



Dana Halanova, Sofia Klittmark

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Examensarbete, V51, 15 hp, HT2012

Grundnivå

Handledare: Åsa Kneck

Examinator: Lars Andersson

**Lesbiska och bisexuella kvinnors upplevelser av  
kvinnosjukvården  
En litteraturstudie**

Lesbian and Bisexual Women's Experiences of Women's Health Care  
A Literature Study

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Lesbiska och bisexuella kvinnor har sämre fysisk och psykisk hälsa än heterosexuella kvinnor. De är en osynliggjord grupp inom vården. Inom kvinnosjukvården (gynekologi och obstetrik) finns en tradition av heterosexualitet i och med dess fokus på reproduktion. Tidigare studier har visat att lesbiska och bisexuella undviker gynekologisk vård på grund av dåligt bemötande. Obstetriken kommer framöver att få ta emot alltfler samkönade par. Det blir därför viktigt att förstå hur kvinnosjukvården upplevs av lesbiska och bisexuella kvinnor.

**Syfte:** Syftet är att belysa lesbiska och bisexuella kvinnors upplevelser av kvinnosjukvården.

**Metod:** Litteraturöversikt av 13 forskningsstudier. Textanalys med beskrivande sammanställning av inkluderade studiers resultat. Teoretiska referensramar är vårdrelation och heteronormativitet.

**Resultat:** Det finns heteronormativitet och homofobi inom kvinnosjukvården på både individuell och strukturell nivå. Brister i bemötandet handlade om att bli exkluderad, samt att mötas av fientlighet, omedvetenhet eller okunskap. Detta fick negativa konsekvenser för studiernas deltagare, och ledde till olika strategier för att hantera och förebygga negativa vårdsituationer. Positiva upplevelser av vården relaterades till medvetenhet och kunskap kring sexuell läggning i form av öppenhet och kommunikation, samt när vårdpersonal signalerade acceptans och positiva attityder. Små förändringar i bemötandet kunde göra stor skillnad i mötet.

**Diskussion:** Förutsättningarna för en god vårdrelation försvåras av heteronormativitet, och vårdpersonal behöver bli medvetna om på vilka särskilda sätt som lesbiska och bisexuella kvinnor behöver bekräftelse i form av acceptans och inkluderande. Enskild vårdpersonal kan göra stor skillnad i upplevelsen av bemötandet, och på så sätt också vara del av en större förändring kring minskad heteronormativitet inom kvinnosjukvården.

**Nyckelord:** Lesbisk, homosexualitet, bisexuell, bisexualitet, upplevelser, kvinnosjukvård, obstetrik, gynekologi.

## **Abstract**

**Background:** Lesbian and bisexual women have worse physical and mental health than heterosexual women. They are an invisible group in health care. Within women's health care, (gynecology and obstetrics) there is a tradition of heterosexuality due to the focus on reproduction. Previous studies have shown that lesbians and bisexuals avoid gynecological care due to the way they are received. Obstetrics will now be receiving more and more same-sex couples. That makes it important to understand how lesbian and bisexual women experience women's health care.

**Aim:** The aim is to highlight lesbian and bisexual women's experiences of women's health care.

**Methods:** Literature review of 13 research studies. Text analysis with descriptive summary of included studies' results. The theoretical frameworks are the nurse-patient relationship and heteronormativity.

**Results:** Heteronormativity and homophobia exist within women's health care. Deficiencies in the ways lesbians and bisexual women were received involved being excluded and encountering hostility, unawareness or ignorance. This led to the need for various strategies to manage and prevent adverse health situations. Positive experiences of care related to awareness and knowledge of sexual orientation in terms of openness and communication, as well as health professionals signaling acceptance and positive attitudes. Marginal changes in health professionals' response could make a big difference for the lesbian and bisexual women.

**Discussions:** The prospects of a good caring relationship is complicated by heteronormativity. Health professionals need to be aware of the specific ways in which lesbian and bisexual women may need confirmation. Individual health professionals can make a big difference to the way lesbian and bisexual women experience health care, and thereby also contribute to a wider improvement related to reduced heteronormativity in women's healthcare.

**Keywords:** Lesbians, homosexuality, bisexuals, bisexuality, experiences, women's health, obstetrics, gynecology.

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
	DISKRIMINERING AV HBT-PERSONER.....	1
	ATTITYDER, HOMOFOBI OCH HETERONORMATIVITET.....	3
	SEXUELL LÄGGNING.....	5
	<i>Definition av sexuell läggning</i> .....	5
	<i>Prevalens</i> .....	6
	<i>Att komma ut</i> .....	6
	KVINNOSJUKVÅRD OCH KVINNOHÄLSA .....	6
	LESBISKA OCH BISEXUELLA KVINNORS HÄLSA .....	7
	PROBLEMATISERING.....	9
	SYFTE.....	9
<b>3</b>	<b>TEORETISKA REFERENSRAMAR</b> .....	<b>10</b>
	DYNAMIKEN I VÅRDRELATIONEN .....	10
	HETERONORMATIVITET.....	11
<b>4</b>	<b>METOD</b> .....	<b>11</b>
	DATAINSAMLING .....	12
	URVAL .....	13
	KVALITETSGRANSKNING OCH FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	13
	TEXTANALYS.....	14
<b>5</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>15</b>
	1. BRISTER I BEMÖTANDET .....	15
	<i>Att bli exkluderad</i> .....	15
	<i>Att möta fientlighet, omedvetenhet eller okunskap</i> .....	16
	2. KONSEKVENSER OCH STRATEGIER RELATERADE TILL NEGATIVA UPPLEVELSER .....	18
	<i>Rädsla runt att komma ut och valet att inte komma ut</i> .....	18
	<i>Negativa förväntningar och behov av att distansera sig från negativa upplevelser</i> .....	19
	<i>Strategier för att förebygga och hantera negativa vårdssituationer</i> .....	19
	3. SMÅ FÖRÄNDRINGAR KAN GÖRA STOR SKILLNAD .....	21
	<i>Behov av ökad medvetenhet och kunskap</i> .....	21
	<i>Behov av acceptans och positiva attityder</i> .....	22
<b>6</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>24</b>

RESULTATDISKUSSION .....	24
METODDISKUSSION .....	29
SLUTSATSER .....	31
FÖRSLAG TILL FORTSATTAS STUDIER .....	31
<b>REFERENSFÖRTECKNING .....</b>	<b>32</b>
<b>BILAGA 1, CENTRALA BEGREPP SOM ANVÄNDS FÖR ATT DEFINIERA SEXUALITET OCH/ELLER KÖNSIDENTITET</b> .....	<b>36</b>
<b>BILAGA 2, SÖKMATRIS .....</b>	<b>37</b>
<b>BILAGA 3, MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT .....</b>	<b>39</b>
<b>BILAGA 4, KVALITETSGRANSKNING AV ARTIKLAR .....</b>	<b>45</b>
<b>BILAGA 5, REDOVISNING AV RESPEKTIVE STUDIES ETISKA GODKÄNNANDEN/ÖVERVÄGANDEN .....</b>	<b>46</b>

## 1 Inledning

I en svensk studie från 2008 fick sjuksköterskestudenter och läkarstudenter från termin sex i respektive utbildning svara på frågor om hbt-personer (homosexuella, bisexuella och transpersoner). Resultatet visade att 82 procent av studenterna (n=124) saknade sådan kunskap som kan anses essentiell för att kunna ge kompetent vård till hbt-personer. Nästan 60 procent av studenterna var osäkra på om homosexualitet klassades som en psykisk sjukdom eller ej (Röndahl, 2009). Dessa något nedslående fakta var del av beslutet att skriva en uppsats med ”hbt-tema”. Förkortningen ”hbt” används både om personer och mer allmänt om företeelser som rör homosexualitet, bisexualitet, transsexualism eller könsöverskridande identiteter, till exempel ”hbt-frågor”. (Olsson, 2004).

Inom kvinnosjukvården (områdena gynekologi och obstetrik) finns ett fokus på reproduktion, som traditionellt sett brukas förknippas med heterosexualitet. Hur klarar den vården att möta lesbiska och bisexuella kvinnor? Är det allas kvinnosjukvård – eller enbart heterosexuellas?

## 2 Bakgrund

### Diskriminering av hbt-personer

Rätten till sjukvård på lika villkor är del av grundläggande mänskliga rättigheter. I hälso- och sjukvårdslagens andra paragraf anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det står vidare att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (SFS 1982:763). I diskrimineringslagen anges att det är förbjudet att diskriminera någon på grund av personens kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etniska tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuella läggning eller ålder (SFS 2008:567). Det var 1987 som förbudet mot att diskriminera homosexuella infördes, och könsöverskridande identitet eller uttryck lades till som diskrimineringsgrund 2009 (RFSL, 2012d).

Att *diskriminera* betyder att urskilja och särskilja, att missgynna eller särbehandla någon på osakliga grunder (Diskrimineringsombudsmannen [DO], 2012). DO konstaterar i en rapport att svensk sjukvård generellt håller hög kvalitet, men att den tyvärr inte är jämlik och att det finns problem med diskriminering (DO, 2012). Det finns stora brister inom sjukvården idag vad gäller att behandla patienter på lika villkor. Rapporten konstaterar att diskriminering inom sjukvården främst handlar om personalens bemötande, men att det också kan handla om svårigheter för olika samhällsgrupper att få tillgång till vård, samt om vilka konsekvenser



diskriminering kan få för enskilda individer. Det finns normer, rutiner, förhållningssätt och beteenden som gör att människor inte får lika rättigheter och möjligheter. En av de grupper som drabbas av diskriminering är hbt-personer. Diskriminering behöver inte handla om en medveten handling från en enskild människa. Ofta finns omedvetna faktorer som resulterar i en diskriminerande handling, eller ett dåligt fungerande system som ger en diskriminerande effekt. Som anställd kan man till exempel vara begränsad av strukturer och system som gör det svårt att ge vård på ett jämlikt sätt, trots att man har ambitionen att behandla alla likvärdigt (DO, 2012).

Situationen för hbt-personer ser väldigt olika ut i olika delar av världen. Samkönade sexuella handlingar mellan samtyckande vuxna är fortfarande kriminaliserat i 78 länder, vilket utgör 40 procent av världens länder. I sju länder är homosexuella handlingar belagda med dödsstraff (International lesbian, gay, bisexual, trans and intersex association [ILGA], 2012).

I Sverige avkriminaliserades homosexuella förbindelser 1944, men det betydde inte att homosexualitet var en accepterad företeelse i samhället, utan att lagstiftarnas syn på homosexualitet förändrades ifrån att det var ett brott till att det var en sjukdom. Homosexualitet klassificerades då som en psykisk sjukdom, och under följande årtionden hamnade många homosexuella på mentalsjukhus, där ett krav för utskrivning kunde vara att ”frivilligt” välja sterilisering (Rydström, 2004). Först 1979 avskaffade Socialstyrelsen homosexualitet som sjukdomsbegrepp (RFSL, 2012c). Vissa sjukdomsdefinitioner runt homosexualitet fanns kvar i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, fram till 1987 (McDonald et al., 2003). Kopplingen mellan homosexualitet och sjukdom finns fortfarande kvar inom vården, och föreställningar om homosexualitet som sjukdom finns kvar hos många vårdgivare (Flemmer, Doutrich, Dekker & Rondeau, 2012).

Sverige är ett av de länder i världen som har mest progressiv lagstiftning runt sexualitet och kön, med både anti-diskrimineringslagar samt olika socialpolitiska lagar (ILGA, 2012). Sverige var det första landet i världen som fick en lag som reglerade homosexuell samlevnad, lagen om homosexuella sambor från 1988 (Rydström, 2004). Möjlighet till registrerat partnerskap kom 1995. Sverige har sedan 2009 en könsneutral äktenskapslag som möjliggör för samkönade par att gifta sig (RFSL, 2012d). Endast tio länder i världen tillåter detta (ILGA, 2012). Sverige är (sedan 2003) ett av tolv länder i världen som tillåter gemensam adoption och närståendeadoption för samkönade föräldrar. I sammanlagt 17 länder (9 %) kan samkönade föräldrar bli juridiskt erkända (ILGA, 2012). År 2005 blev det tillåtet för samkönade kvinnopar att använda sig av assisterad befruktning i Sverige (RFSL, 2012c).

Men oavsett vilka lagar som finns i ett land, kan faktisk diskriminering av hbt-personer ske. Cirka 19000 personer anmälde att de blivit utsatta för homofobiska hatbrott i Sverige 2010. Olaga hot/ofredande, våldsbrott och ärekränkning är de vanligaste formerna av hatbrott (Brottsförebyggande rådet [Brå], 2012). Statens folkhälsoinstitut [FHI] skriver i en rapport att det är mycket vanligare att ha blivit utsatt för hot om våld, eller för faktiskt fysiskt våld om man är homo- eller bisexuell person: 14 procent av homo- och bisexuella (n=648) hade blivit hotade de senaste tre månaderna i deras undersökning, jämfört med fem procent av övriga befolkningen (n=28542) och 13 procent hade blivit utsatta för fysiskt våld, jämfört med fem procent av övriga befolkningen. Av homo- och bisexuella hade 43 procent utsatts för dåligt bemötande eller kränkande behandling under de senaste tre månaderna, jämfört med 27 procent av den övriga befolkningen (FHI, 2005).

### **Attityder, homofobi och heteronormativitet**

En *attityd* innebär en personlig eller kollektivt delad inställning till något eller någon, och är del av en individs inre referenssystem. Att forma attityder kan ses som ett grundläggande mänskligt drag som handlar om att försöka organisera och systematisera tillvaron (Stier, 2009). Attityder till andra människor rymmer generellt tre komponenter: kognition (föreställningar), emotioner (känslor) och beteende (handlingar eller avsikter att agera) (Röndahl, 2005). Attityder är dock ofta förankrade i stereotypiska uppfattningar och kännetecknas ofta av frånvaro av korrekt information eller adekvat kunskap. Negativa attityder gentemot en viss grupp kallas för fördomar (Stier, 2009).

Begreppet *homofobi* är ett sedan 1960-talet vedertaget begrepp för att beskriva fördomar och negativa attityder gentemot hbt-personer. Homofobi kan beskrivas som en serie negativa attityder och känslor gentemot homosexualitet eller de som identifieras eller uppfattas som homosexuella, från fördomar och motvilja till irrationell rädsla och hat (Bhugra, 1987). Homofobi kan också fungera indirekt och oavsiktligt genom att till exempel påverka policys och verksamhetsplaner så att hbt-frågor klassas som marginella eller mindre viktiga (Irwin, 2007). Begreppet homofobi har fått kritik, bland annat för att det inte är en "fobi" hos den som innehar den, i klinisk bemärkelse (Dahl, 2005), men homofobi är ändå det kanske mest vedertagna begreppet när man talar om fördomar och diskriminering av hbt-personer.

Den kognitiva aspekten av homofobi handlar om hur människor *tänker* kring homosexualitet, som i sin tur reflekterar deras attityder och kunskap om homosexualitet. Den emotionella aspekten av homofobi är hur människor *känner* inför homosexualitet, och

kan ses via de känslomässiga reaktioner människor har gentemot homosexuella eller homosexualitetsfrågor. Känslomässiga reaktioner kan handla om ilska och avsmak, men också mer inåtvända känslor såsom genans, skam och osäkerhet/tafatthet (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004). Det kan vara så att människor på en kognitiv nivå har positiva attityder gentemot homosexuella, och till exempel stödjer lika rättigheter för homosexuella, men på en emotionell nivå har negativa känslor runt homosexualitet. När en sådan person konfronteras med homosexuella kan dessa negativa känslor väckas, och då leda också leda till känslor av skuld och skam över att man har fördomar runt homosexuella. Detta kallas att ha ambivalenta attityder gentemot homosexuella (a.a.). En studie av homofobiska känslor bland sjuksköterskor och undersköterskor på en svensk infektionsklinik (n=57) visade att så många som 36 procent av vårdpersonalen skulle avstå från att vårda homosexuella patienter om det fanns en sådan möjlighet. Motsvarande siffra för sjuksköterskestudenter och undersköterskestudenter (n=165) i samma undersökning var nio procent (Röndahl et al., 2004).

En *norm* kan sägas fungera som en ”regel” som förhåller sig till ett ideal. Samhällets normer fungerar som sociala regelsystem, men de är ofta osynliga tills någon bryter mot dem (Rosenberg, 2002). Heterosexualitet är den vanligaste sexuella läggningen. Men den är inte bara vanligast, den tjänar också som norm i samhället för vad och hur en människas sexualitet ska vara (Olsson, 2004). På 1990-talet växte begreppet *heteronormativitet* fram från queerforskningen för att beskriva och synliggöra detta (Rosenberg, 2002). Att någon är ”heteronormativ” kan betyda att en person (eller en struktur, till exempel vårdmiljön) antar att alla är heterosexuella. Heterosexualiteten är så självklar att den blir ”osynlig”, och det kan vara svårt att tänka på den som en sexuell läggning bland flera andra (Olsson, 2004). Westerståhl (2004) definierar heteronormativ i en medicinsk kontext som: ”att heterosexualiteten medvetet eller omedvetet tas för given eller ses som naturlig och normal, eller har ett självklart företräde, i medicinsk teori och praktik; allt ifrån forskning till de mest vardagliga, kliniska möten” (s. 107). Heteronormativitet kan också användas för att beskriva komplicerade processer runt strukturer och attityder. Utifrån denna teori kan man till exempel fråga: Vilka antaganden om vad som är normalt bidrar till att skapa en miljö där många människor känner sig kränkta och diskriminerade? (Kulick, 2004).

Röndahl har i en doktorsavhandling undersökt svensk vårdpersonals attityder gentemot homosexuella patienter (2005). Deltagarna var sjuksköterskor, undersköterskor, sjuksköterskestuderande eller undersköterskestuderande (n=222). Åtta procent uttryckte negativa attityder gentemot homosexuella. 62 procent av deltagarna uttryckte positiva

attityder, och neutrala/toleranta attityder uttrycktes av 30 procent (Röndahl, 2005). Åtta procent med negativa attityder är en lägre siffra än vid motsvarande studier från andra länder och jämfört med äldre svenska studier, skriver Röndahl (2005). Detta, fortsätter hon, skulle kunna innebära en positiv förändring av vårdpersonals kognitiva attityder gentemot homosexuella, vilket kan reflektera en ökad öppenhet och tolerans i det svenska samhället. Resultatet kan också ses som att vårdpersonal har ambivalenta attityder, eller att de gav socialt accepterade svar på frågorna. Hon påpekar också att även om ”endast” åtta procent uttryckte negativa attityder, så ska det inte förbises eller anses oviktigt. Att som homosexuell patient träffa vårdpersonal med negativa attityder ger flera olika negativa konsekvenser, som att homosexuella undviker eller dröjer i sin kontakt med vården (Röndahl, 2005).

## **Sexuell läggning**

### Definition av sexuell läggning

Homosexuella handlingar har genom historien ansetts vara syndiga, kriminella och/eller patologiska (Röndahl, 2005). Själva begreppen *heterosexualitet* och *homosexualitet* uppkom dock inte förrän i slutet av 1800-talet i Europa. Dessa innebar en förändring i synen på sexualitet, och vad som tidigare setts som handlingar, började nu formas till något som var en identitet. I början var också heterosexualitet ett medicinskt begrepp som betecknade ett patologiskt tillstånd, någon som var mer inriktad på sexuell njutning än barnalstring (Kulick, 2004). Under början av 1900-talet avpatologiserades heterosexualiteten och blev till slut det samma som ”den normala sexualiteten”, en förändring som berodde både på kyrkans tynande makt i samhället och psykoanalysens och sexologins inträde på den vetenskapliga arenan. Den historiska process som gjorde heterosexualitet till det normala och förväntade, gjorde samtidigt homosexualitet till den avvikande, dåliga sexualiteten. Homosexualitet blev den avvikande bakgrund, mot vilken heterosexualitet kunde framstå som den normala, goda sexualiteten (a.a.). Det finns flera olika begrepp för att beskriva människors sexualitet och/eller könsidentitet (se bilaga 1 för centrala begrepp). Juridiskt finns i Sverige tre sexuella läggningar: homosexualitet, bisexualitet och heterosexualitet (SFS 2008:567). Tre komponenter brukar användas som modell för att definiera sexuell läggning: praktik, identitet och preferens. Praktik handlar om vad en person gör och vilka erfarenheter hon har. Identitet handlar om hur hon känner sig och vad hon kallar sig. Preferens handlar om attraktion och vad hon föredrar, till exempel att leva med män eller med kvinnor (O’Hanlan, Dibble, Hagan & Davids, 2004; RFSL, 2012a).

## Prevalens

Det är svårt att få fram en exakt siffra på hur stor andel av befolkningen som är homo- eller bisexuell. Beroende på hur man definierar sexuell läggning (identitet, praktik och/eller preferens) så kommer man att få olika svar på hur stor andel av en befolkning som räknas till vad. O'Hanlan et al. (2004) skriver att mellan 4,4 och 11,1 procent kvinnor i USA rapporterar samkönad attraktion, att 4,5 procent haft samkönat sex efter puberteten och att 1,4 procent identifierar sig som lesbiska. Beräkningarna håller sig ofta till att någonstans mellan fem till tio procent av befolkningen identifierar sig som något annat än heterosexuell (Andersson & Westerståhl, 2000; Statens folkhälsoinstitut, 2002).

## Att komma ut

Att *komma ut* är ett begrepp som används för att beskriva när en person inser och berättar om sin sexuella läggning. Anhalt och Morris (1998) beskriver det som en process i två steg: att komma ut inför sig själv och att komma ut inför andra. Att komma ut inför sig själv beskriver processen då en individ blir medveten om den har en ickeheterosexuell läggning, accepterar detta och kanske slutligen identifierar sig som till exempel lesbisk. Att komma ut inför andra handlar om när individen berättar för sin omgivning: det kan handla om ens familj, vänner, arbetskamrater, men också inför sjukvårdspersonal.

## Kvinnosjukvård och kvinnohälsa

Valet av kontext för denna studie är kvinnosjukvården. Kvinnosjukvården består av områdena gynekologi och obstetrik. Gynekologi betyder läran om sjukdomar i de kvinnliga könsorganen (gynekologi, Nationalencyklopedin [NE], n.d.) och obstetrik är läran om graviditet och förlossning (obstetrik, NE, n.d.). Kvinnosjukvården är ett av sjukvårdens största verksamhetsområden - på Danderyds sjukhus det allra största - och många sjuksköterskor kommer att arbeta inom området så småningom (Danderyds sjukhus, 2012). På kvinnokliniker arbetar både specialistutbildade sjuksköterskor såsom barnmorskor och barnsjuksköterskor, men också allmänsjuksköterskor. Inom kvinnosjukvården finns tydliga ideal kring hur kvinnors hälsa kan och ska främjas. Inom engelskspråkig kontext beskrivs ofta idealet för kvinnohälsa (Women's Health) och kvinnosjukvård som kvinnocentrerad vård (Woman-Centred Care). Raftos, Mannix & Jackson (1997) skriver att det som skiljer kvinnohälsa från mera traditionell vård är en holistisk ingång och att ha förståelse för att

kvinnans livserfarenheter och hennes individuella, sociala, ekonomiska, politiska och kulturella kontext är väsentliga för hennes levda erfarenheter av hälsa och sjukdom. När Raftos et al. (1997) gjorde en genomgång på CINAHL av hur begreppet kvinnohälsa användes konstaterade de dock att betydelsen togs för given och sällan definierades. Forskarna tänkte sig att det holistiska perspektivet skulle återspeglas i vad forskning kring kvinnohälsa fokuserade på. Istället återspeglades ett snävt och stereotypt perspektiv, mestadels med ett biomedicinskt och reduktionistiskt synsätt. Som helhet verkade kvinnohälsa i praktiken vara synonymt med en snäv definition kring reproduktiv hälsa. McDonald, McIntyre och Andersson (2003) skriver att i vissa cirklar av omvårdnadsforskning och praktik verkar kvinnohälsa betyda ”kvinnors reproduktiva och heterosexuella hälsa” och att föreställningar runt kvinnohälsa med en biologisk och traditionell syn på hälsa hindrar en mer inkluderande syn på hälsa där hälsa ses mer kopplad till även ickemedicinska faktorer. McDonald et al. (2003) konstaterar att en kvinnas sexuella läggning är del av vad som skapar hennes erfarenhet av att vara kvinna. Hur det är att vara lesbisk i samhället är en del av det som konstituerar hälsa hos lesbiska och på så sätt blir det en viktig del av mötet med lesbiska kvinnor för vårdpersonalen. Kvinnosjukvården har en önskan om att vara inkluderande, men bär samtidigt på en stark tradition av heterosexualitet i och med dess fokus på reproduktiv hälsa (a.a.).

Studier visar att en majoritet av lesbiska kvinnor vill ha barn (Werner & Westerståhl, 2008). Fler kvinnor som lever med kvinnor kommer i kontakt med kvinnosjukvården i Sverige i samband med att de bestämmer sig för att skaffa barn via insemination, och detta är också del av en internationell trend (McManus, Hunter & Renn, 2006; Ryan-Flood, 2005). Ibland har detta kallats för en ”lesbisk baby-boom” (McManus et al., 2006).

### **Lesbiska och bisexuella kvinnors hälsa**

Det finns tydliga ojämlikheter i hälsa om man jämför homo- och bisexuella med övrig befolkning. FHI skriver i sin rapport kring hbt-personers hälsa att fler lesbiska och bisexuella kvinnor har ett dåligt allmänt hälsotillstånd jämfört med kvinnor i övriga befolkningen, och det gällde särskilt kvinnor i åldrarna 45-64 år (FHI, 2005). De mest markanta skillnaderna i befolkningen fanns vid jämförelse av psykisk ohälsa. Andelen med försämrat psykiskt välbefinnande var dubbelt så stor bland homo- eller bisexuella (både kvinnor och män) än i den övriga befolkningen. Psykisk ohälsa var särskilt förekommande hos unga (16-29 år) lesbiska och bisexuella kvinnor. Självordsförsök var dubbelt så vanliga bland homo- och

bisexuella (både kvinnor och män) som hos den övriga befolkningen. Rapporten beskriver diskriminering som en bestämningssfaktor för hälsa och säger att den upplevda diskrimineringen som homo- och bisexuella beskrivit bidrar till den psykiska ohälsa som syns i rapporten (FHI, 2005).

Hälsorisker för lesbiska och bisexuella kvinnor har i andra studier beskrivits som relaterade till livsstilsfaktorer, till exempel ökad risk för bröstcancer relaterat till att färre lesbiska och bisexuella kvinnor skaffar barn, samt att fler väntar till efter 30 med att bli gravida (Fish & Anthony, 2005). Högt BMI, som i sig kan vara en riskfaktor för till exempel hjärt-kärlsjukdomar och diabetes, är vanligare bland lesbiska än heterosexuella kvinnor (Robertson, 2003). Tobaksrökning och cannabISRökning är vanligare bland homo- och bisexuella personer än övrig befolkning. Fler har riskkonsumtion av alkohol bland homo- och bisexuella, och det gäller särskilt om man tittar på gruppen unga lesbiska och bisexuella kvinnor (FHI, 2005).

Resultatet från den första studien i Sverige kring lesbiska och bisexuella kvinnors reproduktiva hälsa visade att de använder sig av gynekologisk vård i mindre utsträckning än heterosexuella kvinnor. Allmän preventiv hälsovård som erbjuds kvinnor i Sverige såsom gynekologisk cellprovtagning, hiv-test och mammografi användes inte heller av lesbiska och bisexuella kvinnor i lika stor utsträckning som heterosexuella (Moegelin, Nilsson & Helström, 2010). Andra svenska och internationella studier av lesbiska inom gynekologin har visat att lesbiska undviker gynekologisk vård eller undviker att komma ut hos gynekologen av rädsla för hur de ska bli bemötta, eller att de då ska få sämre vård (Andersson & Westerståhl, 2000; Moegelin, 2005; Robertson, 2003; Smith, Johnson & Guenther, 1985). En äldre svensk studie av lesbiska kvinnor hos gynekolog visade att 67 procent (n=85) aldrig berättat för sina gynekologer att de var lesbiska (Ryding, 1992). Andra studier kan visa att lesbiska har uppfattningen att de har lägre risk än heterosexuella kvinnor att drabbas av livmoderhalscancer, och kanske därför inte utnyttjar den preventiva sjukvården runt cellprovtagning (Fish & Anthony, 2005). Forskning kan dock visa att humant papillomvirus, som orsakar cirka 90 procent av alla gynekologiska cellförändringar, kan överföras mellan kvinnor. Alla kvinnor, oavsett sexuell läggning, riskerar att få cellförändringar och livmoderhalscancer (Flemmer et al., 2012). Moegelin et al. (2010) kommer i sin studie fram till att lesbiska och bisexuella kvinnor bör rådats att göra samma gynekologiska undersökningar och screeningar som heterosexuella kvinnor.

En studie av allmänläkare i Göteborg från 1999 (n=76) visade att en majoritet inte visste om att de träffat lesbiska patienter, och att de lämnat det helt upp till patienterna att komma ut. Mycket få frågade kvinnor om deras sexuella läggning och/eller sexuella praktik. Både

medvetenhet om lesbiska patienter och kunskap om lesbiska hälsofrågor var begränsade hos dessa, i övrigt erfarna, allmänläkare som mött tusentals patienter under sina verksamma år, skriver Westerståhl, Segesten och Björkelund (2002). Rödahl skriver att om homosexuella förblir osynliga inom vården och gömmer undan viktig information om sin livssituation, riskerar de att inte få adekvat vård (Rödahl, 2005). Lesbiska kvinnor kan alltså sägas vara en osynliggjord grupp inom sjukvården. Detta innebär en risk för ökad ohälsa inom denna grupp kvinnor.

## **Problematisering**

Rätten till sjukvård på lika villkor är del av grundläggande mänskliga rättigheter. Trots att Sverige är ett av de länder i världen med mest progressiv lagstiftning runt hbt-personers rättigheter, finns det normer, fördomar och diskriminering av hbt-personer. Sverige kan sägas vara ett heteronormativt samhälle, vilket betyder att heterosexualitet anses naturlig och given, och att människor antas vara heterosexuella tills något annat visar sig. Lesbiska och bisexuella kvinnor utgör uppskattningsvis fem till tio procent av Sveriges kvinnor, men är en osynliggjord grupp inom sjukvården. Lesbiska och bisexuella kvinnor har sämre fysisk och psykisk hälsa än heterosexuella kvinnor. Äldre studier kan visa att lesbiska och bisexuella kvinnor undviker att gå till/komma ut hos gynekolog av rädsla för hur de ska bli bemötta. Studier visar också att lesbiska och bisexuella kvinnor idag inte använder sig av den gynekologiska vården eller av preventiv hälso- och sjukvård, såsom gynekologisk cellprovtagning, i lika hög grad som heterosexuella kvinnor. Detta utgör en risk för ytterligare ökad ohälsa inom denna grupp. Obstetrikerna har varit ett område som traditionellt reserverats för heterosexuella, men efter lagändringen i Sverige 2005 ökar antalet ickeheterosexuella inom obstetrikerna: familjer med två mammor, eller kanske med fler än två föräldrar. Kvinnosjukvården vill vara ett verksamhetsområde med helhetsperspektiv som utför kvinnocentrerad vård. Inom detta område är en persons sexuella läggning ofta relevant för att möjliggöra både god och adekvat vård. Kvinnosjukvården är liksom övriga samhället påverkat av heteronormativitet: normer och attityder runt homosexualitet och hbt-personer. Därför blir det viktigt att undersöka hur kvinnosjukvården upplevs av lesbiska och bisexuella kvinnor.

## **Syfte**

Syftet är att belysa lesbiska och bisexuella kvinnors upplevelser av kvinnosjukvården.



### 3 Teoretiska referensramar

#### Dynamiken i vårdrelationen

Mötena mellan patient och vårdpersonal i sjukvården sker inom en *vårdrelation*. Sigridur Halldorsdottir, isländsk professor i vårdvetenskap, har under många år forskat på betydelsen av vårdrelationen för god omvårdnad (Halldorsdottir, 1996; 2008). Patienter och sjuksköterskor ser ofta på vårdrelationen på olika sätt och därför syntetiserade Halldorsdottir fram en teori baserad på patientens perspektiv: *dynamiken i vårdrelationen sedd från patientens perspektiv* (2008). Detta utgör den ena av två teoretiska referensramar för denna studie. Vårdrelationen sågs av de tidigare patienterna som kärnan i den professionella omvårdnaden och var mycket viktig för dem. Detta, påpekar Halldorsdottir (2008), går också i linje med annan forskning kring vårdrelationens betydelse. Vårdrelationen gjorde skillnad mellan god och dålig vård och beskrevs av patienterna som en andlig eller spirituell kontakt som var svår att sätta ord på. Några patienter kallade den för ett band av positiv energi eller ett band av ljus. Den högsta kvaliteten i denna kontakt benämner Halldorsdottir *den livgivande vårdrelationen*, och när en sådan vårdrelation kunde upprättas gav den mycket kraft och styrka åt patienten och gjorde stor skillnad för patientens välbefinnande och hälsa. Enligt denna teori kan endast en livgivande sjuksköterska utveckla en livgivande vårdrelation med patienten. Förutsättningarna för en god vårdrelation är alltså att patienten redan från början känner förtroende för sjuksköterskan, vilket sker om patienten upplever sjuksköterskan som genuint vårdande, kompetent och professionellt klok. Detta, skriver Halldorsdottir, är en inte så utforskad del av förutsättningarna för en vårdrelation. Sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter behöver förstå att omvårdnad inte är en ”teknik”, något mekaniskt, en viss uppsättning frågor att ställa till exempel, utan snarare ett sätt att *vara* och ett sätt att *skapa kontakt* med den person som är patienten. Ett möte som präglas av ickevårdande ger mycket negativa effekter för patienter som då kan känna sig nedslagna eller fräntagna sin kraft och styrka. Halldorsdottir använder två metaforer för att beskriva kontakten mellan sjuksköterska och patient. *Bron* symboliserar öppenhet i kommunikationen och den kontakt som upplevs när en livgivande vårdrelation skapats. Att skapa en vårdrelation beskrivs i analogi med detta som att ”bygga en bro”, en dynamisk process i olika faser där både vårdpersonal och patient deltar. *Muren* symboliserar negativ eller ingen kontakt samt frånvaron av vårdrelation. Precis som en bro förbinder två separata punkter, så är en god vårdrelation är i grunden dialektisk; den ska vara nära och ömsesidigt förbindande samtidigt som den ska vara professionellt distanserad

med en respektfull och medkännande distans. Bron uttrycker på det viset både kontakt och avstånd (Halldorsdottir, 2008).

## Heteronormativitet

Heteronormativitet utgör den andra teoretiska referensramen för denna studie. Tiina Rosenberg, professor i genusvetenskap och queerforskare, definierar heteronormativitet så här:

Heteronormativitet är enkelt uttryckt antagandet att alla är heterosexuella och att det naturliga sättet att leva är heterosexuellt. Med begreppet heteronormativitet åsyftas i forskningssammanhang de institutioner, strukturer, relationer och handlingar som vidmakthåller heterosexualitet som något enhetligt, naturligt och allomfattande. [...] Heteronormativitet är aktivt normerande, och allt det som faller utanför stämplas som avvikande och är/blir därför fel. Bestraffningarna rör sig från mer konkreta och handgripliga former som fängelsestraff och våld till mer svårgripbara uttryck som marginalisering, osynliggörande, stereotypisering, kulturell dominans och homofobi. (Rosenberg, 2002, s. 100-101)

Rosenberg (2002) skriver att heteronormativitetens två bärande principer är att exkludera och inkludera. *Exkludering* innebär processen där avvikelser utesluts ur normen, och hur detta skapar en uppdelning i kategorierna ”vi” och ”de”. Den heterosexuella normen lever på att framstå som naturlig och vanlig. Homosexualitet däremot, blir något problematiskt, som måste förklaras. Detta skapar en klyfta mellan ”vi” och ”de andra”, avvikarna. Den andra principen, *inkludering*, innebär en assimilering genom att avvikelser införlivas i normen. I praktiken innebär det att tidigare uteslutna grupper får ansluta sig till den dominerande kulturen, men på den dominerande kulturens osynliga villkor. Måttstocken för att få inkluderas är kulturellt och historiskt specifik, men den dominerande gruppen kan göra sig blind för olikhet och på så sätt ändå fortsätta att upprätthålla sin kulturella dominans. Utifrån förment neutrala (egentligen heteronormativa) ideal kommer de förtryckta grupperna fortsätta att uppfattas som ”speciella” och ”annorlunda”. Denna process skapar också självhat och internaliserad nedvärdering av den egna gruppen.

Assimilationskravet ställer den förtryckta människan inför ett olösligt dilemma: för att bli delaktig i samhället tvingas hon anta en identitet hon inte har, och när hon försöker göra det blir hon om och om igen, av sig själv och av andra, påmind om och tillbakapressad till den identitet hon har – men inte får ha (Rosenberg, 2002, s. 103).

## 4 Metod

Metoden var en litteraturstudie där forskningsstudier med resultat som var relevanta för syftet söktes upp, analyserades och sammanställdes i en litteraturöversikt. En litteraturöversikt är ett

sätt att skapa översikt av kunskapsläget inom ett visst område, och kan ge en uppfattning om vad som studerats och vilka metoder och teoretiska utgångspunkter som använts (Friberg, 2012). Kriterier för en systematisk litteraturstudie handlar om att skapa ett tydligt syfte, att arbeta för att försöka identifiera alla relevanta forskningsstudier inom området, att göra tydliga urvalskriterier och att systematiskt granska varje studies vetenskapliga kvalitet och endast medtaga studier av hög kvalitet (Forsberg & Wengström, 2008). Dessa kriterier följdes. En beskrivande sammanställning av inkluderade studiers resultat gjordes, vilket Friberg (2012) benämner allmän litteraturoversikt.

## **Datinsamling**

Sju artikeldatabaser, relevanta för vårdvetenskaplig forskning, genomsöktes systematiskt efter artiklar som svarade an mot syftet. Sökstrategin i samtliga databaser bestod av att använda respektive databas ämnesord, och att via dessa söka upp alla synonyma ämnesord för *homosexuell/lesbisk/bisexuell eller homosexualitet/bisexualitet* (kriterium ett), och kombinera dem med alla synonyma ämnesord för verksamhetsområdet *kvinnosjukvård/gynekologi/obstetrik* (kriterium två). Inklusionskriterierna var att studierna skulle vara primärkällor, vetenskapligt granskade (peer-reviewed) och publicerade de sista tio åren, det vill säga från och med 2002, och skrivna på engelska eller svenska. Redogörelse för använda databaser och exakta sökord finns i bilaga 2. I dessa redovisningar syns också att uppsatsförfattarna letat efter forskningsstudier av transpersoners upplevelser av kvinnosjukvården, men då inga relevanta studier kunde hittas fick transpersoner tyvärr uteslutas från syftet med denna litteraturstudie. Ytterligare sökningar i CINAHL Plus with Fulltext och PubMed med något bredare beskrivning av studiernas kontext (kriterium två) gjordes också, för att inte missa någon relevant studie, se bilaga 2. Samtliga 505 titlar lästes igenom. Urvalsprocessen skedde via läsning av sammanfattningar/abstracts och fulltextläsningar, se bilaga 2. Dubletter redovisas ej i urvalsprocessen. De artiklar inkluderades till studien som i sitt resultat beskrev lesbiska och/eller bisexuella kvinnors *upplevelser/erfarenheter/uppfattningar av mötet med kvinnosjukvården* (kriterium tre). För att inkluderas skulle de tre ovan nämnda kriterierna finnas *i studiens syfte*, och alltså vara den huvudsakliga frågeställningen. Upplevelser runt brösthälsa och mammografi uteslöts, då det ligger utanför kontexten kvinnosjukvård i Sverige. Sökningarna gjordes i oktober och november 2012.

## Urval

Tretton artiklar inkluderades totalt i litteraturstudien, se bilaga 3. Tolv studier var kvalitativa undersökningar och en studie använde både kvantitativa och kvalitativa metoder. Tio studier var utförda i en obstetrisk kontext. En studie var utförd inom kontexten kvinnohälsovård, vilket kunde beskrivas som gynekologisk kontext. Det fanns alltså mycket få studier gjorda kring lesbiska och bisexuella kvinnor inom gynekologisk kontext. För att kunna samla in data kring detta gjordes två undantag och två studier inkluderades som hade mötet med vårdpersonal inom gynekologin som *delresultat*, och endast dessa delresultat användes i analysen. Björkman och Malterud (2009) handlade om mötet med sjukvården generellt, men delar av resultatet specificerade en gynekologisk kontext. McIntyre, Szewchuk och Munro (2010) inkluderades, där lesbiskas erfarenheter och uppfattningar av gynekologisk cellprovskontroll beskrevs, det vill säga i artikelns syfte saknades kriterium två kring mötet med sjukvården, men flera resultatdelar beskrev mötet med den gynekologiska sjukvården.

Efter genomläsning av utvalda studier konstaterades att sju av tolv artiklar refererade till en, för den här studien, relevant artikel publicerad 2001 (Wilton & Kaufmann, 2001). Detta bedömdes som en god anledning att göra ett undantag från inklusionskriteriet 2002-2012, och inkludera även den i resultatet. Övriga tolv studier var publicerade mellan 2006 och 2011. Forskningen var utförd i fem olika länder: Canada (3), Norge (2), Storbritannien (3), USA (2) och Sverige (3).

En överväldigande majoritet av deltagarna i de inkluderade studierna identifierade sig som lesbiska. Totalt hade studierna inhämtat data från 363 personer varav 352 (97%) identifierade sig som lesbiska. Endast i två studier hade både lesbiska och andra ickeheterosexuella inkluderats: fem personer som identifierade sig som ”gay, bisexual, two-spirited or queer” i Ross, Steele & Epstein, 2006 och sex ”kvinnor i samkönad relation med erfarenhet av vård som medlemm vid partners graviditet, förlossning och postpartumvård” i Erlandsson, Linder & Haggstrom-Nordin, 2010. I Erlandsson et al. (2010) var alltså identitet inte angiven, utan ett visst tillstånd som kan definieras som ickeheterosexuellt, och därför inkluderades studien. I resultatet specificeras om resultatdelen beskriver studier av endast lesbiska eller av både lesbiska och bisexuella kvinnor.

## Kvalitetsgranskning och forskningsetiska överväganden

Det är viktigt att endast inkludera studier av hög vetenskaplig kvalitet till en litteraturstudie. Eftersom resultat sammanförs, kan enskilda felaktigheter eller dåligt underbyggda resultat

annars förstärkas/förstoras och risken är stor att felaktiga slutsatser dras (Forsberg & Wengström, 2008). Samtliga studier som inkluderades i studien hade granskats av oberoende experter inför publicering i respektive tidskrift (peer-reviewed). Författarna till denna uppsats har kvalitetsgranskat studierna enligt åtta kriterier utvecklade av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Alla studier bedömdes ha hög kvalitet och ingen studie har uteslutits på grund av bristande kvalitet, se bilaga 4.

God etik är en viktig aspekt både för denna litteraturstudie och för inkluderade forskningsstudier. Att skapa ny kunskap måste alltid vägas mot kravet på att skydda eventuella deltagare från skada eller men, och en forskare ska via sina etiska överväganden visa att det finns sådan omsorg om deltagarna. Innan en studie genomförs ska forskaren söka etiskt tillstånd hos lokal eller regional etisk kommitté (Forsberg & Wengström, 2008). Samtliga inkluderade studier redovisar etiska överväganden, se bilaga 5.

I arbetet med denna litteraturstudie har uppsatsförfattarna strävat efter ett öppet och kritiskt förhållningssätt, samt en vilja att analysera och sammanställa materialet utan att låta egna värderingar påverka resultatet. Uppsatsförfattarna har haft olika förförståelse för, och erfarenheter av, hbt-frågor, och kritiska diskussioner kring materialet har kontinuerligt förts ur olika perspektiv.

## **Textanalys**

Textanalysen genomfördes med stöd av Friberg (2012) och Forsberg och Wengström (2008). De inkluderade artiklarna lästes flera gånger och engelska ord och begrepp översattes. Stor vikt lades vid att hitta rätt översättning av de mer metaforiska ord som kunde representera en kategori eller ett tema i en studie. Översättningarna gjordes via Wordfinder online. En matris över resultatartiklarna skapades för att ge översikt över studiernas karaktär, och blev en översikt över likheter och skillnader i syften, teoretiska utgångspunkter, metodologiska tillvägagångssätt och dataanalys, se bilaga 3. Forsberg och Wengström (2008) skriver att den inkluderade litteraturen ska bearbetas utifrån litteraturstudiens syfte. I presentation av analysen ska det vara möjligt för läsaren att följa granskningsprocessen. Att presentera alla resultat som framkommer, oavsett vilka de är eller om de stödjer ens forskningshypotes, är ytterligare ett kvalitetskriterium för en systematisk litteraturstudie (a.a.). Textanalysen av inkluderad litteratur skedde i två steg. Första analysfrågan var: *Vad i respektive studies resultat handlar om lesbiska och bisexuella kvinnors upplevelser av kvinnosjukvården?* På så sätt plockades alla relevanta delar av resultaten fram. En utvidgad sammanfattning av dessa

resultatdelar skrevs på svenska. Exempel på en resultatdel som ej medtogs var: beskrivningar av sjuksköterskors upplevelser av att vårda lesbiska par i Goldberg, Harbin och Campbell (2011). Den andra analysfrågan ställdes till de utvalda resultatdelarna: *Vad handlar detta om?* Likheter och skillnader identifierades. Upplevelser och situationer som liknade varandra fördes samman och organiserades till slut inom tre kategorier. Inom varje kategori identifierades likheter och skillnader i de beskrivna upplevelserna, och en beskrivande sammanställning av analysen gjordes.

## 5 Resultat

Resultatet struktureras i tre kategorier: *Brister i bemötandet, Konsekvenser och strategier relaterade till negativa upplevelser* samt *Små förändringar kan göra stor skillnad*.

### 1. Brister i bemötandet

Alla inkluderade studier redovisade negativa upplevelser i samband med mötet med kvinnosjukvården. Brister i bemötandet beskrivs via två underkategorier: *Att bli exkluderad* samt *Att möta fientlighet, omedvetenhet eller okunskap*.

#### Att bli exkluderad

Lesbiska och bisexuella tog upp brister som fanns i de föräldrautbildningar som erbjuds till gravida (Dibley, 2009; Erlandsson, Linder & Häggström-Nordin, 2010; Larsson & Dykes, 2009; Renaud, 2007; Ross, Steele & Epstein, 2006; Rödahl, Bruhner & Linde, 2009; Spidsberg, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001). I två av studierna konstaterades att detta är det område där de fått mest negativa kommentarer och kritik (Larsson & Dykes, 2009; Wilton & Kaufmann, 2001). I en svensk studie blev inga av de samkönade paren erbjudna att delta i föräldrautbildning, trots att det är något som ska erbjudas alla blivande föräldrar i Sverige (Rödahl et al., 2009). Lesbiska som deltog i utbildningarna riktade kritik mot exkluderande språk, till exempel när utbildaren endast talade om ”pappan” och inte nämnde ”partner” (Larsson & Dykes, 2009; Renaud, 2007). En deltagare kommenterade att språket var exkluderande mot många, att barnmorskan hela tiden sade ”du och din make”, vilket ju också exkluderar singelföräldrar och heterosexuella som inte är gifta (Ross et al., 2006). Flera angav att de hade andra intressen och frågor än papporna, och att det blev svårt när grupperna skulle delas in i mammor och pappor (Erlandsson et al., 2010; Larsson & Dykes, 2009).

Lesbiska tog upp problem med sjukvårdens formulär (Dibley, 2009; Larsson & Dykes, 2009; Renaud, 2007; Rödahl et al., 2009; Seaver, Freund, Wright, Tija & Frayne, 2008). Flera upplevde en institutionell inflexibilitet, att det inte fanns någon ”rätt” ruta att kryssa i för dem. En kvinna som levde tillsammans med sin partner i Storbritannien fick frågan om hon var gift, skild, singel eller änka. Hon svarade att ingen status var korrekt, och bad vårdpersonalen kryssa i ”annat”. Men det finns ingen sådan ruta, svarade vårdpersonalen (Dibley, 2009). Det var negativt att det inte fanns någon plats för den icke-gravida mamman i formulären (Larsson & Dykes, 2009; Renaud, 2007). Deltagarna upplevde de opassande formulären på olika sätt: några blev förolämpade och såg formulären som stereotypa och konservativa, medan andra kommenterade att lesbiska ändå är en minoritet, så de bara stryker ”pappa” i alla papper och skriver dit ”mamma” (Rödahl et al., 2009).

Lesbiska gav också exempel på vårdpersonal som öppet nekat vård. En barnmorska ville inte komma hem till ett lesbiskt par som skulle föda hemma (Dibley, 2009). En läkare ville inte ge stöd till en kvinna som ville bli gravid, sedan han fått reda på att hon var lesbisk (Spidsberg, 2007). Andra beskrev upplevelser av vårdpersonal som mer passivt undvikit att ge vård på olika sätt, eller att de kände sig bortglömda av vårdpersonalen (Dibley, 2009; Lee, Taylor & Raitt, 2010; Spidsberg, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001).

Lesbiska från Seavers et al. studie (2008) beskrev att det finns problem inom kvinnosjukvården som har att göra med en traditionell definition av kvinnohälsa som fokuserar på reproduktiv hälsa och utgår från att alla är heterosexuella. På det sättet osynliggörs och exkluderas lesbiska och gör att det framstår som att de inte behöver gynekologiska undersökningar.

De lesbiska och bisexuella kvinnorna talade också om att själva vårdmiljön kunde upplevas som exkluderande (McIntyre et al., 2010; Ross et al., 2006; Wilton & Kaufmann, 2001). En lesbisk kvinna beskrev att det var ”omöjligt” för henne att vara fysiskt nära sin partner på sjukhuset, och att hon avundades den närhet som heterosexuella par kunde få (Wilton & Kaufmann, 2001).

### Att möta fientlighet, omedvetenhet eller okunskap

Flera lesbiska beskrev situationer med öppen fientlighet och hårdhänt vårdpersonal. Ett lesbiskt par hörde läkaren säga från rummet intill: ”henne skulle jag inte ta i med tång” (Renaud, 2007, s. 196). Flera lesbiska beskrev hårdhänt vård som gick över fysiska och psykiska gränser, bland annat hårdhänta vaginala undersökningar (Lee et al., 2011; Spidsberg, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001). Ett lesbiskt par beskrev en situation från sin

hemförlossning. De ville att den födande kvinnans partner skulle vara den första som rörde vid barnet när han kom ut. Barnmorskan misstolkade detta som att det skulle vara del av en sexuell akt, och sade att hon tyckte att de skulle gå in på toaletten om de ville göra sådana saker (Dibley, 2009).

Spidsbergs studie (2007) visade att kvinnornas sexuella läggning kunde bli ”ett tema”, där för mycket fokus lades på den sexuella läggningen istället för på graviditeten, eller ”ett tyst tema”, vilket betydde att den sexuella läggningen aldrig benämndes fast den var synlig. På så sätt blev de lesbiska objekt för vårdpersonalens attityder i en mycket sårbar och utsatt situation (Röndahl et al., 2009; Spidsberg, 2007). Överdrivet fokus på den sexuella läggningen kunde också visa sig i för mycket frågor och nyfikenhet kring privata detaljer som inte kan förbättra mödravården, till exempel ifall den lesbiska någonsin varit heterosexuell eller vad det lesbiska paret ska säga till sina barn om deras pappa. Vårdpersonal utnyttjade ibland vårdtillfället till att uttrycka egna moraliska åsikter till patienten på olämpligt sätt, till exempel att en kvinna inte bör skaffa barn om hon inte är gift med en man (Wilton & Kaufmann, 2001). Vårdpersonalen kunde också upplevas osäker, obekvämlig eller stel, men att de mognade och förändrade sina attityder efter hand (Renaud, 2007; Spidsberg et al., 2007).

I alla studier från gynekologin beskriver lesbiska problem med att vårdpersonalen antog att alla var heterosexuella. Detta märktes till exempel genom att de lesbiska fick medicinsk information riktad mot heterosexuella aktiviteter och frågor om preventivmedel eller graviditet utifrån ett heterosexuellt perspektiv (Björkman & Malterud, 2009; McIntyre et al., 2010; Seaver et al., 2008). Deltagare fick också recept på preventivmedel eller behövde ta graviditetstest, även efter att de berättat att de levde i en (monogam) lesbisk relation (Björkman & Malterud, 2009; Seaver et al., 2008). Björkman och Malterud (2009) tar upp att lesbiska har känt sig tvingade att komma ut, ofta i utsatta situationer som till exempel vid en gynekologisk undersökning, eftersom läkaren insisterat på att få en förklaring på vad som för läkaren känns som inkonsekvent information: sexuellt aktiv, inget behov av preventivmedel och ingen möjlighet att vara gravid.

Lesbiska ansåg att det finns en generell kunskapsbrist runt lesbisk sexuell hälsa, till exempel runt överföring av könsjukdomar mellan kvinnor (Björkman & Malterud, 2009; McIntyre et al., 2010; Seaver et al., 2008). Att komma ut kunde därför leda till medicinska problem av typen inkorrekta råd. Deltagare fick till exempel höra att gynekologisk cellprovtagning inte behövdes för lesbiska (Björkman & Malterud, 2009; McIntyre et al., 2010). Bland de lesbiska själva fanns också stor osäkerhet kring gynekologisk cellprovtagning, humant papillomvirus, livmoderhalscancer och vilken sorts sexuell hälsovård



som lesbiska egentligen behöver, och denna osäkerhet förvärrades av läkare som föreslog minskat behov av gynekologisk cellprovtagning när deltagarna kom ut (McIntyre et al., 2010). En kvinna som levde med en hiv-smittad partner kommenterade att hon hade frågor kring detta, och att hon aldrig sett någon information om säker sex mellan kvinnor hos gynekologen. Deltagare påpekade också att det saknas evidensbaserad hälsorelaterad information till lesbiska (Seaver et al., 2008).

## 2. Konsekvenser och strategier relaterade till negativa upplevelser

De lesbiska och bisexuella kvinnorna påverkades på olika sätt av negativa upplevelser de varit med om inom sjukvården eller tidigare i samhället, och denna kategori beskriver olika konsekvenser för studiernas deltagare och även olika strategier deltagarna använde sig av för att hantera och förebygga negativa vårdssituationer. Kategorin har tre underkategorier: *Rädsla runt att komma ut och valet att inte komma ut*, *Negativa förväntningar och behov av att distansera sig från negativa upplevelser* samt *Strategier för att förebygga och hantera negativa vårdssituationer*.

### Rädsla runt att komma ut och valet att inte komma ut

Lesbiska kvinnor från ett flertal studier beskrev att de kontinuerligt var tvungna att ta ställning till om de skulle komma ut eller ej i vårdssituationer, och göra bedömningar kring konsekvenserna av detta beslut. Många deltagare beskrev oro, rädsla, osäkerhet och farhågor kring vilken respons de skulle få om de kom ut (Dibley, 2009; Goldberg et al., 2011; Larsson & Dykes, 2009; McIntyre et al., 2010; Renaud, 2007; Rödahl et al., 2009; Seaver et al., 2008; Spidsberg, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001).

Valet att inte komma ut handlade ofta om rädslor för vårdpersonalens reaktioner.

Deltagarna var osäkra på om informationen skulle påverka vården negativt (Larsson & Dykes, 2009), att vårdpersonalen skulle tänka att homosexualitet var en psykisk sjukdom (Seaver et al., 2008), oro att bli nekad att göra de nödvändiga undersökningarna för att bli gravid (Spidsberg, 2007), att bli sedd som en ”dålig mamma” (Wilton & Kaufmann, 2001), eller att läkaren helt enkelt inte hade med det att göra (Spidsberg, 2007). Att inte komma ut gav i sig problem: partnern blev utesluten eller marginaliserad, att inte kunna förklara varför man tackar nej till preventivmedel, inte kunna få hjälp med relationsproblem, eller att inte kunna känna tillit till barnmorskorna under en förlossning (Wilton & Kaufmann, 2001).

### Negativa förväntningar och behov av att distansera sig från negativa upplevelser

Flera lesbiska hade negativa förväntningar på sjukvården och kände rädsla och oro inför mötet med vårdpersonalen (Goldberg et al., 2011; Spidsberg, 2007). Lesbiska par beskrev att de oroade sig eftersom de visste att vårdkvaliteten kunde hotas om vårdpersonalen blev obekväma. Negativa förväntningar kunde också visa sig indirekt via att många lesbiska kände tacksamhet för vård av hög kvalitet (Larsson & Dykes, 2009; Spidsberg, 2007).

Ickebiologiska mammor var till exempel ofta otroligt tacksamma för att bli erkända som partners och medföräldrar (Goldberg et al., 2011). Lesbiska uttryckte också att det var jobbigt att ha negativa förväntningar: upplevelser av att känna sig ”paranoid” i mötet beskrevs (Spidsberg, 2007).

Att vara med om negativa upplevelser skapade ett behov av att försöka förstå och förhålla sig till dessa. Det var svårt för många att i en situation veta om den dåliga behandlingen hade med homofobi att göra. Flera lesbiska eller bisexuella kvinnor uttryckte att de ”inte visste” varför de blivit behandlade som de blivit, men uttryckte samtidigt misstankar mot, eller funderingar kring att det skulle kunna ha med den sexuella läggningen att göra (Dibley, 2009; Erlandsson et al., 2010; Lee et al., 2011; Ross et al., 2006; Rödahl et al., 2009; Spidsberg, 2007). Flera lesbiska uttryckte att en negativ upplevelse nog hade med ”dålig kemi” att göra och inte med den sexuella läggningen (Larsson & Dykes, 2009; Rödahl et al., 2009). Lee et al. (2011) skriver att även när homofobi var uppenbar i deras studie, så tycktes den inte existera för deltagarna. De hade sett och hört om homofobi gentemot andra, men ”kände inte igen” den i sina egna upplevelser. De negativa upplevelserna uttrycktes på ett sätt som skapade distans till det negativa och verkade rationalisera beteendet eller lägga över det på vårdstrukturen eller vårdpersonalen, till exempel att se agerandet som en del av vårdpersonalens personlighet (a.a.). Det blev alltså både en konsekvens och en strategi för att hantera upplevelsen.

### Strategier för att förebygga och hantera negativa vårdssituationer

Lesbiska lade mycket kraft på att undersöka olika vårdgivare för att kunna välja de som var positiva till hbt-personer, och kunna undvika homofoba vårdgivare eller sjukhus där någon annan hbt-person haft dåliga erfarenheter (Renaud, 2007; Seaver et al., 2008; Spidsberg, 2007). Många deltagare efterfrågade också vård särskilt utformad för homo- och bisexuella, till exempel inseminationsvård inriktad på hbt-personer, där det skulle vara lättare att få ta

med sperma från homosexuella donatorer, och enkelt få den testad för sexuellt överförbara infektioner (Ross et al., 2006) eller särskilda föräldrautbildningar för homo- och bisexuella (Röndahl et al., 2009; Erlandsson et al., 2010). Några beskrev att de valt en specialklinik för lesbiska gravida, särskilt vid den första graviditeten, eftersom de ville att mödravården skulle vara fokuserad på graviditeten och inte den sexuella läggningen (Röndahl et al., 2009).

Andra strategier för att skapa trygghet kunde handla om att bjuda in lesbiska vänner till sjukhuset för att skapa stöd och trygghet; några andra angav i sin förlossningsplan att de inte önskade att någon vårdpersonal som hade problem med deras sexuella läggning skulle närvara vid förlossningen (Renaud, 2007). Wilton och Kaufmann (2001) tar upp att ovanligt många lesbiska hade valt att föda hemma, ett beslut som skulle kunna ha att göra med att vilja föda på en plats där man har kontroll och är mindre sårbar för antaganden och fördomar. Att helt undvika vården var en annan konsekvens/strategi. I Seaver et al. (2008) beskrivs hur antagandet att alla är heterosexuella ledde till upprepade ”komma ut-situationer”, och att det ledde till att deltagare undvek vård, för att slippa detta.

Det var också vanligt att de lesbiska och bisexuella av olika anledningar behövde gå in och utbilda vårdpersonalen. De behövde svara på olika typer av frågor om sig själva, sin livsstil eller sina behov (Erlandsson et al., 2010; Goldberg et al., 2011; Larsson & Dykes, 2009; Renaud 2007; Röndahl et al., 2009; Spidsberg, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001). Heteronormativa antaganden och förväntningar gjorde att kvinnorna hela tiden var tvungna att förklara sig, något som flera lesbiska par uttryckte vara en börda (Goldberg et al., 2011) eller jobbigt och svårt (Röndahl et al., 2009). En anledning att komma ut kunde vara att slippa förklara sig själv hela tiden, till exempel att be barnmorskan att skriva det i journalen så att alla skulle veta (Larsson & Dykes, 2009). En deltagare beskrev att det var väldigt ansträngande att svara på frågor för att försöka skapa en mer tolerant miljö. Deltagarna tog dock ansvar i vårdande situationer på grund av vårdpersonalens osäkerhet och ångest: de inte bara tog emot vård, utan gav också på så sätt vård (Spidsberg, 2007). Vårdpersonalens frågor upplevdes dock ofta som fina och positiva och förstods som ett sätt att skaffa kunskap, men när deltagarna själva inte hade den information de behövde så beskrevs nyfikenheten som lite på gränsen (Spidsberg, 2007). Flera lesbiska kommenterade att de var glada att ta på sig en utbildande roll, och hoppades att det skulle bredda vårdpersonalens erfarenheter och attityder (Wilton & Kaufmann, 2001). Medmammorna i Erlandssons et al. (2010) studie uppskattade när vårdpersonalen visade nyfikenhet och intresse och var medvetna om att vårdpersonal i framtiden behöver bli mer kunnig eftersom antalet samkönade par inom obstetrikern kommer att öka. Men i Röndahls et al. (2009) studie beskrev de lesbiska blandade känslor runt att

behöva utbilda vårdpersonalen. En deltagare sade att hon ju inte var där för att utbilda personalen utan för att få reda på varför hon hade tidiga sammandragningar. ”För all del, lär er, men inte via patienterna. Jag kan komma och prata om det senare, [---] som lesbisk eller förälder, men inte som patient” (Röndahl et al., 2009, s. 2341). I Renauds (2007) studie sade många att det inte var deras ansvar att förklara eller försvara sin livsstil, utan att många lesbiska skaffar barn, så vårdpersonalen borde veta deras behov.

En annan beskriven strategi handlade om hur lesbiska tog på sig ansvar för att själva ha rätt attityd, öppna men inte för påflugna, för att ett möte skulle bli positivt. Lesbiska upplevde det som viktigt att kunna komma ut inför vårdpersonalen, och de ansträngde sig för att kunna få det stöd de behövde utan att uppröra eller väcka anstöt. De försökte hitta en balans mellan det egna behovet av att vara öppen, och vårdpersonalens eventuella upplevelse av att ha ens sexualitet obehagligt nära sig (Dibley, 2009).

Goldberg et al. (2011) beskriver hur en strategi kan vara humor: en ickebiologisk mamma valde att skoja med en nybliven pappa runt de missförstånd som lätt kan uppstå av att vara två mammor i en heteronormativ miljö. Hon gick med sitt nyfödda barn i korridoren på förlossningen och berättade för sin vän hur förlossningen gick, medan den nyblivna pappan lyssnade: ”Det gjorde inte ont alls! Och kolla, jag är redan tillbaks i mina jeans!” (Goldberg et al., s. 186).

### 3. Små förändringar kan göra stor skillnad

Lesbiska och bisexuella kvinnor beskrev också positiva upplevelser av vården, eller vad som var viktigt för dem för att vården skulle fungera bra. Genomgående var att små förändringar i vårdpersonalens bemötande kunde göra stor skillnad för upplevelsen av mötet inom kvinnosjukvården. Detta beskrivs i två underkategorier: *Behov av ökad medvetenhet och kunskap* samt *Behov av acceptans och positiva attityder*.

#### Behov av ökad medvetenhet och kunskap

Lesbiska hade önskemål om att vårdpersonal skulle inbjuda till och underlätta för dem att komma ut. Vårdpersonalen upplevdes vara mer öppna gentemot lesbiska om de ställde frågor om sexuell läggning, och *hur* den lesbiska blev tillfrågad eller inte tillfrågad om sin sexuella läggning påverkade vårdrelationen starkt (Seaver et al., 2008). Våga fråga, så ger det möjlighet att vara öppen med sin sexualitet, säger deltagarna i Larsson och Dykes (2009), och gärna öppna inbjudande frågor som till exempel: lever du med en man eller med en kvinna?

Deltagarna i Røndahls et al. (2009) studie sade att om barnmorskor hade fått utbildning i lesbiska frågor skulle de antagligen fråga frågor och kommunicera på ett mer neutralt sätt vid första mötet inom mödravården, och att det antagligen skulle göra blivande föräldrar mindre osäkra. Lesbiska beskrev att de tyckte att första mötet inom mödravården bör ge möjlighet att komma ut (Wilton & Kaufmann, 2001). De påpekade också att det var viktigt med ökad medvetenhet om sambanden mellan vårdens struktur och möjligheten att komma ut: det är viktigt med kontinuitet vad gäller vårdpersonal för att slippa komma ut gång på gång; den avsatta tiden måste vara tillräcklig för att hinna komma ut och diskutera frågor kring sexuell läggning; och de lesbiska behöver känna att det de berättar behandlas konfidentiellt (Seaver et al., 2008).

Lesbiska önskade att vårdpersonal skulle ha mer kunskap både om medicinska frågor och om lesbiskas hälsa och livsstil. ”Det här kanske låter basic men ja, lesbiska har barn, några har sex med män ibland” (Seaver et al., 2008, s. 222). De önskade specifik hälsoinformation för lesbiska i väntrummen (Seaver et al., 2008; Wilton & Kaufmann, 2001) och att det skulle finnas exempel från samkönade familjer i böcker och annat skrivet material, eftersom det skulle synliggöra ickeheterosexuella familjer och klargöra att det inte fanns fördomar gentemot homosexuella från vårdgivarens sida (Wilton & Kaufmann, 2001).

### Behov av acceptans och positiva attityder

Många lesbiska och bisexuella kvinnor inom den obstetriska kontexten uttryckte behov av att få vara ”vanliga” eller ”normala”. Medmammor i Erlandssons et al. (2010) studie önskade sig att bli behandlade som vilka andra förälder som helst. Lesbiska gravida ville bli behandlade som vilken gravid kvinna som helst som ska föda ett barn (Goldberg et al. 2011; Røndahl et al., 2009) eller beskrev det som en positiv upplevelse att ha blivit sedd som en vanlig/normal gravid eller blivande gravid (Lee et al., 2011; Spidsberg, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001). I vissa situationer ville de bli behandlade annorlunda eftersom deras familjesituation var annorlunda (Erlandsson et al., 2010; Larsson & Dykes, 2009; Wilton & Kaufmann, 2001). Ett par ville ha med sig en tredje förälder till ultraljudet, där vanligtvis bara en medföljande tilläts. Det gick inte, och kvinnan kommenterade att det var som om hela världen skulle falla samman om en extra skulle fått följa med (Larsson & Dykes, 2009). De lesbiska önskade ingen ”specialbehandling”, men däremot hjälpte något litet medvetet bekräftande av deras speciella situation dem att känna sig välkomna och inte bara ”tolererade”, skriver Wilton och

Kaufmann (2001). Detta kan sammanfattas av huvudresultatet i studien av Erlandsson et al. (2010) kring hur medmammorna kände sig: ”som alla andra men inte riktigt”.

Det var viktigt att vårdpersonal var inkluderande gentemot partnern och visade acceptans för den samkönade familjen (Larsson & Dykes, 2009; Renaud, 2007; Røndahl et al. 2009; Spidsberg, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001). Det var en stark faktor för att bli nöjd med den obstetriska vården om partnern erkändes som den andra föräldern, eller om tidigare icke-biologiska barn till kvinnan som nu var gravid inkluderades (Wilton & Kaufmann, 2001) Medmammor ville få känna sig som ”mammor” - inte ”medmammor” eller ”partners”. De tryckte på att de ville bli erkända som jämlika föräldrar och behandlade som sådana av vårdpersonalen. Deras upplevelser i stort relaterade till hur de hade blivit erkända som föräldrar under graviditet och förlossning (Erlandsson et al., 2010). Många rapporterade också positiva erfarenheter från barnmorskor som försökt inkludera och stödja partnern. Små gester av acceptans och stöd kunde göra skillnad i att den lesbiska kände att barnmorskan var på hennes sida. En deltagare berättade om hur barnmorskan var inkluderande genom att alltid säga hej och hejdå till partnern och att hon brukade fråga partnern hur det var för henne när den gravida mådde så illa (Wilton & Kaufmann, 2001).

Lesbiska och bisexuella uppmärksammade och reagerade starkt på det som vårdpersonalen uttryckte via sitt kroppsspråk (Dibley, 2009; Erlandsson et al., 2010; Goldberg et al., 2011; Larsson & Dykes, 2009; Spidsberg, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001), något som Erlandsson et al. (2010) kallar för ”uttryckta åsikter”. Särskilt ögonkontakt visade sig vara viktigt. Mammorna i Goldbergs et al. (2011) studie talade om hur stärkta och inkluderade de kunde känna sig via ögonkontakten med vårdpersonal. En medmamma beskrev hur läkaren tittade henne i ögonen och frågade om hon också skulle amma, ”som om det var den naturligaste sak i världen” (Spidsberg, 2007, s. 482). Negativa upplevelser av att inte ha fått ögonkontakt finns också beskrivna. Några berättar att de känt sig tystade och oviktiga när de inte blev bekräftade av ögonkontakt (Goldberg et al., 2011). Røndahl et al. (2009) berättar att en lesbisk kvinna som var gravid och singel bytte mödravårdscentral sedan en barnmorska tittat misstänksamt och med avsmak på henne. Deltagare upplevde även att en särskild sorts blinkande kunde signalera ogillande eller obehag (Goldberg et al., 2011).

Det var viktigt att vårdpersonalen generellt visade positiva reaktioner inför de lesbiska och bisexuella kvinnorna. Intresse och positiva attityder var viktigare än kunskap och erfarenhet (Dibley, 2009; Erlandsson et al., 2010; Larsson & Dykes, 2009; Seaver et al., 2008; Spidsberg, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001). Det var positivt om barnmorskan fick de lesbiska att känna sig välkomna och visade intresse. Det var inte så viktigt om barnmorskan

hade kunskap eller erfarenhet av lesbiska kvinnor, så länge hon var intresserad av paret som blivande föräldrar (Larsson & Dykes, 2009). Flexibilitet var också ett viktigt tecken på acceptans, till exempel barnmorskor som låtit partnern stanna över ”extra” hos den födande kvinnan på grund av att hon behövde extra stöd (Dibley, 2009; Erlandsson et al., 2010). Deltagarna i Seaver et al. (2008) angav att det viktigaste hos vårdpersonalen var attityd och kommunikationsförmåga: att vara icke-heterosexistisk och icke fördomande, att kunna lyssna uppmärksamt och ha ett tillgängligt språk. En positiv upplevelse kunde uppväga flera negativa: i Dibleys (2009) studie beskriver en lesbisk att en barnmorska var så bra att det överskuggade alla andra erfarenheter. Många deltagare sade att det räckt med en enkel bekräftande kommentar från vårdpersonalen för att de skulle känna sig bekväma: vilket svar som helst som var avslappnat eller humoristiskt kunde fungera. En lesbisk kvinna gav exempel på hur en barnmorska avslutade med att säga att hon hoppades att de skulle ses igen nästa år. När deltagarna gav förslag på förbättringar av vården fördes det fram enkla bekräftande saker, som till exempel att använda ordet ”lesbisk” (Wilton & Kaufmann, 2001).

## 6 Diskussion

### Resultatdiskussion

Ingen annan litteraturöversikt av lesbiska och bisexuella kvinnors upplevelser av kvinnosjukvården har hittats under arbetet med litteratursökning till litteraturstudien. De jämförbara översikter som hittats rör lesbiska inom (endast) obstetrisk kontext och flera av dessa översikter talar dessutom om brist på forskning i ämnet och svårigheter att hitta relevanta studier att sammanställa (Porter, 2005; McManus et al., 2006; Werner & Westerståhl, 2008).

Då detta inte var en kvantitativ studie redovisas inga data kring hur många av deltagarna som hade negativa respektive positiva upplevelser av vården, eller hur stor andel som var nöjda med bemötandet. Den enda kvantitativa studien (Wilton & Kaufmann, 2001) beskriver att en majoritet av deltagarna var nöjda med vården, men att många också upplevt olika hinder för god vård. Wilton och Kaufmann (2001) noterar också i sitt resultat att många deltagare är nöjda *trots* en mängd negativa erfarenheter, och diskuterar att det kan vara starkt skyddande för själva upplevelsen att faktiskt få ett barn (a.a.). Detta kan jämföras med Lee et al. (2011) som i sitt resultat beskriver behovet av att skydda en så viktig livshändelse från negativa upplevelser, och att det också påverkar hur man tolkar det man är med om. Denna litteraturstudie visade exempel på både positiva och negativa upplevelser av bemötandet, och

att lesbiska och bisexuella upplevde kvinnosjukvården som mer eller mindre präglad av heteronormativitet. Då och då beskrevs även upplevelser av öppen fientlighet. Resultatet är inte helt förvånande, eftersom kvinnosjukvården är så starkt kopplad till reproduktion, som i sin tur är så kopplat till heterosexualitet (McDonald et al., 2003; Raftos et al., 1997). Inte bara obstetrike, utan även gynekologin upplevdes starkt kopplad till reproduktion, vilket de lesbiska ju också beskrev som anledning till att de blev exkluderade. Rödahl et al. (2009) skriver i sin slutsats det är troligt att heteronormativitet är mest framträdande i den obstetriska miljön av alla vårdmiljöer, eftersom vården runt reproduktion historiskt sett är en heterosexuell tradition. Spidsberg (2007) skriver i sin diskussion att moderskap är och har varit starkt kopplat till heterosexualitet, och att detta är något som ökar lesbiska kvinnors sårbarhet i mötet med obstetrike (a.a.). Obstetrike har tidigare varit ett område reserverat för heterosexuella kvinnor, men detta förändras allt mer idag, och det ökar kraven på kvinnosjukvården. Wilton och Kaufmann (2001) skriver i sin bakgrund att mödravård till lesbiska kan ses som ett lackmustest för vårdens känslighet, det vill säga som en indikator för hur vården klarar att möta olika typer av minoritetsgrupper och som en indikator på den professionella utvecklingen av barnmorskeyrket. De skriver att det kan vara lätt att lära sig fakta om en viss minoritetsgrupp, men att det kan vara svårare att utveckla de begreppsliga och mellanmänskliga verktyg som behövs för att verkligen kunna utföra kvinnocentrerad vård, det som mödravården vill kunna göra (a.a.).

De brister i bemötandet som de lesbiska och bisexuella kvinnorna beskrev handlade om att bli exkluderade, eller om att mötas av fientlighet, omedvetenhet eller okunskap. Detta kan tolkas som olika aspekter av homofobi och heteronormativitet. Ett dåligt bemötande kan ha sin grund i homofobi, som kan ses som att ha en negativ attityd (Rödahl, 2005). Negativa attityder kan vara baserade på kunskapsbrist. Och omvänt så kan kunskapsbrist ha sin grund i en negativ attityd – det man inte tycker om vill man inte lära sig mer om. Att aktivt exkludera någon kan tyckas vara baserat i en negativ attityd. Men den omedvetenhet som finns beskriven i denna studie visar att det också finns en slags passiv exkludering, där den som exkluderar kanske inte är medveten om hur beteendet upplevs. Omedvetenhet och okunskap kunde upplevas som ignorans av de lesbiska och bisexuella kvinnorna, men sågs också ibland som naturligt i förhållande till att vara en minoritet i samhället. Rosenberg (2002) beskriver hur den heterosexuella normen lever på att framstå som naturlig och vanlig. Den beskrivna omedvetenheten och okunskapen hos vårdpersonalen i denna studie kan ses som en konsekvens av detta, som en heteronormativ attityd. Studier gjorda på vårdpersonals attityder kan också bekräfta att sådana attityder är vanliga (Rödahl, 2005). Heteronormativitet gör



homosexualitet till något problematiskt, något som måste förklaras, skriver Rosenberg (2002) och detta kan förklara varför de lesbiska och bisexuella kvinnorna i denna studie kontinuerligt fick gå in och utbilda/förklara för vårdpersonalen.

Halldorsdottir (2008) skriver att förutsättningen för en god vårdrelation är att patienten redan från början känner förtroende för sjuksköterskan. Detta är något som försvåras av de konsekvenser som finns beskrivna i studien: deltagarna känner oro och rädsla redan inför mötet med vårdpersonalen och har negativa förväntningar på vården. Är det möjligt att komma ut utan att drabbas av negativa konsekvenser? - det är en fråga som lesbiska och bisexuella kvinnor kontinuerligt måste ta ställning till både inom och utanför vården, och den frågan finns aktuell vid inledningen av en vårdrelation. Deltagarna reagerade negativt på heteronormativiteten i de formulär patienten ombads fylla i. Ofta fyller en patient i sådana formulär redan i väntrummet, och kan alltså ses som den allra första kontakten. Om det redan i dessa formulär är "omöjligt" att svara på frågorna genom hur de är formulerade, är det något som ytterligare, och på en strukturell nivå, minskar förutsättningarna för att skapa en god vårdrelation.

Halldorsdottir (2008) beskriver skapandet av vårdrelationen som byggandet av en bro. Den första fasen, *att nå fram: inleda en kontakt* kan inledas med att sjuksköterskan ställer frågor, och detta kräver verbal och ickeverbal kommunikationsförmåga. Om patienten är den som sträcker sig ut kan det handla om att lyssna (a.a.). Deltagarna i studierna ansåg att det var viktigt att vårdpersonalen hade medvetenhet om att alla människor inte är heterosexuella, och till exempel klarade av att använda ord som "lesbisk". De önskade att vårdpersonal skulle ställa öppna frågor som kunde underlätta för dem att komma ut, helst redan under det första vårdmötet. Öppenhet i kommunikationen visade sig vara en nödvändighet för att utveckla en god vårdrelation. Andra studier kan också visa att det är viktigt för lesbiska att kunna komma ut, och att de önskar att få direkta frågor som underlättar till detta (McDonald et al., 2003). *Att bekräfta kontakten* beskriver patienter som den fas som inträder när sjuksköterskan svarar personligt gentemot patienten. Viktiga tecken på detta är både verbala och ickeverbala uttryck, till exempel ögonkontakt och kroppsspråk, värme i rösten och vilken sorts frågor som sjuksköterskan frågar, skriver Halldorsdottir (2008). Kvinnorna i denna studie kunde känna sig utlämnade och som objekt för vårdpersonalens attityder. De var receptiva för vad vårdpersonalen signalerade, inte bara via det verbala språket och tilltalet, utan också via kroppsspråket, och då särskilt ögonkontakten. Detta resultat visar att det är viktigt att vårdpersonal är medvetna om hur antaganden och attityder förmedlas ickeverbalt. Røndahl et al. (2004) skriver att vårdpersonal kan ha ambivalenta attityder, att på en kognitiv nivå vara

positivt inställd till hbt-personer men på en emotionell nivå reagera negativt. Det är tänkbart att en sådan emotionell nivå visar sig just i det ickeverbala språket, och att lesbiska och bisexuella kvinnorna uppfattar detta eftersom de är receptiva för sådana signaler. Goldberg et al. (2011) har som slutsats i sin studie att sjuksköterskor behöver bli medvetna om hur deras kroppar och gester kan signalera heteronormativitet. På liknande sätt skriver Röndahl (2005) att vårdpersonal behöver lära sig att kommunicera på ett mer neutralt sätt och bli medvetna om vilka normer de kommunicerar via sitt språk och sitt beteende.

Halldorsdottir (2008) påpekar att bron är en förbindelse mellan två separata punkter, och säger att en vårdrelation inte handlar om att komma så nära som möjligt, utan istället att hålla en professionell distans samtidigt som man skapar förutsättningar för förtrolighet. Utifrån detta kan man förstå att deltagarna reagerar negativt på närgångna icke-relevanta frågor som inte kan förbättra vården, utan ställs utifrån ren nyfikenhet hos vårdpersonalen.

Halldorsdottir (2008) skriver att sjuksköterskan behöver kunna få patienten att känna sig ”speciell” som en del av processen för att skapa en livgivande vårdrelation (a.a.). Många människor ser det som ett ideal att få bli sedda som unika och speciella. I denna litteraturstudie säger dock lesbiska och bisexuella kvinnor gång på gång att de vill bli sedda som ”vanliga” och ”normala”. Rosenberg (2002) skriver att heteronormativitetens två bärande principer är att exkludera och inkludera. Det finns många exempel på den exkluderande principen i studien: exkluderande språk i föräldrautbildningarna, exkluderande formulär, exkluderande av den samkönade partnern, vårdpersonal som undviker eller öppet nekar vård till lesbiska och bisexuella. De ickeheterosexuella blir ”de andra”, avvikarna. Utifrån detta kan lesbiska och bisexuella kvinnors önskan att vara ”vanliga föräldrar” och ”normala gravida” förstås. De vill få bli inkluderade, men strategin blir del av det som Rosenberg kallar för ett olösligt dilemma: de kommer likväl fortsätta att ses som annorlunda och speciella, eftersom de bryter mot regeln om den obligatoriska heterosexualiteten (Rosenberg, 2002).

Nästa fas i byggandet av en bro är: *en nivå av uppriktighet*. Då, skriver Halldorsdottir (2008), kan patienten öppna sig för vårdaren och tala sanning om hur hon eller han har det. Denna nivå kräver att sjuksköterskan är villig att involveras i till exempel pinsamma situationer utan att patienten behöver känna sig så pinsam. Det handlar om att se patienten som den är, även när det blir obekvämt (a.a.). Goldberg et al. (2011) skriver i sin diskussion att för att ett lesbiskt par ska kunna känna sig bekväma i förlossningsrummet, kanske det faktiskt är både nödvändigt och konstruktivt att sjuksköterskor lär sig att hantera när *de själva* känner sig obekväma (a.a.). Att nå en nivå av uppriktighet kan alltså kräva insatser på en djupt personlig nivå för en sjuksköterska. Och det är egentligen först på denna nivå som den

uttalade frågan kring om det är möjligt att komma ut, kan bli besvarad. Andra studier kan bekräfta att heteronormativa attityder påverkar förmågan att komma ut, att homosexuella i sådana situationer kan välja tystnad och att passera som heterosexuella (Dibley, 2009). Flera av de beskrivna strategierna som de lesbiska och bisexuella kvinnorna skaffade kan ses som assimilerande: både att välja att inte komma ut, men också att till exempel försöka hitta precis rätt attityd i ett möte, för att försöka göra det positivt. Sådana strategier kommer som en nödvändig konsekvens av den exkludering de upplevt, men verkar samtidigt som ett fortsatt osynliggörande av skillnader, som i sin tur upprätthåller heteronormativitet.

Heteronormativitet krymper handlingsutrymmet för människor som inte är heterosexuella, och gör att de, när de försöker skydda sig från effekterna av heteronormativitet, samtidigt reproducerar den. Detta är del av de komplicerade processer som upprätthåller heteronormativitet i samhället, men det är också ett tecken på att det inte bara är vårdpersonalen som kan minska heteronormativiteten via sitt bemötande. Lesbiska och bisexuella kvinnor kan via sina strategier förändra och minska heteronormativitet, vilket det också finns exempel på i litteraturstudien. Att till exempel skämta om de missförstånd som kan uppkomma av att vara två mammor, kan vara ett sätt för ickeheterosexuella att minska heteronormativiteten i vårdmiljön. Goldberg et al. (2011) skriver att en sådan ”subversiv lek” kan förändra miljön på ett ickehotande sätt (a.a.). Andra deltagare i denna studie beskrev ju också att avslappnade och humoristiska svar från vårdpersonalen hjälpte dem att känna sig bekväma, vilket också talar för hur viktig humor kan vara i en vårdrelation.

Många deltagare ville ha vård särskilt utformad för homo- och bisexuella, särskilt föräldrautbildningarna som var det område som ådrog sig mest kritik. Särlösningar som särskild hbt-mödravård kan utifrån ett perspektiv ses som ett sätt för den övriga vården att ”slippa” bli kompetenta kring hbt-frågor, och att detta håller kvar lesbiska och bisexuella kvinnors marginalisering (Gransell, 2006). Men det kan också ses som ett sätt för hbt-personer att få bli inkluderade utan att assimileras, att vara ”särskild” som ett sätt att få bli ”normal”, vilket deltagarna också uttrycker. De väljer hbt-mödravård för att slippa fokus på hbt!

Ofta när diskriminering kommer på tal, brukar ett vanligt uttalande vara ”vi behandlar alla lika”. Men, skriver DO, sjukvården ska inte inte alltid behandla alla patienter *likadant*, däremot ska sjukvården behandla alla patienter *likvärdigt* (DO, 2012). Lesbiska och bisexuella kvinnor behöver utifrån detta inte bli behandlade som ”alla andra”, utan snarare ges särskild bekräftelse. Uttalandena från dessa kvinnor om att få vara ”vanliga” kan i vid bemärkelse tolkas som en önskan om att få bli *likvärdigt* behandlade som heterosexuella.

Goldberg et al. (2011) skriver i sin diskussion att åtagandet att ”behandla alla lika” lätt kan förvandlas till en praktik som är ”blind för skillnader”, och att detta kan bidra till ytterligare homofobi, eftersom skillnader blir dolda på ett problematiskt sätt. En bättre approach för vårdpersonal gentemot lesbiska gravida par kan istället vara att sjuksköterskan *särskilt* bemöter behov och känslor hos den icke-födande kvinnan, skriver de (a.a.). Att inkludera den samkönade partnern blir på så sätt en nödvändig förutsättning för att nå det Halldorsdottir (2008) kallar *en nivå av solidaritet*: när patienten känner att sjuksköterskan är på hennes sida och börjar känna sig jämlik i relationen och känslor av alienation och sårbarhet försvinner. Vikten av att involvera den samkönade partnern finns också beskrivet i andra översikter (McManus et al., 2006; Werner & Westerståhl, 2008).

## Metoddiskussion

Att göra en litteraturöversikt var ett bra sätt att få kunskap på området och skapa en överblick av vad som studerats. Datainsamlingen skedde i sju olika databaser via respektive databas egna ämnesord, vilket ökade chansen att fånga upp samtliga relevanta studier. Eftersom det fanns relativt lite forskning utförd, fungerade det bra att använda en bred sökstrategi där det tredje sökkriteriet användes manuellt i uppsökta artiklar via läsningar av sammanfattningar/abstracts och fulltextläsningar. En begränsning med datainsamlingen var att kontexten skulle vara gynekologisk vård, obstetrisk vård eller kvinnosjukvård generellt. Artiklar som beskriver patienters upplevelser utifrån specifika gynekologiska/obstetriska problem kunde också ha varit relevanta att ha med, men rymdes inte inom ramen för ett examensarbete.

De tillgängliga studierna var utförda i ett koncentrerat antal länder: tre från Sverige och övriga tio från Norge, Storbritannien, Canada och USA. Dessa fyra länder kan, liksom Sverige, sägas ha progressiv lagstiftning kring sexualitet och kön, med till exempel antidiskrimineringslagar. Resultatet kan inte ses som överförbart till länder med mer diskriminerande lagstiftning. En viss nivå av öppenhet i samhället krävs för att kunna utföra forskning på hbt-personers villkor inom vården, eftersom det inte är möjligt att komma ut om det till exempel leder till repressalier eller om vårdpersonal har rätt att neka vård till hbt-personer. Resultatet måste alltså ses som beroende av den lagstiftning som var aktuell i respektive land vid respektive studies utförande, då förändringar i form av ökat eller minskat skydd mot diskriminering också förändrar förutsättningarna för sjukvården.

Litteraturöversikten blev också ett bra sätt att undersöka vad som *inte* studerats. Fördelningen mellan identitetsgrupperna och kontexterna var skev och utgör en begränsning med materialet. En majoritet av studierna var utförda i en obstetrisk kontext, och hade endast inkluderat lesbiska deltagare. Det fanns endast ett fåtal studier om upplevelser från gynekologisk kontext, och endast två studier inkluderade även bisexuellas upplevelser. Med en sådan skev fördelning riskerar majoritetens upplevelser av ett fenomen att ta över i beskrivningen. Uppsatsförfattarna har försökt skriva översikten med medvetenhet om detta, bland annat genom att skriva "lesbiska" när studier med endast lesbiska beskrivs, och "lesbiska och bisexuella" när de två studier som inkluderat bisexuella beskrivs. Denna studie fokuserar varken på likheter eller skillnader mellan dessa gruppers upplevelser, men att både lesbiska och bisexuella valts ut handlar om en förväntad likhet mellan lesbiskas och bisexuellas upplevelser. Detta antagande gjordes utifrån kunskap om homofobi och heteronormativitet. Inom queerteori finns också en kritik av identiteter, och en diskussion om att identiteter är mer komplicerade än att bara "vara" något (Rosenberg, 2002). Ibland är det viktigare vad man "inte är", till exempel heterosexuell, eller att ha rätten att inte identifiera sig alls, trots att man bryter mot samhällets normer (RFSL, 2012e).

Denna problematik avspeglas också i forskning på hbt-personer. Inklusionskriterierna vad gäller identitet skiljer sig åt, i denna studie handlar det till exempel om Björkman och Malterud (2009) ("lesbiska") jämfört med Erlandsson et al., (2010) ("medmammor"). Detta gör studierna svårare att jämföra med varandra och minskar överförbarhet av resultaten.

Att studera en stigmatiserad eller delvis gömd/osynlig del av befolkningen, som hbt-personer kan sägas vara, innebär också andra metodologiska problem (Roberts, 2001). Röndahl et al. (2009) tar upp problemet med att bara kunna forska på vissa lesbiska: deltagarna måste i princip ha valt att komma ut inför vårdpersonalen för att vilja vara med i studien – de som valt att vara "osynliga" valde också att inte delta i studien. Alla inkluderade studier hade använt sig av någon form av snöbollsurval, en metod som rekommenderas just för att nå ut till "svårnådda" delar av en befolkning.

De teoretiska referensramarna fungerade väl för att fördjupa förståelsen av de lesbiska och bisexuella kvinnornas upplevelser. Halldorsdottir (2008) fördjupade förståelsen av vårdmötet och Rosenberg (2002) gav ökad förståelse för hur upplevelserna kan kopplas till en strukturell och samhällelig nivå. Det fanns hög samstämmighet mellan deltagarnas upplevelser i de inkluderande studierna, och dessa likheter sträcker sig också till andra forskningsstudier och litteraturöversikter. Detta tyder på en viss överförbarhet i resultaten, även om sådant ska göras med försiktighet vid kvalitativ forskning med små urval.

## Slutsatser

De lesbiska och bisexuella kvinnornas upplevelser visar att förändringar av kvinnosjukvården behövs både på individuell och strukturell nivå. Både förutsättningarna för, och byggandet av, en god vårdrelation försvåras av den heteronormativitet och homofobi som finns beskriven i studien. Vårdpersonal behöver utifrån detta bli medvetna om på vilka *särskilda* sätt som lesbiska och bisexuella kvinnor kan behöva bekräftelse i form av acceptans och inkluderande. Vårdpersonal behöver också bli medvetna om hur receptiva lesbiska och bisexuella kvinnor är både för det verbala och ickeverbala språket, och hur antaganden och attityder kan förmedlas ickeverbalt.

Kvinnosjukvården skulle utifrån tidigare forskning kunna beskrivas som vårdens heteronormativa kärna, i och med sitt fokus på heterosexualitet och reproduktion. Men även om kvinnosjukvården präglas av heteronormativitet, visar denna studie att enskild vårdpersonal kan göra stor skillnad för bemötandet av lesbiska och bisexuella kvinnor, och på så sätt också vara del av en större förändring kring minskad heteronormativitet inom kvinnosjukvården.

## Förslag till fortsatta studier

Det finns behov av fler studier kring hbt-personers upplevelser av kvinnosjukvården, särskilt upplevelser från gynekologisk kontext, och vad gäller upplevelser av andra identiteter än lesbiska. Det fanns inga relevanta studier kring transpersoners upplevelser av kvinnosjukvården från något land. Men även vad gäller lesbiska och inom obstetrikens behövs fler svenska studier, bland annat på grund av det ökande antalet samkönade kvinnopar inom obstetrikens. Hur klarar den svenska mödravården och inseminationsvården att ta emot den här patientgruppen? Det skulle också vara intressant med diskursanalytiska studier runt definitionerna av kvinnosjukvård och kvinnohälsa i Sverige, för att kunna få en djupare förståelse för hur diskurserna runt reproduktiv och sexuell hälsa ser ut här, och vilka konsekvenser det får för vem som inkluderas.

## Referensförteckning

- Andersson, D. & Westerståhl, A. (2000). Risk att lesbiska kvinnor får sämre bemötande och behandling. *Läkartidningen*, 97, 5796-5800.
- Anhalt, K. & Morris, T. L. (1998). Developmental and Adjustment Issues of Gay, Lesbian and Bisexual Adolescents: A Review of the Empirical Literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, (4), 215-230.
- Bhugra, D. (1987). Homophobia: a review of the literature. *Sexual and Marital Therapy*, 2, (2), 169-177.
- Björkman, M. & Malterud, K. (2009). Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27, 238-243.
- Brottsförebyggande rådet [Brå] (2012). *Hatbrott*. Tillgänglig på internet: <http://www.bra.se/bra/brott--statistik/hatbrott.html>
- Dahl, U. (2005). *En kunskapsinventering av forskning om homofobi och heteronormativitet*. Stockholm: HomO och Forum för levande historia. Tillgänglig på internet: [http://www.levandehistoria.se/files/hbt\\_rapport.pdf](http://www.levandehistoria.se/files/hbt_rapport.pdf)
- Danderyds sjukhus (2012). *Kvinnosjukvård och förlossning*. Tillgänglig på internet: <http://www.ds.se/Om-oss/Organisation/Kvinnosjukvard-och-forlossning/>
- Dibley, L. B. (2009). Experiences of lesbian parents in the UK: interactions with midwives. *Evidence Based Midwifery*, 7, (3), 94-100.
- Diskrimineringsombudsmannen [DO] (2012). *Rätten till sjukvård på lika villkor – Rapport*. Stockholm: DO. Tillgänglig på internet: <http://do.se/Documents/rapporter/R%c3%a4tten%20till%20sjukv%c3%a5rd%20p%c3%a5%20lika%20villkor.pdf>
- Erlandsson, K., Linder, H. & Häggström-Nordin, E. (2010). Experiences of gay women during their partner's pregnancy and childbirth. *British Journal of midwifery*, 18, (2), 99-103.
- Fish, J. & Anthony, D. (2005). UK National Lesbians and Health Care Survey. *Women & Health*, 41, (3), 27-45.
- Flemmer, N., Doutrich, D., Dekker, L. & Rondeau, D. (2012). Creating a Safe and Caring Health Care Context for Women Who Have Sex With Women. *The Journal for Nurse Practitioners*, 8, (6), 464-481.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.
- Goldberg, L., Harbin, A. & Campbell, S. (2011). Queering the birthing space: Phenomenological interpretations of the relationships between lesbian couples and perinatal nurses in the context of birthing care. *Sexualities*, 14, (2), 173-192.
- Gransell, L. (2006). *I den bästa av världar En reflekterande uppsats om åtgärder för lesbiska och bisexuella kvinnors marginalisering inom sjukvården*. (C/D-Uppsats). Lunds Universitet, Centrum för genusvetenskap. Tillgänglig på internet: <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=1329699&fileOid=1329700>
- Gynekologi. (n. d). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 5 januari, 2013 från <http://eshproxy.esh.se:2085/lang/gynekologi>
- Halldorsdottir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care: developing a theory*. (Avhandling för doktorsexamen, Linköpings universitet).
- Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 643-652.

- International lesbian, gay, bisexual, trans and intersex association [ILGA] (2012). *State-sponsored homophobia. A report*. Tillgänglig på internet: [http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_2012.pdf](http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf)
- Intersexuella i Sverige [INIS] (2012). *Fakta*. Tillgänglig på internet: <http://www.inis-org.se/fakta.php>
- Irwin, L. (2007). Homophobia and heterosexism: implications for nursing and nursing practice. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25, (1), 70-76.
- Kulick, D. (2004). Queerteori, performativitet och heteronormativitet - några grundläggande begrepp. I A.-C. Olsson & C. Olsson (Red.), *I den akademiska garderoben* (s.21-36). Stockholm: Atlas.
- Larsson, A. K. & Dykes A. K. (2009). Care during pregnancy and childbirth in Sweden: Perspectives of lesbian women. *Midwifery*, 25, 682-690.
- 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), 982-990.
- McDonald, C., McIntyre, M. & Andersson, B. (2003). The view from somewhere: locating lesbian experience in women's health. *Health Care for Women International*, 24, 697-711.
- McIntyre, L., Szewchuk, A. & Munro, J. (2010). Inclusion and exclusion in mid-life lesbians' experiences of the Pap test. *Culture, Health & Sexuality*, 12, (8), 885-898.
- McManus, A. J., Hunter, L. P. & Renn, H. (2006). Lesbian Experiences and Needs During Childbirth: Guidance for Health Care Providers. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35, (1), 13-23.
- Moegelin, L. (2005). Lesbisk hälsa. Underlagsrapport för FHI:s regeringsuppdrag om hbt-personers hälsa. I Statens folkhälsoinstitut 2005:19. *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. (s.279-281). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Moegelin, L., Nilsson, B. & Helström, L. (2010). Reproductive health in lesbian and bisexual women in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 89, 205-209.
- Obstetrik. (n.d.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 5 januari, 2013 från <http://eshproxy.esh.se:2085/lang/obstetrik>
- O'Hanlan, K. A., Dibble, S. L., Hagan, H. J. J. & Davids, R. (2004). Advocacy for Women's Health Should Include Lesbian Health. *Journal of Women's Health*, 13, (2), 227-234.
- Olsson, A.-C. (2004). I den akademiska garderoben - det har väl ingenting med utbildning att göra? I A.-C. Olsson & C. Olsson (Red.), *I den akademiska garderoben* (s.9-20). Stockholm: Atlas.
- Porter, J. (2005). The booking visit: A difficult encounter for lesbian clients? *British Journal of Midwifery*, 13, (12), 786-89.
- Raftos, M., Mannix, J. & Jackson, D. (1997). More than motherhood? A feminist exploration of 'women's health' in papers indexed by CINAHL 1993-1995. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 1142-1149.
- Renaud, M. T. (2007). We are mothers too: Childbearing Experiences of Lesbian Families. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36, (2), 190-199.
- Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL] (2004). *Höra hemma*. Tillgänglig: [http://www.rfsl.se/public/rfsl\\_horahemma\\_digital\\_lagre.pdf](http://www.rfsl.se/public/rfsl_horahemma_digital_lagre.pdf)
- Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL] (2012a). *Sexuell läggning – vad är det?* Tillgänglig: <http://www.rfsl.se/?p=414>
- Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL] (2012b). *Vad är kön?* Tillgänglig på internet: <http://www.rfsl.se/?p=623>.



- Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL] (2012c). *Lagar*. Tillgänglig på: <http://www.rfsl.se/?p=2840>
- Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL] (2012d). *Hbt-historia*. Tillgänglig på internet: <http://www.rfsl.se/?p=413>.
- Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL] (2012e). *Begreppslista*. Tillgänglig: <http://www.rfsl.se/?p=410>
- Roberts, S. J. (2001). Lesbian Health Research: A Review and Recommendations for Future Research. *Health Care for Women International*, 22, 537-552.
- Robertson, P. A. (2003). Offering high-quality ob/gyn care to lesbian patients. *Contemporary OB/GYN*, 48, 49-56.
- Rosenberg, T. (2002). *Queerfeministisk agenda*. Stockholm: Atlas.
- Ross, L. E., Steele, L.S. & Epstein, R. (2006). Service Use and Gaps in Services for Lesbian and Bisexual Women During Donor Insemination Pregnancy, and the Postpartum Period. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 28, (5), 505-511.
- Ryding, E. L. (1992). Lesbiska kvinnor på gynekologisk undersökning. *Nordisk sexologi*, 10, 116-123.
- Rydström, J. (2004). Från fula gubbar till goda föräldrar – synen på sexualitet och genus i lagstiftning och debatt 1944-2004. I A.-C. Olsson & C. Olsson (Red.), *I den akademiska garderoben* (s.37-66). Stockholm: Atlas.
- Ryan-Flood, R. (2005). Lesbiskt föräldraskap i Sverige och på Irland. I D. Kulick (Red.), *Queersverige* (s.364-389). Stockholm: Natur och Kultur.
- Röndahl, G. (2005). *Heteronormativity in a nursing context: attitudes toward homosexuality and experiences of lesbians and gay men*. (Avhandling för doktorsexamen, Uppsala universitet).
- Röndahl, G. (2009). Students [sic] Inadequate Knowledge about Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Persons. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 6, (1), 1-15.
- Röndahl, G., Bruhner, E. & Lindhe, J. (2009). Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 65, (11) 2337- 2344.
- Röndahl, G., Innala, S. & Carlsson, M. (2004). Nursing staff and nursing students' emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, (1), 19-26.
- Seaver, M. R., Freund, K. M., Wright, L. M., Tjia, J., & Frayne, S. M. (2008). Healthcare Preferences Among Lesbians: A Focus Group Analysis. *Journal of Women's Health*, 17, (2), 215-225.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)
- SFS 2008:567. *Diskrimineringslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Diskrimineringslag-2008567\\_sfs-2008-567/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567/)
- Smith, E. M., Johnson, S. R. & Guenther, S. M. (1985). Health Care Attitudes and Experiences during Gynecologic Care among Lesbians and Bisexuals. *American Journal of Public Health*, 75, (9), 1085-1087.
- Spidsberg, B. D. (2007). Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care. *Journal of Advanced Nursing*, 60, (5), 478-486.
- Statens folkhälsoinstitut [FHI] (2002). *Föreställningar vanföreställningar Allmänhetens attityder till homosexualitet*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

- Statens folkhälsoinstitut [FHI] 2005:19. *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Stier, J. (2009). *Kulturmöten En introduktion till interkulturella studier*. Lund: Studentlitteratur.
- Werner, C. & Westerståhl, A. (2008). Donor insemination and parenting: Concerns and strategies of lesbian couples. A review of international studies. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 87, 697-701.
- Westerståhl, Anna (2004). Hälsfrågor och lesbiska kvinnor – ett exempel på heteronormativiteten inom det medicinska kunskapsområdet. I A.-C. Olsson & C. Olsson (Red.), *I den akademiska garderoben* (s.107-128). Stockholm: Atlas.
- Westerståhl, A., Segesten, K. & Björkelund, C. (2002). GPs and lesbian women in the consultation: issues of awareness and knowledge. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20, (4), 203-207.
- Willman, A., Stolz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Wilton, T. & Kaufmann, T. (2001). Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK. *Midwifery*, 17, 203-211.

## Bilaga 1, Centrala begrepp som används för att definiera sexualitet och/eller könsidentitet

HBT, ibland HBTQ (på engelska LGBT(Q) eller GLBT(Q) persons)	Ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner samt andra personer med queera uttryck och identiteter (RFSL, 2012e). (På engelska står LG/GL för uppdelningen av homosexuella i lesbian och gay)
Ickeheterosexuell	Samlande begrepp för en person som inte lever eller identifierar sig i enlighet med heteronormen (RFSL, 2004).
Homosexuell: lesbisk eller bög	Person med förmåga att förälska sig i och/eller känna sexuell lust till en person av samma kön (RFSL, 2012e)
Bisexuell	Person med förmåga att förälska sig i, och/eller känna sexuell lust till personer av olika kön (RFSL, 2004).
Heterosexuell	Person med förmåga att förälska sig i och/eller känna sexuell lust till en person av annat kön (RFSL, 2012e).
Transperson (eng. Transgender)	Samlingsbegrepp för personer som inte känner sig hemma i den könskategori de tilldelats, till exempel transsexuella och transvestiter. Transperson har endast med könsidentitet att göra, inte sexuell läggning (RFSL, 2004). Ofta inkluderas även intersexuella personer i kategorin transpersoner.
Transsexuell (transsexualism)	Person som upplever sig vara ett annat kön är det som tilldelats den vid födseln, och som önskar någon form av korrigerande behandling av kroppen utifrån detta (RFSL, 2012e).
FTM, Female-to-male, Kvinna-till-man MTF, Male-to-female, Man-till-kvinna	Transpersoner identifierar sig ibland som FTM eller MTF för att klargöra vilket biologiskt kön personen haft och vilket den tillhör nu (RFSL, 2012e).
Intersexuell (intersexualism)	Person som på olika sätt befinner sig ”mellan könen”. Det finns ett flertal intersexuella syndrom som går under diagnosen DSD, Disorder of Sex Development. DSD definieras som ett medfött tillstånd i vilket könets kromosomala, gonadala (= könskörtlar, dvs. testiklar eller äggstockar) eller anatomiska utveckling är atypisk (INIS, 2012).
Kvinnor som har sex med kvinnor, KSK (eng. Women who have sex with women, WSW) Män som har sex med män, MSM (eng. Men who have sex with men, MSM)	Begrepp som fokuserar på beteende/praktik istället för identitet.
Queer	Ett brett begrepp som kan betyda flera olika saker men som i grunden är ett ifrågasättande av heteronormen. Många ser sin könsidentitet och/eller sin sexualitet som queer. Queer kan innebära en önskan att inkludera alla kön och sexualiteter eller att inte behöva identifiera/definiera sig (RFSL, 2012e).

## Bilaga 2, Sökmatrix

Databaser	Sökord	Antal träffar	1*	2*	3*	Valda artiklar
CINAHL Plus with Full Text Limiters: *Peer-Reviewed *2002-2012	(MH "Homosexuality") OR (MH "Homosexuals+") OR (MH "Bisexuality") OR (MH "Homophobia") OR (MH "Lesbians") OR (MH "Transgendered Persons+") OR (MH "GLBT Persons+") AND (MH "Gynecology") OR (MH "Gynecologic Examination") OR (MH "Gynecologic Care") OR (MH "Gynecologic Nursing") OR (MH "Obstetrics") OR (MH "Obstetric Patients") OR (MH "OB-GYN Nurse Practitioners") OR (MH "Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses") OR (MH "Obstetric Service") OR (MH "Women's Health") OR (MH "Women's Health Services") OR (MH "Reproductive Health")	98	39	9	5	*Larsson & Dykes, 2009 *Seaver, Freund, Wright, Tjia & Frayne, 2008 *Lee, Taylor & Raitt, 2011 * Spidsberg, 2007 * Dutton, Koenig & Fennie, 2008
PubMed Limiters: *Last 10 years	"Homosexuality"[Mesh] OR "Homosexuality, Female"[Mesh] OR "Bisexuality"[Mesh] OR "Transsexualism"[Mesh] AND ("Women's Health Services"[Mesh]) OR "Maternal Health Services"[Mesh] OR "Gynecology"[Mesh] OR "Obstetrics and Gynecology Department, Hospital"[Mesh] OR "Gynecological Examination"[Mesh] OR "Reproductive Health Services"[Mesh] OR "Obstetrics"[Mesh]	50	9	3	3	* Røndahl, Bruhner & Lindhe, 2009 * Renaud, 2007 * Ross, Steele & Epstein, 2006
Academic Search Premier Limiters: * Scholarly (Peer Reviewed) Journals *2002-2012	(((((DE "HOMOSEXUALITY") OR (DE "LESBIANS")) OR (DE "GAYS")) OR (DE "BISEXUALITY")) OR (DE "BISEXUALS")) OR (DE "LGBT people")) OR (DE "LESBIANISM") OR DE "TRANSGENDER people" AND ((((((DE "WOMEN'S health services") OR (DE "OBSTETRICS")) OR (DE "MATERNITY nursing")) OR (DE "REPRODUCTIVE health")) OR (DE "GYNECOLOGY")) OR (DE "GYNECOLOGIC nursing")) OR (DE "GYNECOLOGIC examination")) OR (DE "WOMEN'S hospitals" OR DE "MATERNITY homes"))	16		4	2	* Goldberg, Harbin & Campbell, 2011 * Björkman & Malterud, 2009
Nursing & Allied Health Source Limited by: Peer reviewed Date: After 2002	<a href="#">SU.EXACT("Homosexuality")</a> OR <a href="#">SU.EXACT("Bisexuality")</a> OR <a href="#">SU.EXACT("LGBTQ studies")</a> AND <a href="#">SU.EXACT("Gynecology")</a> OR <a href="#">SU.EXACT("Obstetrics")</a> OR <a href="#">SU.EXACT("Womens health")</a>	15	4	0		
PsycINFO	SU.EXACT.EXPLODE("Gynecology") OR SU.EXACT.EXPLODE("Gynecology") OR SU.EXACT.EXPLODE("Reproductive Health") OR SU.EXACT.EXPLODE("Obstetrics")	12	5	0		

	AND SU.EXACT.EXPLODE("Homosexuality") OR SU.EXACT.EXPLODE("Bisexuality") OR SU.EXACT.EXPLODE("Lesbianism") OR SU.EXACT.EXPLODE("Transgender")					
SweMed+ limiters: *peer- reviewed	homosex* OR lesbian*	128		0		
SOCINDEX with Full Text	(((((DE "LESBIANISM") OR (DE "HOMOSEXUALITY")) OR (DE "BISEXUALITY")) OR (DE "TRANSGENDER people -- Identity" OR DE "TRANSGENDERISM" OR DE "TRANSGENDERISTS")) OR (DE "TRANSSEXUALISM")) OR (DE "LGBT people")) OR (DE "HOMOPHOBIA")) OR (DE "HETEROSEXISM" OR DE "HETEROSEXISM in medical care" OR DE "HETEROSEXISM in medicine" OR DE "HETEROSEXISM in nursing") AND (DE "GYNECOLOGY" OR DE "OBSTETRICS") OR (DE "WOMEN'S health services")	2	0			
CINAHL Plus with Full Text Limiters: *Peer- Reviewed *2002-2012	(MH "Homosexuality") OR (MH "Homosexuals+") OR (MH "Bisexuality") OR (MH "Homophobia") OR (MH "Lesbians") OR (MH "Transgendered Persons+") OR (MH "GLBT Persons+") AND AB experience* OR AB perception* AND AB health care OR AB healthcare	151	14		2	*Dibley, 2009 *McIntyre Szewchuk and Munro, 2010
PubMed Limiters: Last 10 years.	(healthcare[Title/Abstract]) OR "health care"[Title/Abstract] AND (experience*[Title/Abstract]) OR perception*[Title/Abstract] AND "Homosexuality"[Mesh] OR "Homosexuality, Female"[Mesh] OR "Bisexuality"[Mesh] OR "Transsexualism"[Mesh]	133		0		
Manuell sökning via referenser					2	*Erlandsson, Linder & Haggstrom- Nordin, 2010 *Wilton & Kaufmann, 2001

\*1= antal artiklar kvar efter genomläsning av titlar

\*2=antal artiklar kvar efter genomläsning av sammanfattning/abstract

\*3=antal artiklar utvalda efter genomläsning av hela texten

### Bilaga 3, Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
1. Björkman & Malterud	Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study	2009, Norge, Scandinavian Journal of Primary Health Care	Att undersöka lesbiska kvinnors upplevelser av sjukvården, särskilt relaterat till deras sexuella orientering, för att uppnå kunskap som kan bidra till ökad kvalitet i sjukvården för lesbiska kvinnor.	Kvalitativ studie. <i>Datainsamling.</i> Webberad enkätundersökning med öppna frågor. Information skickades och rekrytering gjordes på internet. Möjlighet att svara på enkäten avslutades när datamättnad uppstått. <i>Urval.</i> 128 berättelser från 121 anonyma skriftliga svar på enkät från självidentifierade lesbiska kvinnor. Lämpligt urval (convenience sample). <i>Analys.</i> Systematisk textkondensering med hjälp av NVIVO7. Teorier om heteronormativitet användes i analysen för ökad förståelse av data.	Tre olika aspekter som uppfattades som viktiga av de lesbiska deltagarna rörde vårdpersonalens förmågor: medvetenhet, attityder och medicinsk kunskap. Medvetenhet: har vårdpersonalen möjlighet att tänka och underlätta för de lesbiska att kunna berätta om sin sexuell läggning? Attityder kring homosexualitet: erkänner och respekterar vårdpersonal lesbisk sexuell läggning? Medicinsk kunskap: kan vårdpersonalen tillräckligt om de specifika hälsoproblem som lesbiska kvinnor har?
2. Dibley	Experiences of lesbian parents in the UK: interactions with midwives	2009, Storbritannien, Evidence Based Midwifery	Att identifiera frågor (issues) som påverkat lesbiskas erfarenheter av barnmorskeomvårdnaden, och på vilka sätt vården skulle kunna förbättras i framtiden för gravida lesbiska kvinnor.	Kvalitativ ingång via Heideggersk fenomenologi. <i>Datainsamling.</i> Ostrukturerade intervjuer. <i>Urval.</i> Tio lesbiska kvinnor: fyra par, en som representerade ett par och en singelkvinna rekryterades via snöbollsurval. <i>Analys.</i> Intervjuerna analyserades med hjälp av McCormack's Interpretative Lenses, en metod för mångfacetterad tolkning av data för att skapa en kontextuell förståelse av varje berättelse samt identifiera återkommande teman mellan berättelserna.	Berättelserna visade på både positiva och negativa attityder gentemot lesbiska från barnmorskor. Resultatet tyder på att vissa barnmorskor var positiva och inkluderande medan andra kämpade med att kunna ge lesbiska lämplig vård, och att homofobi och heterosexism existerar inom barnmorskeyrket.

3. Erlandsson, Linder & Haggstrom- Nordin	Experiences of gay women during their partner's pregnancy and childbirth	2010, Sverige, British Journal of Midwifery.	Att beskriva medmammors (co- mothers') upplevelser av vården under deras partners graviditet, förlossning och postnatalt.	Kvalitativ studie. <i>Datainsamling.</i> Öppna intervjuer. <i>Urval.</i> Kvinnor i samkönad relation med erfarenhet av vård som förälder i samband med sin partners graviditet, förlossning och postpartumperiod. Sex medmammor intervjuades mellan sex veckor och tre år efter födseln av deras barn. <i>Analys.</i> Kvalitativ innehållsanalys i fyra steg (enligt Graneheim och Lundman samt Granskär och Höglund- Nielsen) där huvudkategorier och subkategorier identifierades.	Tre huvudkategorier identifierades: behov av erkännande, behov av vård anpassad till samkönade par och i vårdpersonalens händer. Medmammorna kände sig ”som alla andra men inte riktigt”. I syfte att stödja samkönade föräldrars relationer, är det viktigt att barnmorskepersonalen erkänner medmammor som likvärdiga föräldrar till barnet.
4. Goldberg, Harbin & Campbell	Queering the birthing space: Phenomenological interpretations of the relationships between lesbian couples and perinatal nurses in the context of birthing care	2011, Canada, Sexualities.	Att förstå lesbiska pars relationer med perinatala sjuksköterskor inom förlossningsvården i östra Canada.	Kvalitativ studie. <i>Datainsamling.</i> Fenomenologiska intervjuer. <i>Urval.</i> Tolv deltagare: fem sjuksköterskor som rekryterades från en stor förlossningsenhet, tre lesbiska biologiska mammor och fyra lesbiska ickebiologiska mammor/medmammor som rekryterades via lokala lesbiska och hälsoorganisationer. Ändamålsenligt urval kompatibelt med fenomenologisk ingång. <i>Analys.</i> Feministisk och queer fenomenologisk analysprocess av hela forskningsteamet som syftade till fördjupad förståelse av relationerna mellan lesbiska par – perinatala sjuksköterskor.	Två teman identifierades :förväntan och avbrott/upplösning (disruption). Heteronormativitet skapar konkreta föreställningar om att barnafödandet och föräldrprocessen är grundade enbart i heterosexuella relationer. Uppenbarelsen av två lesbiska föräldrar i förlossningslokalen ställer normen på ända. Föräldrarna känner sig inte alltid professionellt bemötta. Lesbiskt föräldraskap kan skapa förvirring eftersom det avviker från det förväntade, det vill säga det bekväma.

5. Larsson & Dykes	Care during pregnancy and childbirth in Sweden: Perspectives of lesbian women	2009, Sweden, Midwifery.	Att undersöka lesbiska kvinnors åsikter och upplevelser av vården under graviditet och förlossning.	Kvalitativ studie. <i>Datainsamling.</i> Intervjuer via telefon eller träff, med en öppen startfråga. <i>Urval.</i> 18 lesbiska kvinnor (sju par och fyra singelmammor) med erfarenhet av graviditet och förlossning, antingen som biologisk mamma eller medförälder, rekryterades via snöbollsurval.. <i>Analys.</i> Innehållsanalys enligt Burnard med textreduktion i 14 steg som leder till koder och sedan vidare till kategorier och subkategorier.	Fyra huvudkategorier identifierades: erkännande av sexuell läggning, öppenhet, relationer inom den homosexuella familjen och olika möten och attityder inom sjukvården. De intervjuade kvinnorna var positiva till vården som de fick under graviditet och förlossning, men uttryckte farhågor (concerns) kring den postnatale vården, föräldrautbildningen och att strukturen i patientjournaler inte hade någon plats för den kvinnliga partnern.
6. Lee, Taylor & Raitt	“It’s not me, it’s them”: How lesbian women make sense of negative experiences of maternity care: a hermeneutic study	2011, Storbritannien, Journal of Advanced nursing	Att beskriva lesbiska kvinnors erfarenheter av mödravård, särskilt tolkningar av negativa erfarenheter.	Kvalitativ studie. <i>Datainsamling.</i> Ostrukturerade intervjuer med en igångtriggande fråga (trigger question). <i>Urval.</i> Åtta lesbiska kvinnor. Snöbollsurval. <i>Analys.</i> Hermeneutisk fenomenologisk metod i fyra steg: förståelse genom dialog med texten, strukturanalys, tematisk process via den hermeneutiska cirkeln, identifiera textexempel som stödjer de slutgiltiga temana.	Deltagarna upplevde inte bara mödrahälsovården som positiv, utan beskrev också negativa erfarenheter. Dessa analyserades separat för att undersöka på vilka sätt kvinnorna skapade mening i dem i en annars positiv erfarenhet. Dessa erfarenheter uttrycktes på ett sätt som skapade distans till det negativa och verkade rationalisera beteendet eller hänskjuta det till vårdpersonalen.
7. McIntyre, Szewchuk & Munro	Inclusion and exclusion in mid-life lesbians’ experiences of the Pap test	2010, Canada, Culture, Health & Sexuality	Att förstå medelålders (45-55 år gamla) lesbiskas erfarenheter relaterade till gynekologisk cellprovskontroll, för att kunna förbättra klinisk verksamhet.	Kvalitativ studie. <i>Datainsamling.</i> Semistrukturerade intervjuer. <i>Urval.</i> Självidentifierade lesbiska i medelåldern, från Calgary, som gjort minst en gynekologisk cellprovskontroll. Strategiskt urval (purposeful sampling) plus snöbollsurval. <i>Analys.</i> Konventionell kvalitativ analys enligt Hsieh och Shannon (2005) med hjälp av texthanteringsprogrammet NVivo 8.	Deltagarna kände sig manade och inbjudna till att göra gynekologisk cellprovtagning via en inklusiv diskurs runt att vara medelålders. Att åldras upplevdes som frigörande, det ledde till ökat självförtroende och en period där de kunde ”komma ifatt” vad gäller hälsa och sexualitetsfrågor. Det fanns mycket osäkerhet om gynekologisk cellprovtagning, humant papillomvirus, livmodercancer och vilken sorts sexuell hälsovård som lesbiska behöver, något som förstärktes av läkare som föreslog minskat behov av gynekologisk cellprovtagning när deltagarna kom ut som lesbiska.



8. Renaud	We Are Mothers Too: Childbearing Experiences of Lesbian Families	2007, USA, Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing	Att beskriva lesbiskas personliga erfarenheter och vårderfarenheter av att bli gravida, föda, och att vara mammor och medmammor (comothers) i en potentiellt förtryckande omgivning vad gäller familj, sociala och politiska strukturer.	Kritisk etnografisk studie (kvalitativ). <i>Datainsamling.</i> Öppna djupintervjuer, fokusgrupp och deltagande observation. <i>Urval.</i> Självidentifierade lesbiska kvinnor, 21 enskilda intervjuer, sex stycken i en fokusgrupp samt ungefär 43 stycken observerade i en stödgrupp. Målinriktat urval via annonsering plus snöbollsurval. <i>Analys.</i> Kritisk etnografisk design. Innehålls/kategori-analys följt av diskussion av mammornas berättelser och kritisk diskussion av lesbiskt mödraskap.	Sju teman organiserades, varav de första fyra beskrivs i denna artikel: (a) förbereda väg: göra sig redo (b) befruktning: du kan inte bara falla in i det (c) man kan höra hjärtslag: graviditet (d) föda våra bebisar
9. Ross, Steele & Epstein	Service Use and Gaps in Services for Lesbian and Bisexual Women During Donor Insemination, Pregnancy, and the Postpartum Period	2006, Canada, Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada	Undersöka hur nöjda en grupp kanadensiska lesbiska och bisexuella kvinnor var med den vård och socialtjänstservice de fick under processen med att försöka bli gravida, under graviditeten, och under de första veckorna och månaderna postpartum.	Kvalitativ studie. <i>Datainsamling.</i> Tre fokusgrupper. Deltagarna ombads att diskutera sina positiva och negativa erfarenheter med vård och socialtjänst under sina försök att bli gravida och perinatalt. <i>Urval.</i> Sex kvinnor som själva var, eller hade en partner som var, i processen av att försöka bli gravida, sju biologiska föräldrar till unga barn, tio kvinnor som var icke-biologiska föräldrar till unga barn eller vars partners var gravida. Deltagarna rekryterades via annonser per email och via nyckelpersoner i hbt-communityn i Toronto. <i>Analys.</i> Tematisk innehållsanalys med hjälp av det kvalitativa texthanteringsprogram QSR N6.	Deltagarna var nöjda med vården de fick från barnmorskor, doulor och allmänsjuksköterskor. Vård som var direkt riktad till hbt-föräldrar uppfattades också som viktiga källor till information och stöd. Många deltagare uppfattade fertilitetsvården som icke-stödjande eller oförmögen att uppmärksamma deras annorlunda vårdbehov.

10. Röndahl, Bruhner, & Lindhe	Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care	2009, Sverige, Journal of Advanced Nursing	Att studera lesbiska föräldrars erfarenheter av mödravård, förlossning och postnatal vård	Kvalitativ studie. <i>Datainsamling.</i> Kvalitativa intervjuer med intervjuguide med öppna frågor. <i>Urval.</i> Tio lesbiska mödrar, varav åtta hade en relation med en annan kvinna. Snöbollsurval. <i>Analys.</i> Kvalitativ innehållsanalys i fem steg, influerad av Nordgren och Fridlund (2001), Graneheim och Lundman (2004) samt Röndahl (2005).	De flesta deltagarna hade positiva erfarenheter men klagade också på att fokus inte alltid var på graviditeten och att ingen föräldrautbildning hade erbjudits. Heteronormativitet kommunicerades av barnmorskor och sköterskepersonal genom hela processen. Detta uppfattades som genant för de deltagande föräldrarna, och de beskrev också att de mött vad de tolkat som genans hos vårdpersonal. Deltagarna önskade ökad kunskap om lesbiskt föräldraskap som ett sätt att påverka och underlätta kommunikationen, inte minst med barnmorskorna i mödravården.
11. Seaver, Freund, Wright, Tjia & Frayne	Healthcare Preferences Among Lesbians: A Focus Group Analysis	2008, USA, Journal of Women's Health	Att identifiera vad som karakteriserar (characterize) lesbiskas erfarenheter av, och preferenser inom, kvinnosjukvården.	Kvalitativ studie. <i>Datainsamling.</i> Intervjuer i fokusgrupp med semistrukturerad intervjuguide. <i>Urval.</i> Tre åldersbaserade fokusgrupper (18-29, 30-50 och >50 år) med totalt 22 deltagare. Självidentifierade lesbiska som svarat på annons valdes utifrån först till kvarn-princip. <i>Analys.</i> Analytisk process för att identifiera teman via grounded theory, i fyra olika steg. Analysen underlättades av användandet av det kvalitativa dataprogrammet NUD*IST V4.0.	De lesbiskas erfarenheter och preferenser delades upp i tre teman: vilken sorts vård, vilken slags vårdprocess och vilken sorts vårdar-patient-relation. Deltagarna föredrog, men kunde inte alltid få, vård som var mångsidig/omfattande (comprehensive in scope), personcentrerad, icke-diskriminerade och inkluderande mot dem som lesbiska.
12. Spidsberg	Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care	2007, Norge, Journal of Advanced Nursing	Att beskriva mödravårdserfarenheter berättade av ett urval lesbiska par.	Fenomenologisk hermeneutisk studie (kvalitativ). <i>Datainsamling.</i> Intervjuer med en öppningsfråga, fem parintervjuer och en enskild intervju med den ena kvinnan. <i>Urval.</i> Sex lesbiska par, gravida via donatorinsemination. Rekryterades via distribution av flyers plus snöbollsurval. <i>Analys.</i> Fenomenologisk hermeneutisk metod med tolkning i tre faser: naiv läsning, strukturanalys med identifiering av teman, kritisk sammanslagning.	Tre teman uppstod: vara öppen, vara synlig, bli bekräftad. Sårbarhet, ansvar och vårdande genomsyrade berättelserna, och relaterade till parens beslut att vara öppna med sin sexuella identitet. När de var synliga upplevde de både för lite och för mycket fokus på sexualitet. De kände sig ansvariga för att ha rätt attityd vid möten, vilket innebar att vara öppen men inte överbekräftande. De beskrev genuint vårdande situationer men också att vara nöjd med mindre genuin vård, och visade att de inte bara tog emot vård utan också gav vård i mötena.

13. Wilton & Kaufmann	Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK	2001, Storbritannien, Midwifery	Att undersöka lesbiska kvinnors upplevelser av mödravården i Storbritannien för att utvärdera hur servicen till denna grupp fungerat.	Deskriptiv studie med både kvantitativa och kvalitativa metoder för att få fram "rikliga" mängder av erfarenheter. <i>Datainsamling.</i> Enkätundersökning konstruerad för att ta fram kvalitativa data om erfarenheter av mödravård, förlossning och eftervård. <i>Urval.</i> 50 lesbiska kvinnor som rapporterade från 65 graviditeter. Strategiskt urval, enkäten skickades ut via två etablerade nätverk. Även snöbollsurval. <i>Analys.</i> Alla färdigifyllda enkäter analyserades via deskriptiv statistisk analys via mjukvaruprogrammet SPSS.	Deltagarna var generellt nöjda med vården de fått, men rapporterade också höga nivåer av oro kring effekterna av att komma ut, tillsammans med en akut medvetenhet om barnmorskornas personliga attityder och fördomar. Deras kommentarer visar i vilken utsträckning dessa frågor kan få negativa konsekvenser för vårdens kvalitet. Studien visar exempel på obehag, olämplig vård och även fientlighet.
--------------------------------	--	---------------------------------------	--	---	--

## Bilaga 4, Kvalitetsgranskning av artiklar

Förutbestämda kriterier för vetenskaplig kvalitet för studier med kvalitativ metod enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011).

Artiklarna redovisas via det nummer som de getts i matrisen, se bilaga 3.

Hög kvalitet (H)	Låg kvalitet (L)	Nr 1	Nr 2	Nr 3	Nr 4	Nr 5	Nr 6	Nr 7	Nr 8	Nr 9	Nr 10	Nr 11	Nr 12	Nr 13
Klart beskriven kontext	Oklart beskriven kontext (sammanhang).	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H
Väldefinierad frågeställning.	Vagt definierad frågeställning	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H
Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod.	Otydligt beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod.	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H
Dokumenterad metodisk medvetenhet.	Dåligt dokumenterad metodisk medvetenhet.	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H
Systematisk och stringent dataredovisning.	Osystematisk och mindre stringent dataredovisning.	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H
Tolkningars förankring i data påvisad. Diskussion om tolkningars trovärdighet och tillförlitlighet.	Otydlig förankring av tolkningarna i data.	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H
Kontextualisering av resultat i tidigare forskning.	Kontextualisering av resultat i tidigare forskning saknas eller är outvecklad.	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H
Implikationer för relevant praktik väl artikulera.	Implikationer för relevant praktik saknas eller är otydliga.	H	H	H	H	H	H	H		H	H	H	H	H

## Bilaga 5, Redovisning av respektive studies etiska godkännanden/överväganden

<b>Författare</b>	<b>ETISKA ÖVERVÄGANDEN</b>
Björkman & Malterud, 2009	Approved by: Regional Committees for Research Ethics in Norway and the Norwegian Data Inspectorate.
Dibley, 2009	Ethical approval granted by the Research Ethics Committee of the University of East Anglia.
Erlandsson, Linder & Haggstrom-Nordin, 2010	The study followed ethical regulations and standards. Did not require ethical committee approval in Sweden.
Goldberg, Harbin & Campbell, 2011	Approved from the required Health Research Ethics Board.
Larsson & Dykes, 2009	Ethical approval obtained from the Research Ethics Committee of the Medical Faculty of the University in Lund, Sweden.
Lee, Taylor & Raitt, 2011	Ethical approval obtained from University Research Ethics Committee.
McIntyre, Szewchuk & Munro, 2010	Approved by the Conjoint Health Research Ethics Board of the university of Calgary.
Renaud, 2007	Human subjects' approval obtained from The University of Washington Human Subjects Division.
Ross, Steele & Epstein, 2006	Approved by the local Institutional Ethics Review Board.
Röndahl, Bruhner, & Lindhe, 2009	Godkännande från etikkommitté behövdes ej. Godkännande inhämtades på avdelningen på universitetet.
Seaver, Freund, Wright, Tjia & Frayne, 2008	Approved by the Institutional Review Board at the Boston University School of medicine.
Spidsberg, 2007	Approval granted by the 5 <sup>th</sup> Regional Ethics Committee in Norway.
Wilton & Kaufmann, 2001	Etiska överväganden gjorda.*

\* Wilton och Kaufmann (2001) har varken tillstånd från kommitté eller anger att det inte behövdes, men etiska överväganden är gjorda kring deltagarnas konfidentialitet, samt att studien utfördes retrospektivt i form av en enkätundersökning, vilket minskar den sårbarhet som kan finnas i studier där patienter ombeds delta. Studien är också vida citerad, samt låg till grund för Royal College of Midwives' [RCM] (barnmorskornas professionella organisation i Storbritannien) policy runt vården av lesbiska mödrar. Detta bedöms som tillräcklig grund att inkludera studien, trots låg redovisning av etik.