

Nej, det är min livskamrat, älskarinna och fru.

En studie av lesbiska kvinnors upplevelser av mötet med sjukvården när de skaffar barn.

Av: Anna Näslund

Socialhögskolan vid Lunds universitet.
SOPA63, Ht -09



Handledare: Agneta Hedblom

Innehållsförteckning

1. Förord	s.2
2. Problemformulering	s.3
2.1 Syfte	s.4
2.2 Frågeställningar	s.4
2.3 Avgränsningar	s.4
2.4 Viktiga begrepp och fakta	s.5
3. Metodologiska resonemang	s.7
3.1 Kvalitativ metod	s.7
3.2 Reliabilitet, validitet och generalisering	s.7
3.3 Urval	s.9
3.4 Tillvägagångssätt	s.10
3.5 Etiska överväganden	s.11
3.5 Kvalitativ dataanalys	s.13
4. Tidigare forskning	s.14
4.1 Vårdens bemötande	s.15
4.2 Familjebildningsprocessen	s.16
5. Teoretiska utgångspunkter	s.18
5.1 Queerteori	s.18
5.2 Diskurs	s.20
6. Empiri	s.21
6.1 Föräldrautbildningen	s.22
6.2 Mötet med en organisation	s.23
6.3 Att vara ”den andra” mamman	s.25
6.4 Förlossningen	s.27
6.5 Förhållningssätt och attityder	s.28
7. Analys	s.30
7.1 Kvinnornas upplevelser	s.30
7.2 Normbrott(?)	s.30
7.3 Personalens och institutionens språkapparat	s.31
7.4 Att hantera negativt bemötande	s.34
8. Slutdiskussion	s.35
Referenser	s.38
Bilaga: Intervjuguide	

1. Förord

Jag vill först och främst tacka er kvinnor som tog er tid att bli intervjuade och som har bidragit till denna uppsats med era berättelser. Tack till mina handledare Agneta Hedblom och Tina Mattson för era synpunkter och ert engagemang. Sist, men absolut inte minst, ett stort tack till min familj och mina vänner för era idéer, ert stöd och er uppmuntran.

2. Problemformulering

Människor har genom hela historien skapat olika familjekonstellationer. Den heterosexuella kärnfamiljen med mamma, pappa och barn är och har inte varit det enda sätt att utforma familjer. Ett exempel på detta är familjebildningar där samkönade par skaffar barn. Detta är på intet sätt något nytt fenomen, även om man skulle kunna tro det när man läser tidningarna. Den 1 juli 2005 ändrades en lag som kom att ge fler samkönade par, framförallt lesbiska par, större möjligheter att förverkliga sina drömmar om att skaffa barn. Lagen om rätt till assisterad befruktning i svensk sjukvård ändrades till att även inkludera lesbiska par (SOSFS 2005:17). Denna möjlighet hade innan dess enbart funnits för heterosexuella par.

Efter det att lagen ändrades har så kallade regnbågsfamiljer uppmärksammats mer än tidigare inom både media, litteratur, forskning och samhällsdebatten. Mitt intresse av detta område grundar sig i mina erfarenheter från min bekantskapskrets där jag under de senaste åren har fått ta del av lyckan av att bevittna hur vänner bildat familj. Ett par av dessa är familjer med två kvinnor som föräldrar. Men samtidigt som jag har fått ta del av denna lycka har jag även fått ta del av de komplicerade och svåra stunder som har uppkommit under deras familjebildningsprocesser. Jag har fått lyssna till berättelser om hur vännerna har känt sig ifrågasatta som blivande föräldrar på grund av deras sexualitet och hur samhället inte har varit anpassat till deras livssituation. En lagförändring kräver något av dem som arbetar i samhället och då i synnerhet de som arbetar den offentliga sektorn. Men vad händer när samhällsinstitutionerna är byggda på förlegade bilder av hur världen och dess medborgare ser ut och beter sig? Genom vännernas historier har jag upplevt att vissa institutioner, såsom exempelvis vården, inte alltid verkar ha "hängt med" i samhällsutvecklingen.

Dessa funderingar startade ett intresse hos mig om att undersöka hur det egentligen såg ut med attityder, normer och bemötande av lesbiska blivande föräldrar inom vården. Framförallt ville jag veta hur de som har kontakt med vården upplevde det. Mitt fokus ligger på de lesbiska kvinnorna som har skaffat barn genom assisterad befruktning och deras upplevelser av mötet med vården i samband med graviditeten. För även om det genom alla år har funnits lesbiska kvinnor som skaffar barn tillsammans så anser jag att lagändringen om assisterad befruktning år 2005 borde utgöra en tydlig samhällelig förväntan på de professionella som är involverade i denna process. Men har man kunskap om innebörden av att familjer inte är samma sak som heterosexuella kärnfamiljer? Och hur ser attityderna och värderingarna ut bland dem som de blivande föräldrarna möter? Inom det genusvetenskapliga forskningsfältet

återfinns begreppet heteronormativitet. Rosenberg (2004) definierar det som att samhällets institutioner och grupper utgår ifrån att alla är heterosexuella och att det är den enda naturliga utgångspunkten. Kan det vara så att en del av problemet är att vården som institution och vårdpersonalen bemöter blivande föräldrar heteronormativt?

Jag anser att attityder, värderingar och agerande är en viktig del av det sociala arbetets forskning. Socialarbetare och socionomer ute på fältet ska kunna arbeta för att öka människors möjligheter till lika behandling och att skapa en positiv och stödjande omgivning oavsett kön, sexualitet, etnicitet och klass. Socialt arbete med fokus på lika behandling lägger en bra grund för både de som lever idag och barnen som växer upp i så kallade regnbågsfamiljer. Genom förståelse för vår samtid kan vi som socionomer vara del av positiva förändringar för människor. Av dessa anledningar ser jag relevansen i att genomföra denna studie inom ämnet socialt arbete.

2.1 Syfte

Uppsatsens syfte är att undersöka lesbiska kvinnors upplevelser och erfarenheter av mötet med vården i samband med att de skaffar barn med hjälp av assisterad befruktning/insemination med utgångspunkt från queerteori och diskursbegreppet.

2.2 Frågeställningar

Nedan följer mina övergripande frågeställningar:

- Hur upplever lesbiska kvinnor som skaffar barn genom assisterad befruktning mötet med vården?
- Vilka är deras erfarenheter av dessa möten?
- Visar erfarenheterna på heteronormativt bemötande från vården?

2.3 Avgränsningar

Undersökningen handlar om de lesbiska kvinnornas berättelser om mötet med vården. Då inga intervjuer med vårdpersonal har förekommit eller studier av Hälso- och sjukvårdslagen har skett kommer jag inte att beröra vården eller dess personals egen syn på mötet med lesbiska (blivande) föräldrar. Då inga intervjuer av heterosexuella (blivande) föräldrar skett kan jag ej dra slutsatser om huruvida det finns skillnader i upplevelsorna mellan olika grupper. Mitt intresse är att ge plats för lesbiska kvinnors berättelser. Queerteori och diskursbegreppet används för att analysera intervjuerna. Genusvetenskapliga teorier anser jag

passande för att de berör maktaspekter och sexualitet på ett för uppsatsen relevant sätt. Teorier om mänskliga möten berörs inte för då hade jag också behövt intervjua vårdpersonal.

2.4 Viktiga begrepp och fakta

Jag har valt att så långt som möjligt använda mig av samma begrepp som kvinnorna själva använde vid intervjuerna. Exempelvis används begreppet ”fru” eller ”partner” då de själva använde detta. Begreppet ”fru” har jag även valt att använda mig av då de flesta av kvinnorna hade ingått partnerskap och enligt nu gällande lag kan gifta sig. Dessutom ville jag göra det svårare för läsare att identifiera kvinnorna som intervjuades. Jag benämner den kvinna som inte bar barnet under graviditeten för ”icke-biologisk mamma” eller ”blivande förälder”. Jag har diskuterat detta med flera lesbiska föräldrar som inte var den som bar barnet. De har ansett att icke-biologisk mamma är det mest korrekta och respektfulla begreppet att använda sig av. Jag använder mig även av begreppet lesbisk med anledning av att kvinnorna jag har intervjuat har använt sig av detta begrepp om sig själva. Uttrycket ”icke-heterosexuella” förekommer och då menar jag helt enkelt alla människor som inte själva definierar sig som heterosexuella.

Jag har valt att benämna de som kvinnorna möter inom vården under deras graviditetsprocesser som vårdpersonal. Begreppen vården, vårdpersonal och personalen ska i studien förstås som den del av vården som man kan ha kontakt med under graviditetsprocessen. De vanligaste förekommande yrkesrollerna som intervjupersonerna relaterar till är barnmorskor, sjuksköterskor, läkare och kuratorer men det finns även exempel på andra yrkeskategorier såsom exempelvis psykologer. En anledning till att jag inte alltid har valt att tydliggöra i texten exakt vilken yrkesroll det är som intervjupersonerna menar är att jag ansåg att det fanns risk att intervjupersonerna skulle kunna identifieras. En annan anledning är att intervjupersonerna ibland har refererat till vårdpersonalen som en grupp. En tredje anledning är att mitt syfte inte var att redogöra för exakt vilken yrkeskategori personalen hade då jag på grund av storleken på studien inte avsåg att lyfta fram de specifika yrkeskategorierna i analysen. Mina intervjupersoner har mestadels haft kontakt med offentlig vård men det finns de som även har haft lite kontakt med privat vård. Jag har dock valt att inte precisera detta i texten utan enbart tala om det som vården då jag inte var intresserad av att jämföra privat och offentlig vård.

Fakta och förklaringar

Assisterad befruktning: det vill säga insemination, är en behandling där spermier injiceras i livmodern vid tiden för ägglossning för att ett barn skall kunna produceras (Ahlgren 2010).

Donator: I detta sammanhang en man som donerar sperma till sjukvården eller en person/ett par.

Insemination/assisterad befruktning inom svensk sjukvård för lesbiska par: I juli 2005 ändrades lagen om assisterad befruktning så att även lesbiska par hade rätt till insemination på vissa sjukhus i Sverige (SOSFS 2005:17). Förutsättningarna är samma som för heterosexuella par. Samtycke av partner och medicinsk, social och psykologisk bedömning görs innan behandlingen påbörjas. Donatorn är anonym i förhållande till paret. Han har inga juridiska skyldigheter eller rättigheter till barnet. Vid insemination inom svensk sjukvård har barnet, när det fyllt arton år, rätt att ta del av sjukhusets uppgifter om donatorn. Lesbiska par har rätt till ett antal försök men det skiljer sig mellan olika landsting kring hur många detta är (Reproduktionsmedicinskt centrum 2010 och Socialstyrelsen 2005).

Storkkliniken: En klinik i Danmark där man kan skaffa barn via insemination mot kostnad. Vid insemination här, och även på andra kliniker i Danmark och vissa andra länder, kan man välja att använda sig av en känd donator, det vill säga en man som man känner, eller en okänd donator. Om man väljer okänd donator är mannen anonym i förhållande till paret/kvinnan men också i förhållande till barnet. Barnet har inte rätt att ta del av uppgifter om donatorn alls (Storkkliniken 2009).

Heminsemination: Inseminationen genomförs hemma och proceduren är vanligtvis liknande den som genomförs inom sjukvården eller på klinik med skillnaden att det inte är sjukvårdspersonal som genomför insemination. Donatorn är inte heller anonym i förhållande till paret/kvinnan (Stenholm & Strömberg 2004:178ff).

HBT: Ett samlingsnamn för homosexuella, bisexuella och transpersoner (RFSL 2009).

RFSL: Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter (RFSL 2009).

Regnbågsfamilj: Numera ett samlingsnamn på barnfamiljer uppbyggda på annat sätt heterosexuella kärnfamiljer. Familjer där en eller flera föräldrar är homosexuella, bisexuella eller transsexuella. Exempelvis kan familjen bestå av två samkönade föräldrar och barn, två samkönade par som har barn tillsammans eller, som i hos en av mina intervjupersoners, en familj där barn har två lesbiska mammor och en pappa (Föreningen Regnbågsbarn i Skåne 2010).

3. Metodologiska resonemang

3.1 Kvalitativ metod

Kvalitativ metod används när man vill förklara och förstå en företeelse. En kvalitativ studie av ett socialt fenomen fokuserar bland annat på hur de inblandade aktörerna upplever, definierar, talar om, förhåller sig till den aktuella företeelsen (Ryen 2004). Ryen (2004:14) använder sig av Denzin & Lincolns definition av kvalitativ forskning och menar att den kvalitativa forskningen ger oss möjligheten att studera fenomen och tolka dessa utifrån den mening som människor ger dem. Hon visar på att det finns olika metoder som kvalitativa forskare använder sig av. Exempelvis kan det vara intervjuer, observationer eller textanalys.

I denna uppsats har kvalitativ *semistrukturerad intervju* använts. Semistrukturerade intervjuer en form av intervju där man ofta har en intervjuguide med olika teman som berörs (Bryman 2002:299ff). Men frågorna kan ställas i olika ordning i olika intervjuer och intervjupersonen är fri att svara på frågorna på det sätt de önskar. Det är även vanligt att man ställer följdfrågor utifrån de svar som intervjupersonen ger (2002:301). Därmed kan varje intervju få ett mer individuellt utseende även om alla teman/delar av intervjuguiden tas upp.

3.2 Reliabilitet, validitet och generalisering

Begreppet *reliabilitet* betyder tillförlitlighet. Med detta menas att man ifrågasätter om ett resultat av en undersökning skulle bli samma om man gjorde om det eller om resultatet påverkas av tillfälligheter och förutsättningar (Bryman 2002:43). Med *validitet* menas att man gör en bedömning av om resultatet av en undersökning hänger ihop eller inte (ibid).

Begreppet *generalisering* för fram frågan om huruvida och i vilken utsträckning resultatet av en undersökning kan generaliseras till exempelvis grupper som inte deltog i den specifika undersökningen (2002:93). Man ställer sig frågan om de som deltog i undersökningen är

representativ för gruppen människor som den avser representera eller om resultatet är unikt för enbart denna grupp.

Bryman (2002:257) lyfter fram att många forskare har ifrågasatt relevansen av begreppen reliabilitet, validitet och generalisering när man diskuterar och bedömer kvalitativa undersökningar. Exempelvis validitet och generalisering anses ibland passa bättre som begrepp vid kvantitativa undersökningar. Men Bryman (ibid) framhåller att det går att tala om dessa begrepp vid kvalitativa undersökningar om man anpassar och justerar begreppens betydelse lite. Det man kan göra är bland annat att lägga mindre vikt vid de delar av begreppens betydelse som handlar om att mäta.

För att stärka chanserna för att resultatet av min undersökning skulle bli reliabelt använde jag mig av samma intervjuguide, det vill säga samma grundfrågor, vid alla intervjuer. Jag spelade även in alla intervjuer på band och därmed minimerade jag riskerna för att det jag sedan presenterade som resultat enbart var hörsägen. Bryman (2002:258) menar även att tillförlitlighet kan tillförsäkras genom att forskaren har utfört sin undersökning enligt de regler som finns inom forskningen. Jag har följt de anvisningar som min utbildning har gett oss inför arbetet med uppsatsen. För att stärka validiteten i studien ställde jag följdfrågor till intervjupersonerna när jag exempelvis anade att det inte var vårdens bemötande som påverkade deras upplevelse utan att det fanns andra orsaker till att situationen upplevdes på ett eller annat sätt. På så sätt kan jag vara säkrare på att anledningen till upplevelsen har de facto med personalens eller institutionens bemötande.

En av de kvinnor som jag intervjuade var en kvinna som jag var bekant med sedan tidigare. En risk som intervjuaren får ta i beaktning om den känner personen den intervjuar är, enligt Ryen (2004:82), att intervjuaren kanske inte ställer de följdfrågor som behövs och/eller att följdfrågorna vinklas. Ett ytterligare problem kan vara att intervjuaren och intervjupersonen tror att de förstår varandra och av den anledningen inte ställer följdfrågor eller klargör svar. Bristen på distans kan i vissa fall riskera att empirin, och sedermera resultatet, av intervjun inte blir korrekt (ibid). Jag såg en risk med att jag skulle tro att jag förstod vad denna intervjuperson menade och missa att ställa följdfrågor. Av denna anledning var jag extra noggrann med att just ställa många följdfrågor till henne och be henne om förtydliganden. Jag anser även att det inte enbart finns risker med att vara bekant med intervjupersoner, så länge det finns en jämställd maktbalans mellan de två. Möjligheterna med detta kan vara att

intervjupersonen lättare talar om mer personliga upplevelser då den känner sig trygg med intervjuaren. Jag upplevde det som att kvinnan hade en tendens att fördjupa och utveckla sina svar mer än de flesta som jag intervjuade. Alltså menar jag att det är möjligt att det fanns risk på brist på distans men att jag anser mig ha hanterat den på ett bra sätt. Ett annat problem som uppstod var att min bandspelare visade sig inte ha fungerat vid ett tillfälle. Detta löstes genom anteckningar och genom att kvinnan var vänlig nog att träffa mig en gång till.

En risk med ett sådant val av syfte och frågeställningar som jag har kan vara att man fokuserar alltför mycket på de negativa upplevelserna i mötet med vården. Man kan exempelvis redan i urvalet av intervjupersoner riskera att enbart ha personer som är villiga att delta på grund av att de vill "sätta dit" vården och/eller vårdpersonalen det vill säga att de har ett politiskt motiverat intresse till att delta (Ryen 2004:82). Några av mina intervjupersoner talade en del om upplevelser av samhällets attityder gentemot homosexuella och homosexuella föräldrar i allmänhet. Men de som jag intervjuade visade sig dock ha både gott och ont att säga om mötet med vården. Det fanns ett intresse från dem att vilja delta för att påverka för dem som kommer att genomgå assisterad befruktning och ett samhällsengagemang som yttrade sig som en önskan om att visa på det som var bra. Jag ser därför inte detta som något stort problem för undersökningen.

Halvorsen (1992) menar att det alltid finns en risk att de intervjuade ger strategiska svar. Som en konsekvens av att intervjuaren och intervjupersonen står ansikte mot ansikte går det inte att bortse från möjligheten att den intervjuade svara på ett socialt accepterat sätt. Sanningshalten kan även urholkas vid frågor av alltför hög personlig eller intim karaktär (Halvorsen 1992:89). Med detta i åtanke är det således viktigt att på förhand diskutera hur man skall gå till väga och utforma en intervjuguide som täcker in syfte och frågeställningar. Genom utformningen av min intervjuguide och genom att diskutera intervjuguiden med handledare innan intervjuerna genomfördes försökte jag undvika att jag fick strategiska svar. Då studien skildrar kvinnornas egna berättelser om upplevelser och målet med studien inte var att skildra en objektiv sanning eller objektiva sanningar anser jag även att risken med urholkning av sanningshalten inte är ett större problem för studien.

3.3 Urval

Jag ville undersöka hur lesbiska kvinnor upplevde mötet med vården, framförallt kvinnornas egna berättelser om mötet. Därför valdes att intervjua lesbiska mammor som skaffat barn för

inte mer än högst några få år sedan, eller vid tillfället för intervjun var gravida. Tidsaspekten har sin grund i lagändringen 2005 och de förändrade attityderna i samhället gentemot homosexuella under de senaste åren.

Efter inledande svårigheter att få tag på kvinnor att intervjuas sökte jag, och fann, intervjupersoner genom privata kontakter och via Internet. Bland annat använde jag mig av forum på Internet såsom Quiser (www.quiser.com) och Facebook (www.facebook.com). Jag annonserade om uppsatsen bland annat i olika grupper på quiser och skrev brev där jag beskrev syftet med intervjuerna och uppsatsen.

3.4 Tillvägagångssätt

Intervjuerna skedde med både biologiska mammor/blivande mammor och icke-biologiska mammor för att få en bättre helhetsbild av upplevelsena än vad troligtvis varit fallet om enbart de biologiska mammorna/blivande mammorna intervjuats. Därför skedde en del intervjuer med både den biologiska mamman/blivande mamman och deras partner. Detta var fallet då de intervjuade önskade detta. Slutligen genomfördes sex intervjuer. Sammanlagt nio lesbiska kvinnor som skulle få barn eller som hade fått barn intervjuades.

Jag hade tillgång till en informant som kunde ge mig information om graviditetsprocessen och vilka kontakter man har med sjukvården. Denna information redogörs inte för i uppsatsen utan den användes enbart av den för att underlätta för förståelsen av intervjuerna. Tre av intervjuerna gjordes med par och tre med enskilda personer. Alla kvinnorna var vid tidpunkten för intervjuerna tillsammans med en annan kvinna. De flesta hade ingått partnerskap¹. En kvinna hade blivit gravid genom insemination på Storkkliniken i Danmark², en genom heminsemination³ och resterande genom insemination inom svensk sjukvård. Två av de intervjuade kvinnorna hade använt sig av kända donatorer⁴ medan de andra hade använt sig av okända donatorer. En känd donator var även aktivt i barnets liv medan den andra inte beskrevs som donator och eller förälder. De intervjuade kvinnorna, och deras fruar, hade till störst del varit i kontakt med den offentliga sjukvården men några hade delvis även haft

¹ Jag har valt att se dem som gifta i min uppsats då de enligt nu gällande lag kan gifta sig.

² Se avsnittet 2.4 för mer information om Storkkliniken och insemination i Danmark.

³ Se avsnittet 2.4 för mer information om heminsemination.

⁴ Se avsnittet 2.4 för mer information om donatorer.

kontakt med privat sjukvård. Alla mina intervjupersoner var boende i södra Sverige. Kvinnorna var i åldern mellan tjugo till fyrtio år.

Utformningen av intervjuerna var, som tidigare nämnt, semistrukturerade. Intervjuguiden⁵ var uppdelad i tre teman. Det första temat handlade om de intervjuades bakgrund. Det andra temat innehöll frågor gällande deras upplevelser av mötet med vården och det tredje handlade mer om de hade förslag på tips och råd till andra. Samma intervjuguide användes vid samtliga intervjutillfällen.

3.5 Etiska överväganden

Enligt ”Råd och anvisningar för uppsatsarbetet” från Socialhögskolan i Lund finns det fyra etiska principer som anses vara grundläggande krav för forskning. Dessa är: öppenhetskravet, självbestämmandekravet, konfidentialitetskravet och autonomikravet. *Öppenhetskravet* innebär bland annat att man informerar om sin verksamhet och att inhämtar samtycke från deltagarna i undersökningen. Intervjupersonerna informerades om syftet med uppsatsen både vid första förfrågan om de ville medverka, detta upprepades via telefon eller e-post vid frågor samt vid intervjutillfället.

Självbestämmandekravet innebär bland annat att de som deltar i undersökningen ska bestämma om, hur länge och på vilka villkor de deltar, samt att det inte ska finnas ett beroendeförhållande mellan forskaren och deltagarna. De fick själva välja om de ville bli intervjuade enskilt eller med sin partner. Anledningen till detta var att de skulle vara så bekväma som möjligt vid intervjutillfället. Min förförståelse är att vissa människor är mer bekväma med att bli intervjuade om de kan ha någon med sig som de känner och som de kan känna stöd av. Det fanns även praktiska skäl till att intervju par i de fall där barnet var fött och det var att båda kunde delta i intervjun om de ville och de kunde samtidigt skifta i att ta hand om barnet under själva intervjun.

För att intervjupersonerna skulle vara så bekväma och trygga som möjligt fick de själva välja plats för intervjun. Resultatet av detta blev att de flesta av intervjuerna genomfördes hemma hos intervjupersonerna, en på café, en i en möteslokal och en hemma hos mig. Jag frågade om jag kunde använda bandspelare och ingen av intervjupersonerna motsatte sig detta. Vi

⁵ Se bilaga

diskuterade längden på intervjun innan vi påbörjade den och i de fall när den tog längre tid än beräknat gav jag dem möjligheten att avsluta men ingen av kvinnorna valde att göra det. Jag erbjöd dem att få läsa uppsatsen när den är klar och det var alla intresserade av så jag kommer att skicka den till dem när den är färdig.

Autonomikravet innebär att de uppgifter forskaren har samlat in enbart får användas till det ändamål som forskaren har uppgett. Jag var tydlig med att materialet skulle avidentifieras och att materialet inte skulle användas till något annat än som grund för denna uppsats.

Konfidentialitetskravet innebär att deltagarna ska få vara helt anonyma. Dessutom ska personuppgifter inte avslöjas för någon och dessa ska förvaras på ett ställe där ingen utomstående kan nå dem. Kvinnorna informerades vid intervjuerna om att inspelningar och personuppgifter från deras intervjuer skulle förvaras på en säker plats utom räckhåll för någon annan än mig. Vilket också har skett. Efter uppsatsens färdigställande kommer inspelningarna att raderas.

Ett problem var att skriva på ett sådant sätt att inte ”avslöja” vilka kvinnorna är i min redogörelse av empirin då delar av intervjuerna var så speciella och att det trots allt är relativt få kvinnor som har genomgått denna typ av behandling inom svensk sjukvård vid denna tidpunkt. Konfidentialitetskravet, som jag beskrev ovan, innebär att ingen utomstående skall kunna identifiera intervjupersonerna när resultatet av undersökningen publiceras (Bryman 2002:445). Detta är något som jag var tvungen att vara speciellt vaksam kring. Vid de tillfällen i mina intervjuer som beskrivningar av upplevelser eller händelseförlopp var utmärkande på grund av att de var speciella och ovanliga diskuterade jag och intervjupersonen/intervjupersonerna detta särskilt. Jag lovade då att inte använda dessa delar av intervjun på ett sätt som riskerade att de skulle kunna bli igenkända. Då det fanns med risk för detta används inte speciellt utmärkande utsagor i min slutliga redogörelse och/eller har de beskrivits på ett diffust sätt och inte använts som citat. För att genomgående lyckas med att intervjupersonerna inte ska kunna identifieras har jag heller ej valt att ge mina dem fiktiva namn. Jag har även valt genomgående att kalla kvinnorna för ”fru” trots att alla inte hade ingått partnerskap. Detta gjorde jag för att minska risken för identifiering.

3.6 Kvalitativ dataanalys

Bryman (2002:372ff) redogör för två vanliga strategier vid kvalitativ dataanalys; analytisk induktion och *grounded theory*⁶. Mitt tillvägagångssätt vid analysen av mitt material kan bäst beskrivas som inspirerat av *grounded theory*. Glaser & Strauss skrev en bok som grundlade tankarna för denna metod (Bryman 2002:375f). Enligt Bryman (2002) finns det vissa delar som anses vara viktigast i detta synsätt. Jag kommer kortfattat att beskriva dessa och sedan redogöra för hur jag gick tillväga med dessa som grund.

Teoretiskt urval beskriver Glaser & Strauss som att: ”Teoretiskt urval görs i syfte att upptäcka kategorier och deras egenskaper och visa hur deras ömsesidiga relationer kan ingå i en teori” (Bryman 2002:290). Detta innebär att man har en process där man ständigt bearbetar materialet tillsammans med teorierna. Detta gör man genom bland annat *kodning* som innebär att man bryter ner datamaterialet till mindre delar och sätter namn på dessa delar (2002:375ff). De etiketter som delarna får kan ändras under arbetets gång och delas upp i mindre delar eller sättas tillsammans om man finner mönster (ibid). Kodningen påbörjas redan efter första tillfället av insamling av data, exempelvis efter första intervjun, och fortsätter sedan under hela insamlingen och efter. Av stor vikt för *grounded theory* är att det inte finns några fasta koder eller att koderna bestäms innan insamlingen av materialet. Inte heller teorierna är fasta utan det är genom *kontinuerliga jämförelser* mellan delar av data och mellan data och teorier som man för analysen framåt (2002:376).

Jag påbörjade jag mitt arbete med att koda intervjuerna så snart jag hade transkriberat den första intervjun. Jag använde mig av olika teman och satte etiketter på de delar som jag fann intressanta utifrån de teorier jag hade valt. Detta fortsatte jag kontinuerligt med under den tid som jag samtidigt utförde nya intervjuer. Efter en tids arbete med intervjuerna insåg jag att en av de teoretikerna som jag tidigare hade valt att fördjupa mig i inte var den mest passande för mitt material. Jag bytte då denna mot en annan teoretiker som också skrev om queerteori. Under fortsatt arbete med materialet framkom vissa mönster, det vill säga likheter mellan intervjupersonernas berättelser, och vissa begrepp visade sig komplettera deras berättelser. Som en naturlig del av detta visade sig också vissa ämnesområden som hade diskuterats under intervjuerna inte vara lika relevant för min analys som andra. Och även senare i mitt arbete med skrivandet av analysen insåg jag att det inte fanns behov av en av de teoretiker som jag

⁶ Även kallad teoribildning på empirisk grund. Jag kommer att använda mig av begreppet *grounded theory* såsom även Bryman gör i sin bok.

hade trott mig behöva för förståelsen av materialet. Hans del plockades därför bort.

Sammanfattningsvis anser jag att min bearbetning av materialet och teorierna kan ses som inspirerat av grounded theory såsom Bryman (2002) beskriver det.

Jag har valt att inte använda mig speciellt mycket av den tidigare forskningen i analysen av empirin. Röndahls doktorsavhandling (2005) är den enda tidigare forskningen som tydligt används i analysen. Anledningen är att jag har valt att se den tidigare forskningen framförallt som en utgångspunkt och ett avstamp för min studie. Motiveringen till detta är att jag inte fann någon litteratur som handlade exakt om det som jag undersökte. Det är snarare så att de olika studierna i kombination med varandra utgör en större relevans för min studie än vad de gör var och en för sig. Jag menar att Röndahl är den enda studien på högre akademisk nivå som kan anses ha tydliga kopplingar till mitt val av syfte och frågeställningar. Därför är det enbart hennes avhandling som jag har använt mig av i analysen. Detta innebär inte att den resterande tidigare forskningen inte är relevant för min studie utan enbart att deras syften och studier inte är tillräckligt lika mitt för att användas i min analys. Jag har av dessa anledningar även valt att vid ett par tillfällen jämföra min studie med den tidigare forskningen i avsnittet om tidigare forskning.

4. Tidigare forskning

Många av dem som har skrivit och forskat kring de frågor som jag berör i de kommande delarna av min uppsats har antingen fokus på själva föräldraskapet eller upplevelsen av bemötande av vården. Det har varit svårt att finna forskning som kombinerar både familjebildningsprocessen och vårdens bemötande. Jag har valt att redogöra för en doktorsavhandling av Gerd Röndahl och en C-uppsats av Emma Carr och Karin Elgh under temat vårdens bemötande. Under temat familjebildningsprocessen redogör jag sedan för Karin Zetterqvist Nelsons bok och Petra Nordqvists doktorsavhandling som berör detta ämne.

Det finns andra studier som rör sig i närområdet för ämnet för min uppsats som är värda att nämnas då de berör delar av min uppsats. Ett exempel på detta är magisteruppsatsen "Det ligger en heteronormativ bok i din säng mamma! En intervjustudie av hur några kvinnor i samkönade relationer upplever informationssituationen rörande graviditet och föräldraskap" från Bibliotekshögskolan i Borås (2007). *Viktoria Lundborg & Maryam Vardeh Navandi* fann i sin studie att kvinnor i samkönade relationer upplevde ett behov av att ta del av information på dessa områden, som inte enbart var riktade till heterosexuella och att detta upplevdes som

ett problem att nå. Deras tes var även att denna problematik baserades på att informationen som fanns att få var heteronormativ.

En annan studie som är värd att nämnas är C-uppsatsen ”Alla utgick från att man var hetero” (2006). Detta är en empirisk studie om lesbiska kvinnors erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvård av *Sofia Reimers och Erik Frick* (2006) från Sjuksköterskeprogrammet på Malmö högskola. De undersökte hur kvinnorna/patienterna upplevde vårdpersonalens förhållningssätt till dem, kvinnornas egna förhållningssätt, och båda dessa förhållningssätt i relation till den heterosexuella normen. I deras resultat av studien framkom det tydligt att vårdpersonalen huvudsakligen hade en heteronormativ utgångspunkt i mötet med patienterna. Det framkom även att trots att patienternas sexualitet i de flesta fall inte behövde spela någon roll för deras behov av vård så spelade den roll i mötet med vårdpersonalen just på grund av att personalen utgick från att patienterna var heterosexuella. Studien visade att detta ofta skapade onödigt negativa upplevelser för patienterna.

4.1 Vårdens bemötande

Gerd Röndahl skrev 2005 en doktorsavhandling på Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap på Uppsala Universitet som heter ”Heteronormativity in a Nursing Context. Attitudes toward Homosexuality and Experiences of Lesbians and Gay Men”. I denna avhandling undersökte hon (a) hur attityden gentemot homosexuella patienter såg ut bland både vårdstuderande och vårdpersonal, (b) hur homosexuella patienter och deras partners upplevde vårdens bemötande samt (c) hur homosexuell vårdpersonal upplevde sin arbetssituation. Röndahl ville med sin studie beskriva och synliggöra homosexuellas situation i vården. Hennes studie som riktade sig till vårdpersonalen och de vårdstuderande visade att de flesta gav uttryck för positiva attityder gentemot homosexuella. Det fanns dock ett litet antal som visade på negativa eller mycket negativa attityder. Det framkom att det verkade finnas osäkerhet från vårdpersonalens sida kring hur de skulle bemöta de homosexuella patienterna och Röndahl uppmärksammade i studien att detta alltför ofta kunde leda till missuppfattningar och undvikandebeteenden. Resultatet av studierna kring hur de homosexuella patienterna upplevde det visade på att kommunikationen från personalen ofta var heteronormativ. Respondenterna påtalade att detta kunde visa sig både genom talat språk, kroppsspråk och beteende såsom till exempel obekväma tystnader. Det gjorde att många patienter och närstående hade känt sig osäkra och obekväma och vissa hade ibland till och med känt sig kränkta och förnedrade. Dessa erfarenheter ledde bland annat till en osäkerhet

kring huruvida de ville ”komma ut” inför personalen. Även homosexuell vårdpersonal beskrev oro och rädsla över att ”komma ut” inför sina arbetskamrater.

Skillnaden mellan min studie och Röndahls är bland annat att alla mina respondenter har varit öppna med sin sexualitet medan en av de frågorna som diskuterades i Röndahls studie var huruvida patienterna var öppna med detta eller ej och (de upplevda) konsekvenserna av detta. De respondenter som deltog i Röndahls studie beskriver vårdsituationer som kan ses som annorlunda från minas då hennes ofta var där för akutvård eller operationer till exempel. En tydlig skillnad mellan våra studier är annars, förutom självklart storleken av studien och nivån på den, att Röndahl har intervjuat både homosexuella kvinnor och män medan denna uppsats enbart fokuserar på homosexuella kvinnor.

I uppsatsen ”Heteronormativitet inom vården. Icke-heterosexuella patienters upplevelser av bemötande” (2008) av *Emma Carr & Karin Elgh* från sjuksköterskeprogrammet vid Göteborgs universitet uppmärksammar samma problematik som Röndahl gör i sin avhandling. Resultatet är mycket likt men det som gör denna uppsats intressant är att de anser att hälsodimensioner går förlorade när sjukvårdspersonal har utgångspunkten att alla patienter är heterosexuella. De vill med uppsatsen lyfta fram kritik mot att själva sjukvårdsutbildningen är dålig på att diskutera och informera om olika former av sexualitet. De lyfter även in i diskussionen faktumet att sexualiteten kan ha liten eller ingen relevans i en vårdsituation men motiverar ändå deras slutsats om att ämnet bör ha en plats i utbildningen genom att framhålla att hela patientens situation har betydelse i en vårdsituation. De använder sig av WHO:s definition av hälsa, Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor och Hälso- och sjukvårdslagen för att motivera denna tes.

4.2 Familjebildningsprocessen

Karin Zetterqvist Nelson som är legitimerad psykolog, lektor i psykologi och docent vid tema Barn vid Linköpings universitet har skrivit boken ”Mot alla odds. Regnbågsföräldrars berättelser om att bilda familj och få barn” (2007). Boken är slutpunkten på ett forskningsprojekt som Zetterqvist Nelson deltog i och bygger på intervjuer med 20 regnbågsfamiljer i olika konstellationer som berättar om familjebildningsprocessen, det vill säga vägen till att få barn. Ingen av de intervjuade familjerna är heterosexuella. Dessa personer skaffade sig barn under 1990-talet och början av 2000-talet innan möjligheterna till att få adoptera eller få assisterad befruktning i Sverige fanns för samkönade par. Zetterqvist

Nelson (2007) redogör genom familjernas berättelser för det som hon kallar projektet att skaffa barn, det vill säga allt ifrån tankarna på om de ville göra det, hur de ville göra det, till genomförandet och alla upplevelser som hörde därtill. Hon lyfter fram exempel på hur dessa personers familjebildningsprocess utmanade den klassiska bilden av familjebildningsprocess som enligt normen tillhörde heterosexuella par. Zetterqvist Nelson påpekar i sin bok att det under alla tider har funnits regnbågsfamiljer och att detta inte är något nytt fenomen. Något man ibland kan tro från till exempel medias bevakning av insemination bland lesbiska kvinnor.

Den stora skillnaden mellan hennes bok och min studie att hon berör många fler delar av familjebildningsprocessen och att hon också har ett barnperspektiv vilket ej återfinns i min studie. Hennes fokus ligger inte på bemötande från vården men temat bemötande finns som en röd tråd och vårdens bemötande är ett återkommande tema i intervjupersonernas berättelser i de delar som berör själva graviditeten (2007:79ff). Hon lyfter fram exempel på ett heteronormativt bemötande på mödravårdcentralen och vid förlossningen. Hela hennes bok visar genomgående på exempel hur begrepp som genus, kön och sexualitet i relation till föräldraskap gör sig påmint i ett område som är präglad av en heteronorm och dess konsekvenser, både negativa och positiva.

En något senare forskning som berör uppsatsen är *Petra Nordqvists* doktorsavhandling "Conceiving Together. Lesbian Couples' Pursuit of Donor Conception" (2009) från University of York, Centre of Women's Studies. I sin avhandling redogör Nordqvist bland annat för intervjuer med engelska och walesiska lesbiska par där hon berör ämnen som är kopplade till deras väg till att bilda familj med hjälp av insemination. Hon finner att det finns en konflikt mellan att få barn via insemination och viljan att skapa en kärnfamilj. Hon undersöker de olika praktikerna som lesbiska par använder sig av på vägen till att skapa familjen och spänningarna mellan detta och den sociala kontexten de lever i. Hon menar att hennes resultat bland annat visar på den starka norm som kärnfamiljsmodellen innehar i dagens samhälle och då även bland lesbiska par. Nordqvist har även publicerat artiklar i tidskriften *lambda nordica* (2006: vol.11:4 och vol.11:1-2) där hon berör ämnen som lesbiskas berättelser om föräldraskap och lagstiftningen om insemination. Även i hennes artikel "Att tala om familj. Lesbiskas berättelser om planerat föräldraskap" (2006) behandlar hon de olika faserna som de lesbiska kvinnorna, som hon har intervjuat, har gått igenom för att skaffa barn. Hon lyfter fram hur dessa faser delvis skiljer sig från vad heterosexuella par oftast går

igenom. Exempel på detta är att besluta vem som ska föda barnet och hur man ställer sig till donatorns roll.

5. Teoretiska utgångspunkter

De teoretiska utgångspunkterna i denna uppsats grundar sig till största delen på ett genusvetenskapligt perspektiv. Jag har valt att analysera mitt material huvudsakligen med hjälp av queerteorin. Denna teori ger också möjlighet att tolka resultatet då sexualitet och makt sammankopplas med värderingar i samhället. Vården är en institution som inte på något vis kan anses stå utanför resten av samhället och de kvinnorna som har intervjuats är även de en del av samhället. Det finns en koppling mellan dessa teorier som passar bra till analysen. Som komplement till queerteorin används diskursbegreppet såsom huvudsakligen Foucault använde begreppet. Nedan redogörs även kortfattat för vissa delar av Jan Fooks användning av begreppet diskurs då jag hon förtydligar och kompletterar Foucaults teori om diskurs på ett för uppsatsen relevant sätt. Tanken är att diskursbegreppet skall kunna stödja analysen genom att bland annat lyfta diskussionen kring förståelsen av de intervjuades uppfattningar.

5.1 Queerteori

Enligt Nationalencyklopedin är queerteori ”en samlingsbenämning på teoretiska perspektiv för att analysera sexualitet som relationer, identiteter, strukturer och värderingar vilka är historiskt betingade. Exempelvis ifrågasätter queerteori sexuell identitet som en personlig egenskap och som grund till politiska rörelser. Fenomenen ’heterosexualitet’, ’homosexualitet’, ’kvinna’ och ’man’ betraktas som relationer mellan olika slags socialt konstruerade sanningar, begär och maktförhållanden” (Kulick 2010).

Professorn i genusvetenskap *Tiina Rosenberg* är känd som en av de främsta inom queerteorin i Sverige. Hon redogör i boken ”Queerfeministisk agenda” (2002) för sin bild av queerteorin, dess historiska bakgrund, framväxt och grunder. Enligt Rosenberg är queerteori svår att sammanfatta men hon lyfter fram att grunderna i teorin är att se sexualiteter som något som konstrueras *socialt, historiskt och geografiskt* och som ifrågasätter definitioner av sexualitet och heterosexualitetens dominanta position i samhället (2002:63). Rosenberg (2002) framhåller Judith Butler som en av de mest inflytelserika personerna inom queerteorin i och med Butlers genombrott 1990 med boken ”Gender Trouble”. Rosenberg (ibid) skriver att queerteorin har sina influenser från till exempel gaystudier, lesbisk feministisk teori och fransk poststrukturalism.

Rosenberg (2002:100) framhåller i sin redogörelse för queerteorin att den grundläggande teoretiska beståndsdel är heteronormativitet. Med heteronormativitet menar hon att samhällets institutioner, samhällets handlingar liksom gruppernas handlingar och reaktioner utgår från grundförutsättningen att alla är heterosexuella och att detta är den enda naturliga utgångspunkten (2004:183). Hon lyfter även fram att heteronormativiteten har en stark maktaspekt där heterosexualiteten tillhandahåller *makten* och att denna makt uppvisar sig genom framförallt normer i samhällets olika delar (2002:100ff). Det ingår även en syn på kön som något tvådelat enligt naturens lagar. Rosenberg menar att queerteorins största och viktigaste uppgift är att kritisera och ifrågasätta dessa slutsatser. Ett av sätten att göra detta är att bryta mot normerna då det är först när man gör detta som de blir synliga och kan belysas och ifrågasättas både på akademisk nivå och i vardagen (ibid). Men Rosenberg (2004:184) lyfter även fram att även heterosexualitet behöver analyseras för att förstå homosexualitet då de båda egentligen är lika problematiska begrepp.

De två mest centrala principerna i heteronormativiteten är enligt Rosenberg (2002:102); (1) *exkludera* och (2) *assimilera*. Hon förklarar detta genom att låta begreppen i detta sammanhang stå för ”1. uteslutningen av avvikelser ur normen med uppdelning i kategorierna vi – de” och ”2. assimileringen genom införlivandet av avvikelser i normen” (2002:102). I Rosenbergs beskrivning av detta bygger exkluderingen på ett ”vi och de”-tänkande som grundas i en tradition att via förenkling dela upp människor i två olika kategorier som ses som varandras motparter. Hon menar att dessa så kallade motparter, som i detta fall är heterosexuella och så kallade icke-heterosexuella (avvikarna), tilldelas olika status och att den ena parten alltid förfördelas och gynnas på bekostnad av den andra parten. Likheterna mellan de två lyfts ej fram medan olikheterna betonas starkt mellan dem, men ej inom gruppen. Då heteronormativiteten bygger på att den anses vara naturlig och självklar blir konsekvenserna av detta tänkande att ”de”-gruppen exkluderas (2002:102).

Heteronormativitetens assimileringmetod förklarar hur ”vi”-gruppen är de som skriver reglerna i samhället och att konsekvenserna för ”de”-gruppen blir att försöka passa in så gott det går i den redan skrivna mall om hur man bör handla, känna och tänka (2002:103). I och med att normen är heterosexualitet måste alla andra med andra sexualiteter anpassa sig till dessa regler. De erfarenheter av livet och värderingar som ”vi”-gruppen har ses åter som det neutrala och ”de”-gruppen får endast lov att förhålla sig till detta (ibid). Rosenberg (ibid) lyfter fram att detta ofta även leder till en internalisering hos de avvikande på så sätt att

oavsett hur mycket de vill, kan de aldrig riktigt kan passa in i de rådande normerna. Om gruppen/personen ändå försöker passa in måste de förneka den de är och blir påmind om hur fel de är (2002:101ff).

Forskaren *Fanny Ambjörnsson* har skrivit boken "Vad är queer" (2006). Hennes redogörelse för queerteorin står på samma grunder som *Tiina Rosenbergs* och liknar därmed hennes. *Ambjörnsson* (2006:59ff) beskriver i sin bok hur heteronormativiteten upprätthålls genom strategier såsom *uppdelning, hierarkisering, inkludering, tystnad och ignorans*. Men hon lyfter även fram andra exempel såsom förlöjligande, patalogisering, demonisering, obegripliggörande och stereotypisering (ibid). *Ambjörnsson* (2006:52) poängterar även hur heteronormativiteten inte enbart framhåller heterosexualitet som den normala och naturliga sexualiteten utan även premierar en "viss sorts heterosexuellt liv". *Ambjörnsson* (ibid) anser till exempel att även inseminationslagen från 2005 ger uttryck för heteronormen i och med att den på många sätt följer den klassiska bilden av hur en familj bör se ut, det vill säga två föräldrar med barn i ett monogamt förhållande.

5.2 Diskurs

En av de teoretiker som har influerat queerteorin är *Michel Foucault*. Hans analys av förhållandet mellan *diskurs, kunskap och makt* har använts av flera inflytelserika personer som har behandlat queerteorin (*Rosenberg* 2002:64). *Michel Foucault*, som både har benämnts som poststrukturalist och postmodernist, studerade bland annat makt, kontroll och diskurs ur ett *historiskt perspektiv* (ibid). Begreppet diskurs använde han för att förklara hur man i en historisk period och inom en del av ett samhälle, eller hela, såg och ser på ett ämnesområde utifrån vissa grundläggande värderingar. Enligt *Foucault* har människor med makt, genom historien valt att bygga upp en viss bild av ett ämnesområde utifrån de syften och mål som de ville uppnå. Kunskapen hos de med makt formade denna bild som blev till en diskurs (*Giddens* 2003:543f). Genom diskursen kunde de med makt på så sätt välja att lyfta fram vissa fokus i diskussionen och förkasta alternativen till dessa. En diskurs är hur man ser på, tolkar och har sin utgångspunkt i den sociala världen (*Rosenberg* 2002:96). Det finns, enligt *Foucault*, alltid en diskurs i grunden i till exempel en institution eller en grupp. Genom att se till historien ifrågasatte han det som i nutiden ansågs som vedertaget, självklart, naturligt och visade på hur det självklara ej borde ses som just detta, då samhället är i ständig förändring (*Foucault* 2002).

Foucault studerade bland annat sexualitet i historien ur ett maktperspektiv. Han gav en intressant bild av hur detta skedde då han i sin bok ”Sexualitetens historia. Band 1. Viljan att veta.” (2002) framförde teorier om hur diskursen kring olika sexualiteter har förändrats. Bland annat visade han på hur homosexualitet inte kopplades till identitet utan till en handling. Rosenberg kopplar samman heteronormativitet med Foucaults diskursbegrepp genom att lyfta fram att den heteronormativa diskursen har producerat praktiker och kunskaper som är specifika och påverkar maktrelationerna (Rosenberg 2002:21). Det är även på detta sätt som Foucaults diskursbegrepp kommer att användas i uppsatsen.

Professorn *Jan Fook* förtydligar vikten av diskurser och språket i sin bok ”Social work. Critical theory and practice” (2002). Fook (2002) poängterar att språket, utifrån diskursbegreppet, inte på något sätt skall ses som neutralt. Språket är mycket mer än ord. *Språket* uttrycker *makt* och när vi använder oss av vårt språk talar detta även om vilka värderingar vi som grupp har och vem som innehar maktpositionen i situationen. Fook menar även att:”Thus the language, the actual words and the forms in which we use them to communicate, is a crucial component of discourse. The way we talk about phenomena, and the choices which this implies about their nature and relative importance, is crucial in determining how we see, understand, act upon and construct our situations and experiences” (2002:64). Hon lyfter även fram betydelsen av vilka *etiketter* vi väljer att använda oss av i vår kommunikation (2002). Genom att vi väljer en specifik etikett i en situation bestämmer vi även vad som är viktigt och skall betonas i situationen. Vi bestämmer även vad som skall erkännas som relevant och vi kan genom dessa etiketter direkt eller indirekt bestämma vad som blir inkluderat eller nedtystat (2002).

6. Empiri

I intervjuerna fick jag ta del av intervjupersoners många och olika upplevelser av stora och små händelser i samband med deras graviditetsprocess och mötet med vården. Vägen till att bli förälder kan på många olika sätt vara omtumlande och genom dessa kvinnors berättelser fick jag en inblick i både vad som kan lyfta och stärka en person i denna situation och vad som kan trycka ner någon i skorna. Storleken av intervjumaterialet gör det svårt att redogöra för alla viktiga och intressanta funderingar men några teman har valts ut. De är; Föräldrautbildningen, Mötet med en organisation, Att vara ”den andra” mamman, Förlossningen och Förhållningssätt och attityder. Dessa teman valdes med anledning av att de

representerar intervjumaterialet väl och för att dessa var ämnen som lyftes fram i intervjuerna och som lockade fram känslor i våra samtal.

6.1 Föräldrautbildningen

”Ja då får inte pappan glömma att ta med sej mycket MC-tidningar och en trave snus för det kan ta tid det här”.

Citatet ovan kommer från en av kvinnornas berättelse om hur barnmorskan på deras föräldrautbildning uttryckte sig när hon skulle förbereda dem för förlossningen. Frågorna om föräldrautbildningen väckte många känslor och minnen hos de intervjuade kvinnorna. Flera kvinnor hade upplevelser från detta som var tydligt negativa. Många gav exempel på att hur barnmorskorna, som höll i utbildningen, allt som oftast använde sig av begreppet ”pappa” istället för, vad de själva hade föredragit, ”partner” eller något annat mer neutralt begrepp när barnmorskan talade om den föräldern som inte bar barnet. Många av kvinnorna upplevde detta som väldigt jobbigt och det gjorde att vissa både kände sig obekväma och ledsna. Flera av de icke-biologiska mammorna upplevde svårigheter i att kunna identifiera sig med de roller som ledaren beskrev under utbildningen. En mamma deltog enbart vid ett av tillfällena på grund av detta samt att hon ansåg att nivån på diskussionerna där var låg. Det förekom också att mammorna efter besvikelsen vid första tillfället, valde att inte medverka på utbildningen.

”För det var ju en annan barnmorska där sen på MVC som hade den föräldrautbildningen. Och jag hade sagt, vi hade sagt till [den ordinarie barnmorskan] första gången, alltså våran barnmorska då, att vi kände att det var väldigt viktigt att sen på föräldrautbildningen, just det här att de inte sa ‘ja och så papporna... eeh...partnern ‘ alltså så. [...] Sen vart det ju en av hennes kollegor och det var ju vad som hände flera gånger. [...] Sen kunde inte du för jobbet. Och vi prioriterade inte riktigt det heller.”

”Nej, det hade kunnat prioriteras för jag hade fått grönt från min chef till att gå ifrån men... eh, ja, det kändes inte så bra första gången. Det gjorde det inte.”

Speciellt obekväma och utsatta kände sig kvinnorna vid de tillfällen då man delade upp grupperna i mammor och pappor. Ett par valde medvetet att undvika ett av utbildningstillfällena då de visste att en sådan uppdelning skulle göras.

Mammorna hade gärna sett speciella grupper för enbart lesbiska blivande föräldrar. De tänkte att det bland annat skulle ha varit lättare, bekvämare och gett dem mer. De uttryckte behov av att diskutera den icke-biologiska förälderns roll men kände sig inte bekväma med att göra det i gruppen de deltog i. Andra par efterfrågade en grupp där det fanns andra lesbiska par med för att känna att de hade några andra som var i en liknande situation som de själva och för att de trodde att de skulle känna sig mer accepterade i en sådan grupp. Några ville även på detta sätt lära känna andra lesbiska par med barn.

När paren lyfte frågan om speciella grupper med personal hade personalen uppgett att det ju inte var säkert att de hade något gemensamt med de andra i en sådan grupp bara för att de var lesbiska. Paren uttryckte att de hade känt att det var bra att personalen sa så. Trots detta upplevde de ett behov av att diskutera frågor i ett sådant forum som föräldrautbildningen, med människor som hade en liknande situation. De uttryckte att föräldraskapet kan te sig annorlunda för samkönade par av flera olika anledningar. De nämnde exempelvis att de på grund av delar av samhällets negativa syn på deras relation och föräldraskap, upplevde ett behov av att tala om detta. Ämnen som de hade behov av att prata om i ett speciellt forum var utsattheten och risken för att bli illa behandlad på grund av sin sexualitet eller att deras barn skulle bli utsatt för negativa reaktioner på grund av deras familjekonstellation. De uttryckte även ett behov av ett forum där den icke-biologiska mamman skulle kunna diskutera sin roll. En anledning var att deras graviditetsprocess ofta skiljer sig från heterosexuellas graviditetsprocess. Ett av paren deltog inte alls på föräldrautbildning men dock på profylaxkurs. De uppgav att de inte upplevde ett behov av utbildningen.

6.2 Mötet med en organisation

”Där stod det att det var bara pappan och syskon som fick komma in [...] Den andra gången då var det alltså två tjejpär samtidigt och då ändrade de skylten på dörren till partner. Det sa ju den undersköterskan att nej gud såhär kan det ju inte stå när vi till och med har två par här samtidigt”.

Ovan talade man om en skylt som fanns på BB där en av mammorna var inlagd. Hon berättade om hur deras och ett annat pars närvaro ändrade på vilka begrepp vården använde sig av.

Många kvinnor saknade blanketter som var utformade så att de kunde fylla i dem korrekt utan att ändra på dem. De nämnde att det oftast står exempelvis ”mamma och pappa” och att de då

var tvungna att stryka över eller lägga till så att det blir korrekt utifrån deras familjesituation. De lyfte fram att de ansåg att det i allmänhet borde användas mer neutrala begrepp i blanketterna och att det borde vara mer öppet för alternativa familjekonstellationer. En kvinna gav ensamstående mammor som exempel.

En fråga som påverkade dem mycket var hur välinformerad kontaktpersonerna inom vården var om det som gällde hur deras graviditetsprocess gick till och hur deras livssituation såg ut. Något som speciellt påverkade dem var deras upplevelse av hur mycket kunskap personalen hade om vilka kontakter de skulle ha, och hade, med vårdens olika instanser. Ett par berättade att redan den första personen inom vården som de hade kontakt med, en gynekolog, hade jättebra koll på hur de skulle gå tillväga och hur systemet fungerade. De upplevde att detta underlättade processen mycket för dem och gav dem ett bra och lugnande första intryck av processen. Några av kvinnorna som intervjuades var tidiga med att anmäla sitt intresse för att insemineras efter det att lagen ändrades sommaren 2005. De berättade att när de kontaktade vården om detta så visste inte någon inom vården hur de skulle gå tillväga. De upplevde att det var jobbigt och ansåg att det var dåligt att ingen information fanns trots att lagändringen var genomförd. De tyckte att det egentligen inte var så konstigt då det kan ta tid att implementera ändringar och nya lagar men att vården borde ha haft lite kunskap om hur processen skulle bli i och med att de borde ha räknat ut att människor skulle börja kontakta dem. En av dem berättade att de blev skickade runt till alla möjliga delar av vården för att ingen visste något och hon upplevde detta som mycket påfrestande.

En kvinna ansåg att personalen skall hålla sig neutral till frågor som berör sexualitet och liknande. Hon sa att eventuellt kanske man ska kolla personalens inställning till olika familjekonstellationer när man nyanställer personal och undersöka om de har utbildning kring detta och annars kan få det eller att ledningen går igenom detta med personalen. Andra kvinnor lyfte snarare fram att det var viktigt att personalen inte agerar utifrån någon policy eller liknande för det märker man som patient. De gav exempel på att det kan vara svårt att ändra på människors inställning och att det lyser igenom vilka personliga åsikter man har i ett möte. Det fanns en frustration över att så ofta få undervisa vårdpersonalen i grundläggande frågor kring exempelvis homosexuellas rättigheter i Sverige.

”När vi var på [en avdelning] så skulle jag ha såna där jävla försäkringskassapapper och det är ju svårt så jag pratade med den kuratorn där. Hon skulle hjälpa mej med försäkringskassan. Så säger hon ’ ja

jo, ni är ju, ja egentligen det här med lesbiska föräldrar alltså finns det nåt ställe eller organisation som man kan få lite information. Ja vi är ju lite heteronormativa på det här stället'. Ja menar det var ju bra av henne att hon insåg att de var heteronormativa samtidigt som man kan ifrågasätta om jag var den som hon skulle diskutera det här med. Och då hänvisade jag henne också till RFSL-rådgivningen.”

Några av kvinnorna lyfte fram att vårdpersonalen borde få, eller redan borde ha, vad de kallade HBT-undervisning. En kvinna beskrev det som att innehållet i en sådan utbildning skulle till exempel vara hur personalen bör uttrycka sig, att lära dem att inte se patienter i icke-heterosexuella relationer som annorlunda än andra patienter och att lära sig att det finns många människor med alternativa familjekonstellationer. En av kvinnorna hade hört att personalen på Kvinnokliniken hade gått en HBT-utbildning och hon kunde tänka sig att detta spelade roll.

6.3 Att vara ”den andra” mamman

I intervjuerna framkom att det under graviditetsprocessen hade uppkommit många tankar kring hur den icke-biologiska blivande mamman bemöttes. Det var inte bara den icke-biologiska mamman som påverkades av hur hon blev bemött utan även den biologiska mamman påverkades av detta.

Två begrepp var återkommande i intervjuerna när vi samtalade om den icke-biologiska mammans upplevelser av bemötandet, synliggjord och osynliggjord. En anledning till att icke-biologiska mammor upplevde sig synliggjorda i ett möte var bland annat att även de blev tilltalade och tillfrågade av vårdpersonalen. Ett par av de intervjuade kvinnorna preciserade detta genom att ge exempel på hur den icke-biologiska blivande mamman blev tillfrågad om hon kunde delta vid besöken/träffarna eller om de behövde finna en annan tid för besöken.

”Jo men hon [barnmorskan] var väldigt så, nej men jag tror att hon ansträngde sej för att inkludera mej, det tror jag faktiskt. Lite sådär ’Kan du då [namn]? Och vad tycker du?’ Du vet så där vände sej till mej för att liksom visa på att det är viktigt att jag är med hela tiden och så.”

En kvinna uttryckte det som att det kändes som att de båda var viktiga när deras barnmorska riktade sina frågor och svar till dem båda. Hon uppskattade även att barnmorskan inte ifrågasatte dem när de sa att det inte fanns någon pappa med i bilden. En konsekvens av detta uppgav en mamma blev att hon deltog vid flera besök då hon kände sig synliggjord. Det

nämndes också att det var av vikt att personalen kände sig bekväma i situationen. Några mammor ansåg att det kunde underlätta för den icke-biologiska mamman att känna sig synliggjord och delaktig om vårdpersonalen i början av ett besök klargjorde vilka som var i rummet. Enklast ordnades detta, enligt en icke-biologisk mamma, om vårdpersonalen direkt frågade henne vem hon var. Vårdpersonalen borde ha detta som rutin och fråga alla detta och inte ta något för givet.

”Och sen när vi var på väg därifrån så sa hon 'Ja jag får ursäkt. Jag förstod inte att ni var ett par. Då skulle jag ha vänt mej mer till dej om jag hade vetat det'. [...] Och där kan man ju verkligen tycka att i en sån situation så borde i varje fall den här barnmorskan som lämnar över till läkaren berätta för läkaren att de här är ett par. Eller så borde hon förutsätta det eller i varje fall ha det i huvudet och fråga 'Vad har ni för relation till varandra?'. [...] Skulle jag ha varit en vän och hon skulle råka inkludera mej för mycket så hade väl det varit ok liksom. Så att det var ju en väldigt konstig upplevelse att hon, att det liksom inte gick med i processen att jag faktiskt hängde med liksom”.

En icke-biologisk mamma ansåg att det kändes svårt att säga till när hon kände sig osynliggjord eller när någon av vårdpersonalen trodde att hon var någon annan än den hon var då hon tyckte att personalen var så trevliga. Hon gav ett exempel på en situation när hon tyckte att det kändes svårt först att säga till fast hon kände sig osynliggjord.

”Då var det en sjuksköterska som kom och sa 'Jamen va bra. Det är ju så bra att du har din syster här.' Och jag bara 'Ja men jag är inte syster'. 'Jaha, nej nej men väninna.' 'Nej men alltså...' Och så sa min tjej från sängen bara 'Nej, men det är min livskamrat, älskarinna och fru.”

Det fanns också exempel på att mammorna hade reflekterat över att de ibland reagerade annorlunda i vårdsituationer än vid andra situationer. En mamma upplevde att hon vanligtvis reagerade och sa till i andra situationer när hon upplevde heteronormativt bemötande men att hon i vårdsituationerna inte reagerade på samma sätt. Hon trodde att det kunde ha med att göra att hon kände sig i en utsatt situation inom vården och hon kunde bli rädd för att provocera fram något i en situation när det är så viktigt att bli vänligt bemött.

”För att, av massa olika anledningar, man är i en utsatt situation, man vill bli vänligt bemött så man vill inte provocera fram nånting, man vill ha den vård som man är berättigad. Sånt bara. Alltså man blir väldigt mycket snällare än vad man är annars så här i samhället. Och hur man annars reagerar på heteronormativitet och sexism, tycker jag.”

En annan mamma uttryckte till skillnad från de andra att hon var mer bekväm med att bli förbisedd i vissa situationer i mötet med vården än hon vanligtvis brukar vara då syftet med kontakten var så viktig. En kvinna berättade att de hade fått se att i deras journal att hennes fru, som var biologisk mamma, varit benämnd som "blivande mamma" men inte hon själv.

"Och då har den här läkaren skrivit om min partner 'den blivande mamman'. Och det också sånt man kan tänka, ja men jag är väl också mamma, alltså på nåt vis. Förstår du vad jag menar, att liksom folk är ju snälla och trevliga och artiga men de har ju liksom... de har ju... Det är lite svårt för dem att se att man blir föräldrar båda två. Så är det ju. Och det har jag funderat på mycket efteråt".

Hon upplevde detta som obekvämt och ansåg att det visade på att sjukvården inte riktigt såg på henne som blivande mamma också. Hon hade föredragit att de till exempel hade benämnt även henne som blivande mamma eller båda vid namn. Det var svårt att inte ha någon tydlig roll att identifiera sig med som icke-biologisk mamma. En icke-biologisk mamma reflekterade över att det var intressant att hon annars alltid har varit emot alla roller men att hon i graviditetsprocessen plötsligt längtade efter en tydlig roll.

"Framförallt hur resten av gruppen, alltså det var massa gravida par som satt där och det som blev konstigt där det är att som icke-biologisk mamma så kan, alltså jag märker mycket väl att man har nåt slags behov av att identifiera sig med nån. Och det blev väldigt tydligt när man sitter där för man identifierar sej inte med de höggravida kvinnorna men man identifierar sej heller absolut inte med de här männen".

6.4 Förlossningen

Alla kvinnorna talade om hur väl de upplevde bemötandet från personalen under deras förlossningar. Någon uppgav att hon tyckte personalen var underbara och ett par berättade att bemötandet var jättebra och att de kände att det inte spelade någon roll vad deras partner hade för kön. De icke-biologiska mammorna preciserade sig mer och berättade att de kände sig synliggjorda och delaktiga.

"Alltså där kände jag att det spelade ingen roll vad jag hade för kön eller vad jag var för där var det verkligen vi som skulle ha barn. [...] De stöttade mej mycket i att stötta [frun]. Alltså de var ju helt suveräna. All personal på förlossningen har varit fantastisk liksom".

En av dessa kvinnor trodde dock att det kunde ha och göra med att hon och hennes fru innan förlossningen hade deltagit i en informationsträff för blivande föräldrar som var rädda för förlossningen. De hade där talat om för personalen att de var rädda för att bli behandlade homofobiskt och personalen på informationsträffen hade skrivit in tydligt i deras journal att de var ett lesbiskt par.

6.5 Förhållningssätt och attityder

Några icke-biologiska mammor berättade att de inte hade trott innan graviditeten att de skulle bli så väl bemötta av personalen och att upplevelsen med anledning av detta var en positiv överraskning för dem. De uppgav båda att de kände sig synliggjorda i mötet med vårdpersonalen.

Ett par lyfte fram att de trodde att hur man blir bemött av vårdpersonalen har mycket att göra med vad man själv sänder ut för signaler som patient. En annan kvinna, som inte bar på barnet, var inne på samma sak och uppgav att hon trodde att det handlar lite om hur man är själv. Hon berättade att hon och hennes fru hade vänner som ansåg att de hade fått besvara konstiga frågor i sina möten med vården men hon ansåg att det beror på vad man själv ställer för frågor. Hon hade inte förväntat sig att personalen skulle fråga dem något speciellt på grund av deras sexualitet, för det borde de ju inte göra, utan de bara svarade på frågorna. Hon sa även att hon och hennes fru aldrig gnällde. En kvinna lyfte fram det politiska och att hon upplevde att en del anser att hela deras identitet ligger i att de är lesbiska och att allt ska vara så politiskt. Själv ansåg hon inte att hela hennes identitet gör det. Den motsatta reaktionen fanns också representerad.

”Det värsta jag vet är det här med inställningen ’om man är ödmjuk så blir man också bemött med ödmjukhet’. Det tycker jag är bull liksom. Då förlorar man bara all kritisk styrka över huvud taget. Det är som att säga ’det finns ingen orättvisa, det finns inget förtryck, det finns ingen sexism, det finns ingenting sånt’. Alltså man har rätt att kräva saker. Annars känns det som att implementera homofobin. Att man ska ta de smulor man får.”

Ett av paren berättade att de kunde irritera sig på diskussionerna i till exempel forum på Internet för queerfamiljer. De ansåg att många där var okritiska till vårdens och samhällets bemötande av lesbiska föräldrar och att människorna där inte ville problematisera och diskutera problemen utan enbart skrev att allt var så bra.

Andra lyfte fram att det finns en fin gräns mellan att exotisera och synliggöra. Det var jobbigt att bli sedd som annorlunda samtidigt som det är viktigt att bli sedd. En kvinna tyckte inte om när de blev kallade speciella och unika enbart på grund av deras sexualitet. De hade haft kontakt med en pedagog under graviditeten som uttryckte att de var så speciella väldigt ofta och det var de inte alls bekväma med. Flera av de andra intervjuade var också inne på detta ämne och gav uttryck för att de inte uppskattade när personalen pratade mycket om hur unika de var.

” Och det här med att vi blir sedda som så himla annorlunda. Samtidigt vill man bli sedd och det är skitviktigt. Men samtidigt kan man inte såhär exotisera. Som hon sa när vi sa till och sa att det här är galet och ingen förstod. [När de kritiserade föräldrautbildningen.] Då klappade hon i händerna och sa ‘Åh det är så härligt! Och ni är en sån härlig grupp!’ Jag är helt övertygad om att hon sa det för att det var två svarta personer och två lesbiska i gruppen och då lite andra. Ja men så var det visst så härligt med sådär mångkulturellt. Ja tycker att det verkligen kändes sådär exotiserande. Då får de väl lära sej att vi är ganska många liksom”.

Samtidigt gav flera av kvinnorna exempel på situationer som de upplevt som positiva när personalen hade klart och tydligt sagt att de var glada över att lesbiska par fick tillgång till insemination i svensk sjukvård. Detta gav de som exempel på när de hade känt sig väldigt bekväma i mötet.

Några kvinnor hade ”testat” sina vårdkontakter innan de hade bestämt sig för om de ville söka hjälp hos dem. De hade bland annat ringt den kontakt som de var hänvisade till och lyssnat av hur de reagerade när de klargjorde att de var ett lesbiskt par. Ett par berättade att de hade kontaktat RFSL och frågat bekanta om de hade tips på till exempel barnmorskor som var vana vid att ha icke-heterosexuella patienter och/eller hade ett gott rykte.

”Vi hade ju också kollat upp med RFSL för att det skulle va en läkare liksom så där schysst. För vi var lite oroliga för att vi inte skulle bli väl bemötta ändå. Och det kan vi ju tänka att vi ska kräva att vi ska bli men ibland så är det ändå jobbigt att liksom ta den kontakten där. Så därför hade jag kollat upp det. Och det var ju verkligen inte. För bättre kunde det ju inte bli. Hon är ju jättegullig.”

7. Analys

7.1 Kvinnornas upplevelser

Det fanns exempel på många olika berättelser om hur lesbiska kvinnor som skaffar barn genom assisterad befruktning upplevde mötet med vården. Deras erfarenheter var både lika och olika varandras. Alla som hade deltagit i föräldrautbildningen var mer eller mindre negativt inställda till hur vårdpersonalen bemötte dem som lesbiska föräldrar. Upplevelserna dominerades av en känsla av utanförskap och avvikelser. Det var framförallt personalens språkbruk som skapade dessa känslor.

Kvinnornas erfarenheter genomsyras av att de saknade en medvetenhet från vårdpersonalen om hur deras situation såg ut både individuellt och ur ett samhällsperspektiv. De efterfrågade bättre kunskaper hos personalen om lesbiskt föräldraskap och om samhällets syn på homosexualitet och homosexuella. Kvinnorna efterfrågade även en större medvetenhet från personalen kring hur talat språk, kroppsspråk, attityder och beteenden var viktiga för upplevelsen av mötet med vården.

Upplevelserna har både en institutionell och individuell nivå. Berättelserna tenderade att antingen handla om mötet med vården, institutionen, eller en särskild person inom vården, exempelvis en speciell barnmorska. Det fanns också en form av en mer omfattande samhällskritik kring bemötande av homosexuella. När de gav exempel på möten som de upplevt som positiva hade de ofta svårare att precisera vad det var som gjorde att de ansåg att mötet hade blivit bra. Men när de beskrev negativa upplevelser var de mer explicita i sina beskrivningar och var ofta tydligare i sina exempel. När kvinnorna var kritiska till hur de hade blivit bemötta av vården gav de ofta även förslag på vad personalen skulle ha sagt eller gjort istället.

Jag anser att de intervjuade kvinnornas erfarenheter visar på heteronormativt bemötande från mötet med vården. I nedanstående exempel kommer denna tes att beskrivas.

7.2 Normbrott(?)

Rosenberg (2002) framhåller att det framförallt är genom normbrott som heteronormativitet kan belysas och ifrågasättas. När två kvinnor över huvud taget skaffar barn tillsammans är det ett normbrott eftersom normen är att en man och en kvinna skaffar barn tillsammans. Samhället har förväntningar på befolkningen att de ska föröka sig, framförallt att kvinnor ska

vilja göra det, men när homosexuella kvinnor gör det stämplas de ändå som avvikande och annorlunda och fel. Flera av de intervjuade kvinnorna uppgav att de hade fått höra av vårdpersonal att de var speciella och unika just med anledning av att de var två kvinnor som skaffade barn tillsammans. Kvinnorna uttryckte att de kände sig obekväma med att bli sedda som speciella.

En kvinna lyfte fram att hon ansåg att det fanns en fin gräns mellan att bli exotiserad och att bli synliggjord av personalen. Hon menade vidare att det var viktigt att känna sig synliggjord men hon ville inte hela tiden bli sedd som annorlunda, unik och speciell. Genom att vårdpersonalen uttrycker att kvinnorna är speciella och unika enbart på grund av att de är homosexuella (blivande) föräldrar blir de påmind om hur fel de är i relation till normen, det heterosexuella föräldraskapet. Detta passar bra in på Rosenbergs (2002) beskrivning av en av de mest centrala principerna i heteronormativiteten; assimileringmetoden. Enligt denna ska den avvikande gruppen, ”de”-gruppen, anpassa sig till den dominerande gruppen, ”vi”-gruppen. Men eftersom de inte riktigt kan/får passa in i normen leder detta istället till att de åter blir klassade som avvikande och de blir påmind om sitt annorlundaskap. Det finns inte några tydliga exempel och tecken på det som Rosenberg (2002:102) kallar för internalisering; nedvärdering av den egna gruppen och självhat, i mina intervjuer.

Ambjörnssons (2006) för fram tankar om att heteronormativitet även uttrycks i ändringen av lagen 2005 (SOSFS 2005:17) då lagen utgår från en förlaga med familjemodell med två föräldrar. Hon ifrågasätter tesen om att två lesbiska kvinnor som skaffar barn genom assisterad befruktning med hjälp av svensk sjukvård bryter mot den heterosexuella normen, istället stärks normen (2006). Anledningen till detta påstående skulle vara att de just följer normen om att det ska vara två föräldrar som skaffar barn tillsammans, inte exempelvis enbart en person. Enligt henne skulle en lagändring där exempelvis ensamstående kvinnor fick rätt att skaffa barn genom assisterad befruktning i svensk sjukvård vara ett större normbrott (2006). Även familjer som består av fler än två föräldrar skulle vara en del av ett större normbrott. Det finns exempel på detta bland intervjuerna där ett par som jag har intervjuat även har en aktiv pappa som deltar i deras barns liv.

7.3 Personalens och institutionens språkapparat

I Rön Dahls studie (2005) framkom det att patienterna upplevde att vårdpersonalens kommunikation ofta var heteronormativ. Detta kunde visa sig bland annat genom vilka

begrepp som användes av vårdpersonalen. I intervjuerna framkom det också att kvinnorna upplevde vårdpersonalens kommunikation som heteronormativ. Det finns en risk att individualisera problem och exempelvis gör vårdpersonalens språkbruk och begreppsanvändning till något som enbart handlar om den eller de enskilda personernas sätt att uttrycka sig. Men enligt Foucaults teori om diskurs kan man betrakta vårdpersonalen som en del av en diskurs. Deras diskurs består både av samhället som de lever i och diskursen inom vården som institution. Rosenberg (2002) kopplar samman Foucaults diskursbegrepp och heteronormativitet. Det som kallas heteronormativ diskurs är i grunden antagandet att alla människor är heterosexuella. I en heteronormativ diskurs utgår man exempelvis från att det finns en mamma och en pappa i familjebildningsprocessen trots att detta inte alltid är så. Vårdpersonalen bemötande kan alltså ses som en del av en heteronormativ diskurs.

I intervjuerna framkom det att exempelvis vårdpersonalen som höll i föräldrautbildningen nästan uteslutande refererade till den personen som inte bar barnet som pappa. Detta upplevdes som mycket problematiskt av kvinnorna som istället hade föredragit ett mer neutralt begrepp som partner. När vårdpersonalen använde sig av begreppet pappa trots att detta inte var applicerbart på flera som deltog i utbildningen blir språket exkluderande. Om man hade valt att använda sig av exempelvis begreppet partner skulle språket istället kunna verkat som stärkande.

Ord och begrepp är laddade med olika makt beroende på situation. I de situationerna som jag nämnt ovan verkar ordet pappa, och användningen av detta, som en tydlig signal till de avvikande, de homosexuella paren, att de inte passar in bland ”vi”-gruppen, de heterosexuella paren. Fook menar att språket är laddat med makt och i vår användning av språket visar vi även på vilka värderingar som hela gruppen, eller i detta fall, institutionen representerar. På detta sätt kan något som ett litet ord eller begrepp betyda så mycket mer och visa på maktförhållanden mer än vad man den enskilde kunde ana. Den enskilde barnmorskan, läkaren eller sköterskan menar antagligen inget illa med att använda sig av ordet pappa men de blir en representant för en institution som har vissa grundantaganden. Institutionen sänder på så sätt signaler om vad som är förväntat och kanske även önskvärt av deras patienter. I förlängningen talar ett språkbruk även om vilka värderingar samhället har och detta blir problematiskt när det inte sammanfaller med de faktiska lagarna som samhället har beslutat genom de folkvalda.

Man kan även ställa sig undrande till varför vården som institution fortsätter att använda sig av begrepp som riskerar att få människor att uppleva exkludering när en så liten sak som att byta ut ett ord mot ett annat skulle kunna få en positiv effekt. I intervjuerna framkom ett positivt exempel på förändringspotentialen. En i personalen valde att ändra en skylt där det tidigare stod att enbart pappor och syskon som fick komma in på avdelningen till att det stod att enbart partner och syskon fick komma in där. Detta kan ses som ett sätt att ändra organisationen inifrån till att verka bekräftande istället för exkluderande via enbart en förändring av det skrivna språket.

Även vårdens blanketter som de intervjuade kvinnorna fick fylla i var utformade på ett sätt som var problematiskt. Kvinnorna uppgav att de ofta inte kunde fylla i blanketterna korrekt då blanketterna var gjorda för (blivande) heterosexuella föräldrar. De var därför tvungna att själva lägga till och/eller stryka över ord och rutor för att blanketten skulle bli rätt. Exempelvis fick de stryka över ordet pappa och skriva dit mamma istället. En icke-biologisk mamma berättade i intervjun att hon hade sett att enbart hennes fru, som var den biologiska mamman till deras barn, benämndes som "blivande mamma" i deras journal men inte hon. Hon var inte bekväm med detta.

Man kan applicera Fooks (2002) syn på språkets icke-neutrala funktion på exemplena ovan kring blanketterna och journalen. Enligt Fook bestämmer vi genom de etiketter som vi använder vad som anses vara vedertaget och viktigt och detta påvisar även vad som anses önskvärt eller tystas i diskursen (ibid).

Ambjörnsson (2006) pekar på att heteronormativitet, enligt queerteorin, upprätthålls genom strategier som exempelvis tystnad och ignorans. Även dessa två strategier kan återfinnas i intervjuerna. Trots att de juridiska och politiska samhällsområdena har förändrats vad gäller lesbiskas kvinnors möjligheter och rättigheter till att skaffa barn tillsammans finns det fortfarande områden där detta inte syns. Utifrån Ambjörnssons syn på strategierna tystnad och ignorans kan man skönja en viss form av osynliggörande inom språket i institutioner såsom vården. För även om familjerna med de icke-heterosexuella föräldrarna deltar i exempelvis föräldrautbildningen så syns och märks detta inte i språket. Inte heller i de blanketter som myndigheter och vårdinstitutionen använder sig av syns de. Än mer problematiskt blir det för de familjer som består av mer än två föräldrar, såsom situationen är för en av de par som jag

intervjuade, där det finns tre aktiva föräldrar. Utan att gå in mer på detta kan man ganska lätt dra slutsatsen att de inte passar in i den språkapparaten som jag har gett exempel på ovan.

7.4 Att hantera negativt bemötande

I intervjuerna kan vi se tre olika strategier som exempel på hur kvinnorna hanterade situationer i mötet med vården och dess personal när de upplevde sig negativt bemötta på grund av deras sexualitet. Även de kvinnor som var tydligt kritiska till vården bemötande, och i intervjuerna uttrycker hur arga de blev av detta, använde sig av dessa strategier. Strategi ett benämner jag *att ta mer skit än vanligt*. Ett exempel på detta är när en av de intervjuade kvinnorna talade om hur hon hade funderat på att hon antagligen reagerade annorlunda när hon upplevde heteronormativt bemötande i vårdsituationer än annars. Hon uppgav att det nog berodde på att hon kände sig speciellt utsatt i vårdsituationen och att hon var orolig för att hon och hennes fru inte skulle få bästa möjliga vård och bemötande om hon sa till ordentligt. En annan kvinna tog upp i intervjun ett annat exempel på hur hon som vanligtvis ansåg sig vara uppmärksam på när hon inte blev sedd som blivande förälder hade bortsett från detta vid ett tillfälle.

Strategi två benämner jag *att vara förutseende*. Exempel på detta är när kvinnorna ”testade” sina vårdkontakter för att se hur de reagerade när de sa att de var ett lesbiskt par innan de valde vem de skulle ha kontakt med. Ett annat exempel är hur de kontaktade RFSL och vänner som genomgått samma process för att få tips om vilken vårdpersonal som hade ett bra rykte.

Den tredje strategin benämner jag *att medvetet undvika en obehaglig situation*. Ett exempel på detta är när ett par väljer att inte delta vid ett specifikt utbildningstillfälle i föräldrautbildningen då de vet att det vid det tillfället ska beröra ämnen som de är obekväma med på grund av deras sexualitet. I detta fall var det den kommande indelningen i pappa- och mamma-grupper som paret valde att undvika. Kvinnorna gör en riskbedömning och där framkommer att för att undvika något som de anar kan att det kommer att göra dem ledsna och frustrerade.

Ambjörnsson (2006) skriver om hur heteronormativitet upprätthålls genom olika strategier. Dessa strategier möjliggör att heterosexualiteten kvarstår högst i hierarkin. Men det är inte enbart den dominanta gruppen som använder sig av strategier för att bekräfta sin världsbild

som den enda utan de undertryckta grupperna använder sig även de av olika strategier. Dessa strategier kan både kopplas samman med normbrott som stör den rådande ordningen eller på olika sätt befästa ordningen. Att en grupp, såsom exempelvis homosexuella, agerar på ett sätt som kan tolkas som att de befäster ordningen trots att de missgynnas av detta behöver inte betyda att de egentligen avser att just bekräfta heteronormativitet. Snarare är det så att assimilering är en av de grundläggande principerna i heteronormativiteten. I exemplen ovan får ”de”-gruppen, de lesbiska (blivande) mammorna, anpassa sig till ”vi”-gruppens, de heterosexuella (blivande) föräldrarnas, redan skrivna regler. Strategierna blir exempel på hur kvinnorna förhåller sig till det som ses som neutralt på grund av assimileringen av dem som grupp.

I Rön Dahls (2005) studie visade det sig att vissa patienter till och med fördröjde sitt vårdsökande eller avslutade kontakter med vården på grund av det heteronormativa bemötandet från vårdpersonal. Detta påminner om strategin som handlar om att undvika en situation som man förväntas bli obekvämt i. Även om det inte innebär något så drastiskt som en avslutad behandling så gick de miste om information som vården kunde ha gett dem endast på grund av att de, baserat på tidigare erfarenheter av utbildningen, trodde att de skulle bli heteronormativt bemötta vid kurstillfället.

8. Slutdiskussion

De intervjuade kvinnorna har olika erfarenheter och upplevelser av mötet med vårdpersonalen och vården som en institution. Upplevelserna är, enligt kvinnornas berättelser, av både positiv och negativ karaktär vad det gäller attityder och bemötande. Upplevelserna visar på heteronormativt bemötande från vården och dess personal. Vården kan i detta fall sägas ha en heteronormativ diskurs. Enligt intervjuerna uttrycks heteronormativiteten inom vården framförallt genom kommunikation, i språkbruk och begreppsanvändning. Språket som användes visade sig vara av stor betydelse för kvinnornas upplevelser. Vid exempelvis föräldrautbildningen verkade vårdpersonalens språkbruk exkluderande då personalen använde sig av begreppet pappa istället för exempelvis mer neutrala begreppet partner, som kvinnorna hade föredragit. Språket är laddat med makt som signalerar till de berörda och samhället vad som anses vara önskvärt eller icke önskvärt. Att använda sig av begrepp som pappa istället för partner ger därmed signaler till dem som medverkar i utbildningen att det finns heteronormativa grundantaganden.

Hur blanketter som kvinnorna ska fylla och texten i journaler är utformade visar på vad som anses önskvärt inom vården. Etiketter, enligt Fook (2002), tydliggör också hur icke-neutral språket är på en institution. En liten handling, såsom att man byter ut en skylt med begreppet pappa på till att bli partner, exemplifierar att det finns förändringspotential inom institutionen. Språket kan då verka bekräftande, inkluderande, istället för exkluderande.

Även när kvinnorna blir kallade för speciella och unika visar språket på heteronormativitet inom vården. Det visar även på att det är ett normbrott som kvinnorna gör när de skaffar barn, trots att de ej lever i heterosexuella parförhållanden. Jag fann med hjälp av exempel från kvinnornas berättelser tre olika strategier som kvinnorna använde sig av för att hantera heteronormativt bemötande från vården. Dessa benämner jag ”att ta mer skit än vanligt”, ”att vara förutseende” och ”att medvetet undvika en obehaglig situation”. Jag menar att detta är strategier som både kan befästa och ifrågasätta heteronormativitet. Men framförallt är de exempel på hur assimileringmetoden, enligt Rosenberg (2002), verkar inom heteronormen.

Resultatet av undersökningen synliggör att speciellt de icke-biologiska (blivande) mammorna upplevelser av möte med vården färgades av om de kände sig synliggjorda eller osynliggjorda. Även helhetsupplevelsen hos båda kvinnorna påverkades av hur den icke-biologiska mamman upplevde bemötandet. Bland kvinnornas uttalanden fanns exempel på vad det var som vårdpersonalen gjorde och varifrån man skönja förslag på hur vården skulle kunna bli bättre på att möta de icke-biologiska mammorna och icke-heterosexuella personer i allmänhet. Som exempel på detta finns det viktiga i att identifiera vem eller vilka som är i rummet och vem eller vilka som är berörda av situationen. Och som tidigare nämnts så visar studien på att språket och de begrepp som används spelar en nyckelroll i sammanhanget.

Då jag förutsätter att vården som institution har en önskan om att alla som är berörda av deras tjänster skall känna sig välkomna och inte ifrågasatta. Resultaten i studien talar för att de lesbiska kvinnor som deltagit i studien på många sätt har känt sig välkomna men även att de många gånger har känt sig exkluderade och att detta har skapat frustration. Vården borde ha kommit längre i sin tillämpning av inkluderande bemötanden med tanke på att lagen som gav lesbiska kvinnor tillgång till assisterad insemination i Sverige kom redan år 2005 (SOSFS 2005:17). Då jag inte har studerat vårdens styrdokument etcetera, Hälso- och sjukvårdslagen eller intervjuat vårdpersonal kan jag inte dra några slutsatser kring vad som har gjorts sedan lagändringen. Men utifrån de studier som jag lyfter fram i forskningsavsnittet och min egen

studie finns all anledning att ta lärdom av de röster som kommer fram i studierna. Vården skulle kunna vara tydlig med att de vill lära sig av lesbiska kvinnors förslag på förbättringar och kritik? Jag ser ingen anledning till varför inte sjukvården som institution kan gå i bräschen för förbättringar vad gäller bemötande av personer som inte tillhör den heterosexuella normen. Och om ett enkelt begreppsbyte från pappa till partner är en del av hur väl bemötta människor känner sig bör inte detta vara särskilt svårt att börja med. Detta skulle kunna vara ett exempel på ett litet men viktigt steg mot en icke-heteronormativ sjukvård där alla oavsett kön och sexualitet upplever sig respektfullt bemötta och där lika behandling tydligt går att utläsa i både dokument, lagar och handling.

Något som hade varit intressant och relevant att undersöka hade varit vårdpersonalens upplevelse av mötet med lesbiska kvinnor som skaffar barn via insemination. Det hade då funnits en möjlighet att även få en bild av mötet från ”den andra sidan” och detta hade kunnat leda till en tydligare bild av hur mötet mellan kvinnorna och personalen ser ut. I en större studie hade även intervjuer av personer i chefsposition, politiker och brukarorganisationer för HBT-personer varit önskvärt. Då hade man kunnat se till vad som står att läsa i styrdokument och lagar och hur personer på beslutsfattande positioner såg på lesbiska kvinnors upplevelser av vårdens bemötande och jämföra detta med deras berättelser om detta. På så sätt hade man antagligen få en övergripande bild av mötet mellan individen, samhället och institutionerna. I en större studie ser jag även ett behov av att använda sig av ytterligare teorier som komplement till queerteori. Det skulle kunna vara behjälpligt med teorier som handlar om bemötande ur ett mer tydligt perspektiv och en uttalad diskursanalys. Här skulle även finnas plats för att intervjua män om deras upplevelse av mötet med vården i samband med graviditet. I mitt arbete med denna studie har det framkommit intressanta frågor kring att vården tenderar till att vara både könsstereotyp och heteronormativ. En jämförelse mellan de icke-biologiska mammornas och pappors upplevelser skulle också vara intressant att utveckla med genusvetenskapliga teorier som bas.

Referenser

- Ambjörnsson, Fanny (2006), *Vad är queer*. Stockholm, Bokförlaget Natur och Kultur.
- Bryman, Alan (2002), *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö, Liber Ekonomi.
- Carr, Emma & Elgh, Karin (2008), *Heteronormativitet i vården. Icke-heterosexuella patienters upplevelser av bemötande*, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet.
- Foucault, Michel (2002), *Sexualitetens historia. Band 1. Viljan att veta*. Göteborg, Bokförlaget Daidalos AB.
- Fook, Jan (2002), *Social work. Critical Theory and Practice*. London etc, Sage Publications.
- Giddens, Anthony (2001), *Sociologi*. Lund, Studentlitteratur.
- Halvorsen, Knut (1992), *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund, Studentlitteratur.
- Lundborg, Viktoria & Vardeh Navandi, Maryam (2007), *Det ligger en heteronormativ bok i din säng mamma! En intervjustudie av hur några kvinnor i samkönade relationer upplever informationssituationen rörande graviditet och föräldraskap*. Magisteruppsats i Biblioteks- och informationsvetenskap vid Institutionen för Biblioteks- och informationsvetenskap/bibliotekshögskolan i Borås.
- Nordqvist, Petra (2006), "Att tala om familj. Lesbiskas berättelser om planerat föräldraskap." *lambda nordica. Tidskrift för homosexualitetsforskning*. Vol 11:4, s.63-81.
- Nordqvist, Petra (2009), *Conceiving Together. Lesbian Couples' Pursuit of Donor Conception*, doktorsavhandling, Centre of Women's Studies, University of York.
- Nordqvist, Petra (2006), "Önskat och oönskat föräldraskap. Kön och sexualitet i svensk lagstiftningshistoria om insemination." *lambda nordica. Tidskrift för homosexualitetsforskning*. Vol 11:1-2, s.31-46.

Reimers, Sofia & Frick, Erik (2006), *Alla utgick från att man var hetero. En empirisk studie av lesbiska kvinnors erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvård*, examensarbete i omvårdnad, sjuksköterskeprogrammet, Malmö högskola.

Rosenberg, Tiina (2002), *Queerfeministisk agenda*. Stockholm, Bokförlaget Atlas.

Rosenberg, Tiina (2004), "Med kritisk blick – ett inkluderande kulturteoretiskt perspektiv". I Olsson, Anna-Clara & Olsson, Caroline (red.) *I den akademiska garderoben*. Stockholm, Bokförlaget Atlas.

Ryen, Anne (2004), *Kvalitativ intervju – från vetenskapsteori till fältstudier*. Malmö, Liber.

Röndahl, Gerd, *Heteronormativity in a Nursing Context. Attitudes toward Homosexuality and Experiences of Lesbians and Gay*, (2005), doktorsavhandling, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap på Uppsala Universitet.

Socialhögskolan i Lund, *Socialhögskolan rekommenderar: Råd och anvisningar för uppsatsarbete*.

SOSFS 2005:17

Stenholm, Sara & Strömberg, Cecilia (2004), *Homofamiljer. Guide i praktiska, juridiska och ibland absurda frågor för homosexuella som vill ha barn*. Wahlström & Widstrand, Finland.

Zetterqvist Nelson, Karin (2007), *Mot alla odds. Regnbågsföräldrars berättelser om att bilda familj och få barn*, Malmö, Liber AB.

Internetkällor

Ahlgren, Mats (senast uppdaterad 2010), *assisterad befruktning*, (Elektronisk), Nationalencyklopedin, Tillgänglig: <http://ne.se.ludwig.lub.lu.se/lang/assisterad-befruktning> (2010-01-16).

Föreningen Regnbågsbarn i Skåne (2010), *regnbågsbarn*, (Elektronisk), Tillgänglig: www.kadermaskinen.se/regnbagsbarn/ (2010-01-16)

Giwerzman, Aleksander (senast uppdaterad 2010) *Reproduktionsmedicinskt centrum*, (Elektronisk), Skånes universitetssjukhus Malmö, Tillgänglig: <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=26668> (2010-01-16).

Kulick, Don (senast uppdaterad 2010), *queerteori*. (Elektronisk), Nationalencyklopedin, Tillgänglig: <http://ne.se.ludwig.lub.lu.se/lang/assisterad-befruktning> (2010-01-16).

RFSL (2009) *RFSL*, (Elektronisk) Tillgänglig: <http://www.rfsl.se> (2010-01-02).

Socialstyrelsen (2005), *Assisterad befruktning och fastställande av föräldraskap när båda föräldrarna är kvinnor - Meddelandeblad*, (Elektronisk), Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-1-12> (2009-12-14).

Storkkliniken (2009), *Insemination*. (Elektronisk) Tillgänglig: <http://www.storkklinik.dk/insemination/> (2009-12-31).