



## MEDICINSKA FAKULTETEN

Lesbiska kvinnors upplevelse i mötet med kvinnosjukvården.

En kvalitativ intervjustudie

Lesbian women's experience in meeting women's health care.

A qualitative interview study

Antal ord: 9251

Författare: Karolina Herde, Matilda Lundmark

Handledare: Anna-Karin Larsson

Magisteruppsats

Våren 2024

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt

**Bakgrund:** Sedan 2005 är det i Sverige lagligt för lesbiska kvinnor att bli gravida med assisterad befruktning. Det är troligt att samkönade par som skaffar barn är en växande grupp och det är viktigt för barnmorskor att ta del av deras upplevelser och får förståelse för hur deras situation kan upplevas. Studier visar att lesbiska kvinnor har goda upplevelser i mötet med vården, men att heteronormativitet förekommer.

**Syfte:** Att belysa lesbiska kvinnors upplevelser i mötet med kvinnosjukvården i Sverige inför och i samband med graviditet, barnafödande och eftervård.

**Metod:** En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. 11 lesbiska kvinnor med erfarenhet av graviditet och barnafödande intervjuades. Intervjuerna bestod av en öppen inledande fråga och följdfrågor. Insamlade data analyserades med tematisk innehållsanalys enligt Burnard et al. (2008).

**Resultat:** Resultatet sammanställdes i tre huvudkategorier; *Behov av förberedelser och vägledning*, *Behov av stöd och trygghet* samt *Behov av att ses som likvärdiga föräldrar*.

**Konklusion:** Lesbiska kvinnor upplever att mötet med kvinnosjukvården är som bäst när de blir sedda och bekräftade i sin familjekonstellation. Det förekommer negativa upplevelser i form av heteronormativitet, känslor av exkludering, dålig information och dåligt stöd.

## Nyckelord

lesbisk, heteronormativ, minoritetsstress, graviditet, barnafödande, kvinnosjukvård, upplevelse

# Innehållsförteckning

Problemområde .....	5
Bakgrund .....	5
Barnmorskans roll och arbete .....	6
En tillitsskapande relation, en grund för mötet.....	6
Den vårdande rollen och stödet .....	7
Normer, heteronormativitet och minoritetsstress .....	8
Kvinnosjukvård inför och under graviditet, barnafödande och eftervård .....	9
Perspektiv och utgångspunkter .....	10
Karlsdóttir och Halldórsdóttir.....	10
Mötet.....	11
Syfte .....	11
Metod .....	11
Urval .....	11
Instrument .....	13
Datainsamling .....	13
Analys av data.....	14
Forskningsetiska avvägningar.....	15
Resultat.....	15
Behov av förberedelser och vägledning.....	16
Unika behov påverkar graviditetsplaneringen .....	16
Svårigheterna att navigera i vården .....	18
Förberedelser för föräldraskapet.....	19
När amningsmöjligheterna är annorlunda .....	19
Behov av stöd och trygghet.....	20
Att mötas där man är .....	21
Bristfälligt stöd för en utsatt grupp.....	22
Behov av att ses som likvärdiga föräldrar.....	24
Vi är båda lika mycket föräldrar .....	24
Att möta heteronormen.....	25
Diskussion .....	26

Metoddiskussion .....	26
Resultatdiskussion.....	29
Vikten av att ses och mötas som en familj .....	29
Den bristfälliga informationen.....	30
Amning och möjligheter med två mammor .....	31
Konklusion och implikationer .....	32
Referenser.....	33
Samtyckesblankett.....	42

## Problemområde

Ett gott stöd och trygghetsskapande från barnmorskan ligger till grund för ett bra möte och en god upplevelse i vårdsituationer (Karlsdóttir och Halldórsdóttir, 2022). Lesbiska kvinnor upplever positiva möten med kvinnosjukvården inför och i samband med graviditet och förlossning och det beskrivs vara som bäst när homosexualitet anses vara naturligt och accepterat. Lesbiska kvinnor vill bli behandlade som vilka blivande föräldrar som helst, men vill även att hänsyn ska tas till deras speciella situation och familjekonstellation (Larsson & Dykes, 2009; Wells & Lang, 2016). Flera studier visar att heteronormativitet förekommer och kommuniceras i vården (Appelgren et al., 2018; Haines et al., 2018; Moegelin et al., 2010; Klittmark et al., 2019; Munson & Cook, 2016; Thorup et al., 2022). Exempelvis kan vårdpersonal göra heteronormativa antaganden och visa på bristande kunskap bland annat genom att HBTQ-personer får inta en undervisande roll i mötet med vården (Klittmark et al., 2019; Larsson & Dykes, 2009). Statens offentliga utredningar utkom 2001 med en rapport som konstaterar att barn med homosexuella föräldrar inte skiljer sig i utveckling från barn med heterosexuella föräldrar (SOU, 2001:10) vilket har lett till förbättrade möjligheter att bli föräldrar för homosexuella par (Borneskog Sinclair & Häggström Nordin, 2022). Det är troligt att samkönade par som startar familj är en växande grupp och att barnmorskor i allt större utsträckning möter kvinnopar vilket gör det angeläget att barnmorskor ökar sitt kunskapsområde om föräldragruppen (Borneskog Sinclair & Häggström Nordin, 2022).

## Bakgrund

### Lesbiska kvinnor och möjligheten att bli gravida

Begreppet *lesbisk* innebär en person som primärt identifierar sig själv som kvinna och som attraheras av och blir kär i andra kvinnor (RFSL, 2022a). År 2003 blev det möjligt för homosexuella att adoptera barn och 2005 kom lagen som tillåter kvinnor i samkönade relationer att bli gravida med hjälp av assisterad reproduktion (Borneskog Sinclair & Häggström Nordin, 2022). Barnafödande i samkönade äktenskap var relativt ovanligt under 1990-talet, men ökade för kvinnor i samkönade äktenskap efter lagändringarna som skedde under början av 2000-talet (Kolk & Andersson, 2020). Innan 2003 var det inte möjligt för barn att ha två juridiska föräldrar av samma kön och lesbiska mödrar ansågs vara

ensamstående trots att de bildat familj med sin partner. Innan Sverige införde rätt till assisterad reproduktion för lesbiska var det många som åkte utomlands för behandling. Flera skaffade även barn med män, exempelvis ur bekantskapskretsen (SFOG, 2018). Sedan 1:a januari 2022 gäller föräldraskapspresumtion alla gifta par oavsett kön eller sexualitet. Den som är gift med en person som föder barn räknas därigenom automatiskt som förälder. I de fall då barnet kommit till med hjälp av assisterad befruktning finns flera kriterier som måste uppfyllas för att den ickefödande ska räknas som förälder utan att behöva genomgå en närståendeoption (RFSL, 2024).

## Barnmorskans roll och arbete

### *En tillitsskapande relation, en grund för mötet*

Under stora och omvälvande livshändelser är det inte bara eftersträvansvärt med ett gott bemötande utan det behövs även ett *möte* där två personer möts likvärdigt och inte enbart som vårdpersonal och patient. Mötet möjliggör att patienten blir sedd och bekräftad. Att bli sedd är ett grundläggande existentiellt behov och är en viktig del av vårdandet (Strang, 2014).

Lesbiska kvinnor kan uppleva oro inför hur barnmorskor ska reagera när kvinnorna berättar att de är homosexuella (Röndahl et al., 2009). Vårdpersonal har en maktposition vilket kan göra det svårt för lesbiska kvinnor att komma ut då de kan vara rädda för att de inte ska få tillräcklig hjälp och vård (Munson & Cook, 2016). Tidig inkludering av icke bärande mamma är viktigt för att paret ska uppleva att de är en etablerad familj, och är också en viktig del för att barnmorskan ska upplevas som öppensinnad och tolerant (Wells & Lang, 2016; Röndahl et al., 2009). När barnmorskan automatiskt antar att den icke bärande mamman är en syster eller väninna kan det upplevas kränkande och göra att den icke bärande mamman känner sig osynliggjord (Malmqvist et al., 2019). Om lesbiska kvinnor inte känner sig trygga med att söka vård på grund av rädsla att bli bemötta på ett heteronormativt sätt så kan de gå miste om information (Munson & Cook, 2016). De ord barnmorskan använder är viktiga för att blivande föräldrar ska känna sig inkluderade (Spidsberg & Sørli, 2012; Thorup et al., 2022; Wells & Lang, 2016). Det förekommer både positiva och negativa erfarenheter från vården och lesbiska icke bärande mammor kan uppleva positiv särbehandling genom att exempelvis i högre utsträckning inkluderas av vårdpersonal. Exempelvis kan de av barnmorskor uppmuntras till att amma sitt barn (Malmqvist et al., 2019).

Att kunna ge adekvat emotionellt stöd under en förlossning kräver god och skicklig kommunikation samt förmåga att skapa tillit (Thies-Lagergren & Wiklund, 2022). Barnmorskor kan inte veta vad kvinnan och medföräldern känner eller vill så länge en dialog inte finns. När barnmorskan använder kommunikativa verktyg kan dialogen öppnas och stärka barnmorskans självförtroende i mötet med lesbiska kvinnor (Spidsberg & Sørлие, 2012).

### *Den vårdande rollen och stödet*

*Stödet* är en viktig del av det professionella vårdandet och är en interaktiv process som kan hjälpa en individ i flera situationer genom livet. Det professionella stödet avser det stöd som kan ges utifrån kunskapen en profession besitter. Barnmorskor har en stödjande roll inom alla de verksamhetsområden de befinner sig i (Lundgren & Berg, 2022).

Barnmorskors arbete ska ha ett etiskt, holistiskt och hälsofrämjande förhållningssätt grundat på evidens (SFOG, 2008). Barnmorskor handlägger självständigt vården under en normal graviditet och ska även stödja kvinnan och medförälder på vägen mot att bli föräldrar. De styr besöken och förhållningssättet är viktigt för hur vården kan uppfattas. I barnmorskornas vårdande relationer bör både möjligheter och risker ges utrymme utifrån de blivande föräldrarnas livssituation och vara grunden för att främja deras hälsa (Olsson, 2010).

Barnmorskor erfar att lesbiska blivande icke bärande mammor har lättare att hitta sin plats i förlossningsrummet än blivande fäder har, men barnmorskorna själva var rädda för att omedvetet sår eller förolämpa kvinnorna (Spidsberg & Sørлие, 2012). Att tillhandahålla en vård som genererar goda förlossningsupplevelser är viktigt då det är en händelse som påverkar modern och barnets framtida mående, välbefinnande och relation samt påverkar relationen mellan kvinnan och medföräldern. Kontinuerligt stöd från barnmorskan under förlossningen minskar risken för komplikationer såsom instrumentella förlossningar och bör introduceras tidigt för att maximera det positiva utfallet (Lundgren, 2018). Under hela förlossningen observerar och undersöker barnmorskan både fysiskt med medicinsk teknik och med sina sinnen för att bekräfta att mor och barn mår bra och att förlossningen fortlöper utan komplikationer och med så få störningsmoment som möjligt (Thies-Lagergren & Wiklund, 2022).

## Normer, heteronormativitet och minoritetsstress

*Normer* brukar förklaras som det oskrivna regelsystem som styr över våra beteenden, hur vi förväntas agera eller reagera i vissa sammanhang. Det sker oftast omedvetet och oreflekterat och normerna blir synliga först när någon bryter mot dessa. Våra handlingar kontrolleras av normer genom att identifiera vad som anses vara normalt och vad som anses vara avvikande. Normativitet kallas det maktsystem som upprätthåller och reproducerar normer (Foucault, 1976).

*Heteronormativitet* bör förstås som det maktsystem som genom strukturer, institutioner, relationer och handlingar vidmakthåller heterosexualiteten som den normala sexualiteten och att homosexualitet, bisexualitet och andra sexualiteter anses vara avvikande.

Heteronormativitet är således ett förgivettagande om att heterosexualiteten är det naturliga och att alla individer är heterosexuella. Att följa normen kan ge flera fördelar i samhället medan de som bryter mot den kan bestraffas (Rosenberg, 2002).

Lesbiska kvinnor upplever goda möten med vården och upplever generellt att vårdpersonal är välutbildade och öppensinnade. Även om själva mötet med vården i stunden inte var ett gott möte så upplever kvinnorna ofta att de överlag är nöjda och det finns belägg för att kvinnor i samkönade relationer har både positiva och negativa erfarenheter (Wells & Lang, 2016). När heteronormativitet förekommer i mötet med vården kan det medföra att HBTQ-personer känner sig osynliggjorda och exkluderade. Lesbiska kvinnor vet inte vilka möten med vården som kommer förmedla heteronormativitet och vilka som kommer att upplevas som positiva vilket kan medföra en känsla av osäkerhet inför varje nytt möte (Munson & Cook, 2016).

I samhället finns strukturer som innebär ökad stress för minoriteter. Strukturerna skapar ojämlikhet, fördomar och bidrar till stigmatisering av minoriteter i samhället, men även i de enskilda mellanmänniska mötena. Begreppet *minoritetsstress* synliggör att de som bryter mot samhällets normer kan uppleva diskriminering, marginalisering och hot. Även i de fall där personen personligen inte upplevt något liknande kan minoritetsstress uppstå till följd av att veta vad andra i samma minoritetsgrupp utsatts för (Malmquist et al., 2024).

Graviditeten i sig skiljer sig inte åt mellan heterosexuella och lesbiska kvinnor, men upplevelsen av omhändertagandet under graviditet och barnafödande kan skilja sig åt (SFOG, 2018). I det blivande föräldraskapet kan lesbiska kvinnor möta heteronormativitet vid exempelvis föräldrautbildningar där fokus ligger på situationer som rör blivande mammor och



pappor, särskilt när utbildningarna delas in i mamma- och pappagrupper (Larsson & Dykes, 2009; Malmquist et al., 2019). Under förlossning, där kvinnan redan är i en sårbar situation, bidrar heteronormativa antaganden till en ökad stress (Malmquist et al., 2019). Vid komplikationer är HBTQ-personer extra utsatta och kan prioritera bort att be om hjälp och stöd för att de har en föreställning om att personalen redan har svårigheter med att möta deras HBTQ-identiteter. Särskilt tydligt blir detta vid komplikationer som leder till separation från barnet (Klittmark et al., 2023).

## Kvinnosjukvård inför och under graviditet, barnafödande och eftervård

Vid assisterad befruktning får lesbiska och heterosexuella par samma behandling med undantag för att spermiedonation alltid krävs för kvinnor i samkönade parrelationer samt att äggledarna alltid spolats för att säkerställa passage för insemination (SFOG, 2018). Om insemination inte leder till graviditet går behandlingen vidare med IVF (in vitro fertilisering) (Skoog Svanberg & Sydsjö, 2022) där ägg befruktas med spermier utanför kroppen för att sedan återinföras i livmodern (RFSL, 2022b).

Mödravårdens syfte är att genom undersökningar undvika och förebygga komplikationer för moder och barn samt ge psykosocialt stöd, undervisa om hälsa och förbereda inför förlossning och föräldraskap. Vid en okomplicerad graviditet består vården av ett antal barnmorskebesök och frivilliga ultraljud. Det erbjuds ofta även föräldrautbildningar i grupper (Olsson, 2010).

Förlossningen och att bli förälder är en av de största och mest omvälvande utmaningarna i en persons liv, därför är det av stor vikt att de blivande föräldrarna bemöts med respekt (Thies-Lagergren & Wiklund, 2022). Att kvinnan ska få en positiv upplevelse är ett mål inom förlossningsvården, men trots det utvärderas vården genom förlossningsutfallet och mäts i mödra- och barnadödlighet (Lundgren, 2018).

Eftervården omfattar kontroller och vård på sjukhus, patienthotell samt den första tiden efter utskrivning. Förlossningen och BB har ansvar för vård av kvinna och barn i sju dagar efter förlossningen. Under eftervården inkluderas även partner både utifrån sina egna behov, men även utifrån det faktum att den nyförlösta kvinnan behöver stöd (Socialstyrelsen, 2022).

## Perspektiv och utgångspunkter

### *Karlsdóttir och Halldórsdóttir*

Karlsdóttir och Halldórsdóttir (2022) har skapat teorin *A Theory of Professionalism in Midwifery for the Empowerment of Childbearing Women*, där de ställer upp de olika kompetenser och karaktärsdrag en barnmorska bör ha för att vara *professionell*, kunna möta kvinnan och medföräldern och stärka *empowerment* hos dem (Karlsdóttir & Halldórsdóttir (2022). Empowerment innebär att barnmorskan stärker kvinnans självförtroende genom att hjälpa henne att se sina egna styrkor (Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 2011).

Teorin utgår från att det finns fem olika aspekter i barnmorskans professionalism som skapar den professionella barnmorskan. Den första aspekten består av *kompetens* och innebär att barnmorskan genom att använda sig av evidensbaserad vård skapar en säker och trygg miljö för kvinnan, barnet och medföräldern. Den andra aspekten består av *vårdande* där barnmorskan genuint bryr sig om kvinnan och medföräldern, visar dem empati, är lyhörd för deras behov och är respektfull gentemot dem. Barnmorskan är medveten om att hon har ett ansvar gentemot kvinnan, medföräldern, professionen och samhället i stort. Den tredje aspekten består av *interpersonell* kompetens där barnmorskan har förmåga att kommunicera empowerment. Barnmorskan kan initiera kommunikation, informera och uppnå professionell intimitet så att kvinnan kan uttrycka sig fritt. Den fjärde aspekten består av *professionell visdom* där barnmorskan arbetar utifrån både kunskap och erfarenhet med öppenhet och kritiskt tänkande gällande nya idéer som kan förbättra barnmorskans arbete. Vidare vet barnmorskan när och hur man bör be om assistans då det behövs. Den femte aspekten är *utveckling* och består av att barnmorskan strävar efter både personlig och professionell utveckling för att utöka sin positiva attityd. Barnmorskan är självmedveten, har ett normalt självförtroende och förstår vikten av att lära sig under hela sin livstid. Resultatet av de fem aspekterna är att kvinnan ser barnmorskan som professionell och en viktig följeslagare under graviditet och barnafödande. Barnmorskans professionella kompetens genererar trygghet, avslappning, att kunna vara sig själv och ökat självförtroende. Genom att självförtroendet byggs upp känner sig kvinnan framgångsrik, vilket är en förutsättning för att kunna få en positiv förlossningsupplevelse (Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 2011). I föreliggande studie kommer resultatet att diskuteras med utgångspunkt från teorin av Karlsdóttir & Halldórsdóttir

och de olika aspekter som krävs för att barnmorskan ska vara kompetent och skapa empowerment hos de blivande föräldrarna.

### *Mötet*

*Professionellt bemötande* kan vara eftersträvansvärt vid avgränsade kontakter och problem. Vid kortare kontakter med vården är det ofta önskvärt med ett vänligt bemötande och att få hjälp och frågor som är relevanta för stunden, men ett djupare möte är då inte nödvändigt. I det djupare *mötet* ingår, förutom professionellt bemötande, även att subjekt-objekt upphör och att vårdpersonal möter patienten som en medmänniska (Strang, 2014). I föreliggande studie definieras *möte* utifrån den definition som görs av Strang (2014) och avser även det professionella bemötandet och korta kontakter med kvinnosjukvården.

## **Syfte**

Lesbiska kvinnors upplevelser i mötet med kvinnosjukvården i Sverige inför och i samband med graviditet, barnafödande och eftervård.

## **Metod**

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Kvalitativa studier syftar till att förstå människans levda erfarenheter genom insamling och analys av beskrivande och subjektiva data (Polit & Beck, 2020). Insamlat material analyserades genom tematisk innehållsanalys enligt Burnard et al. (2008) där data analyseras för att identifiera och sammanställa gemensamma kategorier (Burnard et al., 2008).

## **Urval**

De kriterier som uppställdes för att delta i studien var: lesbisk kvinna med erfarenhet av graviditet och eventuellt barnafödande som antingen bärande mamma eller icke bärande mamma för max tio år sedan. Kriteriet på tio år togs med för att fånga upp de lagförändringar

som skett från 2005 och framåt samtidigt som det inte skulle vara så länge sedan att detaljer i mötet med kvinnosjukvården hade kunnat glömmas bort. Det gjordes ett strategiskt urval av respondenter till studien vilket enligt Malterud (2011) innebär ett riktat val av respondenter som är ändamålsenligt utifrån syftet för att få ut rik och relevant data för att säkerställa resultatets trovärdighet. Kvinnorna rekryterades från sociala medier. Efter att ha undersökt utbudet av relevanta instagramkonton skickades en förfrågan om att få posta information om studien först ut till tre instagramkonton varav ett: *Lesbisk gravidpodd* svarade ja vilket genererade en intervju med två kvinnor. Efter tips från ett instagramkonto skickades sedan även en förfrågan till administratörer för facebook-gruppen *Regnbågsfamiljer* där sedan ett inlägg postades vilket genererade sex intervjuer med nio kvinnor. Kvinnorna tillfrågades även om de kunde tipsa vidare om studien till kvinnor som uppfyllde inklusionskriterierna för att få till ett snöbollsurval. Snöbollsurval innebär att välja nya deltagare för datainsamling genom att få information om dem av redan existerande deltagare (Yin, 2013) men inga ytterligare intervjuer genererades till sist genom snöbollsurval. Efter dessa rekryteringar ansågs materialet mättat varför ytterligare rekrytering ej ansågs nödvändigt. Mättnadsgraden anses ofta vara ett kriterium för att avgränsa urvalet, ett material anses vara mättat då ytterligare datainsamling inte tros tillföra ytterligare kunskap (Malterud, 2011).

Kvinnorna intervjuades under vintern och våren 2024. Gruppen bestod av 11 lesbiska kvinnor bosatta runt om i Sverige. Deras ålder varierade från 27 till 35 år. Barnens åldrar sträckte sig från 4,5 månader till 7 år.

Tabell 1 Sammanställning av informanter

Informant	Intervju	Förälder	Eventuella förlossningar
1	1	bärande	1 förlossning
2	1	icke-bärande	
3	2	bärande	2 förlossningar
4	3	bärande	gravid
5	3	icke-bärande	
6	4	bärande	1 förlossning
7	4	icke-bärande	
8	5	bärande	2 förlossningar
9	6	bärande	2 förlossningar

10	7	icke-bärande	
11	7	bärande	gravid

## Instrument

Studien har en kvalitativ ansats vilket syftar till att förstå människans levda erfarenheter genom insamling och analys av beskrivande och subjektiva data (Polit & Beck, 2020). Kvalitativa intervjuer innebär en dialog med öppna frågor för att få deltagarna att beskriva sina erfarenheter med egna ord (Yin, 2013). Intervjuerna genomfördes med hjälp av en intervjuguide med öppna och semistrukturerade frågor (bilaga 1). Semistrukturerade intervjuer möjliggör en flexibilitet i intervjuandet genom att ha en eller flera förberedda frågor och sedan följa upp svaren med fördjupande frågor (Polit & Beck, 2020). Samtliga intervjuer inleddes med den öppna frågan - *Kan du berätta för mig om din upplevelse av mötet med hälso- och sjukvården i samband med graviditeten och förlossningen?*, varefter intervjun fortlöpte i dialogform.

Före intervjun fick kvinnorna ta del av ett informationsbrev angående studien och informerat samtycke inhämtades både till att medverka i studien samt att studien spelades in (bilaga 2). Samtycket inhämtades både genom skriftlig påskrift av samtyckesblankett och muntligen i början av varje intervju. Deltagarna informerades även om att deltagandet är frivilligt och att de hade rätt att avbryta intervjun när som helst eller dra tillbaka sitt deltagande (World Medical Association, 2022).

## Datainsamling

Kvinnorna kontaktade först författarna via mejl då de svarade på de poster som lagts ut på sociala medier. De fick ta del av informationsbrev och samtyckesblankett, sedan bestämdes datum och klockslag för intervjun. Samtliga kvinnor intervjuades via zoom. Intervjuerna tog mellan 35 - 50 minuter. Vid tre intervjuer medverkade båda författarna till studien och vid fyra intervjuer var en av författarna med. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant. Två informanter återkom senare med kompletterande information i varsitt mejl vilket har inkluderats i resultatet.

## Analys av data

Insamlade data har analyserats utifrån den tematisk innehållsanalys enligt Burnard et al. (2008). Efter att allt material insamlats och transkriberats lästes texterna i sin helhet för att få en känsla av innehållet samtidigt som det gjordes anteckningar i marginalen. I nästa steg gjordes en öppen kodning av allt material vilket enligt Burnard et al. (2008) betyder att ord eller fraser skrivs ut i marginalerna för att sammanfatta vad som diskuteras. De delar i texten som inte hade med ämnet att göra kodades inte utan benämndes *dross*. Den öppna kodningen resulterade i 80 koder vilka sedan lästes igenom, liknande koder sammanslogs och arbetades ner till 60 koder. För att säkerställa analysen användes en form av utredartriangulering (Bhandari, 2022) vilket innebär att när alla intervjuer analyserats skickades fyra analyserade intervjuer digitalt till handledaren för validering av analysen. Den reviderade kodlistan lästes sedan åter igenom för att se vilka som har överlappande innehåll och sedan grupperades i tre kategorier. Den slutgiltiga listan formade ett kategorisystem som innefattade samtliga intervjuers innehåll. Intervjuernas innehåll färgkodades sedan för att klippas ut och klistras in i gemensamma dokument.

Tabell 2 Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenheter	Öppen kodning	Underkategori	Kategori
<i>."men där har vi ju, där fick inte vi hjälp av vården överhuvudtaget utan vi har ju varit med i såna här grupper på Facebook. Där de liksom... vi bor här, vi ska göra de här testerna, kan ni rekommendera ett ställe som gör det här?"</i> <i>intervju 4, informant 6</i>	Fick inte hjälp av vården överhuvudtaget  Vi har varit med i grupper på facebook	Behov av egna relevanta informationskanaler	Svårigheterna att navigera i vården	<b>Behov av förberedelser och vägledning</b>
<i>"Ja, hon var bra. Hon var lite äldre, väldigt så här liksom lite mer, jag upplevde det lite mer så här varm,</i>	Hon var bra, varm och traditionell	fin kontakt	Att mötas där man är	<b>Behov av stöd och trygghet</b>

<i>traditionell” intervju 5, informant 8</i>				
<i>“men det är lite konstigt. Varför har de inte frågat så, frågat om det här när det nu ändå finns 4 bröst här” intervju 7, informant 10</i>	varför frågar de inte om det?	samamning	När amningsmöjligheterna är annorlunda	<b>Behov av förberedelser och vägledning</b>

## Forskningsetiska avvägningar

Enligt etikprövningslagen godkänns endast forskning som kan utföras med respekt för människovärdet och människors välfärd är viktigare än vetenskapens behov (SFS 2003:460). En ansökan skickades till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) inför att studien skulle påbörjas för rådgivande yttring. VEN hade inga invändningar mot att studien skulle utföras som planerat. Enligt Vetenskapsrådet (2002) finns det fyra huvudkrav för forskning. Enligt *informationskravet* har studiens deltagare informerats om uppgiften, dess villkor samt att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas. Samtycke till att medverka i studien inhämtades i enlighet med *samtyckeskravet*. Deltagarnas identitet och uppgifter har skyddats i enlighet med *konfidentialitetskravet* så att de inte kan identifieras av obehöriga. Alla uppgifter och data som samlats in kommer enbart att användas i forskningssyfte enligt *nyttjandekravet*. I enlighet med Helsingforsdeklarationen har allt insamlat material förvarats säkert; ljudfilerna har sparats på enhet med kodlås och transkriberade intervjuer sparats i utrymme som endast författarna har haft tillgång till (World Medical Association, 2022).

## Resultat

Analysen resulterade i tre kategorier; Behov av förberedelser och vägledning, Behov av stöd och trygghet och Behov av att ses som likvärdiga föräldrar. Subkategorier fastställdes under analysen till varje kategori och dessa presenteras i figur 1 nedan.



Figur 1 sammanställning av kategorier och subkategorier

## Behov av förberedelser och vägledning

Kvinnorna beskrev att de hade behov av förberedelser och planering utifrån sina speciella förutsättningar. Vid tiden inför och under graviditet, barnafödande och eftervård behövdes information och vägledning vilket kunde vara svårt att få från vården. Kvinnorna uttryckte även att de diskuterat vem som skulle bära barnet och vilka skälen var.

### *Unika behov påverkar graviditetsplaneringen*

I resultatet framkom att lesbiska par behöver planera sin graviditet på ett annat sätt än vad heterosexuella par behöver göra. Bland annat framkom det att paret diskuterat vem av dem som skulle bära barnet, vilket var extra tydligt när den andra graviditeten planerades. Tidigare traumatiska förlösningar och eventuellt biologiskt släktskap mellan syskon var faktorer som var avgörande för vilken mamma som skulle bära barnet vid den andra graviditeten. Även rädsla för att inte känna anknytning till barnet framkom som anledning till vem som skulle bära barnet.



*“Hur gör vi med det här? Det blev liksom ett litet dilemma som sen landade in i att jag har fött båda barnen och att de är dels att de är väldigt lika varandra utseendemässigt, men också temperamentmässigt. De bär liksom någonstans med sig något som är litet kitt på dem(...)”*

*- informant 9*

*“Från början så var det ju [min fru] som skulle bära. Och det ändrade sig i liksom sista sekund för att jag jag bröt ihop och sa, jag kommer inte känna någon anknytning till det här barnet.” - informant 8*

Lagstiftning och vårdens riktlinjer togs i beaktning innan graviditeten påbörjades. Det söktes information i grupper på sociala medier om huruvida livssituation, hälsa och arbetssituation skulle komma att ifrågasättas under processen. Om graviditeten skulle ske med heminsemination kunde äktenskap genomföras för att undvika faderskapsutredning.

*“ Det var ganska nervöst innan. Och veta vilka frågor de kommer ställa, och vad kan vara fel och inte? Jag fick ett nytt jobb och bytte kommun. Då fick jag bara ett vikariat till att börja med och då googlade jag jättemycket och försökte att kolla i facebookgrupper och allt möjligt. [inför lämplighetsbedömning]” - informant 5*

Kvinnorna reflekterade över orättvisan att de behövde genomgå en granskning för att få barn när heterosexuella kan skaffa barn utan att vården lägger sig i. Att behöva genomgå en utredning inför att få hjälp med assisterad befruktning kunde kännas konstigt och obekvämt även om det fanns förståelse för varför utredningen skulle göras.

*“Jag kände mig obekvämt innan vi skulle gå in i det, men jag kände mig inte obekvämt under det samtalet.” - informant 2*

*“Men så är det väl i och för sig för heterosexuella nu också om man får assisterad befruktning och så. Men det känns lite speciellt att gå på de här samtalen där man ska bli bedömd om man är lämplig eller inte och jag tyckte i alla fall att det var ganska nervöst innan det.” - informant 5*

## *Svårigheterna att navigera i vården*

Det framkom att den initiala kontakten med vården inte alltid var så lätt och att veta vart de skulle vända sig för att få hjälp med att påbörja processen med insemination kunde vara svårt. En av kvinnorna hade vänt sig till vårdcentralen för att få hjälp att komma vidare, men när hon uppgav att hon levde i ett samkönat förhållande hade hon fått svaret att de inte kunde hjälpa henne och att hon skulle vända sig till Reproduktionsmedicinskt Centrum (RMC).

*“(...) att man möttes av ganska mycket motstånd och framförallt när jag kontaktade min vårdcentral och hon blev så tyst när jag sa att jag levde med en kvinna att jag var liksom (...) Är du kvar? Jag trodde det bröts, för hon blev helt tyst.” - informant 6*

Då väntetiden på RMC var mycket lång kunde privata mottagningar eller att åka till Danmark vara alternativ. Vid byte av mottagning från privat till regional kunde motgångar uppstå i form av att provtagning och kuratorssamtal behövde göras på nytt vilket skapade uppehåll under inseminationsprocessen. Felaktiga direktiv förekom i form av att provtagning var tvungen att tas om trots att det inte var nödvändigt.

*“Det var ju någon gång vi inte fick påbörja IVF för att vi inte tagit de här proverna. Då var vi tvungna att vänta en månad. Och vi fick ingen notis om det heller, alltså, vi fick ingen påminnelse om att vi behövde ta proverna.” - informant 5*

Hinder kunde uppstå i form av olika direktiv i den svenska och den danska vården. Vid assisterad befruktning i Danmark kunde undersökningar och provtagning utföras i Sverige för att hålla nere kostnaderna vilket skapade motgångar när vårdens direktiv skiljde sig åt mellan länderna. Det framkom stor brist på information om var kvinnorna kunde vända sig för att få undersökningar utförda. När kvinnorna inte fick informationen från vården sökte kvinnorna i stor utsträckning på internet och i facebook-grupper för att hitta relevant information gällande deras situation då de upplevde att vården inte kunde hjälpa dem.

*“Men det var ju inte vi som fick hjälp av vården utan det var vi som fick hjälp av andra som gjort samma sak, som själva har hittat den här kliniken. Så att, så att, just det här att veta var man ska vända sig, det vet inte vården heller.” - informant 7*

### *Förberedelser för föräldraskapet*

Valet av mödravård kunde vara ett aktivt val baserat på att mödravården hade en speciell HBTQ-inriktning där det kunde finnas föräldragrupper för lesbiska par. Att få genomgå föräldrautbildningar och ha diskussioner i en grupp med andra lesbiska kvinnor upplevdes som mycket positivt då det ingav trygghet och lugn att befinna sig i en kontext där de var normen.

*“(...) men vi som har en väldigt snäv, eller liten grupp lesbiska kompisar tyckte att det där var jätte-jättevärdefullt att få prata i ett sammanhang utan att behöva tänka efter hur man säger eller prata om olika saker.” - informant 3*

Tankarna kring föräldrautbildningar i storgrupp varierade. Det fanns en samstämmighet i tankarna inför gruppföreläsningarna att det skulle kunna upplevas obekvämt att vara i minoritet bland många heterosexuella par, men resultatet blev förhållandevis positiva upplevelser. Innehållet i föreläsningarna upplevdes som relevant och informativt och själva framförandet var inkluderande enligt kvinnorna.

*“Så när vi kom in i rummet så satt ju alla heteropar där och så kom vi och bara, hur blir nu detta? Hur ska man nu känna? Ska man sitta och känna sig liksom icke-inkluderad i detta?” - informant 4*

*“Den var ju väldigt inkluderande, var väldigt informativ på ett alltså rent kroppsligt sätt och det passar ju alla alltså.” informant 11*

Tidigare dåliga erfarenheter av storgruppsföreläsningar kunde leda till att paret valde bort föräldrautbildning i storgrupp vid nästa graviditet.

*“Alltså den var kanske inte heteronormativ, själva utbildningen, men STÄMNINGEN var det. Så det kändes obekvämt och det var inget vi ville uppleva igen.” - informant 3*

*När amningsmöjligheterna är annorlunda*

Kvinnorna planerade även kring amning och matning. Ämnet samamning framkom i hög utsträckning och det skilde sig åt vilken information kvinnorna fått kring ämnet. I de fall barnmorskan tog upp frågan på mödrahälsovården uppskattade samtliga kvinnor att de blivit tillfrågade oavsett vad deras inställning till samamning var.

*“Hon t o m frågade om [min fru] hade övervägt att försöka amma också - det kändes fint, att vi tog upp [flaskmatning] som för oss handlade om inkludering, och hon kunde ge fler alternativ som kunde passa oss och att vi kunde få hjälp med det om vi ville.” - informant 8*

Det framkom även att kvinnorna kunde uppleva att de inte kände sig bekväma med att ställa frågor kring samamning, varken hos barnmorskan eller vid de digitala kurser som de deltog i. Barnmorskornas kompetens kring ämnet ifrågasattes även och kvinnorna sökte i stor utsträckning information på egen hand. Det framkom även exempel på att kvinnor inte fått någon information om amning alls under barnmorskebesöken utan istället uppmanats att läsa på själva om de önskade amma.

*“Nu känns det ju väldigt tryggt att bara kunna säga sådär att - Jaa, han snuttar på mig också. Ibland vill han ha bröst utan mjölk och ibland vill han ha bröst med mjölk och vi har dubbla uppsättningar (...) men jag minns att jag som i början var ganska obekvämt med, jag visste inte riktigt vilka reaktionerna skulle bli.” - informant 2*

*“Jag tänker att som såhär. Vi har ju en jättefin barnmorska, men det är inte som att jag känner såhär att vi kan fråga henne om råd. Om DET. För att eeh, jag tänker att hon inte har kompetens kring det.” - informant 1*

## Behov av stöd och trygghet

Kvinnorna upplevde ett behov av att få stöd från kvinnosjukvården och det framkom både positiva och negativa möten.

### *Att mötas där man är*

I resultatet framkom att ett gott bemötande och en fin kontakt ligger till grund för att kvinnorna ska uppleva ett gott stöd och trygghet. De lesbiska kvinnorna upplevde överlag gott bemötande i mötet med vårdpersonal. Tyngdpunkten låg ofta på att de blivit behandlade som vem som helst och att de upplevt det oproblematiskt att de var två kvinnor som skulle få barn tillsammans. Egenskaper hos vårdpersonalen som lyfts var att de varit inkännande, tagit sig tid att lyssna samt att kvinnorna känt att de blivit tagna på allvar.

Flera av kvinnorna uppgav att det ingav trygghetskänslor att veta att det vände sig till en HBTQ-inriktad verksamhet och att de visste att barnmorskorna där var vana vid att ta hand om samkönade par. Faktorer som uppgavs betryggande var att de inte behövde sticka ut i sammanhanget och att de inte behövde förklara sig eller deras situation. Det framkom även att HBTQ-symboler kunde ha en positiv inverkan.

*“Den lilla Pride flaggan där betydde något för mig. När man kommer in och ska föda barn så är man väldigt sårbar. Och man har alltid med sig, Ja, men hur ska vi nu berätta det här? Hur ska vi behöva förtydliga att vi vill gå tillsammans och så? Men att hon hade den prideflaggan, det var som att då, då sänkte jag mina axlar jättemycket. Tänk vad en symbol kan göra.” - informant 9*

Att få stöd efter tidigare traumatiska händelser var av stor vikt. När barnmorskor vid en andra graviditet stöttade kvinnorna och informerade dem om deras rättigheter ingav det en känsla av att kvinnorna kunde ta kontroll över sina situationer. Kvinnorna upplevde att de fick gott stöd när de träffade vårdpersonal som bekräftade deras tidigare upplevelser och gav dem möjligheter i den nya graviditeten. Med stödet vågade kvinnorna ställa krav utifrån sina behov och önskemål.

*“Min barnmorska hon blev som nästan sur när jag sa att jag bara så skulle flyta med. Hon bara - Du kan absolut inte bara flyta med, du har en skyldighet att ta och göra informerade val! Hon sa nu måste du läsa på och bestämma dig för hur du vill ha det, din förlossningsupplevelse! Och det är jag väldigt, väldigt tacksam för.” - informant 3*

Flertalet kvinnor lyfte vikten av gott stöd och trygghet för att amningen skulle komma igång och fungera bra. Det framkom att personal på BB som var engagerad och närvarande när amningen etablerades upplevdes som ett mycket gott stöd. De kvinnor som hade kontakt med personalen på neonatalavdelning upplevde ett starkt stöd från dem kring amning trots att barn och nyförlöst mamma var separerade.

### *Bristfälligt stöd för en utsatt grupp*

Otillräckligt stöd tog sig bland annat uttryck genom att inte få stöttning och information vid komplikationer och svårigheter. Det framkom att kvinnorna upplevt komplikationer exempelvis genom missfall, extrauterin graviditet, preeklampsi samt akuta- och urakuta kejsarsnitt. Kvinnorna upplevde att de fick bristfällig information vid tiden för komplikationerna och att de många gånger behövde göra undersökningar och interventioner som vården menade var nödvändiga. Vidare framkom det att kvinnorna hade en rädsla över att inte bli lyssnade på under förlossningen samt att inte få förståelse för deras speciella situation som lesbiska. En strategi som framkom var att ta in en doula med den dubbla kompetensen att både leva i en lesbisk familj och att arbeta inom vården. När kvinnorna inte fick någon uppföljning eller frågor kring hur de mätte upplevdes känslor av utsatthet, ensamhet och av att bli nonchalerade. Erfarenheterna kunde i efterförloppet resultera i odiagnostiserade förlossningsdepressioner på grund av utebliven uppföljning.

*“Vi visste inte vad vi hade att förlora eller värdet i att se någonting slå där inne. Men det fick vi ju erfara då, men det var liksom ingen.. jag ringde in sen igen när mensen kom tillbaka och vi var redo igen. Men det var aldrig några frågor. Om hur det var, eller hur vi mätte.” -*

*informant 11*

*“Det var som att alla, kanske framförallt då mödravården slätade över det sen. Och så såhär, men vadå nu har ni fått en bebis. Så jag förstod inte det (...) och jag började sen gå i terapi två år efter den här förlossningen. Och då sa nån - men gud, det här är ju ett trauma.” -*

*informant 3*

Hinder uppstod också i de fall kvinnorna ville få uppföljning kring sitt fysiska mående. Information kring ingrepp och hur de påverkat kvinnornas kroppar var svårtillgänglig och kvinnorna visste inte vem de skulle fråga eller vända sig till för att få svar. Då frågor om

preventivmedel stryktes vid efterkontrollen på mödrahälsovården fanns det ingen naturlig ingång till att prata om hur ingreppet under förlossningen påverkat fertiliteten. Att få till provtagningar och uppföljningar på egen förfrågan möttes med bristande vilja att hjälpa till från vårdens sida.

*“(…) men det var inga uppföljningar planerade och jag var så här åh, vi har precis haft ett missfall och nu är vi i de sköra veckorna fortfarande med den graviditeten som är och ingen vill följa upp oss förrän vårt inskrivningssamtal, som då är typ 4 veckor bort. Det var väldigt oroligt.” - informant 11*

*“(…) jag har som inte heller fått någon information alltså egentligen undrar jag, även om jag säger aldrig mer igen, så undrar jag liksom så här (...) alltså skulle jag kunna vara gravid igen eller vad är statusen på min livmoder? Är den trasig, eller är det en för stor risk? Svårt att veta!” - informant 3*

Stödet under eftervården upplevdes bristfälligt både angående bemötande, stöttning och smärtlindring. Stödet vid amning och matning av barnet kunde upplevas otillräcklig på BB-avdelningen. Det hände att vårdpersonal vände sig till kvinnorna med frågor kring flaskmatning som de själva önskat få hjälp och stöd med vilket ledde till känslor av stress och oro kring matsituationerna. Bristande stöd och amningskunskap förekom även på förlossningsavdelningen då familjen separerats. När barnet sökte efter bröstet kunde barnmorskan inte svara på hur den icke-bärande mamman skulle hantera situationen trots att de önskade samamma.

*“Så då frågade jag barnmorskan - hur gör jag nu då?! Och hon ”eeeh, jaa, jag har inte varit med om detta förut men eeh (...)” - informant 2*

Att inte få ett inkännande bemötande gjorde att kvinnorna kände sig mer utsatta. Det beskrevs att processen med den assisterade befruktningen kändes som att vara en del i en produktion som stressades igenom istället för att få stöd och bli sedda. Även på förlossningsavdelningen kunde kvinnorna uppleva nonchalant och stressigt bemötande från personalen vilket bidrog till känslor av utsatthet. Kvinnorna hade förståelse för att arbetsmiljön är pressad men, ett dåligt bemötande kunde likväl leda till känslor av utsatthet och osäkerhet.

*“Vi var själva väldigt lång tid. Det var inte ofta, alltså så kom de in, så bara -Hej, hej, vi ska kolla hur öppen du är. Och så gick de ut igen.” - informant 8*

*“Men [RMC] överlag på [bostadsorten] här var ju mer alltså du som du har förklarat det. Det är som att det är verkligen ett centrum där man ska bli (...) Där det ska ske, liksom produktion. Haha. Av barn.” informant 10*

Efter förlossningskomplikationer och akuta kejsarsnitt separerades de bärande kvinnorna från sin familj vilket upplevdes svårt. Kvinnorna uppgav att de fick dålig information om sina barns mående, även de icke bärande mammorna fick lika dålig information om föderskornas mående efter kejsarsnitten.

*“(...) nu så fick jag väldigt lite information på uppvaket om vad som hade hänt med min bebis. Ehm. Och varför den inte var med mig och liksom, det tyckte jag var väldigt jobbigt att jag bara var där själv” - informant 3*

*“Och just det här med att de gick iväg med honom. Jag fattade inte ens vart de gick någonstans. Det var ingen som sa någonting.” - informant 8*

## Behov av att ses som likvärdiga föräldrar

I resultatet framkommer det tydligt att det är av stor vikt att båda mammorna inkluderas i mötet med vården. Kvinnorna har behov av att både bli bekräftade som likvärdiga mammor i relation till sitt barn och att de är lika mycket föräldrar som heterosexuella föräldrar är.

### *Vi är båda lika mycket föräldrar*

I resultatet framkommer det att det är viktigt för lesbiska kvinnor att ses som likvärdiga mammor och att familjen ses som en enhet. Det upplevdes positivt när vårdpersonalen inkluderade den icke bärande mamman vid besök och att de vände sig till henne på samma sätt som till den bärande mamman vilket främjade känslan av delaktighet. Det upplevdes viktigt för kvinnorna att få det bekräftat att det blivande föräldrskapet är kvinnornas gemensamma resa.

*“Det här är ju någonting som vi gör tillsammans. Och sedan fick vi ju bara välja en kropp som skulle bli gravid. Men det har ju alltid varit mycket titta på mig, mycket du. Och det har vi ju reagerat mycket på.” - informant 11*



*“Det här är vårt barn. Den här rädslan som jag har haft jättemycket innan att så här, det är att man inte ska se på mig som är lika viktig förälder som dig.” - informant 10*

Det framkom att kvinnorna hade upplevt olika hantering av dokumentation i barnets journal. Det upplevdes som inkluderande och respektfullt när vårdpersonal rakt ut frågade vad kvinnorna ville bli kallade i journalen i relation till att de båda var mammor. När kvinnorna inte tillfrågats kunde det leda till otydlighet i journalen.

*“De hade liksom ingen stringent benämning för mig och för [min partner]. De använde inte våra namn utan kanske ibland skrev modern eller som mamman. Så om man läste den som en annan person så skulle man inte veta vad jag har gjort och vad [min partner] har gjort med bebisen.” - informant 3*

I de fall då kvinnorna upplevde bristande inkludering uttrycktes det genom exkluderande kroppsspråk och språkbruk. Kvinnorna uttryckte medvetenhet om att det kanske inte var annorlunda för heterosexuella par, men upplevde ändå att det kändes exkluderande när den icke-bärande mamman inte sågs. De upplevde att kroppsspråket och hur det riktades var lika viktigt som det som faktiskt uttalades. När barnmorskan på MVC sa “du” istället för “ni” kunde det bidra till en känsla av att inte vara lika viktig som den bärande mamman.

*“Hon tittade knappt på [min fru]. Alltså man fattar ju att liksom ja, det handlar om mig som är den bärande mamman, men hon involverade liksom inte riktigt [min fru] i att det var hennes stund att bli mamma också.” - informant 8*

#### *Att möta heteronormen*

Det framkommer att lesbiska kvinnor ofta stöter på heteronormen i kontakten med vården. Det kan handla om att den icke-bärande föräldern misstas för att vara en väninna eller syskon eller att vid varje ny vårdkontakt så antas det att kvinnan lever i en heterosexuell relation. Kvinnorna uppgav att de kände förståelse för när personalen gjorde misstag eller råkade säga fel, men menade samtidigt att det kunde kännas tröttsamt. Det upplevdes däremot mer positivt

när personal rakt ut frågade vad kvinnorna hade för relation till varandra än när de antog att de inte var ett par.

*“Men varenda gång jag ringde så utgick de alltid från att jag levde i ett heterosexuellt förhållande. För det var alltid samma så Jaha, har ni försökt i ett år, tre gånger i veckan? Och varenda gång jag sa, men jag lever med en kvinna - helt knäpptyst i lurarna (...)” - informant 6*

I resultatet framkom även att heteronormativiteten kunde gestaltas som en stämning i rummet. Det beskrevs som en subtil skiftning av stämningen i rummet genom tystnad när omgivningen förstod att kvinnorna var lesbiska och inte ett heterosexuellt par.

*“Jag kan inte bättre beskriva det än som en känsla i luften, där personalen rynkar pannan och det tar lång tid att koppla att vi är ett par.” informant 8*

På samma sätt upplevdes en trygg och trevlig stämning i rummet när kvinnorna kände sig accepterade och självklara utifrån sin relation.

*"Jag kommer ihåg, låg där med lustgasen, liksom ligger där och det känns som man dör, så kommer jag ihåg att [min fru] satt och drack kaffe och chitt chattade med barnmorskan. Så det är någonstans stämningen i rummet också.” - informant 9*

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Studien hade som syfte att undersöka lesbiska kvinnors upplevelser i mötet med kvinnosjukvården inför och i samband med graviditet, barnafödande och eftervård. Kvalitativa studier syftar till att förstå individers levda erfarenheter (Polit & Beck, 2020) vilket gör att metoden anses lämplig för att svara på syftet. Kvalitativa intervjustudier gör det möjligt för intervjudeltagarna att svara djupare och mer utförligt (Polit & Beck, 2020). För att bedöma en kvalitativ studies trovärdighet kan begreppen *tillförlitlighet*, *giltighet*,

*verifierbarhet* och *överförbarhet* användas. En studies tillförlitlighet refererar till sanningshalten i insamlade och analyserade data vilken kan stärkas bland annat genom triangulering samt att få djupt och omfattande datamaterial (Kristensson, 2014). I föreliggande studie har författarna beskrivit hur länge intervjuerna har varat samt hur trianguleringsprocessen utförts för att stärka tillförlitligheten. För att säkerställa pålitligheten ska det eftersträvas att utföra studien på ett sätt som ökar trovärdigheten för fynden samt att redogöra för alla delarna av processen. Studiens giltighet består i insamlad datas stabilitet över tid och förhållanden (Polit & Beck, 2022; Kristensson, 2014). Författarna har använt en intervjuguide för att stärka giltigheten. Intervjuerna i studien utgick från en intervjuguide med en öppen och övergripande fråga vilket gjorde att deltagarna själva kunde tala fritt och bestämde vad de ville fokusera på. Författarna reviderade efter två intervjuer intervjuguiden för att säkerställa att hela förloppet under graviditet, förlossning och eftervård kom med (bil 1). I och med revideringen fick alla deltagare inte samma följdfrågor vilket möjligen kan ha påverkat resultatets stabilitet. En studies överförbarhet är den utsträckning till vilken den kvalitativa studiens resultat kan överföras på andra grupper eller miljöer (Polit & Beck, 2022). En faktor som ökade överförbarheten är att informanterna kom från flera olika regioner i Sverige vilket kan bidra till att ge ett bredare perspektiv.

Med *verifierbarhet* menas objektivitet, att studiens fynd reflekterar deltagarnas egna röster och inte författarnas egna bias eller perspektiv (Polit & Beck, 2022). Enligt Burnard, et al. (2008) innebär kvalitativ dataanalys en mer subjektiv tolkning av materialet än vid kvantitativ forskning vilket leder till frågan om hur man säkerställer *verifierbarhet*. Det kan argumenteras för att en tredje part bör verifiera analysen som författarna till kvalitativa studier för att undvika bias vilket kan uppnås på två olika sätt. Antingen genom att gå tillbaka till studiedeltagarna och be dem validera utförd analys eller peer review där en ytterligare kvalitativ forskare analyserar datan självständigt. Då det ansetts för tidskrävande att gå tillbaka till studiedeltagarna för validering har istället författarna till studien valt att be handledaren att läsa intervjuerna och validera analysen, ett tillvägagångssätt inspirerat av utredartriangulering (Bhandari, 2022).

Vidare menar Burnard et al. (2008) att det är viktigt för kvalitativa forskare att använda sig av en pågående process av konstant jämförelse under analysen. Forskare bör även, när det är möjligt, ge en detaljerad beskrivning av hur datainsamling och analysprocess har gått till för att underlätta evalueringen av studiens värde och tillförlitlighet. Författarna till studien har

under analysprocessen läst igenom den insamlade datan flera gånger, både självständigt och tillsammans och under olika tidpunkter för processen, för att försöka identifiera de kategorier som uppkommit. Författarna har även försökt säkerställa tillförlitlighet genom att delge alla delar av forskningsprocessen från intervju till analys och resultat i enlighet med Burnard et al. (2008).

De uppsatta inklusionskriterierna för att delta i studien innefattade bland annat att vara lesbisk kvinna vilket var ett begrepp som flera reagerade på när inlägget delades i facebook-gruppen Regnbågsfamiljer. Kritik framkom över att begreppet lesbisk ansågs för snävt och flera kvinnor som levde i samkönad relation valde att inte delta i studien då de inte identifierade sig som lesbiska. För att få ett större deltagande eller bredare underlag hade syfte och inklusionskriterier kunnat skrivas om för att inkludera alla kvinnor som lever i samkönade relationer. Ett annat inklusionskriterium var att kvinnorna skulle ha varit med om graviditet och barnafödande för max 10 år sedan vilket ledde till att en av informanterna inte kunde delge sin upplevelse med första barnet som föddes för 13 år sedan. Då det är nästintill omöjligt att helt bortse från aspekter och upplevelser från sin första graviditet och förlossning inför sin andra så har viss information tagits med hänsyn till vikten för upplevelserna under andra graviditeten och förlossningen. Det är möjligt att inklusionskriteriet rörande 10 år hade kunnat ändras för att få ta del av fler upplevelser som hade kunnat vara viktiga för studien.

Då deltagarna var boende runt om i Sverige genomfördes intervjuerna via Zoom. Att intervjua via Zoom har både för- och nackdelar. Att intervjua via Zoom ger möjligheten för informanterna att befinna sig i en lugn, trygg och ostörd (Polit & Beck, 2022) samtidigt så kan kommunikation via gester, mimik och kroppsspråk gå förlorat när intervjuerna görs digitalt (Kvale & Brinkmann, 2014). Alla deltagare i studien utom en hade sina kameror på under intervjun, det var ändå ofta svårt att avläsa kroppsspråk under intervjutillfällena.

Författarnas förförståelse av ämnet har varit begränsat och bestått av att ha läst de artiklar och övrig litteratur som förekommit i bakgrunden. Författarna bedömer inte att förförståelsen har påverkat resultatet i form av att överföra egna perspektiv och tankar.

## Resultatdiskussion

Studiens syfte var att belysa lesbiska kvinnors upplevelser i mötet med kvinnosjukvården i Sverige inför och i samband med graviditet, barnafödande och eftervård. De intervjuade kvinnorna har både positiva och negativa upplevelser i mötet med kvinnosjukvården. Det har framkommit såväl berättelser om upplevda känslor av att ha blivit bekräftade och sedda som att ha upplevt känslor av att känna sig oviktig och att ha fått dåligt stöd. Delar av resultatet kommer att diskuteras utifrån barnmorsketeorin av Karlsdóttir och Halldórsdóttir (2022).

### *Vikten av att ses och mötas som en familj*

Resultatet visar samstämmigt att det är viktigt för lesbiska kvinnor att få känna sig som likvärdiga föräldrar inom paret och i relation till andra par, vilket även tidigare forskning har visat (Larsson & Dykes, 2009; Malmqvist et al., 2019; Wells & Lang, 2016; Eriksson Kirsch & Evertsson, 2022). Karlsdóttir och Halldórsdóttir (2022) menar att en del av att vara professionell handlar om att ta in den gravida kvinnan och hennes närstående utifrån deras unika situation och behov (2022). I resultatet framkom att det upplevs positivt när barnmorskan inkluderar båda föräldrarna och bekräftar den icke-bärande mamman genom att även vända sig till henne under möten vilket stöds av tidigare forskning (Larsson & Dykes, 2009). Resultatet visar även att de icke bärande mammorna känner en oro inför att andra personer inte ska se dem som riktiga mammor och de känner sig exkluderade och tar illa vid sig då vårdpersonal endast vänder sig mot den bärande mamman. Dagens mödra- och förlossningsvård är traditionellt sett uppbyggd utifrån en heterosexuell norm och lesbiska kvinnor tillhör en minoritetsgrupp i sammanhanget vilket medför en ökad utsatthet (RFSL, 2021). Ökad stress uppkommer när minoritetsgrupper kommer i kontakt med uttryck för okunskap och fördomar. I mötet med vården kan antaganden bestå av att lesbiska kvinnor antas vara heterosexuella och att vårdpersonal frågar efter mannen eller pappan till barnen (Malmquist et al., 2024). Detta är samstämmigt med studiens resultat som visade att heteronormativa antagandena förekommer bland annat genom att den icke bärande mamman misstagits för att vara den bärande kvinnans syster eller väninna. Minoriteter kan känna sig frustrerade av sådana antaganden och att de heteronormativa antagandena gör att lesbiska kvinnor känner att de får "komma ut" upprepade gånger under mötet med vården (Malmquist et al., 2024; Munson & Cook, 2016) samt att det upplevs som att vårdpersonalen ifrågasätter familjens legitimitet (Haines et al., 2018; Klittmark et al., 2019). Malmquist et al. (2024)

belyser att HBTQ-personer är utsatta för så kallade mikroaggressioner vilket innebär subtila handlingar eller kommentarer som kan upplevas nedsättande. Mikroaggressionerna är ofta omedvetna, men syftar till att kontrollera personer som avviker från normen genom ifrågasättningar, förlöjliganden eller osynliggörande (Malmquist et al, 2024).

I en studie av Malmquist et al. (2024) beskrivs det att heteronormativa antaganden från vårdpersonal kan upplevas som frustrerande och sårande. Kvinnorna hade olika strategier för att hantera de heterosexuella antagandena, en del av dem tyckte inte att det var en stor grej utan visade i stället stor förståelse för de som misstog sig. En kvinna berättade att hon spelat med och inte rättat personalen som frågade efter pappans personnummer. När personalen upptäckte att det inte var en man utan en kvinna kände kvinnan att hon fått personalen att tänka till - samtidigt som hon tyckte att det var roligt att genera personalen.

#### *Den bristfälliga informationen*

I resultatet framkommer det att en av de största svårigheterna för lesbiska kvinnor i processen att skaffa barn är att hitta information om vart man vänder sig och går tillväga. I flera fall har det beskrivits att kvinnorna har kontaktat vården, men inte fått någon hjälp. En kvinna som ringde till sin vårdcentral för information fick motfrågan om hon försökt bli gravid i mer än ett år. När kvinnan svarade att hon levde i en samkönad relation möttes hon av tystnad och fick känslan av att hon hade kunnat få hjälp om hon bara svarat ja på frågan.

Diskrimineringslagen konstaterar att det är förbjudet med diskriminering på grund av sexuell läggning såväl i hälso- och sjukvården som i andra samhällsområden (Diskrimineringsombudsmannen, 2023). I resultatet har det framkommit att lesbiska kvinnor använder sig av egna informationskällor när vården inte kan svara på deras frågor eller hänvisa dem rätt. Grupper på sociala medier och att fråga par som redan har skaffat barn är en viktig del av att navigera i familjebildandet. Resultatet i studien stöds av tidigare forskning, Appelgren et al., (2018) beskriver att vårdpersonal hade lite eller ingen kunskap om hur kvinnor i samkönade relationer skulle gå tillväga och att studiedeltagarna ofta fick undervisa personalen. Det framkom även att deltagarna kände bristande stöd i mötet och att de var en del av ett stort maskineri vilket överensstämmer med resultatet från utförd studie. Karlsdóttir och Halldórsdóttir (2022) menar att barnmorskan måste uppvisa *kompetens* för att vara professionell. Barnmorskan har ett ansvar för de blivande föräldrarna och samhället i stort och

bör använda evidensbaserad vård för att säkerställa en trygg miljö för kvinnan (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022). I föreliggande studie framkom det att kvinnorna möttes av bristande kunskap och information när de kontaktade vården. I flera fall var det inte barnmorskor utan istället övrig vårdpersonal som det gällde, men det är likväl av vikt för barnmorskor att känna till vad de lesbiska kvinnorna kan gå igenom innan de kommer till mödravården. I de fall det varit barnmorskor som bemött kvinnorna med bristfällig information har de uppvisat bristande professionalitet enligt Karlsdóttir & Halldórsdóttir (2022). Flera av kvinnorna i studien uppgav att mötet med RMC varit bristfälligt medan mötet med de privata mottagningarna ofta var avsevärt bättre.

### *Amning och möjligheter med två mammor*

I resultatet framkom att lesbiska kvinnor får olika information och stöd kring samamning. De informanter som visste att de ville samamma hade inte fått någon information kring ämnet från barnmorskan på mödravårdscentralen eller någon annan del av vårdkedjan. I en studie av Cazorla-Ortiz et al. (2020) beskrivs det att en av de viktigaste faktorerna för att få igång en bröstmjölksproduktion hos kvinnor som inte fött barn är stöd och uppmuntran från vårdpersonalen som har en viktig roll för att informera och råda kvinnorna. Karlsdóttir och Halldórsdóttir (2022) menar att en barnmorska ska vara *professionell*. Bland annat ska en barnmorska uppvisa kompetens genom att med evidensbaserad vård skapa en trygg miljö för hela den blivande familjen. Vidare ska barnmorskan vara vårdande genom att visa lyhördhet för familjens behov och ha en interpersonell kompetens för att generera empowerment. Med öppenhet och kritiskt tänkande strävar en professionell barnmorska efter utveckling, både i förbättring genom nya idéer samt sin personliga och professionella utveckling. Genom att inte fråga eller informera kvinnorna om möjligheten till samamning brister barnmorskan på samtliga punkter i teorin av Karlsdóttir och Halldórsdóttir (2022). Kvinnorna beskrev brist på förtroende för barnmorskans kompetens gällande samamning och vände sig istället till egna informationskällor.

I de fall där barnmorskorna på mödravårdscentralerna tagit upp ämnet och frågade kvinnorna om de ville samamma upplevdes det positivt att ha fått frågan, oavsett om paret ville samamma eller inte. Kvinnorna beskrev det som att när paret fick frågan tidigt i graviditeten så skapade det en känsla av inkludering och att barnmorskan kunde erbjuda information om

fler alternativ som kunde passa paret och deras behov. Genom att informera, inkludera och vara öppen om ämnet skapar barnmorskan det som Karlsdóttir och Halldórsdóttir (2022) kallar *empowerment* hos paret.

## **Konklusion och implikationer**

Det framgår med tydlighet att det finns förbättringspotential när det gäller lesbiska kvinnors upplevelser i mötet med kvinnosjukvården. I resultatet framkommer att lesbiska kvinnor har upplevt både positiva och negativa möten med kvinnosjukvården. Det framkom att kvinnorna mött bristande information, känslan av att inte bli bekräftad som en familj samt att det förekommit heteronormativa antaganden i mötet med kvinnosjukvården. Information gällande hur man i samkönad relation ska gå till väga för att påbörja processen med assisterad reproduktion kan vara svår att tillgå. Information om samamning verkar vara avhängigt vilken barnmorska man möter på mödravårdscentralen och det förekommer att kvinnor inte erhåller information om de inte själva frågar om ämnet. Lesbiska kvinnor kan vara oroliga för att inte ses som likvärdiga och fullvärdiga föräldrar, både i jämförelse med heterosexuella par och inom familjen. Positiva upplevelser präglas av känslan av att ha blivit sedd och att båda föräldrarna har inkluderats i mötet. Det upplevs positivt när mötet känns okomplicerat och att kvinnorna uppfattas som "vem som helst".

Studiens resultat implicerar att kroppsspråk och språkbruk har betydelse och det är viktigt för barnmorskor att ha ett normmedvetet arbetssätt. Barnmorskor bör öka sin medvetenhet kring informationen om samamning och att lesbiska blivande mammor vill bli inkluderade i lika utsträckning. Vetskapen om att det kan vara en snårig väg att bilda familj är viktigt för barnmorskor att ha i åtanke när de möter lesbiska blivande mammor.



## Referenser

- Appelgren Engström, H., Häggström-Nordin, E., Borneskog, C., & Almqvist, A. L. (2018). Mothers in Same-Sex Relationships Describe the Process of Forming a Family as a Stressful Journey in a Heteronormative World: A Swedish Grounded Theory Study. *Maternal and child health journal*, 22(10), 1444–1450. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2525-y>
- Borneskog, C., Skoog Svanberg, A., Lampic, C., & Sydsjö, G. (2012). Relationship quality in lesbian and heterosexual couples undergoing treatment with assisted reproduction. *Human reproduction (Oxford, England)*, 27(3), 779–786. <https://doi.org/10.1093/humrep/der472>
- Borneskog Sinclair, C., & Häggström Nordin, E. (2022). Hbtqi. Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A.K. (Red.). *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (2. uppl., s. 263-281). Studentlitteratur.
- Bhandari, P. (2023). *Triangulation in Research. Guide, Types, Examples*. <https://www.scribbr.com/methodology/triangulation/>
- Burnard P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse education today*, 11(6), 461–466. [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(91\)90009-y](https://doi.org/10.1016/0260-6917(91)90009-y)
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British dental journal*, 204(8), 429–432. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.292>
- Cazorla-Ortiz, G., Obregón-Guitérrez, N., Rozas-Garcia, M. R., & Goberna-Tricas, J. (2020). Methods and Success Factors of Induced Lactation: A Scoping Review. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, 36(4), 739–749. <https://doi.org/10.1177/0890334420950321>

Diskrimineringsombudsmannen. (30 oktober 2023). *Sexuell läggning - en av de sju diskrimineringsgrunderna*. <https://www.do.se/diskriminering/diskrimineringsgrunder/sexuell-laggning-en-av-de-sju-diskrimineringsgrunderna>

Eriksson Kirsch, M., & Evertsson, M. (2023). Taking turns: lesbian couples' decision of (first) birth mother in Sweden. *Journal of Family Studies*, 29:4, 1865-1883, <https://doi.org/10.1080/13229400.2022.2098806>

Foucault, M. (1976). *Sexualitetens historia Band 1 Viljan att veta*. Daidalos AB

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(4), 806–817. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>

Haines, K. M., Boyer, C. R., Giovanazzi, C., & Galupo, M. P. (2018). "Not a Real Family": Microaggressions Directed toward LGBTQ Families. *Journal of homosexuality*, 65(9), 1138–1151. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1406217>

International Confederation Of Midwives (ICM). (2014). *International code of ethics for midwives*. <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>

Karlsdottir, S. I., & Halldórsdóttir, S. (2022). A theory of professionalism in midwifery for the empowerment of childbearing women. Lundgren, I., Blix, E., Gottfredsdóttir, H., Wikberg, A., & Aagaard Nøhr, E. (Red.). *Theories and perspectives for midwifery - a nordic view*. (1. uppl. s 233-242).

Klittmark, S., Garzón, M., Andersson, E., & Wells, M. B. (2019). LGBTQ competence wanted: LGBTQ parents' experiences of reproductive health care in Sweden. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(2), 417–426. <https://doi.org/10.1111/scs.12639>

Klittmark, S., Malmquist, A., Karlsson, G., Ulfsdotter, A., Grundström, H., & Nieminen, K. (2023). When complications arise during birth: LBTQ people's experiences of care. *Midwifery*, 121, 103649. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103649>

Kolk, M., & Andersson, G. (2020). Two Decades of Same-Sex Marriage in Sweden: A Demographic Account of Developments in Marriage, Childbearing, and Divorce. *Demography*, 57(1), 147–169. <https://doi.org/10.1007/s13524-019-00847-6>

Kristensson, J. (2014), *Handbook i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3:e uppl.). Studentlitteratur.

Larsson, A. K., & Dykes, A. K. (2009). Care during pregnancy and childbirth in Sweden: perspectives of lesbian women. *Midwifery*, 25(6), 682–690. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.10.004>

Lundgren, I. (2018). Vård vid normalt barnafödande. Berg, M., & Lundgren, I. (Red.). *Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande* (2. uppl., s. 117-143). Studentlitteratur.

Lundgren, I., & Berg, M. (2022). Professionellt förhållningssätt. Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A.K. (Red.). *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (2. uppl., s. 23-32). Studentlitteratur.

Malmquist, A., Jonsson, L., Wikström, J., & Nieminen, K. (2019). Minority stress adds an additional layer to fear of childbirth in lesbian and bisexual women, and transgender people. *Midwifery*, 79, 102551. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102551>

Malmquist, A., Lundberg, T., & Wurm, M. (2024). Minority Stress and Microaggression Experiences among Sexual Minority Women in Sweden. *Lambda Nordica*, 28(4), 71-99. <https://doi.org/10.34041/ln.v28.919>

Malterud, K. (2011). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning - en introduktion*. Studentlitteratur.

Moegelin, L., Nilsson, B., & Helström, L. (2010). Reproductive health in lesbian and bisexual women in Sweden. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 89(2), 205–209. <https://doi.org/10.3109/00016340903490263>

Munson, S., & Cook, C. (2016). Lesbian and bisexual women's sexual healthcare experiences. *Journal of clinical nursing*, 25(23-24), 3497–3510. <https://doi.org/10.1111/jocn.13364>

Olsson, P. (2010). *Vårdande under graviditet*. Berg, M., & Lundgren, I. (Red.). *Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande* (2. uppl., s. 45-67). Studentlitteratur.

Polit, D.F., & Beck, C.T., (2020) *Nursing research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Polit, D. F & Beck, C. T (2022). *Essentials of Nursing Research - Appraising evidence for nursing practice*. (10th ed) Philadelphia: Wolters Kluwer.

RFSL. (2021). *HBTQ-KOMPETENS: För dig som arbetar med blivande eller nyblivna föräldrar*. <https://www.rfsl.se/wp-content/uploads/2021/10/RFSL-HBTQ-kompetens-fo%CC%88r-dig-som-arbetar-med-blivande-eller-nyblivna-fo%CC%88ra%CC%88ldrar-1-1.pdf>

RFSL. (2022a). *Begreppslista: sexualitet och kön*. <https://www.rfsl.se/hbtqi-fakta/begreppsordlista/>

RFSL. (2022b). *Assisterad befruktning på klinik*. <https://www.rfsl.se/verksamhet/foralder/att-bli-och-vara-foralder/assisterad-befruktning-pa-klinik-insemination-och-ivf/#insemination>

RFSL. (2023). *Begreppslista: sexualitet och kön*. <https://www.rfsl.se/hbtqi-fakta/begreppsordlista/>

RFSL. (2024). *Juridiskt föräldraskap*. <https://www.rfsl.se/verksamhet/foralder/att-bli-och-vara-foralder/juridiskt-foraldraskap-efter-assisterad-befruktning/>

Rosenberg, T. (2002). *Queerfeministisk agenda*. Stockholm: Atlas.

Röndahl, G., Bruhner, E., & Lindhe, J. (2009). Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *Journal of advanced nursing*, 65(11), 2337–2344. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05092.x>

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som berör människor*. Hämtat 24:e april, 2023, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)

Skoog Svanberg, A., & Sydsjö, G. (2022). Barnlöshet. Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A.K. (Red.). *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (2. uppl., s. 135-153). Studentlitteratur.

SOU 2001:10. *Barn i homosexuella familjer*. Hämtad från <http://www.regeringen.se/contentassets/f505565dc95e40a19661af8cf1a471be/barn-ihomosexuella-familjer--del-1-t.o.m.-kapitel-12>

Spidsberg, B. D., & Sørli, V. (2012). An expression of love--midwives' experiences in the encounter with lesbian women and their partners. *Journal of advanced nursing*, 68(4), 796–805. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05780.x>

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG). (2018). *Sexologi ur gynekologisk synvinkel* (Rapport nr 80). <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG-rappoa80e5ad4-ba89-4de5-b090-21c7b64b1e68.pdf>

Strang, P. (2014). *Att höra till. Om ensamhet och gemenskap*. Natur och Kultur.

Thorup, E., Sydsjö, G., & Lampic, C. (2022). Same-sex mothers' experiences of equal treatment, parenting stress and disclosure to offspring: a population-based study of parenthood following identity-release sperm donation. *Human reproduction (Oxford, England)*, 37(11), 2589–2598. <https://doi.org/10.1093/humrep/deac194>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2002-01-08-forskningsetiska-principer-inom-humanistisk-samhällsvetenskaplig-forskning.html>

Waldenström, U. (2022). Vården efter förlossning. Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A.K. (Red.). *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (2. uppl., s. 263-281). Studentlitteratur.

Wells, M. B., & Lang, S. N. (2016). Supporting same-sex mothers in the Nordic child health field: a systematic literature review and meta-synthesis of the most gender equal countries. *Journal of clinical nursing*, 25(23-24), 3469–3483. <https://doi.org/10.1111/jocn.13340>

World Medical Association. (2022). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. World Medical Association. Hämtat den 26 april

2023 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yin, R. K. (2013). *Att bedriva kvalitativ forskning*. Studentlitteratur.

## Bilaga 1 (2)

### Intervjuguide

Bakgrundsinformation:

Datum, tid, plats, namn på närvarande

Ålder, utbildning/yrke, antal graviditeter/förlossningar

Inledande fråga: Kan du/ni berätta för mig om din upplevelse av mötet med hälso- och sjukvården i samband med graviditeten och förlossningen?

Stödfrågor:

- Vill du utveckla det?
- Hur menar du med det?
- Kan du berätta mer om detta?
- Hur tänker du kring det?

Viktiga temaområden:

- Bemötande MVC/Förlossning
- Föräldrautbildning

Avslutning:

- Viktiga delar sammanfattas så att deltagaren får möjlighet att förklara och utveckla. Tacka för deltagandet och fråga om personen känner någon annan som skulle vara intresserad av att delta i en intervju.

Revidering efter två intervjuer

Säkerställ även temaområden:

- Amning
- Assisterad reproduktion



MEDICINSKA  
FAKULTETEN

INFORMATIONSBREV TILL  
STUDIEDELTA GARE

Datum

Institutionen för hälsovetenskaper

### Lesbiska kvinnors upplevelser av mötet med kvinnosjukvården under graviditet och barnafödande

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

*Flera studier visar att lesbiska kvinnor upplever att heteronormativitet förekommer och kommuniceras i vården. Sedan 2005 tillåts i Sverige kvinnor i samkönade relationer bli gravida med assisterad reproduktion. Det är troligt att samkönade par som startar familj är en växande grupp vars upplevelser är viktiga att ta del av för att säkerställa god och jämlik vård.*

Vi skulle vilja göra en intervju med Dig. *Intervjun kommer att beröra Din erfarenhet av mötet med kvinnosjukvården under tiden för graviditet och barnafödande, antingen som själv gravid eller som medförälder.* Den beräknas ta cirka 30–60 minuter och genomförs av Matilda Lundmark, studerande på barnmorskeprogrammet vid Lunds Universitet. Intervjun kan ske digitalt, alternativt att Du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten och skanna in/fotografera den och mejla till oss eller skicka via brev till ..... senast .... datum.



*Insamlat ljudmaterial förvaras på enhet med kodlås och nedskrivet material sparas i låst utrymme som endast författaren har tillgång till. Insamlat material kommer att förstöras efter godkänd examination.*

Studien ingår som ett examensarbete i barnmorskeprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

*Matilda Lundmark  
Leg. sjuksköterska  
Studerande på  
barnmorskeprogrammet e-  
post:  
ma2554lus@student.lu.se*

*Karolina Herde  
Leg. Sjuksköterska  
Studerande på  
barnmorskeprogrammet  
e-post: kinnaster@gmail.com*

*Handledare  
Anna-Karin Larsson  
Leg. Barnmorska,  
doktor i medicinsk  
vetenskap Postadress:  
Stallvägen 43  
245 63 HJÄRUP  
Tfn: 0723-706954 e-  
post: Anna-  
Karin.Larsson@skane.s  
e*

## Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om *Lesbiska kvinnors upplevelser av mötet med kvinnosjukvården under graviditet och barnafödande*

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

*Underskrift av studiedeltagare*

---

Ort, datum

---

Underskrift

---

Telefonnummer