

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2017:42

Upplevelser av vården på BB vid första barnets födelse
Intervjuer med icke-bärande kvinnor i samkönade relationer

ELLINORE AHLGREN
EMELIE HJALMARSSON



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Upplevelser av vården på BB vid första barnets födelse - Intervjuer med icke-bärande kvinnor i samkönade relationer
Författare:	Ellinore Ahlgren, Emelie Hjalmarsson
Huvudområde:	Sexuell och reproduktiv hälsa
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Barnmorskeutbildning
Handledare:	Lina Palmér
Examinator:	Christina Nilsson

Sammanfattning

I barnmorskans kunskapsområde ingår att vårda kvinnor före, under och efter förlossning samt att ge stöd i föräldraskapet. Oftast sker vården efter ett barns födelse på BB. Enligt WHO ska vården innefatta hela familjen. Tidigare forskning visar att kvinnor som får barn i en samkönad relation önskar att båda kvinnorna blir bekräftade som likvärdiga föräldrar av vårdpersonal, samt att ett öppet, intresserat och kompetent förhållningssätt som utgår ifrån den enskilda familjens behov är betydelsefullt. Det finns begränsat med forskning som enbart handlar om den icke-bärande kvinnan i samband med barnafödande. I den forskning som finns framkommer dock att det finns en bristande kunskap hos barnmorskor för den icke-bärande kvinnans roll, och att kvinnorna ibland bemöts utifrån ett heteronormativt synsätt genom att ses som pappan i relationen. Syftet med studien är att beskriva hur vården på BB upplevs vid första barnets födelse av den icke-bärande kvinnan i en samkönad relation. Kvalitativ metod med en induktiv ansats har använts där datainsamlingen gjorts genom intervjuer med 14 kvinnor. Datan har analyserats med kvalitativ innehållsanalys och resulterat i temat *Att bli stärkt eller begränsad i föräldrarollen*. Under temat har de två kategorierna *Vikten av att bli inkluderad i vården* och *Att möta vården utifrån att inte tillhöra heteronormen* samt sju underkategorier presenterats. Studiens resultat påvisar vikten av att den icke-bärande kvinnan inkluderas i vården. För att den icke-bärande kvinnan ska uppleva en god vård krävs kunskaper om barnafödande i samkönade relationer samt ett öppet förhållningssätt för olika familjekonstellationer hos vårdpersonalen. Barnmorskan på BB har möjlighet att stärka den icke-bärande kvinnan i sin föräldraroll, samtidigt som negativa upplevelser i vården kan resultera i att kvinnan upplever sig begränsad i sin föräldraroll.

Nyckelord: Den icke-bärande kvinnan, upplevelser, BB, samkönad relation, vårdande möte.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
Terminologi	1
BAKGRUND	1
Barnmorskans arbete inom ramen för sexuell och reproduktiv hälsa	1
Jämlik vård	2
Hbtq-certifiering av verksamhet	3
Heteronormativitet, graviditet och barnafödande	3
Graviditet och barnafödande i kvinnliga samkönade relationer	4
Möjligheter för kvinnor i samkönade relationer att få barn	4
Assisterad befruktning med donerade könsceller inom ramen för svensk sjukvård	4
Donation av könsceller utanför svensk sjukvård	5
Den icke-bärande kvinnan	5
Det vårdande mötet	6
Barnmorskan i mötet med kvinnan	6
Det kvinnliga samkönade paret i mötet med vården	7
Vård efter förlossningen	8
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	9
METOD	9
Ansats	9
Deltagare	9
Datainsamling	10
Dataanalys	10
Etiska överväganden	11
RESULTAT	12
Vikten av att bli inkluderad i vården	13
Att uppleva ett utanförskap	13
Att bli bekräftad som förälder	15
Att stå vid sidan om med egna behov av stöd	15
Att hitta sin egen väg in i föräldrarollen	16
Att möta vården utifrån att inte tillhöra heteronormen	17
Att uppleva osäkerhet inför andras syn på familjekonstellationen	17
Att bli accepterad för den man är	18
Att möta vård som är utformad efter heteronormen	19
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Val av metod	21
Värdering av trovärdighet	21
Giltighet och tillförlitlighet	21
Överförbarhet och delaktighet	23

Resultatdiskussion	24
Att ses som en lika viktig förälder som den bärande kvinnan	24
Eventuella unika behov utifrån att få barn i en kvinnlig samkönad relation	25
Ett öppet klimat för olika familjekonstellationer ökar känslan av tillhörighet	26
Ett vårdande eller icke-vårdande möte	27
KONKLUSION	28
KLINISKA IMPLIKATIONER	28
FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	29
REFERENSER	30
Bilaga 1	36

INLEDNING

Att få sitt första barn är en stor livshändelse. Vården efter ett barns födelse sker oftast på BB. Enligt World Health Organization (WHO) (1996) ska vården i samband med barnafödande innefatta hela familjen och inte enbart den födande kvinnan och barnet. Malmquist, Hydén & Zetterqvist Nelson (2012, ss. 139-140) skriver att kärnfamiljen med ett heterosexuellt par som får barn är den vanligast förekommande familjebilden och har en stark ställning utifrån normativa ideal. Det finns dock olika familjekonstellationer och enligt Socialstyrelsen (2015) har personal inom hälso- och sjukvård en skyldighet att säkerställa att alla vårdsökande erhåller en jämlik vård. Barnmorskor och annan vårdpersonal behöver därför kunskap om olika familjebilder. Trots att det finns forskning om barnafödande i kvinnliga samkönade relationer är studier som enbart handlar om den icke-bärande kvinnan få. I den forskning som finns framkommer dock att det finns en bristande kunskap hos barnmorskor för den icke-bärande kvinnans roll (Spidsberg & Sørli 2012). Det framkommer även att det kvinnliga samkönade paret kan känna en oro inför att vårdgivaren ska ha fördomar gentemot deras läggning innan motsatsen är bevisad (Spidsberg 2007). Då barnmorskan vårdar nyblivna föräldrar i olika familjekonstellationer på BB är det värdefullt att ta fram mer kunskap om hur vården upplevs av den icke-bärande kvinnan.

Terminologi

Terminologin kring hur den kvinna i en samkönad relation som inte burit och fött barnet benämns skiljer sig åt i litteraturen. Begreppen ”non-biological parent/mother eller ”co-parent/mother” är bland de vanligast använda benämningarna (Abelsohn, Epstein & Ross 2013). I föreliggande studie har de deltagande kvinnorna till största del valt att själva benämna sig som ”icke-bärande förälder/mamma” och därför har termen ”icke-bärande” valts. Benämningen ”kvinna” har använts istället för ”förälder”, ”mamma” eller synonym till dessa benämningar, då det är gemensamt för samtliga deltagare att de är just kvinnor och därmed undviks även användning av benämning på föräldraskapet som deltagaren eventuellt inte identifierar sig med. Dessa hänsynstaganden är gjorda på grund av att språkbruket avseende benämning på föräldrarollen kan ha betydelse för hur den icke-bärande kvinnan identifierar sig och önskar bli sedd av omvärlden (Brown & Perlesz 2007).

I resultatet har begreppet ”vårdpersonal” använts då det på BB arbetar olika personalkategorier såsom barnmorskor, sjuksköterskor, undersköterskor och barnsköterskor parallellt med varandra och i många fall har deltagarna ej vetat vilken personalkategori personer de träffat i vården har tillhört.

BAKGRUND

Barnmorskans arbete inom ramen för sexuell och reproduktiv hälsa

Sexuell och reproduktiv hälsa, samt sexuella och reproduktiva rättigheter, är grundläggande förutsättningar för att varje enskild individ skall uppnå en fullgod livskvalitet (Socialstyrelsen 2014). Sexuell och reproduktiv hälsa berör inte enbart den

tid i livet då en människa är fertil utan det influerar hela människans livscykel och påverkar både individens mående och självkänsla (ibid.).

Sexuell hälsa innebär att människan upplever ett välmående utifrån sin sexualitet både på ett fysiskt, psykiskt, känslomässigt och socialt plan (Socialstyrelsen 2014). Reproduktiv hälsa innefattar upplevelsen av ett välmående både fysiskt, psykiskt och socialt utifrån kroppens reproduktiva system. Sexuella, liksom reproduktiva rättigheter ingår också i en persons sexuella och reproduktiva hälsa, och syftar till varje enskild persons rätt till självbestämmande över den egna kroppen och sexualiteten (ibid.).

Enligt *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska* (Socialstyrelsen 2006) är arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa en central del i barnmorskans arbete. Barnmorskan ska ha kunskaper om sexualitet och samlevnad samt faktorer som påverkar hälsa i ett genus- och livscykelperspektiv. Vidare ska barnmorskan ha kunskap att vårda kvinnor inför, under och efter förlossning och ge stöd i föräldraskapet, samt arbeta hälsofrämjande utifrån individ-, grupp- och samhällsnivå. Barnmorskan ska även fortlöpande utveckla sitt yrkeskunnande inom sexuell och reproduktiv hälsa och inom andra discipliner som är relevanta (ibid.).

Den internationella etiska koden för barnmorskor (International Confederation of Midwives 2014) innefattar att barnmorskan skall ha en lyhördhet gentemot psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov hos den vårdsökande oavsett personens omständigheter. Barnmorskan ska stödja kvinnors rätt till aktivt beslutsfattande i sin egen vård och uppmuntra kvinnor att framföra sin talan kring sin egen och familjens hälsa utifrån sin kultur och sociala miljö. Barnmorskan ska även säkerställa att barnmorskans kunskapsområde utvecklas i avsikt att skydda kvinnors rättighet som individer (ibid.).

Jämlik vård

Det är en skyldighet för all personal inom hälso- och sjukvård att se till att samtliga vårdsökande erhåller en vård som är grundad på lika rättigheter (Socialstyrelsen 2015). Av betydelse är att de vårdsökande bemöts och behandlas utifrån deras aktuella tillstånd och inte med utgångspunkt i vårdgivarens syn och uppfattning på den enskilda personens identitet (ibid.). Vården ska vara utformad på ett sätt som möjliggör delaktighet och inflytande för den vårdsökande, ha god kvalitet samt inte vara diskriminerande (Regeringskansliet 2014).

Enligt Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL) (2015) är hbtq ett begrepp som innefattar homosexuella, bisexuella, transpersoner och queerpersoner. Homosexualitet och bisexualitet berör sexuell läggning medan transbegreppet berör en persons definition och uttryck av sitt kön. Queer kan inbegripa sexuell läggning, könsidentitet, relationer, sexuell utövning samt vara ett uttryck för ett kritiskt förhållningssätt till gängse normer (ibid.).

I en rapport från Socialstyrelsen (2011) framkommer att mottagandet av hbtq-personer inom hälso- och sjukvården är präglad av diverse förutfattade meningar kopplade till dessa personers hbtq-tillhörighet enligt olika intervjuundersökningar och anmälningar

som inkommit till Diskrimineringsombudsmannen. I samma rapport har framkommit att homo- och bisexuella kvinnor uppsöker vård i mindre utsträckning trots ett befintligt behov, främst handlar detta om kvinnosjukvård (ibid.).

För att en vårdsökande med hbtq-tillhörighet ska få en känsla av tillit till vården är det viktigt att det finns tillräckligt med kunskap om personer med en hbtq-tillhörighet (Regeringskansliet 2014). Hbtq-personer ska kunna känna att de vågar uppsöka vård utan rädsla för att diskrimineras (ibid.).

Hbtq-certifiering av verksamhet

Sedan 2008 har RFSL arbetat med hbtq-certifiering av verksamheter (RFSL 2016). Verksamheter inom ramen för hälso- och sjukvård som gått igenom hbtq-certifiering är bland annat barnmorskemottagningar, ungdomsmottagningar, vårdcentraler och verksamhet på sjukhus. Hbtq-certifieringen ska ge de individer som är anställda i verksamheten en ökad kunskap om hbtq, samhällsnormer och vilka konsekvenser normerna har för livsvillkor och hälsa hos hbtq-personer. Syftet med certifieringen är att starta ett förändringsarbete för en mer öppen och inkluderande arbetsmiljö samt ett välkomnande bemötande ur ett hbtq-perspektiv. Detta innefattar både hur medarbetare bemöter varandra som kollegor och hur personer som kommer till eller använder sig av verksamheten bemöts. Det ska ge verksamheten konkreta verktyg för att systematiskt kunna arbeta med likabehandling, bemötande och mänskliga rättigheter (ibid.).

Heteronormativitet, graviditet och barnafödande

Enligt Rosenberg (2002, ss. 100-101) är en norm en regel som utgår ifrån ett ideal i samhället. I praktiken innebär normer sociala regelsystem som för det mesta är osynliga fram tills att någon eller något bryter mot dem. Normativitet är maktsystemet som bevarar och backar upp normer. Heteronormativitet grundar sig i en binär könsuppfattning, vilket innebär ett antagande och en utgångspunkt om att heterosexualitet är det normala och det naturliga sättet att leva. I forskningssammanhang syftar begreppet på de institutioner, strukturer, relationer och handlingar som bibehåller heterosexualitet som något naturligt, enhetligt och universellt (ibid.).

Kärnfamiljen med ett heterosexuellt par som får barn har en stark ställning utifrån normativa ideal. Ett exempel på heteronormativitet utifrån föräldraskap är att mammor och pappor skulle ha olika funktioner gentemot barnet (Malmquist, Hydén & Zetterqvist Nelson 2012, ss. 139-140). När ett kvinnligt samkönat par får barn tillsammans utmanas normen om att moderskapet är unikt kopplat till graviditet och barnafödande. Samtidigt kan vissa kvinnor som får barn i ett samkönat förhållande ha önskemål om att inta ett föräldraskap där de varken identifierar sig med ett moder- eller faderskap (Padavic & Butterfield 2011). Normen som utgår ifrån att heterosexualitet är det självklara och normala för familj och föräldraskap kan både skapas och upprätthållas i verksamhetsområden inom ramen för hälso- och sjukvård (Hayman, Wilkes, Halcomb & Jackson 2013).

Graviditet och barnafödande i kvinnliga samkönade relationer

Vissa områden rörande graviditet och barnafödande i ett kvinnligt samkönat förhållande skiljer sig från ett heterosexuellt förhållande, däribland beslutet om vilken kvinna som ska bära och föda barnet samt på vilket sätt graviditeten ska komma till. I planeringen av vem av de blivande föräldrarna som ska bära barnet kan kvinnorna ta hänsyn till exempelvis ålder, hälsa och sysselsättning för att avgöra vem av dem som är mest lämplig att bli gravid och inte alltid nödvändigtvis den kvinna som önskar bära barnet mest (Ben-Ari & Livni 2006; Renaud 2006). Graviditeten är ofta ett resultat av en avsiktligt genomtänkt process och inte något som uppstår oväntat spontant (Renaud 2006; Chapman, Wardrop, Zappia, Watkins & Shields 2012).

Då båda kvinnorna kan vara potentiella barnaföderskor kan båda två välja att bära och föda barn inom relationen (Ben-Ari & Livni 2006). Detta innebär att den kvinna som inte bär parets första barn men sedan väljer att bära framtida barn har med sig erfarenheter av att bli förälder men inte av att själv vara gravid och föda. Det finns även kvinnor i samkönade relationer som väljer att inte bära framtida barn (ibid.). I ett kvinnligt samkönat förhållande förekommer det även att den kvinna som inte burit barnet väljer att amma (Dahl & Malterud 2015). Den kvinna i den samkönade relationen som bär barnet kan eventuellt få stöd och förståelse från sin partner vid graviditet och barnafödande utifrån att hon också är kvinna och därav kan ha lättare att sätta sig in i sin partners situation (Larsson & Dykes 2007).

Möjligheter för kvinnor i samkönade relationer att få barn

År 2001 lämnade regeringen in ett förslag om att svensk lag skulle tillåta samkönade par att ansöka om adoption, vilket trädde i kraft år 2003 (Justitiedepartementet 2001; Lagutskottet 2001). År 2005 fick kvinnliga samkönade par rätt att ansöka om assisterad befruktning inom svensk sjukvård (Lagutskottet 2004). Trots att kvinnor i samkönade relationer enbart har haft juridisk möjlighet till hjälp att få barn sedan i början av 2000-talet har kvinnor levt tillsammans med barn längre tillbaka i tiden. Det var tidigare dock enbart möjligt för barnet att ha en av föräldrarna som juridisk förälder (Malmquist, Hydén & Zetterqvist Nelson 2012, ss. 140-141). Det har funnits möjligheter såsom att tillsammans ta hand om barn från tidigare heterosexuella relationer, att gemensamt få barn med en man eller ett manligt samkönat par eller uppsöka fertilitetsklinik utomlands för hjälp med insemination (Ryan-Flood 2005, s. 365; Malmquist, Hydén & Zetterqvist Nelson 2012, s. 139).

Assisterad befruktning med donerade könsceller inom ramen för svensk sjukvård

Det finns två godkända metoder för assisterad befruktning i Sverige: insemination och befruktning utanför kroppen, in vitro-fertilisering (IVF) (Utredningen om utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet 2016, s. 99). Insemination innebär att en mans spermier med hjälp av tekniska hjälpmedel förs in i en kvinna, medan befruktning utanför kroppen innebär att en kvinnas ägg tas ut ur kroppen och befruktas med spermier för att sedan föras tillbaka till livmodern när ägget är befruktat (ibid.).

Den person som mottar en spermie- eller äggdonation benämns i lagtext som kvinna men innefattar också en transman som ändrat juridisk könstillhörighet, då det är möjligt

för en transman med intakt livmoder att ta emot assisterad befruktning på samma villkor som kvinnor (Mägi & Zimmerman 2015, s. 160).

Den person som inte ska bära barnet måste lämna sitt samtycke till den assisterade befruktningen, och på så sätt visa att hen är beredd att ta på sig föräldraskapet till det blivande barnet (Utredningen om utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet 2016, s. 104). Enligt 1 kap. 9 § av Föräldrabalken (SFS 1949:381) anses den kvinna i en samkönad relation som registrerat samtycket till den assisterade befruktningen med donerade könsceller som barnets förälder. Därmed blir det endast den kvinna som är biologisk förälder som juridiskt benämns moder. Den icke-biologiska föräldern benämns juridiskt förälder.

Vid en assisterad befruktning ska det alltid finnas en genetisk koppling till minst en av de blivande föräldrarna, och således är inte en assisterad befruktning med både donerade spermier och ägg tillåtet (Mägi & Zimmerman 2015, s. 110). I ett kvinnligt samkönat par innebär detta att det inte är tillåtet för den ena kvinnan i paret att donera sina ägg till den andra kvinnan trots att barnet skulle få en genetisk koppling till en av sina föräldrar. Det barn som har kommit till genom assisterad befruktning med donerade könsceller i Sverige har rätt att ta del av de uppgifter som finns journalförda om donatorn i sjukhusets särskilda journal (ibid.).

Donation av könsceller utanför svensk sjukvård

Donation av spermier kan genomföras med heminsemination utan hjälp av den svenska sjukvården, och kan genomföras i flera olika föräldrakonstellationer (Mägi & Zimmerman 2015, s. 164). Det finns även möjlighet att ta emot spermie- eller äggdonation utomlands och de blivande föräldrarna får då bekosta vården själva. I vissa länder är donatorer av könsceller anonyma och i vissa är donatorerna kända. I Sverige saknas juridiska regler för heminsemination och för assisterad befruktning utomlands. Det är dock inte olagligt (ibid.).

Vid spermiedonation som genomförs genom heminsemination kommer donatorn att bli juridisk förälder om inte donatorn avsäger sig faderskapet och samtycker till en närståendeadoption av en annan person. Förutsättning för närståendeadoption är att de båda tilltänkta föräldrarna är gifta (Zimmerman & Hulthén 2017a). Samma sak gäller om ett kvinnligt samkönat par genomgått assisterad befruktning utomlands. Då blir enbart den kvinna som burit och fött barnet juridisk förälder och den som inte burit barnet måste närståendeadoptera för att också bli juridisk förälder (Zimmerman & Hulthén 2017b).

Den icke-bärande kvinnan

Studier som har gjorts uteslutande kring den icke-bärande kvinnan har gett en antydning om att det finns ett ytterligare behov av att studera denna grupp exklusivt. Detta då det kan förekomma upplevelser under graviditet, barnafödande och föräldraskap som skiljer sig från den bärande kvinnan. Centrala delar i dessa studier är en avsaknad av en historisk föräldraroll samt en vedertagen använd benämning på föräldrarollen (Abelsohn, Epstein & Ross 2013; Brown & Perlesz 2007; Cherguit, Burns, Pettle &

Tasker 2012; Dahl & Malterud 2015; Erlandsson, Linder & Häggström-Nordin 2010; Gabb 2005; Wojnar & Katzenmeyer 2013). Utmaningar för den icke-bärande kvinnan kan vara både omgivningens betraktelse av henne, såväl som hennes egna känslor i situationen (Abelsohn, Epstein & Ross 2013). Att som kvinna inte vara gravid kan innebära att omgivningen tar för givet att kvinnan inte väntar barn, trots att graviditeten innebär en viktig del för den icke-bärande kvinnan i övergången till föräldraskapet. Den icke-bärande kvinnan kan även uppleva fysiska förändringar under graviditeten som förändrad menstruationscykel och bröstspänningar (ibid.).

Det vårdande mötet

Utifrån erfarenhet och kunskap är det vårdpersonalen som bjuder in till det vårdande mötet som ska ha till syfte att stödja och stärka människans hälsa (Ekebergh 2015, s. 122). En förutsättning för att detta syfte skall uppnås är att mötet bygger på förtroende och äkthet, där vårdpersonalen visar öppenhet och respekt gentemot den vårdsökandes värld och integritet. Vårdpersonalens förhållningssätt bör vila på närvaro och lyhördhet gentemot den vårdsökande. För den vårdsökande medför detta att hen känner sig sedd och bekräftad utifrån sina upplevda behov. Det krävs ett genuint intresse hos vårdpersonalen för den vårdsökandes berättelse (ibid.). Vårdpersonalen behöver också ha ett reflekterande förhållningssätt för att kunna få förståelse för vad det är den vårdsökande ger uttryck för (Ekebergh & Dahlberg 2015, s. 131).

Barnmorskan i mötet med kvinnan

Enligt Halldórsdóttir och Karlsdóttir (2011) bygger ett framgångsrikt möte mellan barnmorskan och den kvinna hen möter på att barnmorskan har förmåga att hantera flera olika faktorer i sin profession. Dessa faktorer baseras på barnmorskans professionella visdom, som innebär en sammanflätning av kunskap och erfarenhet, samt på de teoretiska kunskaper och färdigheter som barnmorskan behöver i den aktuella kvinnans situation. Ett gott möte bygger på barnmorskans egen utveckling på ett personligt och professionellt plan. Ett gott möte innefattar också att kvinnan känner sig omhändertagen och att mötet bygger på en kommunikation som syftar till att stärka kvinnan. Likaså är ett gott samarbete mellan barnmorskan och kvinnan av stor betydelse (ibid.).

Halldórsdóttir och Karlsdóttir (2011) beskriver dessa egenskaper och faktorer hos barnmorskan i sin utvecklande teori om professionalitet hos den skickliga barnmorskan. Författarna presenterar i teorin de fem huvudkategorierna: professionellt omhändertagande, professionell visdom, professionell kompetens, interpersonell kompetens samt personlig och professionell utveckling. Det professionella omhändertagandet innebär ett varmt, öppet och lyhört omhändertagande där barnmorskan är klarsynt för kvinnan och hennes familjs behov och ger det stöd de behöver. Det professionella omhändertagandet bygger även på respekt, där barnmorskan har ett etiskt ansvar samt att hen är kulturellt bildad och inte dömande utifrån kvinnans bakgrund. Vidare beskriver författarna att den skickliga barnmorskan ger kvinnan sin fulla uppmärksamhet i mötet och att kommunikationen bygger på ett aktivt lyssnande hos barnmorskan. Dessa faktorer skapar en helhet som utgör grunden för goda egenskaper hos den skickliga barnmorskan. Om någon av dessa faktorer saknas hos barnmorskan riskerar omhändertagandet av kvinnan att försämrats (ibid.).

Det kvinnliga samkönade paret i mötet med vården

Enligt Larsson och Dykes (2007) uttrycker kvinnliga par som väntar och föder barn i en samkönad relation önskemål om att bli sedda av vårdgivare som en normal familj och att båda föräldrarna ska bli bekräftade i sitt föräldraskap. Kvinnorna uppskattar även att vårdpersonalen visar förståelse, öppenhet, intresse och kunskap för deras situation (ibid.).

En god vårdrelation mellan det kvinnliga samkönade paret och deras barnmorska vilar på en grund av tillit och visad acceptans och förståelse från barnmorskan. Paret kan ha önskemål om en kontinuerlig vård med så få vårdgivare som möjligt så att de slipper "komma ut" med sin familjebild vid varje ny vårdkontakt (Lee, Taylor & Raitt 2011). Det kvinnliga samkönade paret kan känna en oro inför att vårdgivaren ska ha fördomar gentemot deras läggning innan motsatsen är bevisad (Spidsberg 2007). Det finns beskrivet i forskning att kvinnor som får barn i en samkönad relation har valt att inte informera sina vårdgivare om sin sexualitet och relationsstatus på grund av rädsla för att det ska påverka bemötandet från vårdgivaren, och därmed också graviditetsupplevelsen negativt (McManus, Hunter & Renn 2006; Larsson & Dykes 2007; Spidsberg 2007).

Erlandsson, Linder och Haggström-Nordin (2010) har studerat den icke-bärande kvinnan i samkönade relationers upplevelser av graviditet och barnafödande. I studien framkommer det att dessa kvinnor upplevt det som ett värdefullt erkännande när barnmorskor involverat dem i processen och fått dem att känna sig sedda som föräldrar på lika villkor. Studien påvisar även att dessa faktorer eventuellt kan vara av större betydelse för dessa kvinnor än vad de är för pappor i samma situation, då kvinnorna inte är biologiska föräldrar. Kvinnorna upplevde att tillit till vårdpersonalen var av stor vikt, och att en upplevelse av motsatsen kunde påverka hela graviditets- och förlossningsupplevelsen negativt (ibid.).

Enligt Dahl & Malterud (2015) finns risk att kvinnor som blivit förstagångsföräldrar som icke-bärande inte blir bemötta utifrån sin unika roll som förstföderska och erfaren förälder av vårdpersonal vid en eventuell framtida graviditet. Exempel på detta är när kvinnorna inte blir erbjudna förlossningsförberedelse som riktas till förstföderskor, eller betraktats som förstagångsföräldrar efter förlossningen, då vårdpersonal utgår ifrån att de inte har erfarenhet av att sköta ett barn. Likaså beskriver Lee, Taylor och Raitt (2011) att det förekommer att en förstföderska misstagits som omföderska inom mödrahälsovården när ett samkönat par väntar sitt andra barn men den bärande kvinnan är förstföderska.

I en studie av Spidsberg och Sørli (2012) om barnmorskors upplevelser av att möta kvinnliga samkönade par framkommer att det utifrån barnmorskors perspektiv kan finnas utmaningar i vården av det kvinnliga samkönade paret. Dessa utmaningar kan exempelvis innebära grupsituationer som både involverar heterosexuella och samkönade par då barnmorskorna kan känna en oro att det samkönade paret ska känna sig obekväma i gruppen. Andra utmaningar för barnmorskor i mötet med det kvinnliga samkönade paret kan vara att de har en stark vilja av att ge gott bemötande, samtidigt

som de är rädda för att kvinnorna ska uppleva bemötandet som kränkande. Detta försvårar för barnmorskorna att känna sig avslappnade i mötet (ibid.).

Spidsberg och Sørli (2012) beskriver även att vissa barnmorskor uppger att det är självklart för dem att bemöta den icke-bärande kvinnan på samma sätt som de skulle bemöta en pappa. Andra barnmorskor beskriver istället att de har en avsaknad av kunskap om den icke-bärande kvinnans roll vilket medför en känsla av osäkerhet i mötet med henne (ibid.).

Vård efter förlossningen

Enligt WHOS:s (1996) rekommendationer för vård vid normal förlossning ska vårdgivaren stötta kvinnan, hennes partner och familj under förlossningen och tiden därefter. Omhändertagandet ska fokusera på hela familjens välbefinnande och inte enbart den bärande kvinnan och det nyfödda barnet. Vidare menar WHO (1998) att kvinnor är i behov av att få stöd och hjälp från vårdpersonal tiden efter förlossningen. Målsättningen med vården efter förlossningen är bland annat att ge kvinnan som fött barnet och hennes familj stöd i övergången till föräldraskapet och att hjälpa dem utifrån deras behov samt att förebygga, tidigt upptäcka och behandla eventuella besvär hos både kvinnan och barnet. Vården skall även stödja amning och vara en hjälpande hand kring omvårdnaden av barnet (ibid.).

Utbudet av den vård som erbjuds efter förlossningen ser olika ut på olika sjukhus (Socialstyrelsen 2017). Möjligheten att gå hem direkt från förlossningen, så kallad tidig hemgång inom 6-12 timmar finns, men den nyblivna familjen eller endast den bärande kvinnan och barnet kan också få stanna och vårdas på en BB-avdelning alternativt BB-/patienthotell beroende på vårdbehov. Möjligheten till egna familjerum där båda nyblivna föräldrarna kan stanna varierar mellan olika kliniker (ibid.).

PROBLEMFORMULERING

Att få sitt första barn och gå in i föräldrarollen är en betydelsefull och omvälvande upplevelse för den nyblivna föräldern. Den vård som ges efter ett barns födelse bedrivs de flesta gånger på en BB-avdelning, och bör enligt WHO inriktas på hela den nyblivna familjens välbefinnande, och inte enbart på den bärande kvinnan och barnet.

Kärnfamiljen, där ett heterosexuellt par får barn tillsammans, är den vanligaste familjekonstellation som barnmorskor och annan vårdpersonal möter inom förlossnings- och BB-vården. Då denna familjebild är mest igenkänd och väletablerad riskerar ett heteronormativt synsätt att upprätthållas som ett ideal inom vårdverksamheten. Det finns dock andra familjekonstellationer, däribland kvinnliga samkönade par som får barn. Forskningen kring graviditet och barnafödande i kvinnliga samkönade relationer har ökat sedan kvinnliga samkönade par fått juridisk rätt till hjälp med assisterad befruktning med donerade könsceller. Studier som koncentrerar sig enbart på den icke-bärande kvinnan är dock få. I den forskning som finns framkommer det dock att barnmorskor upplever att deras kunskap avseende den icke-bärande kvinnans roll är bristfällig vilket leder till osäkerhet i mötet.

För att fylla en kunskapslucka och vara till hjälp för barnmorskor i vården efter förlossning är det betydelsefullt att beskriva hur vården på BB upplevs vid första barnets födelse av den icke-bärande kvinnan i en samkönad relation.

SYFTE

Syftet är att beskriva hur vården på BB upplevs vid första barnets födelse av den icke-bärande kvinnan i en samkönad relation.

METOD

Ansats

För att undersöka kvinnornas upplevelser har kvalitativ metod med induktiv ansats använts. En induktiv ansats valdes då datamaterialet önskades analyseras öppet och förutsättningslöst. Med detta syfte lämpar sig en induktiv ansats vars kännetecken är att försöka finna mönster i det insamlade materialet (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 221). Datamaterialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys som enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017, s. 219) är inriktad på tolkning av texter och är en väl använd metod inom områdena humanvetenskap, vårdvetenskap samt beteendevetenskap.

Deltagare

Inklusionskriterier för deltagande i studien utgjordes av att deltagarna skulle vara svensktalande, icke-bärande kvinnor som fått sitt första barn i en samkönad relation. De skulle även ha varit närvarande under vårdtiden på BB. Som exklusionskriterie valdes att den bärande kvinnan vårdats på annan enhet än BB under vårdtillfället. Rekrytering av deltagarna gjordes genom en intresseförfrågan för deltagande i studien i den slutna gruppen Regnbågsfamiljer på det sociala mediet Facebook. Denna grupp vänder sig till familjer och blivande föräldrar där en eller flera vuxna har en hbtq-tillhörighet. Gruppen hade vid rekryteringsstillfället drygt 4000 medlemmar.

Deltagarna var mellan 27 och 45 år gamla och hade fått sitt första barn mellan år 2012 och 2017. Sammanlagt deltog 14 kvinnor i studien. Deltagarna fick muntlig och skriftlig information om studien i samband med visat intresse (Bilaga 1). Tre av kvinnorna hade vid intervjutillfället fått fler än ett barn varav en av dessa kvinnor själv burit och fött nästkommande barn. Samtliga deltagare levde tillsammans med den kvinna de fått sitt första barn tillsammans med. Deltagarna hade vårdats på BB-avdelningar på elva olika sjukhus i Sverige och vårdtiden varierade mellan ett och fem dygn. Av förlossningarna var åtta stycken vaginala förlossningar, fyra var akuta kejsarsnitt och två var planerade kejsarsnitt. En av deltagarnas barn var på neonatalavdelning för observation under ett dygn under vårdtiden men föräldrarna var kvar på BB. Ett av barnen överflyttades till neonatalavdelning efter fem dygn. I övrigt vårdades varken föräldrar eller barn på någon annan enhet än BB dygnen efter förlossningen.

Datainsamling

Enligt Kvale och Brinkmann (2014, s. 17) är den kvalitativa forskningsintervjun ett sätt att försöka förstå världen från de intervjuades perspektiv, att utveckla mening från deras erfarenheter samt upptäcka deras levda värld. Datainsamlingen i föreliggande studie skedde genom ostrukturerade intervjuer med berättande karaktär där fokus var att ta reda på hur vården på BB upplevdes vid första barnets födelse av den icke-bärande kvinnan i en samkönad relation. Tre av kvinnorna hade vid intervjutillfället fler än ett barn varav en av kvinnorna själv burit och fött nästkommande barn. Intervjuerna berör dock enbart upplevelserna vid det första barnets födelse. Samtliga intervjuer inleddes med en inledande fråga: "Om du försöker gå tillbaka i tankarna till den tiden när du var på BB, kan du berätta för mig hur du upplevde det?" Deltagarna fick utifrån denna fråga berätta fritt och vid behov ställdes följdfrågor för förtydligande eller för att eventuellt leda tillbaka intervjun till att besvara studiens syfte. Exempel på följdfrågor är "Kan du berätta mer om.." och "Hur kändes det när..?". Av 14 intervjuer genomfördes tolv stycken via telefon och två stycken genom personligt möte i deltagarens hem enligt önskemål från deltagarna samt praktisk möjlighet för författarna att ta sig till deltagarna utifrån geografiskt avstånd. Intervjuerna genomfördes enskilt av författarna och spelades in för att sedan transkriberas ordagrant. Författarna gjorde sju intervjuer var och transkriberade de egna intervjuerna. Intervjuerna varade mellan 9 och 30 minuter med en mediantid på 18 minuter. Datainsamlingen genomfördes under våren och sommaren 2017.

Dataanalys

Analys av data har utförts i enlighet med kvalitativ innehållsanalys och genomförts gemensamt. Analysprocessen startade med att de transkriberade intervjuerna lästes igenom upprepade gånger av båda författarna i syfte att få en helhetsbild av innehållet. Analysen fortsatte sedan enligt det förfarande som beskrivs av Lundman och Hällgren Graneheim (2017, ss. 224-227). När författarna blivit välbekanta med texterna identifierades meningsenheter som svarade an på studiens syfte. Dessa meningsenheter kondenserades sedan för att göra texten kortare och lättare att hantera, samtidigt som fokus lades på att inget väsentligt gick förlorat och att det centrala innehållet i meningsenheterna bevarades. Nästa steg var att abstrahera de kondenserade meningsenheterna med syfte att lyfta innehållet till en högre logisk nivå. Abstraktionen ledde fram till att koder skapades utifrån meningsenheternas kontext. Koderna grupperades därefter utifrån sitt innehåll och dessa grupperingar skapade sedan underkategorier och kategorier som slutligen mynnade ut i ett tema. Under hela analysprocessen gick författarna tillbaka till de ursprungliga transkriberade texterna för att säkerställa att inte dess sanna innehåll gick förlorat. I Tabell 1 ges exempel på analysprocessen utifrån meningsenhet till tema.

Tabell 1: Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
De var väldigt noga med att det ska vara hud mot hud, hud mot hud och mamman och barnet, och mamman och barnet.	De var noga med hud mot hud och mamman och barnet.	Fokus på närhet mellan bärande mamman och barnet.	Att uppleva ett utanförskap.	Vikten av att bli inkluderad i vården	Att bli stärkt eller begränsad i föräldrollen.
...det var min stora så här att jag inte vill ja men att de ska fråga, eller kalla mig någonting annat än mamma eller så där.	Stor rädsla att bli kallad någonting annat än mamma.	Rädsla att bli kallad något annat än mamma.	Att uppleva osäkerhet inför andras syn på familjekonstellationen.	Att möta vården utifrån att inte tillhöra heteronormen.	Att bli stärkt eller begränsad i föräldrollen.

Etiska överväganden

Vid forskning som involverar människor ska deltagarna, med få undantag, få information om forskningen samt informeras om att deras medverkan är frivillig (CODEX 2016). Enligt Helsingforsdeklarationen (2013) ska forskaren ansvara för att skydda deltagarnas hälsa, värdighet, integritet, rätt till självbestämmande, privatliv samt att personlig information behandlas konfidentiellt. Utifrån dessa riktlinjer erhöll samtliga deltagare skriftlig information om studien där det framgick att de närsomhelst kunde välja att avsluta sin medverkan i studien utan att behöva ge någon anledning. I informationen framgick även deltagarnas rätt till konfidentialitet där alla personuppgifter samt information som skulle kunna härleda till att personens identitet framkommer hanteras konfidentiellt (Bilaga 1). Innan varje intervju påbörjades gavs även informationen muntligt och deltagaren gavs möjlighet att ställa frågor om något upplevdes oklart. Då de flesta intervjuerna gjordes via telefon inhämtades samtycke muntligt från deltagarna innan intervjun startade.

Enligt 1 § i Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) är syftet med lagen att skydda den enskilda människan och att respekten för människovärdet ska bibehållas vid forskning. Enligt 2 § avser lagen inte arbete som

görs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå och ansökan om etikprövning behöver därmed ej göras. Lagtexten har dock tagits del av och dess innehåll har följts under forskningsprocessen.

RESULTAT

I studiens resultat framkom utifrån analysen temat *Att bli stärkt eller begränsad i föräldrarollen*. Temat beskrivs utifrån två kategorier med sju tillhörande underkategorier. Kategorierna beskriver kvinnornas upplevelser av den vård de fått på BB genom att de ger uttryck för vikten av att bli inkluderad i vården och att de möter vården utifrån att inte tillhöra heteronormen. Kvinnornas upplevelser av vården påverkade deras möjligheter att känna sig trygga och bekväma i föräldrarollen och deras beskrivningar är av både positiv och negativ karaktär vilket har lett fram till temat *Att bli stärkt eller begränsad i föräldrarollen*. Att bli stärkt i föräldrarollen innebär upplevelser av en vård där kvinnorna kände sig inkluderade, bekräftade och sedda samt när de upplevde att de fick sina behov tillgodosedda. Det som kvinnorna upplevt begränsande innefattar de upplevelser där de upplevt ett utanförskap och inte blivit bekräftade och sedda som likvärdiga föräldrar med den bärande kvinnan och när de inte upplevde att vårdpersonalen var lyhörda för deras behov. Kvinnorna upplevde även en begränsning i att växa in i föräldrarollen när de inte kände sig accepterade utifrån sin familjebild och sexuella läggning utan upplevde att vården och vårdpersonalens bemötande utgick ifrån heteronormativa ideal.

Studiens resultat består av temat *Att bli stärkt eller begränsad i föräldrarollen* som beskrivs utifrån två kategorier med sju tillhörande underkategorier som presenteras i tabell 2.

Tabell 2: Redovisning av resultat

Tema	Kategori	Underkategori
Att bli stärkt eller begränsad i föräldrarollen	<p>Vikten av att bli inkluderad i vården</p> <p>Att möta vården utifrån att inte tillhöra heteronormen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Att uppleva ett utanförskap <input type="checkbox"/> Att bli bekräftad som förälder <input type="checkbox"/> Att stå vid sidan om med egna behov av stöd <input type="checkbox"/> Att hitta sin egen väg in i föräldrarollen <input type="checkbox"/> Att möta vård som är utformad efter heteronormen <input type="checkbox"/> Att uppleva osäkerhet inför andras syn på familjekonstellationen <input type="checkbox"/> Att bli accepterad för den man är

Vikten av att bli inkluderad i vården

Kvinnorna i studien beskriver att de under vårdtiden på BB upplevde att det var viktigt att de fick känna sig inkluderade i vården. Upplevelsen av att vara förälder på samma villkor som den bärande kvinnan förstärktes när de av vårdpersonalen kände sig bekräftade som nyblivna föräldrar. Upplevelsen av att vara lika mycket förälder förstärktes ytterligare genom att de fick känna sig delaktiga i vården kring det nyfödda barnet. Likväl uppstod en känsla av utanförskap då de inte bjöds in i vården utan fick stå vid sidan om.

Att uppleva ett utanförskap

Utifrån det bemötande kvinnorna fått av vårdpersonalen framkommer det i intervjuerna en upplevelse av att känna sig utanför, bortglömd och mindre viktig som förälder i jämförelse med den bärande kvinnan. Den här upplevelsen uppstod när vårdpersonalen inte såg dem, tilltalade dem och enbart vände sig till den bärande kvinnan när de var i kontakt med paret. Denna upplevelse av utanförskap kunde i sin tur leda till en upplevelse av att känna sig förminskad i sitt föräldraskap.

“Men det var mer det att ingen sa grattis till mig när vi satt där inne. Alla kom in och sa, alla nya kom in och sa grattis men bara tittade på min fru och vände sig emot henne. Det var som att jag satt där och var nästan lite osynlig. Jag hade ju också blivit förälder liksom.” (1)

Kvinnorna uttrycker att de anser att fokus i vården på BB ska ligga på den bärande kvinnan och barnet, att detta är något naturligt och självklart, men att det inte innebär att de inte är lika intresserade av all vård och omsorg som rör barnet. De vill känna sig som likvärdiga föräldrar. Kvinnorna beskriver en sårbarhet hos sig själva i samband med att ha blivit nyblivna föräldrar och att denna sårbarhet bidrog till en ökad känslighet inför vårdpersonalens bemötande och attityder. Känslan av utanförskap kunde också väckas i situationer under vården på BB som inte rörde vårdpersonalens direkta bemötande. En kvinna beskriver en upplevelse av utanförskap som väcktes i samband med att barnet och den bärande kvinnan hade likadana armband med nummer på som de fått i samband med förlossningen. Trots att hon förstod att syftet med armbandet var att förväxling mellan mor och barn inte ska ske, uttrycker hon utifrån beskriven situation ändå att det gav känslan av att inte höra ihop med barnet lika mycket som den bärande kvinnan.

När den icke-bärande kvinnan känner sig berövad på sitt föräldraskap uppstår en sorg och en känsla av osäkerhet inför den egna föräldrarollen. Upplevelser av att inte vara lika viktig eller inte ha samma rättighet till barnet uppstod utifrån situationer där vårdpersonal uttryckte eller på annat sätt sände ut signaler om att det enbart var den bärande kvinnan som skulle ha barnet nära sig, eller i situationer när båda kvinnorna inte blev uppmuntrade till att hålla sitt barn hud mot hud. En av kvinnorna beskriver att hon upplevde att en vårdpersonal hade en blick och ett kroppsspråk som signalerade att det var opassande att hon satt med sitt barn hud mot hud på bröstet, vilket ledde till en upplevelse av att sakna rätt till närhet med sitt barn. Denna känsla följde sedan med under vårdtiden och ledde till att det kändes skamfullt för kvinnan att sitta hud mot hud med barnet inför vårdpersonalen, trots att hon själv upplevde närheten med barnet som något positivt.

“Jag kände liksom som att, hoppas ingen kommer in nu för att jag sitter här med han i, som att jag gjorde något fel eller liksom, fast att jag inte gjorde det men känslan var det som gavs när folk kom in och jag hade honom på bröstet. Det är främst det som var liksom så här, ja som att jag gjorde något fel, lite skamset, lite så här: vem tror du att du är liksom?” (1)

En annan kvinna beskriver en liknande känsla av att inte ha samma rätt som den bärande kvinnan att vara nära sitt barn då hon hade barnet hud mot hud och en vårdpersonal berättade för henne att det var meningen att barnet skulle vara hos den bärande kvinnan istället. Denna upplevelse skapade en känsla av osäkerhet hos kvinnan då hon utifrån tidigare erhållen kunskap kände till vikten av att vara hud mot hud med barnet och nu gavs annan information av vårdpersonal på BB.

“...att då känner man sig också lite sådär. Jag, då som..som icke-födande mamma kände mig väldigt så jaha, men vänta jaha, så jag ska inte sitta med barnet...Vad är det mer jag inte ska göra? Vad har jag för roll i det här? Man blir väldigt osäker såklart.” (3)

Att bli bekräftad som förälder

Likväl som kvinnorna erfor att vårdpersonalens bemötande och attityder kunde förminska och begränsa dem i sitt föräldraskap, upplevde de även att de kunde bli bekräftade och stärkta i sin föräldraroll i mötet med vårdpersonalen. Känslan av att bli bekräftad framkallades av att vårdpersonalen vände sig till dem, tilltalade dem och bemötte dem som en likvärdig förälder med den bärande kvinnan.

“Sen var det faktiskt en barnmorska som frågade mig om jag ville amma, om jag hade tänkt att jag skulle amma också. Och det hade jag inte alls tänkt men jag blev väldigt glad att hon frågade mig för då kände jag mig väldigt inkluderad.” (4)

I interaktion med vårdpersonalen kunde kvinnorna uppleva sig stärkta och bekväma i sin roll som nyblivna föräldrar. Gester från vårdpersonalen såsom att de gav kvinnorna ögonkontakt och att vårdpersonalen vände sig till dem på samma sätt som till den bärande kvinnan vid information och undervisning skapade en upplevelse av delaktighet och samhörighet samt av att bli sedd. Det framkommer en önskan från kvinnorna att vårdpersonalen skulle förstå att de är lika intresserade av det som händer och sker som den bärande kvinnan är. Kvinnorna beskriver att de ibland upplevde sig som en viktig resurs, då de under vården på BB var mer mottagliga för information från vårdpersonalen än den bärande kvinnan, som exempelvis kunde vara fysiskt eller psykiskt utmattad efter förlossningen.

“Det kan låta banalt, men att få ögonkontakt, bli hälsad på med självklarhet, bli tilltalad. [...] Att med självklarhet kunna känna att jag kan ställa frågor eller ha synpunkter...och det är ju en stämning och en känsla som personalen någonstans ger en, det är ju någonstans ett samspel och en interaktion.” (12)

“Alla var verkligen väldigt väldigt bra och väldigt professionella och de gjorde ingen skillnad på att jag inte hade burit barnet.” (8)

Kvinnorna beskriver att de upplevde situationer där vårdpersonalen stöttade dem och gav dem vägledning att hitta rätt i sin föräldraroll som värdefulla. Det kunde handla om att de för stunden tvivlade på om de var en lika viktig förälder som den bärande kvinnan och var i behov av bekräftelse. Genom att vårdpersonalen bekräftade dem i deras upplevelser av utanförskap och normaliserade dessa kunde de åter bli stärkta i sin föräldraroll.

“När jag grät liksom och då, inför de här, personalen som jobbade där och de var så, de bemötte det så bra. Liksom att det var, ja men bekräftade de känslorna som man har och att det, att det är väldigt vanligt att man känner sig utanför. [...] De verbaliserade att det gör inte att man är mindre förälder liksom och ‘du är precis lika mycket förälder’, och så såna grejer som är liksom viktigt och få höra.” (7)

Att stå vid sidan om med egna behov av stöd

Trots att kvinnorna ansåg att det var naturligt att störst fokus i vården låg kring den bärande kvinnan, framkom situationer där den icke-bärande kvinnan själv gav uttryck för ett eget behov av stöd från vårdpersonalen. Förutom det stöd kvinnorna uttryckte att

de hade behov av gemensamt med den bärande kvinnan såsom hjälp och stöd kring omvårdnaden av det nyfödda barnet, uttryckte kvinnorna också ett behov av stöd som berörde deras egen hälsa och välbefinnande. Framförallt upplevde kvinnorna att de hade behov av emotionellt stöd utifrån situationen som nybliven förälder. En av de icke-bärande kvinnorna berättar att hennes fru mår psykiskt väl efter förlossningen men att hon själv drabbades av en förlossningsdepression under tiden på BB. Kvinnan upplevde att vårdpersonalens fokus låg kring hur det fungerade för dem med praktiska saker som matning och omvårdnad av barnet, men att frågor om hur de som föräldrar mår saknades. Framförallt saknade kvinnan frågan om hur hon själv mår.

“Man får liksom frågan ‘Hur går det?’, får man ganska ofta, när man är där inne liksom, ja men ‘Hur går det?’ och ‘Hur går det med det här?’ och ‘Hur funkar detta?’ och med alltså med blöjor och mat och alltså allting handlar om hur det går men man får ju liksom inte.. Jag tror att man skulle kanske vilja ha frågan ‘Hur mår ni?’, liksom ‘Hur, hur mår du?’. Alltså enskilt också liksom.” (11)

En av de icke-bärande kvinnorna som i framtiden planerar att bära och föda parets nästa barn berättar att hon upplevde ett behov av stöd efter förlossningen som var traumatisk. Den bärande kvinnan erbjöds stöd och kuratorskontakt på BB men den icke-bärande kvinnan erbjöds inget stöd vilket hon uttrycker att hon hade behövt. Den traumatiska förlossningen bidrog till att hon drabbades av en förlossningsrädsla som hon nu bär med sig inför när hon själv planerar att bli gravid.

“För jag kommer ju kanske föda barn någon gång. Så det blir ju en annan dimension på att det blev ganska traumatiskt. [...] Tanken är att jag ska bära ett syskon nästa gång. Och det, det är ju liksom...det känner jag mig inte så jättepigg på med tanke på hur det gick. [...] Det är ändå en speciell situation att man faktiskt också är kvinna.” (10)

Upplevelsen av ett behov av stöd från vårdpersonalen genomsyrar intervjuerna med kvinnorna. Det var dock inte alltid kvinnorna tydligt kunde beskriva exakt vilket stöd de önskade. En kvinna berättar att hon upplevde en önskan om stöd från vårdpersonalen men varken hon själv eller vårdpersonalen visste vad behovet rörde sig om. Detta medförde att kvinnan upplevde det som en brist på kommunikation mellan henne själv och vårdpersonalen.

“Man ville ha mer stöd. Men jag hade ingen aning om vad jag skulle fråga, eller säga, för att få det stödet och de visste inte heller vad jag behövde. Det visste inte jag heller och där, där upplevde jag en kommunikationsmiss, som är jätte jättesvår för förstagångsföräldrar generellt att hur ska föräldrarna kunna veta vad de behöver och barnmorskan veta att man behöver det.” (5)

Att hitta sin egen väg in i föräldrarollen

Under vårdtiden på BB hade kvinnorna olika sätt att hitta sin väg in i föräldrarollen. Det kunde innebära att ta ansvar för en annan del av omsorgen kring barnet än den bärande kvinnan, såsom att byta blöja, ha barnet i famnen när det hade svårt att somna eller att mata om barnet inte amrades. Det kunde även vara att stötta och vara närvarande vid

amning, stötta och ge omsorg till den bärande kvinnan genom att se till att hon mådde bra och att sköta praktiska saker som att se till att det fanns blöjor eller tillbehör för tillmatning av barnet eller pumpning av bröstmjolk. Det var viktigt för kvinnorna att få hitta denna första delen i föräldrarollen, särskilt om kvinnan initialt känt sig utanför eller tvivlat på att vara en lika viktig förälder som den bärande kvinnan. Kvinnorna upplevde det därför som värdefullt att få möjlighet att vara med på BB för att få möjligheten att lära känna både barnet och att lära känna sig själv som förälder.

“I början så matade vi med sond via bröstet så att hon skulle ta för hon sög inte. Då kunde jag hålla den och hålla på den och... Och att vi alltid, alltid är vakna bägge två liksom under alla amningar eller liksom att jag också är med. För att jag tänker att det är ju lika mycket jag liksom, på ett sätt. Sen att barnet inte är nära mig just i den situationen så är hon ju nära mig väldigt mycket annars liksom.” (14)

Trots att kvinnorna på egen hand kunde hitta vägen in i föräldrarollen fanns det situationer då det underlättade om vårdpersonalen kunde ge dem stöd och vägledning. Detta var värdefullt i situationer då kvinnan upplevde en osäkerhet kring vad hon kunde göra. En kvinna berättade om den frustration som väcktes hos henne i samband med amningsproblem där barnet inte ville suga, och hur hon önskade ett stöd från vårdpersonalen för att hitta en roll där hon kunde hjälpa till för att underlätta för sin partner med amning och matning av barnet.

“Det var verkligen inte lätt att stå vid sidan om. Sen vet ju jag också någonstans i det läget vet ju jag att jag kan ju inte amma, då, även om jag liksom är kvinna så hade jag ju inte kunnat amma i alla fall utan det är ju någonting som även om jag nu, som partner hade kunnat amma så krävs det ganska många veckor av träning av mina bröst för att de ska komma igång med mjölkproduktion. Så det är ju ingenting som man, även om jag hade velat kunnat göra då.” (5)

Att möta vården utifrån att inte tillhöra heteronormen

Genomgående i intervjuerna med kvinnorna framkommer upplevelser kring att leva i en familjekonstellation som skiljer sig från den heteronormativa. Dessa upplevelser kunde både vara positiva och negativa. De kunde uppstå utifrån aktuella situationer på BB men också från tankar och erfarenheter kvinnorna bar med sig från innan de kom till BB.

Att uppleva osäkerhet inför andras syn på familjekonstellationen

Kvinnorna uttrycker att de i många fall hade tankar om hur de skulle bli bemötta av vårdpersonal utifrån att de levde och fick barn i en samkönad relation. Dessa tankar inbegrep ofta rädsla och oro inför mötet med vården. Rädslan och oron grundade sig i tankar om att inte bli bra bemött, att vårdpersonalen skulle ha negativa åsikter om familjebilden, att behöva förklara sin familjekonstellation för vårdpersonalen och att inte bli sedd som förälder utan misstas för att vara exempelvis väninna till den bärande kvinnan. Även när kvinnorna varit nöjda och känt sig trygga med den vård de upplevt i samband med exempelvis assisterad befruktning och under graviditeten kunde mötet med ny vårdpersonal väcka ängslan då de inte visste om de nya mötena kunde resultera

i att inte få förståelse för familjebilden. Detta kunde resultera i svårigheter att slappna av inför mötet med ny vårdpersonal.

“Det var min största rädsla inför, nämligen som inte-bärande, man blir ju ganska, alltså, ja men bortglömd. Jag antar att pappor känner så också. Det är självklart fokus på, på min fru men jag ska ju också bli förälder och jag är ju dessutom kvinna så att det blir en så här konstig, ja situation på nåt sätt, alltså så, ja så min största rädsla var ju att liksom ja men att nån skulle fråga efter pappan eller ”vem är du?” eller så där.”
(10)

Kvinnorna beskriver att de ofta är vana vid att förklara sin familjebild för andra människor. I rollen som nybliven förälder på BB upplevde de dock att de var i en situation där de önskade slippa detta. Det framkommer en stark önskan om att bli sedd som en självklar förälder och inte behöva vara beredd på att förklara sin relation eller familjebild, utan att bli sedd som vilken nybliven förälder som helst.

“Men det är ju det här som man alltid är lite, alltså, jag kommer ju ut på sätt och vis var och varannan dag hela tiden. [...] där jag säger ‘min fru’ istället för ‘min man’ som alla förutsätter. Så att man, det kommer ju alltid en reaktion, sen kan den ju vara...den behöver inte vara negativ men att det alltid kommer en reaktion, det är ju jobbigt, och sen, just i det när man är så, det är ju en utsatt situation att få sitt första barn.” (10)

Flera av kvinnorna hade varit med om att vårdpersonal ställt frågor om familjebilden utifrån vad kvinnorna uppfattade som intresse, nyfikenhet och välmening. Sådana frågor kunde handla om vart barnet blivit till, om vad de båda kvinnorna skulle kalla sig som föräldrar eller hur de hade kommit fram till vem av kvinnorna som skulle bära barnet. Trots att dessa frågor upplevts ha ställts i all välmening, upplevde vissa av kvinnorna dessa frågor som besvärliga, då det kändes som ett övertramp på deras privatliv och att kvinnorna inte tror att denna typ av frågor skulle ställts till ett heterosexuellt par.

“Men jag kan tycka att det är ofta mycket frågor kring att, även från personer man inte känner att ‘Ja men varför valde ni att den skulle bära och inte den?’ och ‘Hur känns det för dig?’ och sånt, och jag tänker, det är ju sådana frågor man kanske diskuterar med sina närmaste vänner men nu får man det från, ja en barnmorska på BB liksom. Och det kanske inte riktigt är det man vill att de ska fråga egentligen.” (14)

Att bli accepterad för den man är

Kvinnorna uppger att de i många fall blivit bra och respektfullt bemötta och att de inte upplever att de blivit bemötta eller behandlade annorlunda utifrån att de fått barn i en samkönad relation. Detta har upplevts som en lättnad då de i flera fall burit med sig en oro över att inte bli bra bemötta. Det framkommer även en förvåning över att de blivit bemötta som vilka nyblivna föräldrar som helst då de hört berättelser från andra kvinnors tidigare negativa upplevelser eller då de själva tidigare haft negativa upplevelser i kontakt med vården.

“Jag upplevde aldrig som att, jag inte fanns liksom, att jag inte var en mamma, utan det tycker jag...är förvånansvärt...bra. Man har ju hört en del om...hur de har behandlat vissa.” (6)

En kvinna uttrycker att det till och med kan ha varit så att de snarare fått positiv särbehandling där vårdpersonalen stannat hos dem lite extra. Kvinnorna uttrycker att de upplever att vårdpersonalen i många fall varit pålästa och kunniga om olika familjekonstellationer och att detta medförde att vården upplevdes som befriad från genus då man inte talade om män och kvinnor utan istället om föräldrar. En kvinna berättar att vårdpersonalen visat sin acceptans för olika familjekonstellationer genom att bära regnbågsflaggan på sin namnskylt vilket upplevdes fint.

“Det kändes som att, det va liksom inget, inget som var konstigt, ingen som rynkade på ögonbrynen och jag tror att de behandlade oss precis som vilka andra nyblivna föräldrar som helst. Men visst hade man, visst hade man väl lite gått in i den rädslan att man kanske...Ja, inte skulle få riktigt samma bemötande så men, nej, det kändes som att, att de var liksom ja men ganska så pålästa ändå om att det finns olika familjekonstellationer.” (13)

“Jag tänkte man kommer som två kvinnor så...upp, jag upplevde ingen skillnad överhuvudtaget utan jag upplevde att dem va ganska insatta och pålästa.” (9)

Att få ett bemötande där kvinnorna blev sedda som nyblivna föräldrar och inte utifrån sin familjekonstellation eller läggning, och där vården inte uppfattades som anpassad eller utformad efter några normer, hjälpte kvinnorna att känna sig accepterade för dem de är. Detta stärkte dem i sin föräldraroll och hjälpte dem att slappna av och känna sig trygga i mötet med vårdpersonalen.

Att möta vård som är utformad efter heteronormen

Trots att kvinnorna i många fall upplevt sig väl bemötta utifrån sin familjebild framkommer beskrivningar där de upplevt att vården varit utformad med heteronormen som ideal. Denna känsla infann sig när kvinnan inte spontant blev sedd som förälder utan fick frågan om hon var en väninna eller en syster. Trots att kvinnorna förstår att det inte alltid är lätt för vårdpersonalen att veta vem de är, medförde detta bemötande en känsla av att känna sig mindre viktig och tankar om att det vore annorlunda om de varit pappa istället uppstod. En kvinna beskriver denna känsla då hon av vårdpersonal blev misstagen för att ha fött barnet när hon kom till BB tillsammans med sitt nyfödda barn och den bärande kvinnan fortfarande var kvar på förlossningsavdelningen.

“Det, jag kände att jag på något sätt ändå var lite förberedd på den typen av händelser. Jag blev inte jätteförvånad [...] Det inte helt ovanligt att man i olika sammanhang blir förväxlad med sin fru eller att folk...ja att folk har ett heteronormativt synsätt liksom. [...] Men det känns såklart inte så bra när man kommer dit med sin, med sin timgamla bebis, och man kände sig inte så där helt bekräftad som familj och så där...när man blir bemött utifrån några normer som man inte ingår i.” (4)

Kvinnorna upplevde även att miljön på BB indikerade att kärnfamiljen med en mamma och en pappa är normen. En kvinna berättar att saker som sängar och måltider generaliserades till pappan genom att det benämndes "pappasäng" och "pappamåltid".

"Jag fick nämligen en pappasäng, jag fick en pappamåltid och sånt där så det är ju väldigt så... Allt det här som redan finns kändes väldigt förlegat om man säger så. Det kändes väldigt, ja men lite kränkande, vi var ganska upprörda där några gånger. Så att vi kände att det är ju helt onödigt att skriva pappan någonstans, det kanske inte är alla ens som har en pappa." (2)

Även då man i vården valt att benämna den icke-bärande kvinnan som "partner" kunde upplevelser av att inte vara lika mycket förälder väckas, då begreppet kan uppfattas utifrån innebörden att vara partner till den bärande kvinnan och inte inbegriper någon relation till det nyfödda barnet. En kvinna beskriver sin upplevelse av formuleringen "pappa/partner" där "partner" ska syfta till en förälder som inte är pappa:

"Jag tycker att den förminskar min roll som förälder som i mitt fall kvinna som inte har fött barnet. Jag är ju inte partner till mitt barn, jag är ju förälder till mitt barn och fäderna ska ha kvar sin föräldraroll och jag blir liksom...bestulen på den rollen mer genom att jag ska kallas för partner, jag är ju partner till min, till min partner, till, till...till den som jag har skaffat barn med i det här fallet." (7)

Samtidigt som kvinnorna berättar att de inte tror att vårdpersonalen menar något illa när vården på något sätt upplevs utformad efter ett heteronormativt perspektiv, framgår det ändå utifrån deras berättelser att detta påverkat dem i deras upplevelse av att bli bekräftad i sin familjebild och föräldraroll. Vissa av kvinnorna valde att ta upp sina iakttagelser med vårdgivaren när de ansåg att vårdmiljön var utformad efter ett heteronormativt synsätt medan andra valde att inte göra detta då det skulle kunna uppfattas som att de var lättkränkta eller överdrivet noggranna i dessa frågor.

"Jag blir arg och jag blir ledsen, och jag blir liksom...irriterad på att jag försöker förklara detta många gånger och att jag inte får ha tolkningsföreträdet i den här frågan. Att när jag säger, det här uppfattas, jag blir ledsen och sårad av detta och jag känner mig förminskad och jag känner mig inte sedd i min föräldraroll. När jag säger det till folk om detta, och så säger de, 'men de menar inget illa', nej och det förstår jag att de inte gör, folk menar oftast inte någonting illa, men, [...] Det här är viktigt, det här spelar roll och, då att vifta bort det med att de inte menar någonting illa och att man antyder att man kanske liksom överreagerar om vissa saker sådär blir liksom ytterligare en pålagring av, vad ska man säga, att inte bli...validerad i det liksom." (7)

Ingen av kvinnorna hade upplevt att vårdpersonal gett dem några negativa kommentarer kring deras familjebild, men några av kvinnorna hade upplevt ogillande blickar från vårdpersonal eller fått en känsla av att vårdpersonalen inte uppskattade dem utifrån ett ointresserat och kyligt förhållningssätt. Även om dessa situationer aldrig innehöll någon uttalad kritik mot kvinnorna och deras sexuella läggning eller familjekonstellation, väcktes känslor och tankar om att vårdpersonalens agerande skulle kunna ha att göra med deras familjebild, och att de eventuellt skulle få ett annat bemötande om de hade varit pappor. I intervjuerna framkommer en ökad känslighet och sårbarhet hos

kvinnorna i relation till det nyblivna föräldraskapet. Denna ökade sårbarhet kunde bidra till att kvinnorna blev mer mottagliga för signaler i vårdpersonalens attityder och agerande som kvinnorna uppfattade som ifrågasättande.

“Alltså det är ju så mycket känslor att få barn så det är svårt att reda i vad som var vad för man är ju väldigt, alltså man blir ju väldigt sårbar på något vis. [...] Jag hade inte riktigt det försvaret som man har i vanliga fall när folk ifrågasätter, eller tyst ifrågasätter skulle jag vilja säga mer.” (1)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Val av metod

Föreliggande studie har utförts med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats som metod. Metoden är enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012, ss. 187, 199) en använd metod inom vårdvetenskap, tillämpningsbar på varierande syften och skiftande datakvalitet samt kan anpassas med hänsyn taget till forskarens nivå av kunskaper samt dess erfarenhet. I enlighet med Lundman och Hällgren Graneheim (2017, s. 221) valdes en induktiv ansats då datamaterialet ämnades att analyseras förutsättningslöst. Trost (2010 s. 32) menar att en kvalitativ metod är lämplig att använda då forskningen syftar till att skapa en förståelse för en människas erfarenheter. Då syftet med studien var att beskriva hur vården på BB upplevs vid första barnets födelse av den icke-bärande kvinnan i en samkönad relation ansågs valet av kvalitativ metod därför som passande.

Värdering av trovärdighet

I en studie som utförts i enlighet med kvalitativ innehållsanalys kan trovärdigheten värderas på olika vis. Ett exempel på tillvägagångssätt är att värdera dess giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet samt delaktighet (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 230). I föreliggande studie har detta alternativ valts.

Giltighet och tillförlitlighet

Lundman och Hällgren Graneheim (2017, ss. 230-231) menar att det är av vikt att resultatet speglar studiens syfte för att det ska bedömas som giltigt, vilket resultatet i föreliggande studie bedöms göra. För att studiens giltighet ska kunna värderas är en grundlig beskrivning av urval och analysarbete betydelsefullt, liksom att citat från intervjuerna redovisas (Lundman och Hällgren Graneheim 2017, s. 231). I föreliggande studie har en grundlig beskrivning av urval och analys gjorts, vilken ytterligare har stärkts genom exempel från analysprocessen (se tabell 1). Citat från samtliga intervjuer har använts i syfte att förstärka resultatets giltighet.

Som inklusionskriterie i studien valdes kvinnor som närvarat i vården på enbart BB. För en av studiens deltagare vårdades barnet under en kort tid på neonatalavdelning under vårdtiden på BB. Föräldrarna var dock kvar på BB under hela vårdtiden, och kvinnan inkluderades därför i studien. Kvinnor som närvarat i vården på annan enhet än BB, exempelvis om den bärande kvinnan haft ett mer omfattande vårdbehov, bedömdes

omedvetet kunna ha blandat ihop upplevelser från de olika enheterna, vilket skulle kunna medföra att resultatet inte enbart belyste vården på BB. Att kvinnorna varit med under hela vårdtiden valdes som ytterligare inklusionskriterie, detta för att öka sannolikheten för innehållsrika och fylliga berättelser. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017, s. 231) spelar valet av deltagare i studien en central roll för resultatets giltighet. De menar att ett bra resultat uppnås av deltagare som visar intresse för att berätta samt som bedöms vara erfarna inom det område som önskas undersökas. I relation till ovanstående bedöms därför studiens resultat som giltigt. Vidare har studien genomförts med deltagande från olika delar av Sverige. Lundman och Hällgren Graneheim (2017, s. 231) menar att ett varierat urval medför ökade möjligheter att det som avses att studeras belyses utifrån skilda upplevelser. Detta anses styrka studiens giltighet ytterligare.

Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är ett varierat innehåll (Lundman och Hällgren Graneheim 2017, s. 231). I syfte att ge deltagarna möjlighet att fritt få berätta om sina upplevelser och därigenom nå ett så varierat innehåll som möjligt valdes ostrukturerade intervjuer med berättande karaktär som intervjumetod. En ostrukturerad fråga är, enligt Trost (2010, s. 40), en fråga som möjliggör för den intervjuade att ge ett öppet svar. Kvale och Brinkmann (2014, s. 176) menar att inledande frågor som exempelvis "kan du berätta för mig om" kan leda till innehållsrika skildringar av vad den intervjuade anser vara av största relevans inom det studerade området. Därför öppnades intervjuerna med en sådan fråga. Under intervjuens gång användes sedan sonderande frågor. Med dessa utforskar intervjuaren sitt insamlade material utan att leda in informanten på vad intervjuaren exakt önskar få svar på. Exempel på en sådan fråga är "kan du säga något mer om det?" (Kvale och Brinkmann 2014, s. 177).

I syfte att väsentliga variationer ska täckas bör det insamlade datamaterialet vara omfattande nog. Behovet av antal intervjuer i relation till ovanstående är bundet till kvaliteten på intervjuerna samt studiens syfte (Lundman och Hällgren Graneheim 2017, s. 231). I föreliggande studie har 14 intervjuer genomförts, vilket är det antal som har bedömts tillgodose ovanstående krav. Intervjuerna har utförts enskilt samt över både telefon och genom fysiskt möte.

Enligt Trost (2010, s. 67) kan situationer där fler än en person utför en intervju medföra att den intervjuade upplever sig vara i en underlägsen maktposition. Denna skillnad i makt bedömdes kunna påverka deltagarna samt intervjuerna, och därigenom riskera att minska studiens giltighet. Utifrån detta resonemang gjordes valet att utföra intervjuerna enskilt. Valet av att utföra telefonintervjuer i första hand är relaterat till det varierade geografiska avståndet. I de fall där det geografiska avståndet inte var ett hinder gavs de deltagande möjlighet att välja tillvägagångssätt. Detta resulterade i att 12 intervjuer genomfördes via telefon och 2 stycken via ett fysiskt möte. Krag Jacobsen (1993, ss. 159-160) skriver att kvaliteten på intervjun är beroende av dess tillvägagångssätt, om den görs via telefon eller fysiskt möte. Vidare menar han att en telefonintervju medför att en övervägande del av kroppsspråket och den omedvetna kommunikationen, som i jämförelse med den muntliga kommunikationen ofta ger uttryck för andra känslor, förloras (*ibid.*). Förlust av denna typ av icke-verbal kommunikation bedömdes kunna påverka intervjuerna i negativ mening och ge ett försämrat resultat. Vid transkribering av samtliga intervjuer försökte dock den omedvetna kommunikationen i största mån

synliggöras genom att uttryck såsom skratt, gråt, längre pauser samt suckar skrevs ned. Detta i syfte att maximera intervjuernas kvalitet. Under analysprocessen har ingen skillnad i intervjuernas kvalitet relaterat till de olika tillvägagångssätten observerats.

Att analysarbetet grundligt presenteras har en central roll i syfte att stärka tillförlitligheten i resultatet likväl som att de beslut som tas under arbetets gång noggrant verifieras (Lundman och Hällgren Graneheim 2017, s. 231). I föreliggande studie bedöms detta ha gjorts. Båda författare har även tagit del av samtligt intervjumaterial samt genomfört analysen tillsammans, något som Lundman och Hällgren Graneheim (2017, ss. 231-232) också menar stärker resultatets tillförlitlighet. I föreliggande studie har några av de kvinnor som deltagit i studien mer än ett barn. Detta bedöms kunna ha påverkat resultatets tillförlitlighet då det inte helt kan uteslutas att de aktuella kvinnornas berättelser omedvetet har påverkats, både i positiv som negativ riktning, av efterkommande upplevelser. Detta trots att de deltagande har fått tydlig information om att studien enbart gäller upplevelser av BB-tiden från det första barnets födelse.

Överförbarhet och delaktighet

Innebörden för överförbarhet är i vilken mån ett resultat i den aktuella studien kan appliceras på andra grupper eller situationer (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 232). Att bedöma om ett resultat är överförbart till ett annat sammanhang är en uppgift för den enskilde läsaren. Författaren kan enbart frambringa premisser och lämna förslag (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 198). I syfte att förenkla värdering av överförbarhet är det av betydande roll att urval, deltagare, datainsamling, analys samt de förhållanden som spelar en central roll för studiens sammanhang framställs på ett grundligt sätt (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 232). I föreliggande studie bedöms samtliga ovanstående delar vara väl beskrivna. Studien utfördes med deltagare som vårdats på BB-avdelningar i olika delar av Sverige. Detta bedöms ha påverkat överförbarheten i positiv mening då studiens resultat skulle kunna appliceras på ett större område. Att inkludera enbart kvinnor från samma klinik hade kunnat medföra en begränsad överförbarhet då resultatet enbart skulle präglats av upplevelser från den BB-avdelning där studien genomförts.

Den sista och avslutande komponenten vid bedömning av en studies trovärdighet är delaktighet. Forskarens förförståelse samt närhet och distans mellan det undersökta området och denne själv spelar en central roll för hur neutralt resultatet bedöms vara (Lundman och Hällgren Graneheim 2017, s. 232). Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017, s. 230) kan förförståelsen liknas med forskarens tidigare uppfattningar av det undersökta ämnet och om den bör användas eller inte råder det meningsskiljaktigheter om. Då författarna av föreliggande studie är noviser inom det undersökta ämnet samt strävat efter att genomföra föreliggande studie med ett öppet sinne bedöms förförståelsen som låg. Den anses därför inte heller ha påverkat resultatet i någon riktning. Vidare menar Lundman och Hällgren Graneheim (2017, s. 232) att forskaren ständigt är delaktig vid datainsamling, detta i relation till att denne blir medskapare av texten till följd av interaktionen i intervjuerna. I föreliggande studie har i enlighet med Lundman och Hällgren Graneheim (2017, s. 232) distans till materialet tagits i syfte att finna mönster under analysen, med detta menas att deltagarnas röst och

uttryckta upplevelser är det som framkommit i resultatet. Utifrån författarnas låga förförståelse samt den distans som tagits till materialet bedöms därför resultatet i föreliggande studie som så neutralt som möjligt.

Resultatdiskussion

I studiens resultat framkom temat *Att bli stärkt eller begränsad i föräldrarollen* som utgör det grundläggande innehållet av hur vården på BB upplevs vid första barnets födelse av den icke-bärande kvinnan i en samkönad relation. Temat utvanns utifrån kategorierna *Vikten av att bli inkluderad i vården* och *Att möta vården utifrån att inte tillhöra heteronormen*. Kvinnorna berättar om hur deras upplevelser av vården på BB, där mötet med vårdpersonalen är centralt, kunde antingen stärka eller begränsa dem i deras roll som föräldrar.

Att ses som en lika viktig förälder som den bärande kvinnan

I kategorin *Vikten av att bli inkluderad i vården* framkommer att det för kvinnorna var av stor vikt att känna sig sedda, bli inkluderade och få en lika stor del i det nyblivna föräldraskapet som den bärande kvinnan. Känslan av inklusion och trygghet i föräldrarollen var inte alltid någonting kvinnorna kände på en gång, utan var något som växte fram successivt. I de situationer där den icke-bärande kvinnan utforskade sin föräldraroll utgjorde stöd, vägledning och bekräftelse från vårdpersonalen en viktig del. När denna typ av stöd uteblev, eller när kvinnorna bemöttes på ett sätt där de inte kände sig delaktiga och som lika viktiga föräldrar, kunde osäkerhet och tvivel i föräldrarollen uppstå. En studie av Pelka (2009) antyder att det finns möjlighet att det uppstår en avundsjuka hos den icke-bärande kvinnan i ett kvinnligt samkönat par där den bärande kvinnan är biologisk förälder. Risken för avundsjuka ökar om framförallt båda kvinnorna önskade bära barnet. Det är också större risk för denna avundsjuka om den icke-bärande kvinnan har uppfattningar och tankar om de biologiska banden till barnet, eller om det förekommer infertilitet hos den icke-bärande kvinnan. Detta medför att vårdpersonal som möter den icke-bärande föräldern bör vara lyhörd och öppen för om dessa faktorer förekommer, och vara vaksam på de eventuella behov av stöd kvinnan kan behöva utifrån detta (ibid.). De icke-bärande kvinnorna i föreliggande studie gav inte uttryck för en egentlig avundsjuka gentemot den bärande kvinnan, men påtalar en upplevelse av utanförskap och stunder av tvivel på sin roll som en likvärdig förälder, känslor som kunde förstärkas av en negativ upplevelse av vården på BB.

Kvinnorna i föreliggande studie ansåg att det var naturligt att vårdens huvudfokus låg på den bärande kvinnan. I de situationer då vårdpersonal vänt sig ifrån dem, inte gett dem ögonkontakt eller inte tilltalat dem, väcktes dock en känsla av utanförskap som resulterade i en känsla av att inte vara en likvärdig förälder.

I resultatet framkommer vidare att kvinnorna i föreliggande studie upplevt ett behov av hjälp och stöd från vårdpersonal i sin egen nyblivna föräldraroll, såväl av praktisk som emotionell art. Formellt räknas inte den förälder som ej fött barnet som patient inom mödra- och förlossningsvården, vilket den kvinna som är gravid eller fött barnet gör. Detta gör att den icke-bärande föräldern inte alltid får möjlighet att kvarstanna på BB, trots att den icke-bärande förälderns behov av stöd i vissa aspekter kan vara lika stort

som hos den bärande föräldern. Detta styrks i en studie av Steen, Downe, Bamford och Edozien (2011) där faders upplevelser av mödra- och förlossningsvården studerats. Där framkommer att papporna i studien har en känsla av att varken vara patient eller besökare, utan att de hamnar i ett odefinierat mellanrum som kan vara skrämmande och skapa känslor av osäkerhet och utanförskap. En annan studie av Shorey et al. (2017) belyser upplevelser hos nyblivna förstagångsfäder. Studien påvisar att de nyblivna papporna upplevde många prövningar de första dygnet efter barnets födelse, såsom att vara berövade på sömn, osäkerhet kring vilket stöd de kunde få i föräldrarollen samt avsaknad av tillit till sin förmåga att ta hand om sitt nyfödda barn. Papporna kände ett behov av stöd från vårdpersonal, men upplevde sig exkluderade och att vårdpersonalens stöd enbart riktades till den nyförlösta kvinnan och barnet.

Eventuella unika behov utifrån att få barn i en kvinnlig samkönad relation

Föreliggande studies syfte har ej varit att jämföra hur olika typer av familjekonstellationer upplevt vården på BB. De upplevelser studiens kvinnor har beskrivit behöver inte nödvändigtvis ha sitt ursprung i att de fått barn i en samkönad relation, utan kan härröra från det nya föräldraskapet i sig. Något som dock gör dessa kvinnor unika jämfört med par bestående av en kvinna och en man, förutsatt att mannen inte tidigare varit kvinna och har kvar sina reproduktiva organ, är att båda kvinnorna är potentiella barnaföderskor. Eventuellt planerar den icke-bärande kvinnan att bära och föda barn i framtiden. De erfarenheter och upplevelser av graviditet och födelse i samband med att paret får sitt första barn kan därför komma att påverka kvinnorna inför det tillfälle då de själva planerar att bli gravida. En kvinna i föreliggande studie hade drabbats av förlossningsrädsla, något hon ej tidigare haft, efter att förlossningen upplevts som traumatisk. Detta påverkade hennes tankar och känslor negativt i hennes planer att bära parets nästa barn. Kvinnan uttryckte att hon hade haft behov av professionellt emotionellt stöd efter förlossningen, något den bärande kvinnan erbjudits i form av kuratorskontakt, men inte hon. Enligt Walks (2004) kan förlossningssituationen för ett kvinnligt samkönat par skilja sig från ett heterosexuellt par i avseende att den icke-bärande kvinnan eventuellt varit eller kommer att bli barnaföderska. Känslor kan eventuellt triggas hos den icke-bärande kvinnan om hon exempelvis påverkats av infertilitet och inte kunnat bära och föda barn trots att hon önskat. En annan skillnad kan även vara om den icke-bärande kvinnan tidigare i livet varit utsatt för sexuella övergrepp då en förlossningssituation kan trigga flashbacks för den som varit utsatt. Walks (2004) menar att dessa flashbacks eventuellt skulle kunna triggas av att den icke-bärande kvinnan ser sin partner i smärta eller tappa kontrollen. Barnmorskan som bistår ett kvinnligt samkönat par vid förlossning och efterföljande vård kan behöva vara mer uppmärksam på faktorer som kan skilja sig från heterosexuella par, och inte utgå ifrån att den icke-bärande kvinnan endast intagit samma roll som den blivande eller nyblivna pappan vanligtvis har (ibid.).

Ingen av kvinnorna i intervjuerna uttryckte att de tänkt amma sitt barn, men någon kvinna kände tacksamhet över att ha fått frågan om hon funderat på att amma av en barnmorska, då detta fick henne att känna sig inkluderad. Trots att det inte är säkert att båda kvinnorna i en samkönad relation önskar amma finns det anledning att barnmorskor har denna möjlighet i åtanke, och därför ej enbart delger kunskaper om amning till den bärande kvinnan. Wilson, Perrin Tigchelaar, Fogleman och Chetwynd

(2015) påvisar att den moderna familjebilden förändras och beskriver i en fallrapport en familjekonstellation där två adoptivmödrar i en samkönad relation inducerar amning, samtidigt som den biologiska mamman ammade barnet tio dagar postpartum. Adoptivmödrarna ammade sedan barnet båda två i flera månader. Forskning inom området är dock mycket begränsat.

Trots att det kan förekomma unika känslor och behov av stöd hos den icke-bärande kvinnan jämfört med vad som vanligtvis kan uppkomma hos en icke-bärande förälder i ett heterosexuellt föräldrapar, var det enligt de icke-bärande kvinnorna i föreliggande studie viktigt att bli bemötta som vilken förälder som helst, och inte utifrån sin sexuella läggning. Kvinnorna önskade inte främst bli sedda utifrån en annorlunda familjekonstellation utan som nyblivna förstagångsföräldrar och få sina behov bemötta utifrån det. Wilson (2000), som studerat upplevelser av moderskapet hos icke-bärande mödrar i samkönade relationer, påvisar att föräldraskap inte är något som bestäms utifrån en persons sexuella läggning och att fokus därför inte enbart bör ligga på vad som gör kvinnor som får barn i samkönade relationer unika, annorlunda och separerade från "normen". Fokus bör istället ligga på föräldraskapet i sig.

Ett öppet klimat för olika familjekonstellationer ökar känslan av tillhörighet

I kategorin *Att möta vården utifrån att inte tillhöra heteronormen*, uppgav många av kvinnorna att de ej upplevt sig särbehandlade av vårdpersonalen eller i vårdmiljön på grund av att de var två kvinnor som fått barn. Kvinnorna uppger att de blivit förvånade över detta, då de innan förlossningen känt en oro och/eller haft förutfattade meningar om att de skulle bli sämre bemötta eller inte bli inkluderade som föräldrar utifrån sin icke-normativa familjebild. Vissa av kvinnorna hade själva tidigare negativa erfarenheter av bristande bemötande inom hälso- och sjukvården, andra hade hört berättelser från bekanta som inte blivit väl bemötta. Röndahl, Innala och Carlsson (2006) lyfter fram att kvinnor och män som lever i samkönade relationer kan erfara att personal i hälso- och sjukvården utgår från ett heteronormativt synsätt, och att detta kan påverka deras förhållande till dessa professioner. De menar att vårdpersonal kan vara osäkra i sitt bemötande i rädsla för att säga fel saker, och denna osäkerhet kan resultera i hinder i kommunikationen. Bjorkman och Malterud (2009) som studerat lesbiska kvinnors upplevelser av hälso- och sjukvård belyser också att den lesbiska kvinnans upplevelser kan mynna ifrån att vårdpersonal förutsätter att kvinnan är heterosexuell, och att kvinnan utifrån detta kan känna sig tvungen att förklara sin livssituation och sexuella läggning. Författarna beskriver vidare situationer där lesbiska kvinnor erfarit att vårdpersonal sammankopplat deras sexuella läggning med depression eller någon annan ohälsa. De kvinnor som upplevt, eller hört andras upplevelser av denna typ av möten har en ökad risk att känna sig otrygga inför mötet med vårdgivaren (*ibid.*).

Några av kvinnorna i föreliggande studie upplevde att vårdmiljön var uppbyggd utifrån ett heteronormativt synsätt genom att generalisera den icke-bärande kvinnan till "pappan". Detta tog sig till uttryck genom att begrepp som exempelvis "pappasäng" och "pappamåltid" användes. Även begreppet "partner", som i vårdmiljön använts synonymt med "pappan", kunde upplevas av kvinnorna som exkluderande då begreppet "partner" enbart definierar den icke-bärande kvinnans relation till den bärande kvinnan, det belyser inte föräldrarollen. Dessa benämningar medförde att kvinnorna kände sig

osynliga och exkluderade som föräldrar och att deras föräldraroll inte existerade. Dessa upplevelser styrks av tidigare studie av Röndahl, Bruhner och Lindhe (2009) där kvinnor i samkönade relationer upplever att benämningar som syftar till fadern är onödiga och skulle vara lätta att ändra, vilket skulle få kvinnorna i samkönade relationer att känna sig mer synliga och inkluderade i sin föräldraroll.

I resultatet framgår vidare att kvinnorna i föreliggande studie haft varierade upplevelser om huruvida vården och vårdpersonals bemötande präglats av ett öppet klimat inför deras familjebild eller om det präglats av ett heteronormativt perspektiv. Kvinnorna uppskattade när personalen var pålästa och hade god kunskap om olika typer av familjekonstellationer. Det framkom dubbla känslor kring vårdpersonalens frågor om kvinnornas familjesituation. Å ena sidan skapade denna typ av frågor en känsla av uppskattning över att vårdpersonalen gav dem tid och engagerade sig, men vissa frågor kunde upplevas som påträngande och ett övertramp, exempelvis frågor kring hur barnet blivit till. En studie av Dahl, Fylkesnes, Sørli och Malterud (2013) har kommit fram till ett liknande resultat där kvinnor i samkönade relationers upplevelser av vårdgivare i förlossningssammanhang studerats. Dessa kvinnor upplevde att okunskap hos vårdpersonal kunde leda till irrelevanta frågor. Kvinnorna accepterade och förstod att de kunde få frågor kring samkönade relationer, men kunde känna att denna typ av frågor inkräktade på deras privatliv, samt att de fick inta en undervisande roll gentemot vårdpersonalen, något de hade blandade känslor inför (ibid.).

Ett vårdande eller icke-vårdande möte

Framstående i föreliggande studies resultat är vårdens möjligheter att stödja och stärka kvinnorna i deras föräldraroll, samtidigt som vården riskerar att ge kvinnorna en negativ erfarenhet där de känner sig förminskade och begränsade. Som tidigare nämnts är den icke-bärande föräldern inte en patient, men som framgått i resultatet är de icke-bärande kvinnornas behov av hjälp och stöd från vårdpersonalen ofta lika stort som för den bärande kvinnan. Enligt WHO (1996) ska vården dessutom inriktas på hela familjens välbefinnande och inte enbart på den nyförlösta kvinnan och barnet. Utifrån detta är det inte enbart den bärande kvinnan som bör ingå i det vårdande mötet med barnmorskan utan även den icke-bärande kvinnan, trots att hon formellt inte räknas som patient.

Stärkande respektive begränsande erfarenheter av vårdande möten kan enligt Halldórsdóttir (1996, s. 27) beskrivas som vårdande och icke-vårdande möten. Ett exempel på ett vårdande möte med barnmorskan under förlossning innebär ett vårdande där barnmorskan är en oumbärlig följeslagare som innehar kompetens och visar genuin omsorg och respekt för barnaföderskan och hennes partner. Det vårdande mötet leder till att kvinnan känner sig stärkt, får en känsla av tillit och trygghet, samt får en positiv förlossningsupplevelse. Ett icke-vårdande möte beskrivs i sin tur som när barnmorskan är okunnig, okänslig och saknar respekt för kvinnan. Detta icke-vårdande möte blir begränsande då kvinnan känner sig ensam, osäker, rädd, sårad, arg och kan få en känsla av att känna sig misslyckad som barnaföderska (ibid.).

Halldórsdóttirs (1996, s. 27) beskrivning på vårdande och icke-vårdande möten kan appliceras på hur kvinnorna i föreliggande studie upplevde vården som antingen stärkande eller begränsande. Upplevelserna av en stärkande vård medförde att de kände

sig stärkta och trygga. Den begränsande vården lämnade däremot kvinnorna att känna sig ensamma, utelämnade till sig själva, osäkra och otrygga.

När Halldórsdóttir och Karlsdóttir (2011) diskuterar sin teori om barnmorskans professionalitet understryker de att kvaliteten på barnmorskans stöd och omhändertagande ligger till grund för kvinnans upplevelser kring barnafödande. Detta innebär att barnmorskor har en unik position i att förbättra vården kring barnafödande genom att sammanfoga ett professionellt omhändertagande med visdom och kompetens samt utgå ifrån kvinnans unika behov under graviditet, förlossning och efter förlossningen (ibid.). Barnmorskans professionella omhändertagande utgör enligt Halldórsdóttir och Karlsdóttir (2011) kärnan i barnmorskans profession och är en avgörande aspekt för den service samhället anförtrott barnmorskor att bistå med.

KONKLUSION

Resultatet i föreliggande studie sammanfattas under temat *Att bli stärkt eller begränsad i föräldrarollen*. Studiens resultat påvisar hur vården på BB vid första barnets födelse upplevs av den icke-bärande kvinnan i en samkönad relation och hur upplevelsen påverkar hennes hälsa och välbefinnande som nybliven förälder på väg att hitta in i sin föräldraroll. I mötet med vårdpersonalen upplever den icke-bärande kvinnan sig stärkt då hon känner sig inkluderad i vården och blir bekräftad som likvärdig förälder med den bärande kvinnan. Att vårdpersonal är lyhörd för den icke-bärande kvinnan och hennes behov av stöd och vägledning i det nyblivna föräldraskapet upplevs som stärkande. Inför mötet med vården upplevde kvinnorna ofta en osäkerhet gällande hur de skulle bli betraktade av vårdpersonalen utifrån sin familjekonstellation, vilket medförde att kvinnorna kunde känna sig osäkra inför nya möten i vården. Trots denna osäkerhet beskriver flera av kvinnorna positiva upplevelser av möten med vården där de inte upplevt ett sämre bemötande utifrån deras sexuella läggning och familjebild. Vid de tillfällen de icke-bärande kvinnorna upplevt en vård som utgick ifrån ett heteronormativt synsätt väcktes dock känslor av ledsamhet, utanförskap och känsla av att bli förminskad i sin roll som förälder.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Resultatet i föreliggande studie tyder på att en god kunskapsgrund kring olika familjekonstellationer hos barnmorskor och övrig vårdpersonal på BB är värdefullt för att nyblivna föräldrar i en kvinnlig samkönad relation ska kunna erhålla en jämlik vård. Trots att den icke-bärande kvinnan kan ha unika behov utifrån att ha blivit förälder i en samkönad relation, framgår att kvinnorna önskar bli sedda av vårdpersonalen främst utifrån sig själva och sina behov som nyblivna föräldrar och inte utifrån sin sexuella läggning. Det framgår som betydelsefullt för den icke-bärande kvinnan att möta en vård som inte utgår ifrån den heteronormativa familjebilden, utan istället påvisar ett öppet klimat för olika familjekonstellationer. Detta innebär att den icke-bärande kvinnan inte önskar överta pappans roll i den heterosexuella familjekonstellationen på BB utan bli sedd utifrån sin egen roll som icke-bärande kvinna som blivit nybliven förälder.

FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING

Föreliggande studie har beskrivit hur vården på BB upplevs vid första barnets födelse av den icke-bärande kvinnan i en samkönad relation. Nya frågeställningar som uppkommit i samband med utförandet av denna studie är hur andra familjekonstellationer utöver den heterosexuella och den kvinnliga samkönade upplever vården kring graviditet, förlossning och eftervård. Ett område som vore särskilt intressant att belysa i forskning utifrån ett hbtq-perspektiv är upplevelser i samband med graviditet och barnafödande hos män som tidigare varit kvinnor och har kvar sina reproduktiva organ och deras partners. Vidare vore det av intresse att ta del av mer forskning kring amning och kvinnor i samkönade relationer då studier inom detta område är mycket begränsat.

REFERENSER

- Abelsohn, A. K., Epstein, R. & Ross E. 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), ss. 387-405. DOI: 10.1080/19359705.2013.771808
- Ben-Ari, A. & Livni, T. (2006). Motherhood Is Not A Given Thing: Experiences and Constructed Meanings of Biological and Nonbiological Lesbian Mothers. *Sex Roles*, 54(7), ss. 521-531. DOI 10.1007/s11199-006-9016-0
- Bjorkman, M. & Malterud, K. (2009). Lesbian women’s experiences with health care: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(4), ss. 238-243. DOI: 10.3109/02813430903226548
- Brown, R. & Perlesz, A. (2007). Not the “Other” Mother: How Language Constructs Lesbian Co-Parenting Relationships. *Journal of GLBT Family Studies*, 3(2-3), ss. 267-308. DOI:10.1300/J461v03n02_10
- Chapman, R., Wardrop, J., Zappia, T., Watkins, R. & Shields, L. (2012). The experiences of Australian lesbian couples becoming parents: deciding, searching and birthing. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), ss. 1878-1885. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.04007.x
- Cherguit, J., Burns, J., Pettle, S. & Tasker, F. (2012). Lesbian co-mothers’ experiences of maternity healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, (69)6, ss. 1269-1278. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06115.x
- CODEX - regler och riktlinjer för forskning. (2016). *Informerat samtycke*. <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml> [2017-11-02]
- Dahl, B., Fylkesnes, A. M., Sørli, V. & Malterud, K. (2013). Lesbian women’s experiences with healthcare providers in the birthing context: A meta-ethnography. *Midwifery*, 29(6), ss. 674-681. DOI: 10.1016/j.midw.2012.06.008
- Dahl, B. & Malterud, K. (2015). Neither father nor biological mother: A qualitative study about lesbian co-mothers’ maternity care experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(3), ss. 169-173. DOI: 10.1016/j.srhc.2015.02.002
- Ekebergh, M. (2015). Vårdande möten. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 122-128.
- Ekebergh, M. & Dahlberg, K. (2015). Vårdande och lärande samtal. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 129-131, 141.

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), ss. 99-103. DOI: 10.12968/bjom.2010.18.2.46407

Gabb, J. (2005). Lesbian M/Otherhood: Strategies of Familial-Linguistic Management in Lesbian Parent Families. *Sociology*, 39(4), ss. 585-603. DOI: 10.1177/0038038505056025

Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care - Developing a Theory*. Diss. Linköping: Linköpings Universitet. <http://pdfs.semanticscholar.org/f895/50660d552e71dc37ec5f3d836dafa3bf4823.pdf> [2017-12-10]

Halldórsdóttir, S. & Karlsdóttir, I. S. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), ss. 806-817. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x

Hayman, B., Wilkes, L., Halcomb, E.J. & Jackson, D. (2013). Marginalised mothers: Lesbian women negotiating heteronormative healthcare services. *Contemporary nurse*, 44(1), ss. 120-127. DOI: 10.5172/conu.2013.44.1.120

Helsingforsdeklarationen (WMA Declaration of Helsinki) (2013). *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964 and last amended by the 64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazil, October 2013. <http://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> [2017-11-02]

International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Reviewed and adopted at Prague Council meeting, 2014. http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_01%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf [2017-12-07]

Justitiedepartementet (2001). *Partnerskap och adoption* (Regeringens proposition 2001/02:123). Stockholm: Regeringskansliet.

Krag Jacobsen, J. (1993). *Intervju- konsten att lyssna och fråga*. Lund: Studentlitteratur.

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

Lagutskottet (2001). *Partnerskap och adoption m.m.* (2001/02:LU27). Stockholm: Sveriges Riksdag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/arende/betankande/partnerskap-och-adoption-mm_GP01LU27 [2017-12-06]

Lagutskottet (2004). *Assisterad befruktning och föräldraskap* (2004/05:LU25). Stockholm: Sveriges Riksdag.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/arende/betankande/assisterad-befruktning-och-foraldraskap_GS01LU25 [2017-12-06]

Larsson, A-K. & Dykes, A-K. (2007). Care during pregnancy and childbirth in Sweden: Perspectives of lesbian women. *Midwifery*, 25(6), ss. 682-690.
DOI: 10.1016/j.midw.2007.10.004

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

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 187-201.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 219-233.

Malmquist, A., Hydén, M. & Zetterqvist Nelson, K. (2012). Familjeliv hos samkönade par och andra regnbågsfamiljer. I Bäck-Wiklund, M. & Johansson, T. (red.) *Nätverksfamiljen*. Stockholm: Natur & Kultur, ss. 139-157.

McManus, A.J., Hunter, L. P. & Renn, H. (2006). Lesbian Experiences and Needs During Childbirth: Guidance for Health Care Providers. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35(1), ss. 13-23. DOI: 10.1111/J.1552-6909.2006.00008.x

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

Padavic, I. & Butterfield, J. (2011). Mothers, fathers and "mathers": negotiating a lesbian co-parental identity. *Gender & Society*, 25(2), ss. 176-196.
DOI:10.1177/0891243211399278

Pelka, S. (2009). Sharing Motherhood: Maternal Jealousy Among Lesbian Co-Mothers. *Journal of Homosexuality*, 56(2), ss. 195-217. DOI: 10.1080/00918360802623164

Regeringskansliet (2014). *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck*. Stockholm: Regeringskansliet.
<http://www.regeringen.se/49baf9/contentassets/6aa547fb55c74d1d9f49121119792da9/en-strategi-for-lika-rattigheter-och-mojligheter-oavsett-sexuell-laggning-konsidentitet-eller-konsuttryck> [2017-11-12]

Renaud, M.T. (2006). We Are Mothers Too: Childbearing Experiences of Lesbian Families. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(2), ss. 190-199. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00136.x

Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL). (2015). *Hbtq*. <http://www.rfsl.se/hbtq-fakta/hbtq/> [2017-10-13]

Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL). (2016). *Hur mycket värt är allas lika värde - Hbtq-certifiera er verksamhet med RFSL* [broschyr]. http://www.rfsl.se/wp-content/uploads/2016/02/RFSL_hbtq-certifiering.pdf [2017-10-14]

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

Ryan-Flood, R. (2005). Lesbiskt föräldraskap i Sverige och på Irland. I Kulick, D. (red.) *Queersverige*. Stockholm: Natur & Kultur, ss. 364-388.

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

Röndahl, G., Bruhner, E. & Lindhe, J. (2009). Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), ss. 2337-2344. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05092.x

SFS 1949:381. *Föräldrabalk*. Stockholm: Justitiedepartementet. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381 [2017-10-22]

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460 [2017-11-02]

Shorey, S., Dennis, C-L., Bridge, S., Chong, S. Y., Holroyd, E. & He, H-G. (2017). First-time fathers' postnatal experiences and support needs: A descriptive qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, (73), ss. 2987-2996. DOI: 10.1111/jan.13349

Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBEKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf> [2017-10-20]

Socialstyrelsen (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård- Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18546/2011-12-30.pdf> [2017-11-12]

Socialstyrelsen (2014). *Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19564/2014-10-26.pdf> [2017-10-20]

Socialstyrelsen (2015). *Att mötas i hälso- och sjukvård- ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf> [2017-11-12]

Socialstyrelsen (2017). *Vård efter förlossning- en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20592/2017-4-13.pdf> [2017-11-01]

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

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, ss. 796-805. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05780.x

Steen, M., Downe, S., Bamford, N. & Edozien, L. (2011). Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers’ encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28(4), ss. 422-431. DOI:10.1016/j.midw.2011.06.009

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 4. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Utredningen om utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet. (2016). *Olika vägar till föräldraskap* (SOU 2016:11). Stockholm: Justitiedepartementet. [2017-10-20]

Walks, M. (2004). Womb is Womb, But is Birth Birth? A Look at the Queer Interaction of Medical Services, Social Context and Identity Understandings in Canadian Birthing Experiences. *Canadian Woman Studies*, 24(1), ss. 68-73.

Wilson, C. M. (2000). The Creation of Motherhood: Exploring the Experiences of Lesbian Co-Mothers. *Journal of Feminist Family Therapy*, 12(1), ss. 21-44. DOI: 10.1300/J086v12n01_03

Wilson, E., Perrin Tigchelaar, M., Fogleman, A. & Chetwynd, E. (2015). The Intricacies of Induced Lactation for Same-Sex Mothers of an Adopted Child. *Journal of Human Lactation*, 31(1), ss. 64-67. DOI: 10.1177/0890334414553934

Wojnar, M.D. & Katzenmeyer, A. (2013). Experiences of Preconception, Pregnancy, and new New Motherhood for Lesbian Nonbiological Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, (43), ss. 50-60. DOI: 10.1111/1552-6909.12270

World Health Organization (WHO), Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf [2017-11-05]

World Health Organization (WHO), Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit (1998). *Postpartum Care of the Mother and Newborn: a practical guide*. Geneva: World Health Organization, Division of Reproductive Health. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66439/1/WHO_RHT_MSM_98.3.pdf [2017-11-05]

Zimmerman, L. & Hulthén, V. (2017a). *Insemination hemma, juridik*. <http://www.hbtqfamiljer.se/bli-foralder/assisterad-befruktning/insemination-hemma/juridik/> [2017-10-22]

Zimmerman, L. & Hulthén, V. (2017b). *Juridik efter assisterad befruktning utomlands*. <http://www.hbtqfamiljer.se/bli-foralder/assisterad-befruktning/regler-och-juridik/utomlands/> [2017-10-22]

Bilaga 1

Information om examensarbete om upplevelser av BB-vården hos den icke-bärande kvinnan som blivit förstagångsförälder i en samkönad relation.

Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeutbildningen vid Högskolan i Borås. En del av utbildningen består av att skriva ett examensarbete. Med vårt examensarbete är syftet att beskriva upplevelser av BB-vården hos den icke-bärande kvinnan som blivit förstagångsförälder i en samkönad relation för att därigenom få större förståelse och kunskap kring vården.

Vi frågar Dig om Du frivilligt vill bli intervjuad om Din upplevelse.

Intervjuerna kommer göras utav oss två studenter. Du får själv välja önskad tid och plats för intervjun som kommer ta ca 30-60 minuter. Den kommer att spelas in och ordagrant överförs till text. Allt material hanteras konfidentiellt och förvaras på så vis att ingen, utöver intervjuarna, kan få tillgång till det. I resultatet aidentifieras dina personuppgifter. Intervjun är helt frivillig och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att motivera varför.

Om du önskar delta i studien ber vi om att få kontaktuppgifter till dig. Vi kommer därefter kontakta dig för att bestämma plats och tid för intervjun. Om du har frågor eller önskar ytterligare information kring studien är du välkommen att kontakta oss. Vi nås på telefon eller e-mail på nedanstående uppgifter.

Examensarbetet utförs under handledning av Lina Palmér, Akademin för vård, arbetsliv och välfärd på Högskolan i Borås.

Med vänliga hälsningar

Emelie Hjalmarsson

Ellinore Ahlgren