



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

MEDMAMMORS UPPLEVELSER AV BARNMORSKANS BEMÖTANDE I MÖDRAHÄLSOVÅRDEN

En kvalitativ intervjustudie

Moa Carlsson

Camilla Hulthe

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet RPH 100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/Vt/2017-2018
Handledare:	Åsa Premberg
Examinator:	Anna Dencker

Förord

Vi vill tacka alla kvinnor som har deltagit i studien och den entusiasm som ni har visat för forskningsområdet. Vi vill även tacka vår handledare Åsa Premberg för värdefull vägledning och stöd.

Sammanfattning

- Titel:** Medmammors upplevelser av barnmorskans bemötande i mödrahälsovården
- Författare:** Moa Carlsson
Camilla Hulthe
- Institution:** Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet
- Program/kurs:** Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa, RPH 100, 15 högskolepoäng.
- Handledare:** Åsa Premberg
- Examinator:** Anna Dencker
- Datum:** Januari 2018
- Nyckelord:** Medmamma, lesbisk, homosexualitet, upplevelser, bemötande, mödrahälsovård, barnmorska, heteronormativitet.
- Bakgrund:** Lagändringen som gjorde att samkönade par fick möjligheten att bilda familj genom assisterad befruktning, har inneburit att barnmorskor inom mödrahälsovården möter allt fler samkönade, lesbiska par som ska bli föräldrar. Det leder till ett ökat behov hos barnmorskan att ha aktuella kunskaper gällande lesbisk familjebildning. Tidigare forskning har visat att medmammor har känt sig uteslutna från mödrahälsovården. Barnmorskans bemötande är viktigt för att medmammor ska känna sig inkluderade. Bakgrunden berör tidigare forskning om lesbiska kvinnors upplevelser av mödrahälsovården, assisterad befruktning, mödrahälsovården, bemötande, samt heteronormativitet.
- Syfte:** Syftet med studien är att belysa medmammors upplevelser av barnmorskans bemötande inom mödrahälsovården.
- Metod:** En kvalitativ innehållsanalys, med induktiv ansats användes. Intervjuer med nio medmammor genomfördes under november-december 2017. Teoretisk referensram var heteronormativitet och bemötande.
- Resultat:** Analysen resulterade i tre huvudkategorier; Acceptans i bemötandet, Att känna sig exkluderad och Att tillhöra en minoritet. Dessa resulterade i åtta subkategorier; Regnbågsflaggans betydelse, Att inte bli bedömd, Att känna sig inkluderad, Inte som förväntat, Heteronormativitet i föräldrautbildningen, Pappagrupper, Att känna sårbarhet och Ett fördomsfullt bemötande.
- Diskussion:** Förutsättningen för ett bra bemötande försvåras av heteronormativiteten som genomsyrar delar av mödrahälsovården. Barnmorskor bör vara uppmärksamma på att medmammor kan vara en sårbar grupp och att de bör bekräftas i vården genom inkluderande och acceptans. Varje enskild barnmorska kan göra stor skillnad i upplevelsen av bemötandet och på så sätt också vara del av en förändring som leder till minskad heteronormativitet inom mödrahälsovården.

Abstract

Titel: Co-mothers experience of treatment by the midwife's in maternity healthcare

Background: The law that gave same-sex couples the opportunity to start a family through assisted reproduction, lead to an increasing number of same-sex lesbian couples to become parents, and meet midwives in maternity healthcare services. It leads to an increased need for the midwife to have an updated knowledge regarding lesbian family formation. Previous research has shown that co-mothers felt excluded from maternal healthcare. The midwife's treatment is important for co-mothers to feel included. The background cover previous research on lesbian women's experiences of maternal healthcare, assisted reproductive technologies, maternity healthcare, treatment and heteronormativity.

Aim: The aim of this study is to illustrate co-mothers experience of the midwife's treatment during the maternity healthcare service.

Method: A qualitative method, with inductive approach was used. The interviews were analysed according to qualitative content analysis. Nine co-mothers were interviewed during November and December 2017. Theoretical frame of reference in the study was heteronormativity and treatment.

Results: The analysis resulted in three main categories; Acceptance in treatment, To feel excluded, To belong to a minority. These resulted in eight subcategories; The meaning of the pride flag, Not evaluated, To feel included, Not as expected, Heteronormativity in parent education, Father groups, To feel vulnerable and A prejudiced attitude in the treatment.

Discussion: The prerequisite for a good treatment is hampered by the heteronormativity that permeate parts of the maternal healthcare. Midwives should pay attention to the fact that co-mothers can be a vulnerable group and they should be confirmed in healthcare through inclusion and acceptance. Every single midwife can make a big difference in the experience of the treatment received, and thus also be part of a change, that leads to a reduced heteronormativity in the maternity care.

Keywords: Co-mother, lesbian, homosexuality, experiences, treatment, maternity healthcare, midwife, heteronormativity.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Historik och lagar	2
Assisterad befruktning.....	2
Mödrahälsovården	3
Barnmorskans professionella förhållningssätt.....	3
Teoretisk referensram	4
Heteronormativitet	4
Bemötande	5
Tidigare forskning om lesbiska kvinnors upplevelser av mödrahälsovården.....	5
Medmammors upplevelser av bemötandet	5
En heteronormativ organisation.....	6
Välmående hos medmammor	6
Problemformulering.....	7
Syfte	7
Metod	7
Val av metod.....	7
Urval	8
Datainsamling	8
Analys.....	9
Tabell 1	9
Etiska överväganden.....	9
Resultat.....	11
Tabell 2	11
Acceptans i bemötandet.....	11
Regnbågsflaggans betydelse	11
Att inte bli bedömd	12
Att känna sig inkluderad	13
Inte som förväntat	14
Att känna sig exkluderad	14
Heteronormativitet i föräldrautbildningen	14

Pappagrupper	15
Att tillhöra en minoritet	16
Att känna sårbarhet	16
Ett fördomsfullt bemötande	17
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	20
Konklusion.....	23
Klinisk tillämpning	23
Förslag på fortsatt forskning.....	23
Referenslista	24
Bilaga 1	1
Forskningspersonsinformation	1

Inledning

Konstellationen mamma, pappa, barn är något vi alla känner till och för inte så länge sedan var den det enda som fanns att välja på i Sverige, när det kom till familjebildning. I dag ser det annorlunda ut och familjer kan bestå av flera olika konstellationer. Termen regnbågsfamilj används idag för att beskriva familjer där en eller flera personer identifierar sig som hbtq. Hbtq är ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera identiteter och uttryck. H:et och b:et står för sexuell läggning, det vill säga vem man har förmågan att bli attraherad av eller kär i. T:et står för hur man definierar och uttrycker sitt kön. Q:et kan röra sexuell läggning, könsidentitet, relationer och sexuell praktik men kan även vara ett uttryck för ett kritiskt förhållningssätt till rådande normer.

Lagändringen som gjorde att samkönade par fick möjligheten att bilda familj genom assisterad befruktning ledde till att barnmorskor inom mödrahälsovården idag möter allt fler samkönade lesbiska par som ska bli föräldrar. Detta leder till ett ökat behov hos barnmorskan att ha aktuella kunskaper gällande fakta, begrepp och lagstiftning kring hbtq, men även en medvetenhet om ett normkritiskt förhållningssätt, samt ett gott bemötande. Vi kommer i vårt arbete att prata om medmammors upplevelser. Orden medmödrar och medmammor kommer ifrån det engelska ordet, co-mothers och är den ickegravida kvinnan i en lesbisk parrelation.

Många mödravårdscentraler runt om i landet har en regnbågsflagga på dörren. Flaggan är en av de mest välkända symbolerna för hbtq-rörelsen och symboliserar stolthet hos homosexuella, bisexuella, transpersoner och queerpersoner. Färgerna i flaggan representerar mångfalden inom rörelsen, flaggan har även varit en symbol för priderörelsen sedan 1970-talet. Flaggan på mottagningen förknippas ofta med hbtq-certifiering, men kan också stå för en verksamhet som är hbtq-diplomerad. En certifiering innebär en överenskommelse mellan RFSU och verksamheten, där RFSU håller i utbildningsinsatser och internutbildning. Många verksamheter väljer bort certifiering, då de anser den vara för dyr, och har istället en egen utbildningsgrupp i regionerna, som utbildar och diplomerar verksamheterna. Både diplomeringen och certifieringen skall stå för en rättvis och jämlik vård för alla, oavsett sexuell läggning.

Intresset för ämnet till studien uppkom genom att vi identifierat bristande kunskap i hur partnern i ett samkönat lesbiskt par upplever barnmorskans bemötande i mödrahälsovården. Vi önskar att med denna studie fylla kunskapsluckor och gemensamt verka för en god vård med ett arbetssätt som har sin grund i kunskap och i avsaknad av diskriminering.

Bakgrund

Historik och lagar

Det senaste århundradet har svensk familje- och sexualpolitik genomgått stora förändringar. Homosexualitet avkriminaliserades år 1944 och år 1978 togs homosexualitet bort från socialstyrelsens lista över mentala rubbningar och anomalier. År 1995 införde Sverige, som ett av de första länderna i världen, registrerat partnerskap. Lagen kunde jämföras med äktenskapslagen (RFSL, 2016). Partnerskapslagen innebar att homosexuella par hade samma rättigheter och skyldigheter mot varandra som heterosexuella par (SFS 1994:1117). Det som fortfarande skiljde lagarna åt är möjligheten till familjebildning. Samkönade par hade inte rätt till assisterad befruktning eller adoption. Lagen klargjorde att två personer i ett samkönat äktenskap inte kunde stå som juridiska föräldrar tillsammans för ett barn. Partnerskapslagen ändrades år 2003 då homosexuella gavs laglig rätt att bilda familj. Homosexuella fick då tillsammans som ett par rätt att prövas som adoptivföräldrar (Proposition 2001/02:123). Strax därefter år 2005 fick samkönade lesbiska par rätt till assisterad befruktning på klink i Sverige (Proposition 2004/05:137). Diskrimineringslagen trädde i kraft år 2009 och har som ändamål att motverka diskriminering och på andra sätt främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder (SFS 2008:567). Lagen har bidragit till en öppnare attityd till olika former av partnerskap och familjekonstellationer. (Lundgren & Berg, 2016). I lagen om genetisk integritet SFS 2006:351 påvisas skillnader mellan homosexuella par och heterosexuella par. Mägi och Zimmerman (2015) anser att samkönade par diskrimineras av det svenska rättssystemet då de måste genomgå en faderskapsutredning och närståendeadoption för de barn som kommit till på fertilitetskliniker utomlands medan det gifta heterosexuella paret inte behöver genomgå någon faderskapsutredning eller närståendeadoption även om det heterosexuella paret genomgått insemination med donatorsäd. Det innebär att mannen i det heterosexuella förhållandet såsom medmaman i det lesbiska förhållandet inte är genetisk förälder till barnet men ändå behandlas de olika enligt lag. För samkönade lesbiska par som genomför assisterad befruktning på klinik i Sverige ska den icke biologiska mamman underteckna ett samtycke till behandling och detta görs på kliniken innan behandlingen påbörjas. Samtycket fungerar sedan som en juridisk försäkran att den som inte ska bära barnet har rätt att bli juridisk förälder till barnet efter att barnet är fött. Juridisk förälder blir kvinnan först genom att skriva på en föräldraskapsbekräftelse efter att barnet är fött (Mägi och Zimmerman, 2015).

Assisterad befruktning

Par som önskar assisterad befruktning genomgår en medicinsk och psykologisk utredning. Allvarliga medicinska ärftliga sjukdomar, allvarlig psykisk sjukdom och alkohol och eller drogmissbruk är skäl som kan leda till att par nekats behandling. Bedömningen utgår från ett barnperspektiv och målet med den särskilda prövningen är att säkerställa att barnet/barnen kommer att växa upp under goda förhållanden (Socialstyrelsen, 2016). Assisterad befruktning kan ske genom olika metoder, antingen genom in vitro-fertilisering (IVF) eller genom insemination. IVF innebär att befruktningen sker utanför kvinnans kropp, ägg och spermier sammanförs i ett laboratorium och när ägget blivit befruktat, odlas de i 2-5 dagar innan de

återförs till kvinnans livmoder. Insemination innebär att spermier förs in i kvinnans livmoder i samband med en ägglossning (Reproduktionsmedicin, 2016). Detta är det vanligaste sättet för samkönade par att genomgå assisterad befruktning (personlig kommunikation Herborg Holter 171128). Enligt data från Rozentals studie från 2011 har 568 lesbiska par mellan åren 2005 och 2009 inseminerats, denna studie beskriver inte huruvida inseminationen lyckades eller inte. I Malmquists avhandling (2015) uppges det att antalet lesbiska par som genomgått insemination på klinik i Sverige år 2013 var cirka 124 och 90 av dessa resulterade i fullgångna graviditeter. Enligt Q-IVF (ett nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning) rapport för åren 2012-2015 utfördes 959 inseminationer i Sverige med donerade spermier. Siffrorna som presenteras i Q-IVF rapporten visar enbart hur många par totalt som genomgått assisterad befruktning med donerade spermier men inga specifika siffror för hur många av dessa som är samkönade.

Mödrahälsovården

År 1907 öppnade den första mottagningen för gravida i kvinnor i Sverige. Den låg på Malmö allmänna sjukhus. Vid denna tid började det talas om hur havandeskapsförgiftning och eklampsi skulle förebyggas (Collberg & Ellis 2014). Kvinnornas urin undersöktes efter förekomst av protein, vilket man visste hade ett samband med havandeskapsförgiftning (Hildingsson, 2016). Under 1930-talet gjordes en statlig utredning där det slogs fast att det fanns en nytta med att förvårda gravida kvinnor. Intentionen var att identifiera graviditetskomplikationer samt informera om hygien, barnuppfoädnung samt bedöma behovet av stöd i från samhället. Under 1960-talet omfattade mödrahälsovården 80 % av alla gravida. I dag är verksamheten fullt uppbyggd och så gott som alla gravida kvinnor besöker barnmorskemottagningen. Arbetet på en barnmorskemottagning är relationsinriktat och det är viktigt att etablera en förtroendefull relation tidigt. Relationen etableras genom dialog med paret angående förväntningar, tidigare upplevelser önskemål och rädslor (Hildingsson, 2016). Kvinnorna förvårdas enligt medicinska samt psykosociala basprogram för normala graviditeter och vårdprogram för komplicerade graviditeter. Mödrahälsovården i dag utgör ett aktivt folkhälsoarbete där de verkar för en sund livsstil med avsaknad av tobak, alkohol och droger. Målsättningen med mödrahälsovårdens föräldrastöd är att barn samt barnfamiljer skall få en bättre situation genom att stärka föräldrarollen med hjälp av information om graviditet, förlossning, föräldra-barnrelationen samt det lilla barnets behov (Collberg & Ellis, 2014). Hälsoarbetet på mödrahälsovården har förändrats över tid från att mestadels ha kontrollerat moderns hälsa till att även fokusera på det ofödda barnets hälsa med hjälp av olika metoder för fosterdiagnostik (Hildingsson, 2016).

Barnmorskans professionella förhållningssätt

En viktig del i barnmorskans professionella arbete är förhållningssättet. Grunden i detta förhållningssätt är relationen, barnmorskans personliga möte med varje enskild kvinna och familj i behov av vård. Det engelska ordet för barnmorska, midwife betyder med kvinna vilket belyser hur relationen mellan barnmorska och den behövande kvinnan bör vara (Lundgren &

Berg, 2016). Barnmorskan är känd för sin ansvarsfullhet och professionalism och arbetar i gemenskap med kvinnor för att ge det nödvändiga stödet, vården och råden under graviditet, förlossning och postpartum. En viktig uppgift som barnmorskan har är hälsorådgivning och utbildning, inte bara för kvinnan utan även inom familjen och samhället. Detta arbete bör innefatta undervisning och förberedelse inför föräldraskap och även kvinnors hälsa, sexuell eller reproduktiv hälsa (ICM, 2017). Arbetet skall präglas av ett etiskt och holistiskt förhållningssätt oavsett verksamhetsområde och vårdform, samt bygga på vetenskap, beprövad erfarenhet och i enlighet med författningar, lagar och riktlinjer. I möjligaste mån skall vården utformas och genomföras i samråd med patienten med omtanke och respekt (Socialstyrelsen, 2006). Den internationella etiska koden tar hänsyn till alla kvinnor som personer med fullständiga mänskliga rättigheter, söker rättvisa för alla människor och jämlikhet när det gäller tillgång till hälsovård, baseras på ömsesidig respekt och tillit, samt tar hänsyn till varje människas egna värde (ICM, 2014).

Teoretisk referensram

Inom huvudområdet reproduktiv och sexuell hälsa och med hänsyn till valt problemområde för studien har vi valt att definiera två begrepp som studiens teoretiska referensram: Heteronormativitet och Bemötande.

Heteronormativitet

I hälso- och sjukvårdssystemet finns ett antagande om att alla patienter och deras anhöriga är heterosexuella. Detta kan leda till bristfällig kommunikation som påverkar kvaliteten på vården samt kan skapa en känsla av osäkerhet och icke respektfullt bemötande hos homosexuella individer (Spidsberg, 2007). För att försöka förstå en upplevelse av att avvika från en norm är det av vikt att förstå heteronormativitet och dess grunder. Detta för att ”den som befinner sig i ett socialt överläge behöver sällan förklara sig, medan ”avvikaren” alltid måste ställa sig frågan om sin sociala tillhörighet och dessutom förklara sig för omvärlden” (Rosenberg, 2002, s.15).

Normer beskrivs som regler och ramar i samhället. Inom dessa ramar finns oskrivna regler och outtalade krav som först blir synliga då de bryts. Med heteronormativitet menas det att det finns en norm i samhället som är heterosexualitet. Normen präglar samhällets uppfattning av könsidentiteten och sexualiteten. Exempel på detta är att kvinnor attraheras av män och vice versa och allt annat är onormalt och avvikande. Heteronormativitet är enkelt uttryckt ett antagande om att alla är heterosexuella (Rosenberg, 2002). Heteronormativiteten har två grundprinciper en exklusions- och en inklusions-princip. Den exkluderande delen utesluter allt som avviker från normen och delar upp samhället i *vi* och *de* där *vi* blir normen som inkluderas och *de* blir de som exkluderas. Om de som tidigare exkluderats från normen i stället assimileras och blir en del av normen bidrar de till att normen förs framåt i samhället och att den blir starkare. Alternativet för de som inte inkluderas eller assimileras är att fortsätta att avvika från normen och dagligen bli påmind om vad som är socialt accepterat och förväntat (Rosenberg, 2002). I en studie skriven av Kulick (2004) framhålls det att

heteronormativitet inte enbart handlar om föreställningar och begrepp utan att den är faktisk och att den finns inlätad i våra sociala strukturer och i institutioner, exempelvis i familjen, skolan, ekonomin och i arbetslivet.

Bemötande

Hälso- och sjukvårdens mål är god hälsa och vård på lika villkor till alla, med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet (SFS 1982:763 § 2). Alla möten innebär ett samspel mellan människor, där vi berörs och reagerar på varandra. Reaktionerna kan se olika ut och påverkas av vårt inre, våra erfarenheter, förväntningar och tolkningar i den situationen som vi befinner oss i. Ett möte mellan människor är grunden i all kontakt och all mänsklig utveckling. Det finns både goda och otrygga möten. De goda mötena ger oss känslor av glädje, tillfredsställelse och lycka. De otrygga mötena väcker en känsla av rädsla, uppgivenhet, frustration och ibland hat. Om mötet inte blir som förväntat är det viktigt att försöka att förstå orsakerna bakom konflikterna för att kunna hitta möjligheter och lösningar i fortsättningen (Carlander, 2001). Sättet som kvinnan och hennes partner bemöts av under vårdandet och förmedlandet av kunskap kan påverka upplevelsen av barnet, moderskapet, graviditeten och förlossningen. En ömsesidig öppenhet är en förutsättning för vårdandet och att beröras av den andre. Vid ett professionellt bemötande byggs en bro mellan barnmorskan och kvinnan, den är byggd av kompetens, kontakt och vårdande. Vid avsaknad av professionellt bemötande byggs istället en vägg av brist på kompetens, likgiltighet och kontaktbrist (Berg, 2014).

Tidigare forskning om lesbiska kvinnors upplevelser av mödrahälsovården

Medmammors upplevelser av bemötandet

Tidigare forskning visar olika sidor av bemötandet av medmammor, en del har känt sig osynliga och uteslutna i mödrahälsovården och andra upplevde mötet med mödrahälsovården som mestadels positivt där medmammor har känt sig inkluderade och delaktiga. Barnmorskans frågor har tagits emot väl och paret uppfattade dem som ett sätt att skaffa kunskap om den rådande graviditeten. Dock fanns det även möten som inte uppskattades och kvinnorna upplevde att deras privatliv kränkts då fokus flyttades från graviditeten till deras sexuella läggning. Det fanns också tillfällen då det lesbiska paret valde att söka vård på andra mödrahälsovårdscentraler på grund av att barnmorskan visat stor okunskap i lesbisk familjebildning (Spidsberg, 2007; Cherguit, Burns, Pettle & Taskers, 2012). Forskning visar att barnmorskor har bristande kunskaper om lesbisk familjebildning detta kan leda till att opassande frågor ställs och felaktiga bedömningar görs. Bristen på kunskap om olika livsstilar kan komma att påverka hälsan för de vårdsökande (Röndahl, Bruhner, & Lindhe, 2009). Medmammor berättar i Spidsberg, (2007) och Cherguit et al., (2012) att de var nervösa inför mötet med mödrahälsovården. En känsla av att vara paranoid, att det bara var en fråga om när de skulle mötas av fördomar. En medmamma återberättar att hon visste att ”vi hade rätt enligt lag att bli behandlade, men i verkligheten, hur skulle vi bli behandlade?” (Cherguit et al., 2012, s.1272). Ett par beskrev att de var lättade över att ha hittat en lesbisk läkare för att slippa irrelevanta frågor. Ett annat par beskriver att de flyttade till en annan stad i försök att hitta en öppensinnad läkare som kunde ta hand om dem under graviditeten (Spidsberg, 2007).

En heteronormativ organisation

Mödrahälsovården som organisation beskrivs som heteronormativ av informanterna i Cherguit et al., (2012) studie. De beskriver att de upplevde att mödrahälsovården inte bekräftade lesbiska familjer då samtliga blanketter var utformade utifrån ett heteronormativt synsätt. Mödrahälsovården beskrevs som enkelspårig och att inga försök gjordes till att förändra den redan inslagna vägen. Medmammor beskriver också att föräldragrupperna inte var anpassade till en blandad grupp då barnmorskan hela tiden upprepade ”mamma och pappa”. Detta tillsammans bidrog till att medmammorna kände sig exkluderade.

Välmående hos medmammor

I en studie av Abelson, Epstein & Ross (2013) studerades välmående hos medmammor, där framkommer det att kvinnorna upplever känslor av att uppfattas som annorlunda och att de känner sig utanför under graviditeten, de beskriver sig själva som *icke mammor*. I mötet med barnmorskan upplevde deltagarna att det inte fanns tid avsatt för att prata om hur samhället skulle ta emot dem som icke biologisk mamma. Det framkom att de skulle kännas värdefullt för dem att få prata om detta, gärna i ett möte där den gravida kvinnan inte var med. Det framkom även att de saknade någon form av stödgrupp för icke biologiska mammor (Abelson et al, 2013). Det framkom även resultat som visar på att trots att samkönade par lever i ett samhälle där de möter heterosexism i familjerelaterade sammanhang så hade de samkönade paren bra resurser och strategier för att hantera bemötandet. Resurserna och strategierna fanns både i det lesbiska paret själva men även i nära familj och i vänner (Short, 2007).

Problemformulering

I arbetet som barnmorska är det viktigt att bemöta alla patienter efter behov, oavsett deras sexuella läggning och familjesammansättning. Lagändringen som gjorde att lesbiska kvinnor fick möjligheten att bilda familj genom assisterad befruktning leder till att barnmorskor inom mödrahälsovården möter allt fler lesbiska kvinnor som ska bli föräldrar. Tidigare forskning visar att många medmammor känt sig utslutna och osynliga i mödrahälsovården samt att de upplevt mödrahälsovården som en heteronorm organisation. Forskningen visar även att barnmorskan har bristande kunskaper om lesbisk familjebildning. Med tanke på heteronormativitet som ledande norm i samhället kan man tänka sig att det även visar sig inom mödrahälsovården.

Studien faller inom området för reproduktiv och perinatal hälsa. Det är viktigt för barnmorskan att ha kunskap och förståelse i mötet med lesbiska par som ska bli föräldrar. Studien avser att fördjupa kunskapen i hur medmammans i ett samkönat förhållande upplever bemötandet av barnmorskan i mödrahälsovården.

Syfte

Syftet med studien är att belysa medmammors upplevelser av barnmorskans bemötande inom mödrahälsovården.

Metod

Val av metod

För att belysa medmammors upplevelser av barnmorskans bemötande på mödrahälsovården genomfördes intervjuer som tolkades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Enligt Lundman & Graneheim (2017), är en kvalitativ metod bra när man granskar och tolkar texter som beskriver informanternas upplevelser, erfarenheter och uppfattningar. Metoden ger goda förutsättningar för att kunna uppnå studiens syfte. Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av texter, genom att identifiera ett mönster i textinnehållet. Skillnader och likheter uttrycks sedan i kategorier och teman efter tolkningsnivåer och abstraktion. Metoden är applicerbar på olika sorters texter, vilket gör den användbar inom många olika forskningsområden. Kvalitativ innehållsanalys är baserad på erfarenhetskunskap som uttrycks i beskrivningar och tolkningar. Texten bör ses i sitt sammanhang, detta innebär att tolkningar av deltagarnas berättelser bör göras med medvetenhet om deras personliga historia, livsvillkor och rådande kultur. Karakteristiskt för en induktiv ansats är att söka mönster i materialet, följt av en förutsättningslös analys av texten, som kan var baserad på människors berättelser om sina upplevelser, i detta fall bemötandet på mödrahälsovården. Analysen sker genom att materialet går från data till teoretisk förståelse, från konkret och specifikt till abstrakt och generellt (Lundman & Graneheim, 2017).

Urval

Inklusionskriterier för deltagande i studien innebar att deltagaren antingen var samkönad partner till en gravid kvinna, alternativt samkönad partner till en kvinna som varit gravid de senaste två åren. Första steget att rekrytera informanter till studien bestod av att tillfråga våra kurskamrater om de mött samkönade par under sin praktiktid på mödrahälsovården. När detta inte gav önskat resultat, söktes informanter via det sociala nätverket Facebook. Detta genom en statusuppdatering där samkönade partners till gravida kvinnor eftersöktes. För att sprida informationen ombads vänner att dela dessa inlägg. I Facebookgrupper med anknytning till vårt ämne postades även en inbjudan och informationen delades. Kvinnorna som visade intresse att delta i studien tog kontakt med oss via mail eller Messenger. Ett informationsbrev skickades därefter ut till informanterna, där bifogades forskningspersonsinformation, samt en samtyckesblankett. Då rekryteringen skedde via Facebook behövdes ingen bekräftelse av någon chef för att utföra studien. Kvinnorna var alla partners till en kvinna som väntade barn, eller som fått barn inom de senaste två åren. Det fanns ingen åldersgräns på kvinnorna och inte heller något krav på att detta var deras enda barn. Tretton informanter kontaktade oss, fyra drog sig ur på grund av olika personliga skäl, som inte rörde studien. Kvinnorna var bosatta i olika delar i Sverige, var i olika åldrar mellan 28-48år, hade varierande civiltillstånd och utbildningsnivå samt varierande antal barn. Spridningen på informanterna anses positiv för att ge en variation i upplevelsorna och på så sätt berika resultatet. Variationer i utbildningsnivå, antal barn och sociala förhållanden gör att resultatet inte endast speglar en enskild population i samhället (Henricson & Billhult, 2017).

Datainsamling

Innan intervjun ägde rum, informerades varje deltagare om studiens syfte, både muntligt och skriftligt. De informerades om att de när som helst under intervjun kunde välja att avbryta sin medverkan utan att ange orsak. En semistrukturerad intervjumetod valdes till studien. Semistrukturerade intervjuer består av öppna frågor, där intervjuaren anpassar följdfrågor efter vad som kommer upp i intervjun, med frågeområden som stöd. Intervjuguiden skall endast vara ett stöd, vilket betyder att intervjuaren behöver vara väl införstådd med sina frågor. Frågorna får inte ställas alltför detaljerat, då det kan förstöra interaktionen i intervjusituationen. Det är viktigt att kunna sitta ostört under intervjun, för att deltagaren skall känna sig väl bemött och trygg att delta. En bra atmosfär ger en förutsättning för en innehållsrik och djup intervju (Danielson, 2017). Intervjuerna genomfördes antingen i informanternas hem eller via Skype. Samtalet spelades in med mobilens röstinspelning. Intervjuerna genomfördes av båda författarna, men endast med en intervjuare per informant, detta för att skapa ett samspel mellan intervjupersonen och intervjuaren. Intervjuerna varade mellan 15-60 min, och var av varierande kvalitet, men alla intervjuer gav relevanta svar utifrån studiens syfte. Intervjun utgick från frågeställningen: *Hur upplevde du bemötandet på mödrahälsovården?* Kvinnorna fick berätta fritt om sina upplevda erfarenheter med barnmorskan, därefter ställdes följdfrågor för att få en djupare förståelse.

Analys

Ljudinspelningen av intervjun avlyssnades och skrevs ned ordagrant. Den transkriberade texten lästes ett flertal gånger för att få en helhetsbild, samt ökad förståelse av innehållet. Texten delades sedan in i domäner utifrån intervjuens stödfrågor. Därefter gjordes en ytterligare granskning av innehållet och meningsbärande enheter som motsvarade studiens syfte bildades. Materialet kondenserades sedan ned. Betydelsefulla ord utifrån dessa meningsenheter plockades ut, dessa bildade koder. Koderna granskades ytterligare för att hitta likheter och skillnader, dessa bildade sedan subkategorier och huvudkategorier (Lundman & Graneheim, 2017).

Tabell 1

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsenheter	Kod	Subkategori	Huvudkategori
<i>“ att man då ser den där regnbågen, så vet man att det redan är accepterat, det finns liksom ingenting att förklara, eller vara orolig för. Så det är väldigt betydelsefullt för mig, den där flaggan.”</i>	regnbågen visar att jag är accepterad och inte behöver vara orolig eller förklara mig.	regnbågen visar acceptans	regnbågsflaggans betydelse	Acceptans i bemötandet.

Etiska överväganden

Som grund för etiska överväganden har författarna utgått från Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2002), inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. För att skydda individen finns fyra allmänna huvudkrav; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att forskaren skall informera undersökningsdeltagare om deras roll i projektet och de villkor som gäller för deras deltagande. Deltagaren ska också informeras om att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att avbryta sin medverkan, närhelst de önskar. Samtyckeskravet innebär att forskaren skall inhämta undersökningsdeltagares samtycke. Konfidentialitetskravet innebär att alla uppgifter som är identifierbara till en person skall antecknas, lagras och avrapporteras på ett sådant sätt att enskilda personer ej kan identifieras av utomstående. Nyttjandekravet innebär att de insamlade uppgifterna om enskilda personer endast får användas för forskningsändamålet (Vetenskapsrådet, 2002). Ansökan om etiskt tillstånd har inte gjorts, då detta inte krävs eftersom informanterna söktes via internet och inte heller för uppsatsarbeten. Vid intresse att delta i studien ombads informanterna ta kontakt med författaren och de fick därefter

information skriftligen. Forskningspersonsinformationen innehöll information om studiens syfte, att deltagandet i studien var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att ange orsak. Deltagarna fick information enligt konfidentialitetskravet om att uppgifterna som de bidrog med inte skulle gå att spåra tillbaka till dem själva. Efter att deltagarna fått information om studien och önskade att delta i studien, undertecknade de ett samtyckesformulär, detta skedde innan intervjun påbörjades. Efter att intervjuerna transkriberats kunde de inte längre härledas till en enskild individ, och på så sätt inte längre identifieras av utomstående. Skulle det framkomma under arbetet med studien att en informant var i behov av psykologiskt stöd kopplat till sitt föräldraskap, kunde författarna rekommendera henne att söka vidare till exempelvis mödrahälsovården.

Den tänkbara nyttan med studien är att belysa ett möjligt dolt problem, åskådliggöra det och på så sätt bredda barnmorskans kompetens. Risken med studien är liten och författarna anser inte att intervjuerna är integritetskränkande. Om informanterna upplevde intervjun som kränkande, kunde de när som helst avbryta den, utan att det skulle påverka dem negativt.

Resultat

Analysen resulterade i tre kategorier och åtta subkategorier (se tabell 2) som presenteras nedan och styrks med citat från informanterna. Författarna har använt olika benämning för medmammorna i studien t.ex. kvinnorna och intervjupersonerna. För att värna om konfidentialiteten har intervjuerna kodats med ett nummer.

Tabell 2

Acceptans i bemötandet	Att känna sig exkluderad	Att tillhöra en minoritet
Regnbågsflaggans betydelse	Heteronormativitet i föräldrautbildningen	Att känna sårbarhet
Att inte bli bedömd	Pappagrupper	Ett fördomsfullt bemötande
Att känna sig inkluderad		
Inte som förväntat		

Acceptans i bemötandet

Regnbågsflaggans betydelse

Många av medmammorna berättade om vikten av att mödravårdcentralen är hbtq-vänlig för att de skulle känna sig accepterade. Några av deltagarna hade valt mödravårdcentral uteslutande utifrån att den var hbtq-certifierad, för att slippa att bli ifrågasatta. Andra hade valt mödravårdcentral utifrån hur den låg geografiskt, eller för att det inte fanns något annat val, då vissa av deltagarna bodde på mindre orter. Medmammorna visste inte alla gånger om mottagningen var hbtq-certifierad eller –diplomerad, men bara att se flaggan på dörren gjorde att de kände sig välkomna, och inte oroliga för hur de skulle bli bemötta.

...man vill inte riskera att bli bedömd om man lever i ett samkönat förhållande liksom, och att man då ser den där regnbågen, så vet man att det redan är accepterat, det finns liksom ingenting att förklara, eller vara orolig för. Så det är väldigt betydelsefullt för mig, den där flaggan. (ip6)

Medmammorna som valde mottagning utifrån hbtq-certifiering eller bekantas rekommendationer, ville vara säkra på ett öppet bemötande, utan fördomar. Om mottagningen var certifierad eller diplomerad spelade inte någon betydande roll, det viktiga var att

mottagningen visade att alla var välkomna, och då spelade regnbågsflaggans symbol en viktig roll.

Ja vi kollade runt i xxx, frågade kompisar, som varit där tidigare och dom var jättenöjda och så ville vi gärna ha en MVC som var RFSU, som hade ett certifikat om hbtq-familjer. Så att vi i alla fall skulle undvika att få ett otrevligt bemötande. (ip8)

För merparten av medmammorna ingav regnbågssymbolen en känsla av trygghet och en förhoppning om ett bra bemötande, men det fanns också intervjupersoner som upplevde att symbolen var urvattnad och betydelselös. En medmamma berättar om sin uppfattning om att många vårdcentraler och mödravårdscentraler har en regnbågsflagga på dörren, men att detta inte betyder att bemötandet är bättre i det enskilda mötet. Det framgick sällan vad personalgruppen hade genomgått för utbildning, inte heller vad symbolen betydde för just den mottagningen. Om däremot vårdpersonalen själva hade en brosch eller liknande med symbolen på, så kändes det som om personalen hade ett mer genomtänkt förhållningssätt.

...däremot om jag ser att någon personal har en sådan där regnbågsbrosh eller någonting på sig, då är min erfarenhet att det har varit mer, jag får en känsla för mig att; okej ja men då, det känns lite tryggare liksom, också att jag har upplevt att dom personerna ofta är bättre i sitt bemötande, eller liksom har ett mer genomtänkt förhållningssätt, men just de där flaggorna som sitter i expeditionen eller så, de känns väldigt urvattnat (ip9)

Att inte bli bedömd

Under intervjuerna berättade några av medmammorna om ett naturligt bemötande från barnmorskan, där ingenting blev stelt, eller att någon konstig stämning uppstod. De tyckte det var bra att det kom naturligt för barnmorskan, att de var två kvinnor som skulle bli föräldrar. Kvinnorna upplevde aldrig att de blev ifrågasatta, utan de var självklara som ett par. En medmamma beskrev mötet med barnmorskan som hjärtligt och varmt. Barnmorskan pratade naturligt med henne, och ingenting behövde lindas in, utan allt kunde sägas rakt ut på ett naturligt sätt.

Näää de va inga reaktioner, de va bara naturligt att de va så, ingen liksom konstig tystnad som uppstod. Så att de var jätteskönt, så jag är väldigt positivt överraskad (ip6)

Hon har använt ett väldigt neutralt språk, på ett på ett naturligt sätt. Det har aldrig känts att hon att hon har fått anstränga sig för att inte säga något fel, utan det har bara varit väldigt naturligt och okonstlat, så det känns väldigt skönt.(ip1)

En del barnmorskor upplevdes av medmammorna som ovana vid att möta samkönade par. De fick trots detta sitt bemötande att bli naturligt, genom att vara noggranna med ordval och

inkludera båda kvinnorna. Medmammorna upplevde detta som positivt, då det visade att barnmorskorna försökte, och hade en god avsikt.

...en del kan ju vara att det är så naturligt att man verkligen måste berätta att det är så naturligt. Ja lite så kanske det är, lite nästan övernaturligt. Fast det är ju bättre det tänker jag, att om människor är ovana vid nåt, så är det ju bättre att de verkligen försöker att göra något, ett bra intryck, ett bra jobb fast de är ovana än att det blir fel. (ip2)

En medmamma berättar om en känsla av att barnmorskan aldrig hade träffat ett samkönat lesbiskt par tidigare, och att bemötandet kändes ogenomtänkt och förvirrat. Speciellt då barnmorskan frågade medmaman om hennes ärftlighet, trots att hon inte hade någon genetisk koppling till barnet. Detta fick medmaman att tänka dels att det var bra att barnmorskan inte gjorde någon skillnad på om de var ett homosexuellt eller ett heterosexuellt par som hon träffade. Medmaman upplevde dock att bemötandet kändes oförberett och okunnigt, då barnmorskan inte verkade ha kunskap om hur två kvinnor går tillväga då de ska skaffa barn gemensamt.

Att känna sig inkluderad

Medmammorna kände sig som en självklar del av graviditeten och de upplevde att barnmorskan gjorde dem delaktiga i besöken på mödrahälsovården genom att rikta sig till dem båda. Mycket fokus låg på den gravida kvinnan, men medmammorna upplevde att barnmorskan var duktig på att få dem att känna sig inkluderade i vården. En medmamma berättar att barnmorskan alltid hälsade till henne då hon inte kunde vara med på besöket. Detta fick medmaman att känna sig betydelsefull och ihågkommen.

Ja där kände jag mig inkluderad så att säga, hon pratade till båda. Hon ställde mest frågor till xxx om hälsa och så såklart eftersom det var hon som var gravid, men jag kände mig ändå inkluderad.(ip3)

Dom har varit väldigt duktiga på att inkludera mig i alla fall, och frågat liksom hur jag mår, och varit väldigt tillmötesgående, sen vet ju inte jag om det är såhär i ett heterosexuellt par också, att man är bra på bemötande eller inte, de har jag ju ingen erfarenhet av men jag tycker iallafall att de har varit väldigt bra (ip7)

Några av medmammorna tolkade barnmorskans bemötande som att de var lite extra genomtänkt på grund av att de var två kvinnor. Detta upplevde medmammorna som positivt för det visade att barnmorskan ansträngde sig för att det skulle bli ett bra möte.

...snarare att hon är lite mera, hon är lite extra uppmärksam på att vi är två kvinnor kanske. Att hon skall vara inkluderande. Hon tänker nog till så kanske (ip2)

Inte som förväntat

I många av intervjuerna berättar medmammorna att bemötandet var bra. De benämnde bemötandet med ord som; bra, verkligen bra och jättebra. Några av medmammorna sa även att de tänkt avboka intervjun för att de inte hade något att klaga på. Utan att allt hade varit jättebra och att de vill delta för att få det sagt, att det va ett resultat som de ville bidra med.

Jättebra! Hon var verkligen jättebra och var väldigt kunnig och hon var... hon höll inte på och grottade in sig i att vi var samkönade eller så det var vi ju, men det var inte en så stor sak för henne (ip2)

Vi har väldigt nöjda med den här vården vi fått i xxx och vi känner oss väldigt glada för det, jag känner mig aldrig utanför de var väldigt inbjudande och det var väldigt skönt, jag vill bara säga de att vi har varit väldigt nöjda.(ip8)

Några av medmammorna ville med intervjuerna berätta att bemötande var bättre än de förväntat sig, inte alls som det speglats i tidigare studier, och på sociala medier. De ville berätta om ett bra bemötande, där de blivit inkluderade och respekterade. En medmamma hade motsatt upplevelse av bemötandet. Hon berättar att hon redan hade låga förväntningar inför mötet med barnmorskan, men hon hade trots detta en förhoppning om att barnmorskan skulle ha ett bättre bemötande, då barnmorskan har kunskaper om sexualitet och reproduktion, men upplevde trots detta ett dåligt bemötande.

...men samtidigt så hade jag ju lite mer förväntningar för att man tänker ju ändå att MVC handlar ju om hur barn blir till, åå liksom sexualitet på något sätt... mer än när man går till vårdcentralen med en förkylning eeem så lite mer förväntningar kanske jag hade på det besöket.(ip9)

Att känna sig exkluderad

Heteronormativitet i föräldrautbildningen

Några av intervjupersonerna berättar att det fanns olika föräldrautbildningar att välja mellan, antingen föräldrautbildning för enbart samkönade par, eller föräldrautbildning för alla oberoende av familjesammansättning. Medmammorna beskriver att oavsett valet av föräldragrupp så upplevde de att informationen var bra, och viktig inför förlossningen och föräldraskapet. Det som fick medmammorna att känna att de inte var inkluderade, var när barnmorskan pratade i termer som mamma och pappa. Ett delmoment som var vanligt under föräldrautbildningen var indelning i två grupper, där mammor var i en grupp, och pappor i en annan grupp. Detta fick medmammorna att känna sig utanför.

Ja det var ju föräldragruppen som jag inte tyckte var bra. Jag vet inte om det var materialet... för som sagt själva informationen var det inget fel på. Men det var bara det att jag som inte var pappa, och inte var gravid, att det kändes inte som att jag platsade in i den gruppen helt enkelt så är det. (ip3)

Denna föräldrautbildningen var väldigt inriktad på man och kvinna, ja vart männen skulle parkera bilen när kvinnan skulle in och föda, och så vidare, den grejen, så det är ju aldrig fel att också där påminna om att om en viss öppenhet faktiskt. (ip4)

Heteronormativiteten blev påtaglig i informationsfilmerna om förlossning och amning. Filmerna innehöll endast situationer med heterosexuella par, och mycket fokus låg på pappans roll under och efter förlossningen. Detta fick medmammorna att känna sig exkluderade. Kvinnorna sa att de saknade andra samkönade par i filmerna, att relatera till för att kunna känna sig inkluderade.

...den är antik, pappan han ska vara snäll, och dammsuga för en gång skull och hjälpa mamman. (ip2)

...den där fruktansvärda utbildningsfilmen som dom visar, där bad barnmorskan som höll i gruppen om ursäkt innan hon visade den. För den är tydligen något som alla ska se, den här hemska filmen, heterofilmen.(ip1)

Vissa medmammor beskriver att föräldrautbildningen inte var anpassad till en blandad grupp, och att barnmorskan hade en heterosexuell mall, som hon var tvungen att avvika ifrån om det kom någon som avvek från normen. Detta fick medmammorna att känna som om att de stack ut. En medmamma hade en känsla av att det inte var helt okomplicerat att delta på föräldrautbildningen. Hon beskrev det som att mödravården och speciellt föräldrautbildningen var ett ställe där det tydliggjordes att hon och hennes fru avvek från normen, att de inte var en mamma och en pappa.

Jag har ju en känsla av att dom har en heteromall och sen så om de kommer någon annan konstellation så försöker dom att anpassa den mallen i stunden istället för att ha en mall som funkar för alla.(ip9)

Pappagrupper

Många av medmammorna berättade om att det fanns lappar om pappagrupper på mödravårdscentralen. Kvinnorna berättar att det aldrig var ett alternativ för dem att gå på dessa, på grund av att de inte kände sig inbjudna att delta. Att grupperna hette som de hette, gjorde att medmammorna ifrågasatte om mottagningen verkligen var hbtq-vänlig.

Kvinnorna beskrev att om pappagrupperna istället hade hetat partnergrupp skulle de kunna tänka sig att delta, och känt sig välkomna.

Dom hade såna här pappagrupper och de får dom väl ha men jag går inte dit liksom... där känner jag att det är inte för mig... jag såg mer att det fanns en lapp om det liksom, och då tänkte jag att där kan jag ju inte gå (ip6)

De hade på väggen en lapp om pappagrupper, och då stannade jag till och frågade barnmorskan -okej Så det är dit som jag ska gå eller? Och då skrattade hon bara och sa -hehe ja det kan du väl göra om du vill. Då kände jag sedan efteråt, att det kunde jag inte, eller det skulle vara väldigt obekvämt, att gå till en pappagrupp. Jag skulle kunna göra det om jag hade jätte behov men jag tycker nog att på en hbtq-certifierad mottagning att man kunde kalla det något annat, eller något mer inkluderande iallafall.(ip2)

Medmammorna beskrev att pappagrupperna inte leddes av en barnmorska, utan att det var en grupp där papporna träffades, och fick möjlighet att prata om sina upplevelser och tankar, inför att bli föräldrar. Några medmammor beskrev en besvikelse, och en orättvisa över att de inte fick möjlighet till detta. De reflekterade även över att det inte fanns någon mammagrupp, inte ens för den gravida kvinnan att delta i.

Att tillhöra en minoritet

Att känna sårbarhet

Gemensamt för gruppen var att alla var öppna med sin sexualitet, och många av intervjudeltagarna nämner att de är en minoritetsgrupp, och då även en utsatt grupp. Några av deltagarna beskriver en känsla av sårbarhet när de ställs inför nya situationer, såsom att ta kontakt med vården och då riskera att bli bemötta på ett diskriminerande sätt.

...jag tror man är i en sån sårbar situation i det här läget när man ska få barn, och överhuvudtaget när man söker inom vården,... (ip6)

De är väl att man är så pass sårbar, att man kommer ut ur garderoben, man kommer ut varje dag. När man är i en ny situation i livet då kommer man ut igen, även om man har varit ute och öppen länge, och man är så pass stabil att man planerar familj ihop så är det ändå att man kommer ut varje gång. Så att ju tydligare dom kan vara på att det är acceptans från början, så att man inte ens behöver fundera på det, desto bättre (ip6).

Några av medmammorna hade tankar inför mötet med barnmorskan. Kvinnorna hade hört via sociala medier att lesbiska par blir dåligt bemötta i mödrahälsovården. Detta hade fått dem att börja fundera på hur mötet skulle bli. En medmamma beskriver känslan av sårbarheten i att inte vara säker på vad andra personer, i detta fall barnmorskan tycker om henne och hennes partner.

Jag aldrig haft problem med ett dåligt bemötande med vänner eller kollegor eller ja kanske kollegor ibland, men man vet ju att man väljer sina vänner men man kanske inte kan välja sin barnmorska eller sin vårdgivare. Man vet ju aldrig vilka tankar den personen har, så visst jag har funderat innan... jag och min sambo har diskuterat innan och hoppats på att de blir ett trevligt bemötande(ip8)

En medmamma beskrev att hon hade låga förväntningar inför mötet med mödrahälsovården när de gällde bemötandet och omhändertagandet från barnmorskan. Hon beskrev att barnmorskan borde ha ett bättre bemötande då det är relativt vanligt med samkönade lesbiska par, samt att det finns mycket information att söka om homosexuella som patientgrupp. Några medmammor berättar om att de var oförberedda på intima frågor från allmänheten om hur graviditeten hade kommit till. Detta beskriver en medmamma var förenat med ångest och olustiga känslor under hela graviditeten. Medmammans hade önskat att barnmorskan var medveten om detta, som ett allmänt förekommande fenomen, för att på så sätt kunna vara ett stöd för henne genom graviditeten. En kvinna beskrev också andra känslor, som hon hade behövt prata om med barnmorskan, till exempel att bli mamma men att inte vara den som föder barnet och hur andra ska reagera på detta. Medmammorna hade stort förtroende för barnmorskans kompetens gällande hur en graviditet uppkommer och hur den bör övervakas. De upplevde dock barnmorskans kunskap om den komplicerade känslomässiga relation till föräldraskap som medmammorna genomgår som sämre, vilket gjorde medmammorna besvikna.

Vi som står vid sidan om, och inte bär på barnet, och för mig blev jag också en annan roll, att bli mamma fast inte biologisk mamma, det hade jag nog gärna sett att de hade fångat upp. För det var någonting som jag tyckte var ganska jobbigt i början. Just det här att undra vad andra tycker att jag är?, mamma?, eller vad tycker dom?, och med det här att jag inte är den som ska amma... jag ska gå och jobba och jag ska inte göra det här men du förstår vad jag menar.(ip5)

Ett fördomsfullt bemötande

En medmamma berättar att barnmorskan hade en föreställning om hur samkönade lesbiska par skulle vara och hade svårt att acceptera att dessa föreställningar inte stämde in på dem som par. Medmammans upplevelse var att barnmorskan hade ett fördomsfullt bemötande och ställde samma frågor upprepade gånger i hopp om att få de svar som passade mallen och statistiken. I detta fall upplevde kvinnan inte det som en fördel att barnmorskan träffat samkönade par tidigare utan tyckte att bemötandet kändes standardiserat och opersonligt. Paret valde att byta ifrån en hbtq-certifierad mottagningen till en annan mottagning trots att den inte var certifierad, anledningen var att de känt sig kränkta. På den nya

mödravårdscentralen blev de bemötta efter vilka de var och inte efter någon generell problematik som ansågs finnas.

...hon hade en föreställning om hur det var i tjejpar, när vi föll utanför så blev vi nog ett väldigt udda tjejpar på något sätt. Så där vet jag inte om det var en särskild fördel för oss att hon hade träffat många tjejpar innan. Hon kanske hade en viss tanke om hur det är i tjejpar, ja förutfattade meningar som inte stämde med oss (ip4)

...då blev vi väldigt ifrågasatta om det verkligen stämde och så. Lite som att det finns en föreställning att det finns väldigt mycket missbruk bland tjejpar, och det gör det. Så att det kändes liksom lite som att vi inte riktigt svarade upp till hur det brukade se ut. Liksom om det skulle bli svårt för oss att sluta med alkohol och sånt.(ip3)

Några av kvinnorna beskriver att när barnmorskan frågade hur graviditeten uppkommit kände de sig diskriminerade och tog illa vid sig. Medmammorna beskrev det som om att den frågan hade aldrig ställts till ett heterosexuellt par. Medmammorna upplevde frågan som privat och att barnmorskan ställde frågan för att hon var nyfiken, att frågan inte var av betydelse för vården av den gravida kvinnan.

Jag har varit med om situationer där det blivit onödigt onödiga frågor och onödigt onödiga kommentarer som har lett till att man känner, att hade vi varit man och kvinna hade dom här kommentarerna aldrig kommit på fråga.(ip4)

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa medmammors upplevelse av barnmorskans bemötande på mödrahälsovården. För att besvara detta syfte sökte vi informanter till studien, först genom att fråga våra kurskamrater om de mött något samkönat par under sin praktiktid på mödrahälsovården. När detta inte gav önskat resultat, söktes informanter via det sociala nätverket Facebook. Att Facebook användes för att rekrytera informanter anser vi ge styrka till studien då informanter bosatta i olika delar av Sverige deltog. Om studien enbart hade fått informanter via kurskamrater hade resultatet endast speglat Göteborgsregionen med omnejd. Alla informanter har fått barn mellan åren 2015-2017. Urvalet på två år gjordes då författarna önskade att medmammornas minne av bemötandet skulle vara relativt färskt, detta för att stärka studiens resultat. Kvinnorna som deltog i studien var i åldrarna 28-48 år alltså ett spann på 20 år, detta föreföll positivt ur författarnas synvinkel, för att på så vis möjligen få en större bredd på resultatet. Kvinnorna var bosatta i olika delar i Sverige, var i olika åldrar, hade varierande civiltillstånd och utbildningsnivå samt varierande antal barn. Spridningen på informanterna ansågs positiv för att ge en variation i upplevelserna och på så sätt berika resultatet. För att inte lämna ut informanternas identiteter och därmed bryta den etiska sekretessen har vi valt att hålla informanternas ålder, yrke, antal barn, samt civil status dold. Intervjuerna genomfördes antingen i ett möte hemma hos informanten eller via Skype, detta upplevde vi vara en styrka för studien då intervjun kunde genomföras ostört och i en trygg miljö för informanten. Intervjuerna i studien genomfördes av författarna som inte hade erfarenhet av intervjuteknik innan studiens början, detta kan ses som en svaghet för studien. Brist på erfarenhet i intervjuteknik kan påverka intervju innehåll och det kan vara en svaghet för studien (Lundman & Graneheim, 2012; Brinkmann & Kvale, 2014). De intervjuer som gjordes i början av studien speglar till viss del intervjuernas brist på erfarenhet på så sätt att de ofta tillät intervjupersonen att avvika från ämnet. Författarna upplevde emellertid att intervjutekniken utvecklades under studiens gång.

Flera av informanterna hade en önskan om att uttrycka en missnöjdhet mot andra organisationer i samhället förknippade med föräldraskapet, än de som ingick i studiens syfte. De informerades om att författarna inte kunde ta med detta i arbetet då det låg utanför studiens område. Att informanterna upplevde ett missnöje över andra organisationers brister uppfattades av författarna viktigt att lyssna till. Informanterna hade ett behov av att dela med sig av dessa upplevelser, då det väckte mycket känslor. Att informanterna fick möjlighet tala fritt om sina upplevelser, anser vi bidrog till att skapa ett bättre intervjuklimat vilket bidrog till att vårt syfte besvarades. Efter att materialet bearbetats skapades ett resultat bestående av tre huvudkategorier och åtta subkategorier. Det upplevdes svårt att helt skilja kategorierna åt då de ofta gick in i varandra. Giltigheten på resultatet har stärkt genom att citat valts ut som beskriver det omnämnda fenomenet. Författarna har arbetat med att förhålla sig neutrala till texten och varit noga med att försöka få fram vad informanten egentligen vill säga. Författarna har även arbetat aktivt med att inte övertolka, väga in egna tolkningar eller värderingar i analysarbetet. De faktorer som kan ha påverkat analysprocessen är att författarna inte tidigare gjort någon kvalitativ innehållsanalys vilket kan ses som en svaghet. Det fanns en viss förförståelse om det studerade fenomenet innan studien påbörjades men då den anses vara svag bör den inte ha påverkat studiens resultat. Med en förförståelse menas att vi kan och vet en del saker innan vi påbörjar en studie. Vi förstår något innan vi förstår något

som studieobjektet. Förförståelse är de erfarenheter och värderingar som vi har med oss från livet. (Pribe & Landström, 2017).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa medmammors upplevelser av barnmorskans bemötandet inom mödrahälsovården. I studiens resultat framkom tre huvudkategorier; Acceptans i bemötandet, Att känna sig exkluderad och Att tillhöra en minoritet. Kategorierna delades sedan in i åtta subkategorier; Regnbågsflaggans betydelse, Att inte bli bedömd, Att känna sig inkluderad, Inte som förväntat, Heteronormativitet i föräldrautbildningen, Pappagrupper, Att känna sårbarhet och Ett fördomsfullt bemötande. Alla kategorier belyser medmammornas upplevelser av barnmorskans bemötande inom mödrahälsovården.

Många av medmammorna förmedlade att bemötandet hade varit bra, naturligt och inte stelt eller ifrågasättande. Trots att barnmorskan ibland upplevdes som ovan har medmammorna uppskattat barnmorskans strävan att vara korrekt och professionell, och på så sätt har bemötandet blivit bra. Medmammorna i föreliggande studie kände sig inkluderande i vården då barnmorskan gjorde dem delaktiga i besöken genom att rikta sig till dem båda. Detta har visat sig vara av betydelse även i tidigare studier. När barnmorskan engagerade sig och lät medmamman vara delaktig i vården och informationen, skapade det en känsla av att hon var betydelsefull. När barnmorskan visade att det var viktigt att medmamman och hennes partner var där tillsammans fick det dem att känna sig sedda och erkända. Men om medmamman inte uppmärksammades av barnmorskan fick det dem att känna sig osynliga och dränerade på energi (Erlandsson 2010). Tidigare studier har visat att något så litet som ett välkomnande leende kan göra stor skillnad i mötet mellan barnmorskan och de blivande föräldrarna (Wilton & Kaufmann, 2001).

Ett ämne som väckt mycket känslor hos medmammorna var regnbågsflaggans symbol. Medmammorna beskrev att flaggan på dörren ingav ett lugn inför mötet med barnmorskan och en känsla av acceptans. Dock associerade inte alla medmammor symbolen med något positivt det fanns även upplevelser av att flaggan var urvattnad och betydelselös, då den har använts utan att uppfylla sitt syfte. Man kan tänka sig att på vissa mottagningar används symbolen slentrianmässigt utan att personalen får en uppdaterad utbildning. I en studie beskrivs det att regnbågsflaggan har en stor betydelse för hbtq-personer. Symbolen får hbtq-personer att uppleva positiva känslor om sig själva, omgivningen samt framtiden. Regnbågsflaggans symbol beskrivs även som ett användbart redskap för att navigera i sociala sammanhang. Den återfinns exempelvis på byggnader, för att visa på öppenhet och acceptans. Symbolen garanterar dock inte ett gott bemötande av den enskilda personen (Wolowic, 2016).

Flera av medmammorna i föreliggande studie hade en negativ föreställning om hur bemötandet på mödrahälsovården skulle bli. Den förutfattade meningen hade de fått igenom sociala medier som delvis ger en negativ bild av bemötandet inom mödrahälsovården. Nackdelen med sociala medier är att negativa åsikter kan tänkas synas och höras mer än de positiva. Detta bidrog till att några medmammor var oroliga inför mötet innan de ens träffat barnmorskan. Några av medmammorna hade i tidigare vårdsituationer upplevt diskriminering och detta fick dem att oroa sig även inför mötet med barnmorskan. I en studie beskriver medmammor en oro för en potentiell diskriminering under partners graviditet. En mödrahälsovård lämpad för samkönade par skulle enligt medmammorna ha varit till stöd för

dem. Det skulle ha gett medmammorna chansen att uppleva glädje i graviditeten utan att riskera att träffa personal som hade heteronormativa attityder och använde ett heteronormativt språk. Återkommande incidenter av diskriminering gjorde att de kände sig uteslutna och sårbara under denna speciella livshändelse (Erlandsson, 2010).

Heteronormativ kommunikation, muntlig såväl som skriftlig, syns överallt i samhället. Det skapar en känsla av osäkerhet hos samkönade par och antas vara en av anledningarna till att paren väljer en hbtq-certifierad mottagning. Några deltagare i Røndahls studie påpekade att vårdpersonalen inte nödvändigtvis behövde vara specialutbildad inom ämnet men att de bör ha ett öppet sinne och ge ett varsamt bemötande av det sårbara paret (Røndahl, 2009). Valet av en hbtq-certifierad mottagning var ingen garanti för ett gott bemötande, paren upplevde att de tolkades in i en mall och att de inte bemöttes efter vilka de var utan efter de fördomar barnmorskan hade om samkönade par. En medmamma berättar under intervjun att samkönade lesbiska par är överrepresenterade i missbruk av alkohol och droger. Missbruksproblematiken finns beskriven i litteraturen där det hänvisas till att brottsförebyggande rådet har identifierat riskfaktorer hos hbtq-personer i form av hög alkohol- och drogkonsumtion (Häggström-Nordin, 2016).

Några av medmammorna beskrev att de upplevde sig diskriminerade då barnmorskan ställde frågor om hur graviditeten uppkommit, och de menade att frågan ställdes av nyfikenhet och inte var relevant för vården av deras gravida partner. Det bör förklaras varför viss information är av vikt för graviditeten till exempel om graviditeten uppstod genom insemination eller IVF, då IVF-graviditet räknas som en riskgraviditet. Det bör även förklaras att viss information är generell till exempel rökning och alkoholvanor och att den måste redogöras för, oavsett vilken relation den gravida kvinnan lever i. Detta bör förklaras för att undvika missförstånd i kommunikationen mellan barnmorskan och paret, så att inte arbetssättet tolkas som fördomsfullt eller nyfiket.

Det finns enligt Røndahls studie från 2009 rekommendationer angående attityder i bemötandet av homosexuella par. Barnmorskan bör reflektera över sina personliga attityder och fördomar rörande homosexualitet samt över det egna beteendet i mötet med en minoritetsgrupp. Barnmorskan skall ha ett öppet sinne för varierande livsstilar och respektera patientens familjeliv. Vid osäkerhet eller brist på kunskap, ska barnmorskan inte fråga patienten eller dess anhöriga utan söka kunskapen hos kollegor eller i litteratur. Nästan alla informanter i studien ovan hade en känsla av osäkerhet när de kom ut som homosexuella inför personalen. Denna osäkerhet påverkade interaktionen med barnmorskan och skapade ofta en känsla av misstro hos patienten och hennes partner (Røndahl, 2009). Det finns en risk att om paret känner en osäkerhet i mötet med barnmorskan och om barnmorskan inte lyckas att skapa ett förtroende hos paret så kan barnmorskans rutinfrågor upplevas som kränkande.

Några medmammor hade känt ett ifrågasättande från allmänheten angående hur graviditeten hade uppstått och valet av vem som skulle vara gravid. Ifrågasättandet upplevdes jobbigt och väckte känslor av ångest. Medmammorna uttryckte en besvikelse över att barnmorskan inte hade uppmärksammat det och därmed inte heller erbjudit sitt stöd. Att informanterna har haft ångestfyllda känslor som inte har identifierats av barnmorskan visar en kunskapslucka som leder till negativa upplevelser av bemötandet. Liknande resultat beskrivs i en annan studie, där saknar informanterna ett forum där de kan diskutera utmaningarna som deras föräldraroll innebär (Abelsohn et al, 2013).

Heteronormativiteten blir tydlig i resultatet då medmammorna berättar om sina upplevelser av föräldrautbildningen. Många av medmammorna upplevde att de vid någon punkt i föräldrautbildningen blev påmind om att de avvek från normen. En medmamma berättar om att hon i sin vardag inte reflekterar över att hon avviker från normen men att mödrahälsovården var en plats där det tydliggjordes att homosexuella par avvek från normen. Rosenberg (2002) beskriver som tidigare nämnt att heteronormativiteten har två grundprinciper den inkluderande och den exkluderande. Vi kan i resultatet urskilja att medmammorna som deltog i föräldrautbildningen kände sig exkluderade på grund av att barnmorskan använde termer som mamma och pappa. I de fall då barnmorskan var korrekt och använde ordet partner så blev medmammorna ändå exkluderade då informationsfilmerna skildrade en stark heteronormativ bild. Det hela är komplicerat men kan tolkas som både inkluderande och exkluderande, medmammorna blir inkluderade genom att accepteras som deltagare i föräldrautbildningen, men samtidigt blir de osynliggjorda och då även exkluderade då de inte omnämns av varken barnmorskan eller i det informationsmaterial som används. Flera studier beskriver komplexiteten i att vara två kvinnor som skaffar barn tillsammans och hur de blir påmind om att de avviker från normen. De beskriver medmammors känslor av att inte spegla normen för kvinnor som väntar barn och inte heller passa in i ramen för föräldraskap (Wojnar & Katzenmeyer, 2013., Rödahl et al., 2009). Den heteronormativa attityden beskrivs även i en studie skriven av Erlandsson (2010) där det framkommer att normen är dominerande och att djupare diskussioner om vad som är speciellt med att vara två mammor nog bara kan tillgodoses i en föräldrautbildning utformad för samkönade par, kanske rent av med gay kursledare.

I föreliggande studie har medmammor reagerat på pappagrupperna. Många av medmammorna kände att de skulle vara värdefullt att få tillhöra en grupp men inte någon av pappagrupperna. Inte för att det var män som var deltagare utan för att kvinnorna inte kände sig välkomnade. En kvinna berättade att barnmorskan skrattade då hon frågade om gruppen även var till för henne. Det kan tänkas att barnmorskorna inte själva reflekterat över att de exkluderande grupperna, men detta kan ha påverkat helhetsintrycket av mödrahälsovården för de samkönade paren och bidragit till sämre upplevelse av bemötandet. Att det finns sociala grupper bundna till mödrahälsovården är något positivt men att de är exkluderande är negativt. Att mödravårdscentraler som är hbtq-diplomerade eller certifierade väljer att bedriva verksamheter som är exkluderande utan någon motsvarighet för dem som exkluderas väcker frågor angående huruvida diplomeringen eller certifieringen är välgrundad.

Konklusion

Förutsättningen för ett bra bemötande försvåras av heteronormativiteten som genomsyrar delar av mödrahälsovården. Barnmorskor bör vara uppmärksamma på att medmammor kan vara en sårbar grupp och de bör bekräftas i vården genom inkluderande och acceptans. Varje enskild barnmorska kan göra stor skillnad i upplevelsen av bemötandet, och på så sätt också vara del av en förändring som leder till minskad heteronormativitet inom mödrahälsovården.

Klinisk tillämpning

Studien visar att barnmorskor bör tillgodose sig kunskap om hur medmammor upplever graviditeten, vad de har för upplevelser av hur det är att vara kvinna i en relation men att inte vara den som är gravid. Detta kan uppmärksammas genom en fråga, som ger kvinnan möjlighet till att berätta om sina upplevelser om hon är i behov av det. Fortbildning för barnmorskor bör ske regelbundet för att öka medvetenheten kring samhällets heteronormativitet, egna eventuella fördomar och värderingar, för på så sätt förhålla sig till och bemöta alla kvinnor lika oavsett deras sexuella läggning.

Studien visar att informationsfilmerna som används på föräldrautbildningen är i stort behov av uppdatering. Det fanns önskemål om att de ska göras mer könsneutrala och att ordet partner används. Det är även viktigt att filmerna inte förmedlar heteronormativitet.

Slutligen så bör mödrahälsovården inte vara ett sammanhang där samkönade par känner sig avvikande, utan det ska vara en plats där alla känner sig accepterade.

Förslag på fortsatt forskning

Denna studie visar att fortsatt forskning inom ämnet är nödvändigt. Att barnmorskor möter samkönade par är inte längre något ovanligt och inställningen till lesbisk familjebildning har ändrats till att bli accepterat i samhället. Studien undersöker hur medmammor upplever barnmorskans bemötande inom mödrahälsovården och belyser hur viktigt det är för medmammans att bli sedd och accepterad inom hälso- och sjukvården. Det skulle även vara intressant att belysa barnmorskors synvinkel i mötet med medmammans.

Referenslista

- Abelsohn, K., Epstein, R., & Ross, L. (2013). Celebrating the “Other” Parent: Mental Health and Wellness of Expecting Lesbian, Bisexual, and Queer Non-Birth Parents. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 17(4), 387-405.
- Berg, M. (2010). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I Berg, M., & Lundgren, I. (Red), *Att stödja och stärka : Vårdande vid barnafödande* (2., [rev.] uppl.. ed. s.29-43). Lund: Studentlitteratur.
- Carlander, J. (2001). *Trygga och otrygga möten : Vardagsetik och bemötande i arbete med människor*. Stockholm: Gothia.
- Centrala etikprövningsnämnden . (2007). *Centrala etikprövningsnämndens praxis när det gäller forskningsbegrepp*. Hämtad 2017-11-13, från https://www.epn.se/media/1101/cepn_praxis_forskningsbegreppet.pdf
- Cherguit, J., Burns, J., Pettle, S., & Tasker, F. (2013). Lesbian co-mothers' experiences of maternity healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1269-1278.
- Collberg, P., & Ellis, J. (2014). Mödrahälsovårdens mål och innehåll. I Hagberg, H., Maršál, K., & Westgren, M. (Red), *Obstetrik* (2., [uppdaterade] uppl.. ed.). (s.141-151). Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. . I Henricson, M. (Red). *Vetenskaplig teori och metod : Från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan. ed.).(s.143-154) Lund: Studentlitteratur AB.
- Erlandsson, K., Linder, H., & Häggström-Nordin, E. (2010). Experiences of gay women during their partner's pregnancy and childbirth. *British Journal of Midwifery*, 18(2), 99-103.
- Henricson, M., Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I Henricson, M. (Red). *Vetenskaplig teori och metod : Från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan. ed.).(s.143-154) Lund: Studentlitteratur AB.
- Hildingsson, I. (2016). Hälsovård under graviditeten. I A.Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A. (Red), *Reproduktiv hälsa : Barnmorskans kompetensområde* (Upplaga 1. ed. s.273-284). Lund: Studentlitteratur.
- Häggström-Nordin, E. (2016). HBTQ. I Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A. (Red), *Reproduktiv hälsa : Barnmorskans kompetensområde* (Upplaga 1. ed.).(s. 207-213). Lund: Studentlitteratur.
- International Confederation of Midwives. (2014). *Ethical Code for Midwives*. Hämtad 2017-11-15, ifrån http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
- International Confederation of Midwives. (2017). *International Definition of the Midwife*. Hämtad 2017-11-14, ifrån

http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/New%20Position%20Statements%20in%202014%20and%202017%20/ENG%20Definition_of_the_Midwife%202017.pdf

Kulick, D. (2004). Queerteori, performativitet och heteronormativitet - några grundläggande begrepp. I A-C. Olsson & C. Olsson (Red.), *I den akademiska garderoben* (pp.21-35). Stockholm: Atlas.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. [rev.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, I., & Berg, M. (2016). Den professionella barnmorskan. I Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A. (Red), *Reproduktiv hälsa : Barnmorskans kompetensområde* (Upplaga 1. ed.).(s. 19-25). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund-Nielsen, B., & Granskär, M. (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (Tredje upplagan. ed.).(s.219-235). Lund: Studentlitteratur.

Malmquist, A., & Linköpings universitet. Institutionen för beteendevetenskap och lärande. (2015). *Pride and prejudice Lesbian families in contemporary Sweden* (Linköping studies in arts and science, 642). Linköping: Linköping University, Department of Behavioural Sciences and Learning.

Mägi, E., & Zimmerman, L-L. (2015). Stjärnfamiljejuridik: Svensk familjelagstiftning ur ett normkritiskt perspektiv. Malmö: Gleerups.

Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning. (2017). *Årsrapport 2017 Q-IVF*. Hämtad 2017-11-23, från <https://www.medscinet.com/qivf/uploads/hemsida/%C3%85rsrapport%202017%20Q-IVF%20FINAL.pdf>

Pribe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I Henricson, M. (Red). *Vetenskaplig teori och metod : Från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan. ed.).(s.25-40) Lund: Studentlitteratur AB.

Proposition 2001/02:123. Partnerskap och adoption. Tillgänglig: <https://data.riksdagen.se/fil/C90C41C8-2230-4DD6-B8D7-29D9AE8B665A>

Proposition 2004/05:137. Assisterad befruktning och föräldraskap. Tillgänglig: <https://data.riksdagen.se/fil/2D48D861-AD76-4D6C-B6FF-6AA8202021AA>

Reproduktionsmedicin Sahlgrenska. (2016). Behandling med donerade spermier. Hämtad 2017-11-20, från <https://www.sahlgrenska.se/w/b/behandling-med-donerade-spermier/>

RFSL. (2016). Historia. Hämtad 2017-12-01, från <https://www.rfsl.se/om-oss/historia/>

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

- Rozenal, A. (2011). *Möjligheter och förbehåll - en diskursanalytisk studie av lesbiska kvinnors erfarenheter av att bilda familj genom assisterad befruktning inom svensk sjukvård* (Masteruppsats) Linköping: Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Filosofiska fakulteten Linköpings universitet. Tillgänglig: <http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A416468&dswid=-7130>
- Röndahl, G., Bruhner, E., & Lindhe, J. (2009). Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2337-2344.
- Röndahl, G. (2009). Lesbians' and gay men's narratives about attitudes in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 146-152.
- SFS1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 1994:1117. *Lag om registrerat partnerskap*. Stockholm: Justitiedepartementet L2
- Short, L. (2007). Lesbian Mothers Living Well in the Context of Heterosexism and Discrimination: Resources, Strategies and Legislative Change. *Feminism & Psychology*, 17(1), 57-74
- Socialstyrelsen. (2016). *Assisterad befruktning med donerade könsceller*. (Artikelnummer: 2016-12-36). Hämtad 171119 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-12-36/Sidor/default.aspx>
- Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. (Artikelnr 2006-105-1). Hämtad 171118, ifrån <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBEKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>
- Spidsberg, B. (2007). Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 478-486.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wilton, & Kaufmann. (2001). Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK. *Midwifery*, 17(3), 203-11.
- Wojnar, D., & Katzenmeyer, A. (2014). Experiences of Preconception, Pregnancy, and New Motherhood for Lesbian Nonbiological Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 43(1), 50-60.
- Wolowic, J., Heston, L., Saewyc, E., Porta, C., & Eisenberg, M. (2017). Chasing the rainbow: Lesbian, gay, bisexual, transgender and queer youth and pride semiotics. *Culture, Health & Sexuality*, 19(5), 557-571.

Bilaga 1

Forskningspersonsinformation



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Information om studien om "Samkönade partners upplevelser av bemötande i mödrahälsovården"

Bakgrund och syfte

Syftet med studien är att undersöka samkönade partners upplevelse av bemötande i mödrahälsovården. Assisterad befruktning hos samkönade par blev tillåtet år 2005 i Sverige. Antalet samkönade par som fått assisterad befruktning på klinik ökar, men ses fortfarande som en minoritet. Som ett led i att öka kunskapen vill vi studera vilka upplevelser partners i ett samkönt förhållande har av mötet med barnmorskor i mödrahälsovården.

Förfrågan om deltagande

Studien vänder sig till dig som är partner till en kvinna som väntar barn eller som nyligen fått barn i ett samkönt förhållande.

Hur går studien till?

Deltagandet innebär att Du intervjuas om dina upplevelser av bemötandet i mödrahälsovården. Intervjun kommer att genomföras på en plats och vid en tidpunkt som du själv avgör, under november 2017. Intervjun kommer att bestå av en öppen fråga där du som partner ombeds tala fritt om dina upplevelser och kommer att ta ca 60 min. Intervjuerna spelas in och skrivs ut ordagrant. Resultatet kommer att sammanställas, analyseras och redovisas i textformat.

Finns det några fördelar?

Om Du väljer att delta i studien kommer Du att få möjlighet att tala om Dina upplevelser av bemötandet inom mödrahälsovården. Att delge sina erfarenheter kan upplevas positivt och enskilda individer kan i framtiden få nytta av de kunskaper vi får genom studien.

Vilka är riskerna?

I intervjuerna kommer du att berätta om din upplevelse av bemötande på mödrahälsovården. Vi anser att intervjun inte är integritetskränkande. Om du upplever intervjun problematisk kan du när som helst avbryta utan att de påverkar bemötandet av dig.

Hantering av data och sekretess

Intervjuerna sker genom ljudinspelning som skrivs ut ordagrant. Resultatet kommer att sammanställas, analyseras och redovisas så att det inte går att vare sig identifiera er

barnmorskemottagning eller enskild individ. Ingen obehörig har tillgång till inspelat material eller utskrifter. Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat. Hanteringen av personuppgifterna regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204).
Personuppgiftsombud: Kristina Ullgren Göteborgs Universitet.

Hur får jag information om studiens resultat?

Studiens resultat kan du ta del av genom att kontakta nedan angivna personer efter examinationen våren 2018. Eller enligt annan överenskommelse.

Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt och du har full rätt att när helst du önskar, dra dig ur studien utan att ange något skäl. Om du beslutar dig för att avbryta ditt deltagande kommer all data som du delgivit författarna att kasseras. Vid ändrat samtycke kontaktar du författarna, se nedan kontaktinformation. Personer som deltar i studien kommer inte att få ersättning för deltagandet.

Camilla Hulthe, barnmorskestudent
Tel: 0761-717731
E-mail: Gushulthca@student.gu.se

Moa Carlsson, barnmorskestudent
Tel: 0733-926123
E-mail: Guscarlsmo@student.gu.se

Handledare: Åsa Premberg
leg. barnmorska, Fil. Dr. Sahlgrenska
akademien, Göteborgs Universitet,
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa,
Box 456, 405 30 GÖTEBORG

Samtyckesformulär till forskningsstudien:

“Samkönade partners upplevelser av bemötande i mödrahälsovården”

Jag har läst informationen och jag har fått tillfälle att ställa kompletterande frågor angående min medverkan i denna studie. Jag samtycker till att medverka i denna forskningsstudie som handlar om samkönade partners upplevelser av bemötande i mödrahälsovården. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande utan att det får några konsekvenser.

Ort/Datum: _____

Namn: _____

Namnförtydligande: _____

Personnummer (10 siffror): _____

Telefonnr: _____

Mobilnr: _____

E-post: _____

Undertecknad har gått igenom och förklarat studiens syfte för ovanstående forskningsperson samt erhållit forsknings personens samtycke. Forskningspersonen har fått en kopia av deltagar informationen.

Ort/Datum _____

Namn: _____

Namnförtydligande _____