedde fortlöpande under insamlingsprocessen och intervjuerna delades upp mellan författarna för transkribering. För att båda författarna skulle vara ordentligt insatta i materialet och för att undvika misstolkningar lästes det transkriberade materialet flera gånger av båda författarna. Intervjumaterialet analyserades därefter med stöd utifrån Lundman och Hällgren Graneheims (2012) modell för kvalitativ innehållsanalys. Den kvalitativa innehållsanalysen fokuserar på att identifiera likheter och skillnader i textinnehåll och därigenom beskriva variationer. Vid analysförfarandet valde författarna att genomföra en latent innehållsanalys, vilket enligt Graneheim & Lundman (2004) innebär att inte bara en analys av det synliga i texten genomförts, utan även en tolkning av det underliggande budskapet.

Varje transkriberad intervju utgjorde en analysenhet i enlighet med Lundman och Hällgren Graneheims (2012) metod. Meningsenheter identifierades och delades primärt in i tre domäner efter frågeteman: *bemötande*, *stöd* och *kunskap*. Detta för att underlätta organisering av materialet. Meningsenheterna utgör grunden för analysen och utgjordes i detta fall av meningar och textstycken. Meningsenheterna kondenserades så att det centrala innehållet i texten kvarstod. Den kondenserade texten abstraherades och försattes med koder, vilka kan ses som etiketter på meningsenheterna och som utgör ett redskap för att se datan ur nya perspektiv. Författarna gick tillbaka till meningsenheterna och kondenseringen under abstraktionsfasen för att förvissa sig om att en korrekt tolkning av sammanhanget gjorts. Den primära domänindelningen visade sig inte kunna presentera materialet på ett optimalt sätt och materialet indelades istället utifrån domänerna *positiva upplevelser* och *negativa upplevelser*. Därefter gjordes en jämförelse av likheter och skillnader i koderna och koder med liknande innehåll sammanfördes och skapade underkategorier och kategorier.

Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012) ska all data som svarar på syftet tas med i en kategori och data får således inte uteslutas för att lämplig kategori saknas. Data får heller inte passa in i mer än en kategori. I praktiken kan detta dock vara svårt att tillgodose då det handlar om upplevelser. Den slutgiltiga fasen av den kvalitativa innehållsanalysen utgörs av att skapa ett tema utifrån det latent innehåll, det vill säga det underliggande budskapet och

den röda tråden som förekommer i ett antal kategorier. Exempel på analys har bifogats i tolkningsschema (bilaga 2).

Förförståelse

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) kan författarnas förförståelse inte negligeras då en kvalitativ studie genomförs. Då författarna under intervjuer har interagerat med respondenterna samt analyserat materialet, är resultatet också till viss del skapat av författarna.

Författarna är blivande distriktssköterskor med ett intresse, men dock ingen erfarenhet, av att arbeta inom barnhälsovården. Då författarna även funnit jämställdhet och bemötande av patienter från olika bakgrunder viktigt och intressant, blev fokus att skriva om detta inom området barnhälsovård. Valet av undersökningsgrupp gjordes då familjer med samkönade föräldrar är allt mer förekommande på barnvårdscentralen (BVC). Dessa familjer är dock i fortsatt minoritet, vilket författarna ansåg gjorde ämnet ännu mer intressant.

Författarnas förförståelse av barnhälsovården var att dess utformning utgår från ett heteronormativt synsätt och utgångspunkten för verksamheten är en familjebildning med en mamma, en pappa och ett barn. Denna erfarenhet kom dels från verksamhetsförlagd utbildning och från personlig erfarenhet som förälder. Ingen av författarna ingår i en samkönad relation eller har anhöriga och vänner som gör detta, vars uppfattning författarna skulle kunna ha influerats av.

Etisk avvägning

Vid genomförande av studier som inkluderar människor finns ett antal etiska principer att ta hänsyn till. Autonomiprincipen, vilket innebär att respekt ska visas för den andres självbestämmande och integritet, är en av dessa (Olsson & Sörensen, 2007). I denna studie togs autonomiprincipen i beaktning genom att deltagandet var frivilligt. Två andra principer som uppmärksammades var principen att inte skada och principen kring att göra gott. Hänsyn

till principen att inte skada togs i denna studie genom att respekt visades för det potentiellt känsliga ämnet som undersöktes. Respondenterna i denna studie erhöll skriftlig information då de anmält sitt intresse att medverka. Då intervjuerna genomfördes erhöll respondenterna muntlig information om studien, att det är frivilligt att medverka och att de kan avbryta närhelst de önskar. Respondenterna fick skriftligt intyga att de deltagit i studien av fri vilja. Intervjuerna spelades in med ljudupptagare, och för att försäkra att respondenterna kände sig bekväma diskuterades detta med respondenterna innan intervjun. De fick även ge skriftligt samtycke till att spelas in innan intervjun påbörjades.

För att minimera risken att en deltagare kommer till skada skyddas de i aktuell studie av konfidentialitet (Patel & Davidson, 2011). Detta innebär att inga personuppgifter som kan härledas till respondenten finns med utan intervjuerna är numrerade och endast författarna vet vem som givit vilken information. Det inspelade materialet förvarades på ett USB-minne som förvarades inlåst tillsammans med det transkriberade materialet. Ljudupptagningar samt transkriberat material kommer att förstöras efter examination av magisteruppsatsen.

Enligt Helsingforsdeklarationen, som antogs 1964 av World Medical Association, är en viktig avvägning inom forskning med människor den så kallade nytta kontra riskbedömningen. Forskningen ska generera ny kunskap och vinsterna med forskningen ska vara större än riskerna (World Medical Association, 2013). Riskerna med aktuell studie var att respondenterna eventuellt skulle kunna känna sig utpekade på grund av sin sexuella läggning. Dessa risker minimerades genom att författarna valde att affischera, och därigenom endast fick respondenter som ville medverka och berätta om sin situation. Studien kan motiveras med att forskningen på området idag är begränsad. En vinst med studien skulle kunna vara att de samkönade föräldrarnas upplevelse belyses och kan resultera i en större medvetenhet hos distriktssköterskor gällande bemötande av olika familjer.

Resultat

Totalt intervjuades 11 samkönade föräldrar, varav 10 var kvinnor och en var man.

Respondenterna var hemmahörande i Skånes storstadsområden. Åtta av föräldrarna utgjorde

fyra par, där båda föräldrarna intervjuades separat. Sex av föräldrarna var biologiska föräldrar till barnet, och fem var icke biologiska föräldrar.

Analys av insamlat material resulterade i åtta underkategorier. Utifrån dessa genererades två kategorier, *En vilja att göra gott* och *Ett heteronormativt förhållningssätt*, vilka utgör huvudrubriker vid presentation av resultatet (tabell 1). Underkategorierna presenteras som underrubriker, i vilka de samkönade föräldrarnas upplevelser av bemötandet från BVC-sjuksköterskan beskrivs mer ingående.

Tabell 1: en översikt av tema, kategorier och underkategorier

Tema	Kategori	Underkategori
<i>Ett gott bemötande ger överseende med heteronormativitet</i>	<i>En vilja att göra gott</i>	Ett vänligt och respektfullt mottagande
		Ett kompetent och individfokuserat bemötande
		Att ses som en familj
	<i>Ett heteronormativt förhållningssätt</i>	Ett heteronormativt tankemönster
		En heteronormativ byråkrati
		En brist på kunskap kring HBTQ
		Degradering av den icke biologiska föräldern
		Bristfälligt stöd i det samkönade föräldraskapet

Vid analys av det underliggande budskapet i kategorierna genererades temat *Ett gott bemötande ger överseende med heteronormativitet* (tabell 1).

En vilja att göra gott

Ett vänligt och respektfullt mottagande

De samkönade föräldrarna hade generellt en positiv upplevelse av bemötandet på barnavårdscentralen. BVC-sjuksköterskan ansågs ha ett trevligt och varmt bemötande. Föräldrarna gav uttryck för att BVC-sjuksköterskorna hade en vilja att göra gott och bemöta dem väl. Bemötandet beskrevs med ord som tryggt, omhändertagande och förstående. Det framkom också att föräldrarna upplevde att barnen alltid fick ett gott bemötande, vilket var en viktig förutsättning för att föräldrarna skulle trivas med sin BVC-sjuksköterska.

Grundläggande för att bemötandet från BVC-sjuksköterskan skulle upplevas som positivt var att föräldrarna upplevde sig bli respekterade som samkönade föräldrar. När de upplevde att BVC-sjuksköterskan hade ett öppet och tillåtande förhållningssätt där hen inte var dömande, värderande eller gav uttryck för någon särbehandling satte detta en positiv prägel på BVC-besöken. Vissa faktakunskaper om samkönade familjer kunde ibland upplevas som bristfälliga, men detta kunde överskuggas av BVC-sjuksköterskans i övrigt respektfulla och inlyssnande bemötande.

Föräldrarna var öppna med sin sexuella läggning och vid första kontakten med BVC-sjuksköterskan då föräldrarna kungjorde sin samkönade relation möttes de med ett neutralt och respektfullt förhållningssätt. Om BVC-sjuksköterskan hade en personlig åsikt i frågan, upplevde föräldrarna att detta inte påverkade hens bemötande. Föräldrarna trodde sig genomgående ha blivit bemötta på samma sätt som ett heterosexuellt par skulle ha blivit.

”Det var helt lugnt... hon var faktiskt väldigt bra med det och (...) vi visste också att det var väldigt få homosexuella runt oss... så att... vi misstänkte att dom på det BVC't inte hade haft kontakt med sådana här förr... eller i alla fall inte så många par innan... så vi gick ut direkt med att är det något du undrar, så är det bara att fråga... istället för att bli stel... så sa hon nejnej, det är helt lugnt... är det något specifikt ni vill berätta så ska ni ju göra det.”(R7)

Ett kompetent och individfokuserat bemötande

Föräldrarna upplevde att BVC-sjuksköterskan var kompetent inom barnhälsovård och kunde stödja dem i frågor kring barnet och dess hälsa. Oavsett vad frågorna gällde fick de ett professionellt bemötande och upplevde aldrig att frågorna uppfattades som irrelevanta av BVC-sjuksköterskan. BVC-sjuksköterskan kunde alltid kontaktas via telefon, och var därmed lättillgänglig för föräldrarna och deras frågor.

Det sågs även som professionellt när BVC-sjuksköterskan hade förmåga att ge ett individfokuserat bemötande till föräldrarna. Detta konkretiserades bland annat genom hens

språkbruk, där föräldrarna upplevde att hen på ett naturligt sätt kunde använda ett passande vokabulär för att bemöta samkönade föräldrar. Vid eventuella tveksamheter om önskat språkbruk uppskattades det när BVC-sjuksköterskan hade en öppen dialog med föräldrarna kring detta.

”... jag tycker att hon ändå har varit ganska bra för att hon frågade ju rent ut att vad kommer ni att kalla er så att jag kan benämna er rätt i text och vi kallar ju oss båda för mamma.”(R6)

Föräldrarna kunde även ge konkreta exempel på hur BVC-sjuksköterskan på ett avdramatiserande sätt hanterade BVC-formulären som var utformade efter en kärnfamilj. Formulären anpassades till de samkönade föräldrarna genom att de i förväg modererades, så att den icke biologiska föräldern benämndes som partner eller mamma/pappa. Detta stärkte ytterligare föräldrarnas upplevelse av att få ett kompetent och individanpassat bemötande.

Att ses som en familj

Att inte bara bli accepterad för sin sexuella läggning, utan att också bli sedd och erkänd som en familj var en positiv och viktig aspekt av bemötandet. Föräldrarna uttryckte att det de eftersökte var att bli bemötta på samma sätt som en kärnfamilj. Att se såväl den biologiska som den icke biologiska föräldern som en del av familjen upplevdes som stärkande för dem båda då detta bekräftade att de var en familj som alla andra.

”Ja sen tycker jag det är bra med ... som att när jag kommer själv, att hon ändå alltid pratat om min partner och att det är liksom en självklarhet att hon också existerar i familjen... och frågar om hennes jobb... och frågar... nämen hela tiden sett oss som familj i alla situationer...” (R11)

När BVC-sjuksköterskan på ett naturligt sätt inkluderade båda föräldrarna och inbjöd dem båda till delaktighet i mötet genom verbal och icke verbal kommunikation, samt genom frågor riktade till såväl den icke biologiska som den biologiska föräldern upplevdes detta som att hen bestyrkte deras roll som familj.

Ett heteronormativt förhållningssätt

Ett heteronormativt tankemönster

Trots att föräldrarna övervägande var nöjda med bemötandet de fått på BVC, hade alla varit med om situationer där bemötandet upplevts som bristfälligt. Föräldrarna upplevde inte att BVC-sjuksköterskans bemötande grundade sig i illvilja, utan att detta uppstod ur ett oreflekterat heteronormativt tänkande och förhållningssätt. Det framkom att BVC-sjuksköterskan i vissa fall tycktes ha svårt att relatera till en familj som inte passade in i den heteronormativa mallen. BVC-sjuksköterskan försökte då att normalisera situationen genom att tillskriva den icke biologiska mamman en fadersroll för att få familjen att passa in i en heteromall.

Det förekom även att BVC-sjuksköterskan använde de samkönade föräldrarnas namn istället för att benämna dem som mamma eller pappa. Föräldrarna hade noterat att detta beteende inte var generellt förekommande av BVC-sjuksköterskan bland de heterosexuella föräldraren på BVC. Därför upplevdes detta som ett tecken på att BVC-sjuksköterskan inte fullt ut såg dem som föräldrar på samma sätt som heterosexuella föräldrar. Detta gav en känsla av bli stigmatiserad.

De samkönade föräldrarna upplevde även att BVC-sjuksköterskan haft svårigheter att anpassa sitt språk vid gruppaktiviteter såsom föräldragrupp och babymassage. Trots de samkönade föräldrarnas uppenbara närvaro vid dessa sammankomster använde BVC-sjuksköterskan ett heteronormativt språk där familjer beskrevs som mamma, pappa och barn istället för att använda ord som föräldrar eller partner. Detta upplevdes som negativt och icke inkluderande av de samkönade föräldrarna.

”Hon bara pratade ju om att när barnet kommer så måste pappan diska och pappan måste åka och handla och pappan ska göra det och pappan måste ha förståelse och vi kände att det är ju uppenbart att vi sitter här... Här finns ett par där det inte finns någon pappa... jag har inga problem att översätta att det kanske skulle hamna på min

roll som den icke biologiska mamman men jag tyckte att det var dåligt av henne att inte kunna anpassa sig efter situationen.” (R7)

Ett annat exempel på heteronormativt tänkande vid gruppsammankomster var att den andra föräldern förutsattes vara en vän eller släkting.

En heteronormativ byråkrati

Föräldrarna upplevde att skriftligt material som användes på BVC oftast var heteronormativt utformat. Även om den skriftliga informationen öppnade upp för andra familjekonstellationer än den heteronormativa var bilderna fortfarande fokuserade på mamma, pappa och barn. Det framkom också att föräldrarna var så vana vid detta att de inte lade något större fokus på detta och att det inte längre väckte några stora reaktioner hos dem. Den kvinnliga icke biologiska föräldern hade blivit van vid att istället få identifiera sig med fadersgestalten i materialet.

”... allt material man får är det ju mamma, pappa... Vi fick ju sådana här böcker o broschyrer... det är ett väldigt fokus på bara den födande mamman, eller mamman och barnet (...) Å ja, liksom allt materialet är ju mamma/pappa. Möjligtvis står det partner men alla bilder är ju på en pappa...” (R5)

Den heteronormativa byråkratin kunde också göra att BVC-sjuksköterskan hade svårt att hantera hur formulären skulle fyllas i. Denna osäkerhet applicerades på föräldrarna som tillsammans med BVC-sjuksköterskan fick finna ett sätt att fylla i formulären på ett så korrekt sätt som möjligt.

En brist på kunskap kring HBTQ

Av materialet framkom att föräldrarna hamnat i situationer där BVC-sjuksköterskans kunskap om samkönade föräldrar upplevts som otillräcklig, bland annat gällande begrepp såsom HBTQ.

”...kan du hjälpa oss att hitta HBTQ-kompetenta BVC:er i Stockholm och nästa gång vi träffade henne kom hon med, ja men alltså, KBT, hon sa det finns ett ställe som har KBT. Så sa vi nej, det var ju inte det och vi var ju där liksom som samkönade föräldrar så vi tänkte att det skulle vara uppenbart vad vi efterfrågade. Så visade det sig att hon inte visste vad HBT var överhuvudtaget (...) Det var ju lite roligt, lite lustigt... men det är ju klart att man blir lite besviken eller? Kanske inte besviken så, men lite puff så för vi hade förväntat oss hjälp liksom och så återkommer hon med KBT då och så skojade min partner då och sa, vi behöver inte liksom psykisk hjälp vi är bara homosexuella, så det blev ju en rolig situation, men i efterhand så har man varit ganska bitter över det.” (R9)

Det framkom även att föräldrarna hade haft upplevelser där BVC-sjuksköterskan ställt frågor som av föräldrarna tolkades som att hen inte hade kunskap kring att den icke biologiska föräldern inte hade någon genetisk koppling till barnet. När formulär om hereditet på faderns sida skulle fyllas i fick föräldrarna upprepade gånger frågan riktad till den icke biologiska föräldern. Detta kunde gälla ärftliga sjukdomar, huvudform och farmor och farfars sjukdomshistoria. Då detta skett upprepade gånger fick föräldrarna tydliggöra för BVC-sjuksköterskan att trots att den icke biologiska föräldern är vårdnadshavare har hen ingen genetisk koppling till barnet. Att som förälder behöva informera och förklara för BVC-sjuksköterskan kunde upplevas som egendomligt. Det kunde även på sikt leda till ett bristande förtroende och känsla av ensamhet och att inte ha någonstans att vända sig.

Degradering av den icke biologiska föräldern

En omfattande underkategorin som framkom var *Degradering av den icke biologiska föräldern*. Degraderingen visade sig i att BVC-sjuksköterskan i de enskilda mötena subtilt eller konkret uttryckte att den biologiska föräldern var en huvudförälder till barnet och den viktigaste i dess liv. Degraderingen synliggjordes också i att stödjande frågor kring föräldrarollen och måendet som förälder huvudsakligen riktades till den biologiska föräldern, medan den icke biologiska föräldern mer fick frågan i en bisats. Även i föräldragrupsverksamheter var degradering förekommande. Där kunde detta yttra sig i form

av att den icke biologiska föräldern inte fick presentera sig trots sin uppenbara närvaro i gruppen.

Det framkom att det många gånger var förväntat av de samkönade föräldrarna att den icke biologiske föräldern inte skulle bli fullt inkluderad i mötena på BVC. En strategi som användes för att motverka detta var att låta den icke biologiska föräldern vara den som alltid bar barnet vid besöken på BVC. Trots denna strategi upplevde sig den icke biologiska föräldern bli degraderad och delvis osynliggjord i mötet. Att som icke födande förälder få mindre uppmärksamhet från BVC-sjuksköterskan trodde de samkönade föräldrarna även var förekommande i det heterosexuella föräldraskapet där pappan ofta får axla rollen som sekundärförälder, och att det i dessa relationer är mer accepterat. De samkönade föräldrarna menade att denna av fäder accepterade roll inte passar in i ett modernt föräldraskap där jämlikhet anses vara av stor vikt, och då specifikt när föräldrarna är av samma kön. Att inte bli inkluderad kunde väcka känslor hos såväl den icke biologiska föräldern som den biologiska. Dessa känslor satte djupa spår och var svårare att bortse ifrån i den fortsatta kontakten med BVC-sjuksköterskan. Att av en myndighetsperson bli värderad på detta sätt i sitt föräldraskap påverkade även den icke biologiska förälderns självbild av sig som förälder.

”Alltså... den känslan var väl både... jag hade haft den ganska många gånger innan också... känslan av att inte ses som... som den rollen som jag ändå hade eller har... nämen att inte bli tagen för en seriös eller viktig person i barnets liv (...) det känns mest bara jaha, jag är ju ingen här... och då kan jag ju inte heller, alltså om man inte ens tycker att jag är en viktig person på ett litet BVC-besök så kan ju den personen omöjligt tänka att jag ska vara viktig en längre tid i livet...” (R11)

Bristfälligt stöd i det samkönade föräldraskapet

Angående BVC-sjuksköterskans stödjande funktion i föräldraroller och hur relationen påverkats av att ha fått barn upplevde föräldrarna att detta överlag inte berörts. Föräldrarna upplevde att BVC-sjuksköterskan huvudsakligen fokuserat på barnet och dess hälsa och välmående och att deras mående som föräldrar inte getts utrymme för diskussion.

Det tillfälle då BVC-sjuksköterskan konkret inbjudit till samtal om föräldrarnas mående och kring föräldrarollen var vid ett så kallat EPDS-samtal vars primära syfte är att screena för eventuell förlossningsdepression hos den födande mamman. Många gånger upplevdes det som lite underligt för den icke biologiska föräldern att detta samtal enbart erbjöds till den biologiska föräldern. Föräldrarna förstod att EPDS-samtalets funktion, men menade dock att även den icke födande föräldern kunde vara i stort behov av samtal kring det psykiska måendet efter barnets ankomst.

Föräldrarna upplevde inte att BVC-sjuksköterskan var den person som de primärt självmant skulle vända sig till vid behov av stöd, utan de sökte sig då till vänner och anhöriga eller utnyttjade de forum som fanns på internet för HBTQ-föräldrar.

”...jag tror inte att jag använt det på det sättet, jag har så många andra att prata med, jag har mina föräldrar mina vänner jag tror inte att jag hade pratat med min BVC-sköterska om jag tyckt eller när jag tyckt att något varit jobbigt så har jag liksom ringt min bästa kompis eller pratat med min partner, men jag skulle absolut kunna prata med BVC-sköterskan om det hade varit så, men hon är inte mitt första val.” (R4)

Föräldrarna hade gärna sett att en föräldragrupp för HBTQ-föräldrar kunde erbjudas, eller att BVC-sjuksköterskan åtminstone visste vart de kunde vända sig för att finna en sådan föräldragrupp.

Diskussion

Metoddiskussion

Materialet analyserades utifrån Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys då detta är en metod som är vanligt förekommande inom vårdvetenskapen och som anses vara passande då variationer av människors upplevelser ska tolkas. Enligt Lundman och Hällgren

Graneheim (2012) är *giltighet, tillförlitlighet* och *överförbarhet* centrala begrepp för att bedöma resultatets trovärdighet inom kvalitativ forskning.

Giltighet

Studiens giltighet avser i vilken utsträckning det framtagna resultatet speglar det fenomen som avsetts och därigenom är representativt för respondenterna (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Val av lämplig datainsamlingsmetod och analysmetod, samt hur väl dessa moment har genomförts är avgörande för studiens giltighet.

I den aktuella studien användes intervjuer som insamlingsmetod. Denna kvalitativa metod anses av författarna ha varit mest lämplig för att besvara syftet som var att beskriva hur samkönade föräldrar upplever bemötandet från BVC-sjuksköterskan, vilket bekräftas av Yin (2013) som menar att en kvalitativ metod är relevant när människors upplevelser och uppfattningar ska studeras. Att insamla data genom enskilda intervjuer ansågs av författarna vara mest lämpligt eftersom det därigenom ansågs vara mest troligt att få fram djuplodade svar och en variation av upplevelser. Initialt diskuterade författarna om båda föräldrarna i det samkönade paret skulle intervjuas samtidigt. Då författarna inte hade någon nämnvärd intervjuvana när studien påbörjades bedömdes det som för komplicerat att genomföra intervjuer med flera respondenter samtidigt. Det bedömdes även som att fler variationer av upplevelser skulle framkomma genom att intervjuva var förälder för sig. Därför valdes enskilda intervjuer som metod.

Urvalet påverkar studiens giltighet och möjligheten att få fram variationer av upplevelser ökar med variationer i urvalet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Den kvalitativa innehållsanalysen syftar till att beskriva variationer av upplevelser och författarna hade därför önskemål om att få så stor spridning på respondenterna som möjligt. Författarna valde att använda sig av bekvämlighetsurval då detta troddes kunna nå ut till flest respondenter som föll inom inklusionskriterierna och därigenom också generera störst antal respondenter.

Genom att använda sig av bekvämlighetsurval och affischera efter respondenter utgörs urvalet av de respondenter som är benägna att delta i studien och tillkännage sig för författarna (Polit, Beck & Hungler 2001). Nackdelen med denna typ av urval är att det eventuellt inte ger ett

representativt urval genom att enbart ett specifikt urval av respondenter väljer att delta (Holme & Solvang, 1997). Detta kan gälla såväl respondenter med en viss typ av åsikter och upplevelser kring frågan, men också socioekonomisk och kulturell tillhörighet etc., vilket i sig torde kunna påverka personens upplevelser. Risken är även stor att de respondenter som är mest engagerade i sakfrågan är de som väljer att ställa upp. Ett bekvämlighetsurval skulle på så vis ha kunnat öka risken för bias, vilket enligt Polit och Beck (2006) utgörs av faktorer som kan ha negativ inverkan på studiens resultat. Det är viktigt att som forskare vara medveten om eventuell bias och att i möjligaste mån minimera denna. Bias kan dock aldrig helt undvikas.

Författarna var medvetna om eventuell risk för bias med ett bekvämlighetsurval och försökte delvis motverka ovanstående risker genom att affischera efter respondenter på sju barnavårdscentraler i olika stadsdelar i vald stad, i hopp om att därigenom nå ut till respondenter i olika socioekonomiska områden och på så sätt få viss variation i urvalet. I beaktande togs dock att det idag är fritt vård sökande inom primärvården och den barnavårdcentral till vilken respondenten går behöver inte nödvändigtvis vara belägen inom samma bostadsområde som respondenten bor i.

Innan affisivering kunde ske på önskade barnavårdscentraler ansöktes det om tillstånd från verksamhetscheferna. Författarna har inte kunnat se några mönster i vilka barnavårdscentraler som avböjt respektive tackat ja till detta. Respondenterna har inte behövt tillkännage vilken barnavårdcentral de besöker då detta inte ansågs vara relevant för studiens syfte.

Att rekrytera respondenter visade sig inte vara helt enkelt och affisivering genererade inte ett önskvärt antal respondenter. Författarna valde därför att även rekrytera respondenter genom affisivering på stadsbibliotek, öppna förskolor samt på en sluten grupp för regnbågsfamiljer i Skåne på det sociala mediet Facebook. Författarna bad även respondenterna om hjälp med att rekrytera ytterligare respondenter via sina kontakter. Härigenom genererades fler respondenter, och då även respondenter bosatta i andra städer än den primärt utvalda staden, vilket sågs som positivt av författarna avseende variationer i urvalet. Då författarna inte frågat respondenterna på vilken väg de fått information om studien är således vägen för urval av den specifika respondenten okänd för författarna.

Spridning i upplevelser mellan respondenterna har även uppnåtts gällande de samkönade föräldrarnas könstillhörighet och huruvida de var biologiska eller icke biologiska föräldrar. Även om könsfördelningen var snedfördelad med endast en man och resterande andel kvinnor, kan den ha bidragit till ytterligare variationer i upplevelser då bemötandet och upplevelserna av detta kan påverkas av ens könstillhörighet. Tidigare studier har huvudsakligen fokuserat på kvinnor som lever i samkönade relationer och har barn, och det sågs därför av författarna som positivt att även få ett manligt perspektiv i frågan. Åtta stycken respondenter utgjorde fyra par, vilket kan ha inverkat negativt på spridningen av upplevelser då parterna i paren ofta delar ungefär samma upplevelse. Samtidigt valde författarna att låta båda parterna i paren medverka då de kan ha upplevt samma situation på olika sätt, vilket i sig ger en variation av upplevelser.

Båda författarna var närvarade vid samtliga intervjuer utom de två sista. Att båda deltog vid merparten av intervjuerna kan ses som positivt då författarna hade begränsad intervjuvana. Det var även en trygghet att ha medförfattaren vid sidan av som kunde stötta intervjuaren och ställa eventuella följdfrågor i slutet av intervjun för att få ett fördjupat innehållet. Genom att båda författarna var närvarande vid intervjutillfällena kunde känslor och tankar som väckts under intervjuerna diskuteras, och båda författarna hade insikt i materialet från studiens första början, vilket upplevs ha underlättat analysförfarandet. Författarna har inte kunnat se någon märkbar skillnad på materialet som framkom vid de intervjuer som genomfördes med endast en av författarna gentemot de intervjuer där båda deltog. Då dessa två intervjuer skedde i slutet av insamlingsperioden av material hade författarna vid denna tidpunkt övat upp sin intervjuteknik.

Att vara två intervjuare kan medföra att respondenten känner sig i underläge (Trost, 2011). Detta var inget som författarna upplevde hos respondenterna, men självklart är det svårt att uttala sig helt med säkerhet angående detta. För att minska eventuell känsla av underläge hos respondenterna och skapa en så avslappnad miljö som möjligt för intervjun fick respondenterna själva bestämma tid och plats för intervjun (Kvale & Brinkman, 2009).

I kvalitativa studier kan författarnas förförståelse aldrig bortses ifrån, utan ses som en viktig del i forsknings- och tolkningsprocessen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Genom valet av att använda semistrukturerade intervjuer blir författarna medskapare till texten eftersom författarna stimulerar respondenten till berättandet och att ingen intervju blir helt lik den andre eftersom exakt samma frågor på exakt samma vis inte ställs till samtliga

respondenter. Författarna har haft en medvetenhet om sin förförståelse under hela processens gång, och har således försökt att begränsa dess påverkan på arbetet.

Tillförlitlighet

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) handlar studiens tillförlitlighet om att en relevant tolkning har gjorts av det insamlade materialet. Analysförfarandet är en viktig del i en kvalitativ studie och studiens tillförlitlighet stärks genom att de olika analysstegen tydligt redovisas (Polit & Beck, 2006). Författarna har därför valt att bifoga ett tolkningschema (bilaga 2). Resultatets trovärdighet stärks också genom att ha med citat från respondenterna, vilket författarna har valt att ha. Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012) stärks tillförlitligheten ytterligare av att en reflektion sker över varje steg av analysen och att två forskare gemensamt tolkar resultatet.

Båda författarna var väl insatta i hela materialet genom att båda två hade medverkat vid flertalet intervjuer samt tagit del av allt det transkriberade materialet före analysens påbörjan. Alla moment av analysen genomfördes gemensamt av författarna som där igenom hade möjlighet att diskutera och reflektera kring tolkning av materialet. Under analysens gång gick författarna tillbaka till materialet för att försäkra sig om att en korrekt tolkning gjorts. Detta återupprepades även efter att analysen var färdig. Författarna hade en dialog med sin handledare som fick uttrycka sina synpunkter under analysens gång. Dessa faktorer tillsammans anses av författarna vara en styrka avseende tillförlitligheten.

För den ovana forskaren kan en latent innehållsanalys vara komplicerad att genomföra (Graneheim & Lundman, 2004). Efter att upprepade gånger ha bearbetat texten och gått tillbaka till materialet upplever författarna att abstraktionsnivån i analysen höjts något efter hand. Författarnas ambition var att genomföra en latent innehållsanalys. Författarna är dock ödmjukt inställda till sin egen förmåga att ha genomfört en komplett latent analys.

Överförbarhet

Enligt Polit och Beck (2006) innebär överförbarhet möjligheten att överföra studiens resultat till annan kontext än det som studerats. Studiens design och datainsamlingsmetod är

avgörande för graden av överförbarhet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det läsaren som avgör huruvida resultatet är överförbart eller ej, och för att detta ska kunna göras krävs det att tillvägagångssättet genom hela studien beskrivs så omfattande och utförligt som möjligt. Författarna till aktuell studie har gjort en noggrann och stringent metodbeskrivning för att underlätta för läsaren i dennes bedömning av studiens överförbarhet.

Resultatdiskussion

I studiens resultat framkom att föräldrarnas helhetsupplevelse av bemötandet från BVC-sjuksköterskan var positiv. Grundläggande för att bemötandet skulle upplevas som positivt var att bemötas med vänlighet, respekt och att bli accepterade som föräldrar och som en familj. Paralleller kan dras till tidigare studier som pekar på att samkönade föräldrar överlag har en positiv upplevelse av bemötandet från hälso- och sjukvården (Chapman et al 2012a; McNair et al 2008; Rödahl, Bruhner & Lindhe, 2009).

Föräldrarna upplevde att de möttes med ett respektfullt och neutralt förhållningssätt till sin sexuella läggning. I Spidsbergs (2007) studie upplevde de lesbiska kvinnorna ofta ett under- eller överfokus på den sexuella läggningen. Respondenterna i föreliggande studies resultat har inte berättat om varken ett över- eller underfokus. En tanke kan vara att ett över- eller underfokus på den sexuella läggningen grundar sig i ovana och osäkerhet kring att bemöta HBTQ-personer. Då föreliggande studie är gjord i Sverige, en nation där partnerskap mellan samkönade personer har varit lagligt i nästan 20 år och ett land som kan ses som en av pionjärerna gällande deras rättigheter att skaffa barn är HBTQ-personer och samkönade föräldrar troligtvis inte lika uppseendeväckande i samhället och därmed inte heller inom vård- och omsorgen. Därav kanske detta över- eller underfokus inte visar sig lika tydligt i föreliggande studie.

Föräldrarna i studien upplevde bemötandet som gott trots att ett heteronormativt förhållningssätt ofta var förekommande hos BVC-sjuksköterskan. Föräldrarna framhöll att BVC-sjuksköterskans personliga egenskaper i form av att vara snäll och trevlig var en viktig del av bemötandet. Föräldrarna i studien upplevde att barnen fick ett gott bemötande och detta var viktigt för att föräldrarnas totala upplevelse av bemötandet från BVC-sjuksköterskan

skulle uppfattas som positivt. Paralleller kan dras till studien av Chapman et al (2012) där föräldrarna upplevde bemötandet som positivt om fokus var på barnet istället för den samkönade relationen. En intressant tanke kring detta är att BVC-sjuksköterskans förmåga att bemöta barnet väl och ge ett trevligt intryck tycks kunna öka föräldrarnas tolerans för tillkortakommanden i det övriga bemötandet. De bristfälligheter som framkom uttrycktes ofta i en bisats till en positiv beskrivning av BVC-sjuksköterskans bemötande. I de fall de inte gjorde det var föräldrarna noga med att påtala att de värnade om BVC-sjuksköterskan och hade förståelse för att det ibland uppkom missförstånd och felsägningar. Föräldrarnas rättfärdigande av BVC-sjuksköterskans beteende kan relateras till Malmquist (2012) som beskriver att samkönade föräldrar ofta tar ansvar och ursäktar för de misstag som hälso- och sjukvårdspersonalen begår i bemötandet av HBTQ-personer.

Hälso- och sjukvårdens heteronormativa utgångspunkt skapar ibland svårigheter i bemötandet av de samkönade föräldrarna, vilket även bekräftas i en studie av Røndahl, Bruhner och Linde (2009). I likhet med denna studie använde BVC-sjuksköterskorna i aktuell studie ibland ett heteronormativt språkbruk. Det heteronormativa språkbruket verkade främst förekomma i gruppverksamheter som till exempel föräldragrupper medan BVC-sjuksköterskans förmåga att anpassa sitt språkbruk verkade vara mer utvecklat i det enskilda mötet med de samkönade föräldrarna. Således verkar BVC-sjuksköterskan fortfarande använda ett språk som riktar sig till den mest förekommande familjekonstellationen i gruppen, istället för att använda ett språk som passar alla närvarande i gruppen.

Generellt sett tycks BVC-verksamheten vara heteronormativt utformad och ha en struktur som inte öppnar upp för familjer utöver den heterosexuella kärnfamiljen. Detta synliggörs i verksamhetens byråkrati i form av utbildningsmaterial, undervisningsfilmer, formulär och broschyrer. Det verkar således var upp till den enskilda BVC-sjuksköterskan att genom sitt bemötande visa på en öppenhet för de samkönade föräldrarna. Detta skulle kunna vara en anledning till att språkbruket ofta anpassas i de enskilda mötena medan det lätt glider tillbaka till ett heteronormativt förhållningssätt vid gruppssammanskomster. Enligt Socialstyrelsen (2014) ska dock BVC-sjuksköterskan anta ett normkritiskt perspektiv till den egna verksamhetens utformning och det kan ifrågasättas om detta görs tillräckligt idag.

McNair et al (2008) fann i sin studie att vårdpersonal ofta saknar kunskap kring HBTQ-föräldrars föräldraskap samt kring de lagar som styr föräldraskapet. Detta framkom även i föreliggande studie där BVC-sjuksköterskans kunskap kring biologi och begrepp uppfattades som bristfällig. En intressant aspekt på detta kan vara att denna kunskapsbrist kan bero på att även utbildningen i barnhälsovård för blivande BVC-sjuksköterskor i sig är heteronormativt utformad och inte anpassad till dagens mångfasetterade samhälle.

I resultatet framkom även att föräldrarna upplevde att BVC-sjuksköterskan överlag inte samtalande med och stöttade dem i sitt föräldraskap utan att fokus låg på barnets hälsa. Enligt riktlinjer för barnhälsovården ska BVC-sjuksköterskan ha en stödjande funktion för föräldrarna i deras föräldraskap (Socialstyrelsen, 2014). Att de samkönade föräldrarna upplever att detta inte getts något utrymme vid mötena på BVC är intressant. Enligt omsorgsteoretikern Martinsen (2006) måste sjuksköterskan visa ett intresse och en vilja att ta del av den andres upplevelser för att kunna utöva omsorg. Det krävs en ömsesidig tillit för att våga vara öppen i en relation till en annan. Martinsen (2003) menar vidare att omsorg måste grunda sig i en förståelse för den andres situation. BVC-sjuksköterskans underfokus på att stödja föräldrarna i den samkönade relationen skulle därför kunna bero på en rädsla för att vara öppen och närma sig diskussioner om den samkönade relationen, då detta möjligtvis ligger utanför hens trygghetszon. Det skulle även kunna röra sig om en rädsla för att råka förnärma föräldrarna och därmed påverka relationen med dem mot det negativa. En annan anledning till att stöd i relationen inte prioriteras skulle kunna vara att BVC-sjuksköterskan har svårt att relatera till en samkönad relation. Enligt Martinsens (2006) resonemang gällande ömsesidig tillit skulle det också kunna vara så att föräldrarna är ovana vid att ha tillit till en myndighetsperson i frågor som rör den samkönade relation och föräldraskapet, och att de därigenom inte heller inbjuder till förtroliga samtal med BVC-sjuksköterskan. Detta kan också förklara att de hellre vänder sig till egna grupper och forum, där alla är i samma situation, för råd och stöd.

Föräldrarna hade ofta overseende med det heteronormativa förhållningssättet inom barnhälsovården, men det beteende som resulterade i degradering av den icke biologiska föräldern var svårare att bortse ifrån. Degradering av den icke biologiska föräldern är inget unikt för aktuell studie utan har även påvisats i tidigare studier gjorda av Chapman et al (2012) och McNair et al (2008). Föräldrarna i föreliggande studie kunde ge ett eller flera

exempel på situationer där de upplevt att den icke biologiska föräldern degraderats och därigenom setts som en mindre viktig förälder. Ett exempel som gavs på degradering var att som icke biologisk förälder inte få presentera sig i föräldragrupper, vilket även Spidsberg (2007) har beskrivit i sin studie. Det var även förekommande att föräldrarna förväntade sig att den icke biologiska föräldern skulle bli degraderad och att strategier för att undvika detta utarbetades. Detta påvisades även i McNair et al (2008) studie där föräldrarna visade upp en enad front gentemot hälso- och sjukvården. Degradering är troligtvis även förekommande i det heterosexuella föräldraskapet där pappan initialt får axla rollen som den mindre viktiga föräldern för barnet. Degradering tycks dock tas ett steg längre i bemötandet av de samkönade föräldrarna där den icke biologiska föräldern många gånger inte ses som en självklar förälder och en viktig del i barnets liv på samma sätt som en biologisk pappa gör. I en studie av Bos, van Balen och van den Boom (2004) framkom det att de icke biologiska mödrarna signifikant oftare än biologiska fäder upplevde sig behöva rättfärdiga sig som goda föräldrar. Ett annat perspektiv skulle dock kunna vara att den icke biologiska föräldern redan känner sig i underläge och därmed blir extra känslig för BVC-sjuksköterskans ibland mindre genomtänkta yttranden kring kopplingen mellan barnet och den biologiska föräldern. Enligt Rikshandboken för barnhälsovård ska BVC-sjuksköterskan engagera och involvera båda föräldrarna oavsett biologisk koppling till barnet (Malmquist, 2012). Att detta inte upplevs göras är problematiskt då degradering aldrig kan generera positiva känslor hos den som blir utsatt. Istället kan bilden av att vara en mindre betydelsefull förälder projiceras på individens självbild och eventuellt sätta sina spår i det fortsatta föräldraskapet.

Konklusion och implikationer

Det sammantagna resultatet av studien skulle kunna beskrivas som att föräldrarnas upplevde att de fått ett trevligt bemötande och att BVC-sjuksköterskan hade en uppenbar vilja att göra gott. Detta gjorde att verksamhetens och BVC-sjuksköterskans heteronormativa tankemönster och beteende kunde förstås och förlåtas. Studien mynnade därför ut i temat *Ett gott bemötande ger överseende med heteronormativitet*.

Fortsatt forskning inom området är nödvändigt. Det hade varit givande att få BVC-sjuksköterskans perspektiv på upplevelsen kring att arbeta med olika familjekonstellationer

såsom samkönade föräldrar. Ur föräldrarnas synvinkel hade det varit intressant med forskning kring hur män i en samkönad relation som skaffar barn tillsammans upplever sig bli bemötta, då det i dagsläget är mer ovanligt med forskning kring denna grupp jämfört med de lesbiska föräldrarna.

Referenser

- Bjorkman, M. & Malterud, K. (2009). Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27, 238-243.
- Boolsen Watt, M. (2009). *Kvalitativa analyser. Forskningsprocess, människa, samhälle*. Malmö: Gleerups.
- Bos M. W. H., van Balen, F. & van den Boom C. D. (2004). Experience of parenthood, couple relationship, social support, and child-rearing goals in planned lesbian mother families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 755-764.
- 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(7-8), 1128-1135.
- Distriktssköterskeföreningen. (2008). Kompetensbeskrivning. [Broschyr]. Sverige. Från <http://www.distriktsskoterska.se/>
- Ehnfors, M. Ehrenberg, A & Thorell-Ekstrand, I. (2014). *Nya VIPS-boken. Välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Fossum, B. (2013). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. 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.
- HBTQ. (2014). I Nationalencyklopedin. Hämtad 25 september, 2014 från <http://www.ne.se/hbtq>
- Holme, I.D & Solvang, B.K. (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Jonsell, R. (2011). *Översikt basprogrammet*. Hämtad 20 januari, 2014 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Basprogrammet/Oversikt/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U., (2012). Kvalitativ innehållsanalys, I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 187-202). Lund: Studentlitteratur.
- Malmquist, A. (2012). *Att möta och bemöta regnbågsfamiljer*. Hämtad 4 september, 2014 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Familjen-pa-BVC/Att-mota-och-bemota-regnbagsfamiljer/>
- Malmquist, A., Hydén, M. & Zetterqvist Nelson, K. (2012). *Familjeliv hos*

samkönade par och andra regnbågsfamiljer. I Nätverksfamiljen, M. Bäck-Wikström & T. Johansson. (Red.). Stockholm: Natur och Kultur.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup : om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2006). *Care and vulnerability*. Oslo: Akribe as.

McNair, R., Brown, R., Perlesz, A., Lindsay, J., De Vaus, D., & Pitts, M. (2008). Lesbian Parents Negotiating the Health Care System in Australia. *Health Care for Women International*, 29(2), 91-114.

Olsson, H & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Patel, R & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D.F., Beck, C.T & Hungler, B.P. (2001). *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, Appraisal, and Utilization*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Queer. (2014). I Nationalencyklopedin. Hämtad 10 oktober, 2014, <http://www.ne.se/queer>.

RFSL (u.å). Bemötande. Hämtad 20 februari, 2014 från: <http://www.rfsl.se/?p=3832>

Röndahl, G. (2005). *Heteronormativity in a Nursing Context – Attitudes toward Homosexuality and Experience of Lesbians and Gay Men*. Doktorsavhandling, Uppsala Universitet, Department of Public Health and Caring Science, Caring Science. Hämtad 20 februari, 2014 från <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:166121/FULLTEXT01.pdf>

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.

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.

SFS 1949:381. Föräldrabalk. Stockholm: Justitiedepartementet

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2006:351. Lag om genetisk integritet m.m. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2008:567. Diskrimineringslagen. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Hämtad 19 september, 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>

Spidsberg, B.D. (2007). Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care. *Journal of Advanced Nursing* 60(5), 478-486.

Statens Folkhälsoinstitut. (2005). *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Hämtad 20 januari, 2014 från <http://folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12296/a200519-uppdraghbt-0512.pdf>

Stoltz, P., Pilhammar Andersson, E., Willman, A. (2006). Support i nursing - An evolutionary concept analysis. *International Journal of Nursing Studies* 44(2007), 1478-1489.

Sveriges Riksdag. (2008). *Könsneutrala äktenskap och vigselfrågor*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad 20 januari, 2014 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utskottens-dokument/Betankanden/200809Konsneutrala-aktenskap-_GW01CU19/?html=true

Statistiska centralbyrån. (2013). *Fler kvinnor än män ingår samkönade äktenskap*. Hämtad 20 januari, 2014, från http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Artiklar/Fler-kvinnor-an-man-ingar-samkonade-aktenskap/

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Transsexualism. (2014). I Nationalencyklopedin. Hämtad 10 oktober, 2014, <http://www.ne.se/lang/transsexualism>.

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

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subject*. Hämtad 6 mars, 2014, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Yin, K.R. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur

Intervjuguide

Inledningsfråga: Skulle du kunna berätta om din upplevelse av bemötandet på barnvårdscentralen?

Temat	Eventuella underfrågor
Bemötande	<p>Hur tycker du att BVC-sjuksköterskan förhåller sig till din sexuella läggning?</p> <p>Kan du berätta om hur du har upplevt bemötandet från BVC-sjuksköterskan när du har varit på BVC med ditt barn?</p> <p>Hur skulle du vilja bli bemött? (Om det finns något i BVC-sjuksköterskans bemötande du skulle vilja ändra på, vad skulle det vara?)</p>
Kunskap	<p>Vilken kunskap anser du att din BVC-sjuksköterska behöver ha för att bemöta dig och din partner så bra som möjligt? Finns denna kunskap idag?</p>
Stöd	<p>På vilket sätt upplever du att BVC-sjuksköterskan stödjer dig och din partner i era föräldraroller?</p>

Frågor för ett utvecklande av svar:

- Kan du utveckla det där med...
- Berätta mer om...
- När du säger ..., hur tänker du...

Bilaga 2 (2)

Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
Alltså det blev så himla naturligt... jag kommer inte ens ihåg hur det var vi... jag tror det var när vi skulle ringa och anmäla det... och min fru liksom och det... det har aldrig varit någon reaktion från henne överhuvudtaget... att hon har anmärkt nånting eller... för ibland kan jag höra på rösten liksom ... när man säger min fru så blir det såhär ”jahaaaaa”... och så tar det innan dom hittar sig... men det kände jag aldrig med BVC-sjuksköterskan överhuvudtaget.	Aldrig någon reaktion. BVC-sjuksköterskan har inte anmärkt någonting kring att jag har en fru.	Ingen reaktion och anmärkning på sexuell läggning	<i>Ett vänligt och respektfullt mottagande</i>	<i>En vilja att göra gott</i>	<i>Ett gott bemötande ger överseende med heteronormativitet</i>
Jag är så himla nöjd (...) alltså det har varit så bra. Jag tycker att vi har blivit så väl bemötta hela tiden och bara, ring om ni vill ha fler kontroller och... nä vi har känt oss väldigt omhändertagna	Jag har väldigt nöjd och vi har blivit väl bemötta hela tiden.	En jättebra upplevelse av mottagandet.			
/.../ jag tycker att vår BVC-sköterska är superfina och jättebra på att inte prata stereotyp kring föräldraskap utan att kunna dela upp det och se individer och så... så nä jag tycker att det är jättepositivt.	BVC-sjuksköterskan pratar inte stereotyp utan är individfokuserad.	Ej stereotyp, utan individfokuserat	<i>Ett kompetent och individfokuserat bemötande</i>		
Alltså nej tar jag upp någonting med henne så är hon ju väldigt bra på att svara och ta reda på svaren.	BVC-sjuksköterskan är bra på att svara på mina frågor, eller ta reda på svaren.	BVC-sjuksköterskan är kompetent			

<p>/.../ som att när jag kommer själv, att hon ändå alltid pratat om min partner och att det är liksom en självklarhet att hon också existerar i familjen.. och frågar om hennes jobb...och frågar... nämen hela tiden sett oss som familj i alla situationer /.../</p>	<p>Det är en självklarhet att min partner också existerar i familjen, och hon har sett oss som en familj i alla situationer.</p>	<p>BVC-sjuksköterskan ser oss som en familj</p>	<p><i>Att ses som en familj</i></p>		
<p>Jag är då inte biologisk mamma då och från första början så har hon varit inkluderande helt enkelt när hon har pratat har hon pratat med oss båda /.../</p>	<p>Jag är inte biologisk mamma, och har upplevt att BVC-sjuksköterskan har sett mig som en del av familjen från första början.</p>	<p>Även som icke biologisk förälder är jag en självklar del av familjen</p>			
<p>/.../ var vi på... massagen... det var jättekonstigt... hon hade INTE fattat att vi var två mammor trots att det var samma BVC... hon hade inte läst på. Hon bara ”jaha är ni två här idag, har du tagit med en kompis hit?”... men bara nä det är barnets andra mamma.</p>	<p>När vi båda kom till babymassagen frågade BVC-sjuksköterskan om jag tagit med en kompis.</p>	<p>BVC-sjuksköterskan förutsatte att partnern var en vän</p>	<p><i>Ett heteronormativt tankemönster</i></p>	<p><i>Ett heteronormativt förhållningssätt</i></p>	
<p>/.../ Inte så att hon har nåt emot det, absolut inte men att hon försöker normalisera det så pass att det liksom blir fel. Hon försöker få min partner till en fadersgestalt fast hon inte är det liksom /.../</p>	<p>BVC-sjuksköterskan försöker normalisera det så pass att det blir fel. Hon försöker få min partner till en fadersgestalt.</p>	<p>Försöker få den icke-biologiska föräldern att passa in i heteromallen</p>			
<p>.../ det handlar väl mycket om de här begreppen men också att allt material man får är det ju mamma, pappa... Vi fick ju sådana här böcker o broschyrer...det är ett väldigt fokus på bara den födande</p>	<p>Materialet fokuserar på mamma/pappa</p>	<p>Heteronormativt utbildningsmaterial</p>	<p><i>En heteronormativ byråkrati</i></p>		

<p>mamman, eller mamman och barnet (...) Å ja, liksom allt materialet är ju mamma/pappa. Möjligtvis står det partner men alla bilder är ju på en pappa /...</p>					
<p>Asså jag tror i början det var mycket i början vi fick eh broschyrer och sånt (...) jag har väl också slutat lite tyvärr att reagera, man är ju så van att det står pappan och så får jag tänka in att det är jag liksom.</p>	<p>Jag är så van så står det pappa tänker jag att det är jag</p>	<p>Står det pappan tänker jag att det är jag</p>			
<p>/.../ För jag, jag sa inget förrän fjärde gången därför att jag ville inte göra bort henne .. jag vill liksom inte genera henne liksom... Men jag har undrat om hon inte vet hur det går till... Om hon på riktigt, om hon tror att jag egentligen är man /.../</p>	<p>Jag har undrat om hon inte vet hur det går till eller om hon tror att jag är man.</p>	<p>Ifrågasättande av BVC-sjuksköterskans kunskap kring familjebildning</p>	<p><i>En brist på kunskap kring HBTQ</i></p>		
<p>/.../ Det var då min partner sa till att jag har, vi har inget genetiskt liksom. Även om hon är vårdnads-havare och förälder så biologiskt har hon inget med barnet att göra. (...) och det känns lite konstigt att behöva förklara det för en BVC-sköterska, det gör det faktiskt.</p>	<p>Det känns konstigt att förklara för en BVC-sköterska att ingen biologisk koppling finns</p>	<p>Brist på kunskap kring genetik och biologi hos BVC-sjuksköterskan</p>			
<p>.../ jag kom lite sent så dom höll redan på att presentera sig allihopa men jag satte mig bredvid min partner och tog barnet o tänkte att ja då blir det väl min tur sist men när alla andra hade</p>	<p>När jag kom sent fick jag inte presentera mig för föräldragruppen, det kändes konstigt.</p>	<p>Degradering av den icke biologiska föräldern i föräldragrupp</p>	<p><i>Degradering av den icke biologiska föräldern</i></p>		

<p>presenterat sig så hon tittade på mig och nä men nu går vi vidare så jag fick aldrig presentera mig och det kändes jättekonstigt /...</p>					
<p>.../ men det som vi inte har gillat och det som vi inte kände igen oss i är att hon har ju i början där poängterat jättemycket att den biologiska föräldern var ju den viktigaste föräldern och det kändes som att hon ville förpassa mig till nån slags sekundär förälder /...</p>	<p>Vi har inte gillat att BVC-sjuksköterskan poängterat att den biologiska föräldern är den viktigaste föräldern, det kändes som att hon ville förpassa mig till en sekundär förälder.</p>	<p>Känsla av att bli förpassad till en sekundärförälder</p>			
<p>Upplever jag nog inte alls... men inte heller undvikit ämnet... det har bara inte kommit upp tror jag... Hon har ju varit otroligt fokuserad på barnet och (...) men är det någonstans man fångas upp så är det väl där... där det finns tillfälle att ställa de frågorna liksom... så jag tycker man ska fråga, det är bättre att jag blir irriterad på frågan än att inte få den alls.</p>	<p>Fokus har varit på barnet så frågan har aldrig kommit upp och vi upplever inte att vi fått något stöd i våra föräldraroller. Frågan bör lyftas även om det kan vara en känslig fråga.</p>	<p>Avsaknad av stöd i våra föräldraroller</p>	<p><i>Bristfälligt stöd i det samkönade föräldraskapet</i></p>		
<p>.../ jag tycker det ska va lika för alla... att det som handlar om barnet... det är alla inblandade parters glädje och problem så att säga (...) och det här med depressioner och följa upp depressioner... det är nog ganska bra om det görs för alla inblandade föräldrar och liknande sådana saker /...</p>	<p>Alla inblandade föräldrars liv påverkas av att skaffa ett barn och det borde finnas ett bättre stöd för den psykiska hälsan.</p>	<p>Alla föräldrar borde erbjudas stöd i föräldraskapet</p>			