



UMEÅ UNIVERSITET

"DET KÄNNIS SOM ATT MAN MÅSTE VARA TVÅ"

**Frivilligt ensamstående kvinnors
upplevelser av mödrahälso- och
förlossningsvården efter
assisterad befruktning.**

Karin Stenberg
Sanna Svanholm

Examensarbete i Sexuell och Reproductiv Hälsa, 15 hp
Barnmorskeprogrammet, 90 hp.
Vt 2018

Innehållsförteckning

Abstrakt	ii
Abstract	iii
Introduktion	1
Bakgrund	1
Aktuell lagstiftning	1
Frivilligt ensamstående mödrar	2
Familjebildning	2
Bemötande inom mödrahälso- och förlossningsvård	3
Teori	4
Motiv för studien	5
Syfte	5
Metod	5
Design	6
Studiekontext	6
Urval /Deltagare	6
Datainsamling/Procedur	6
Analys	7
Exempel på analys	7
Forskningsetiska överväganden	8
Resultat	8
Att bli bemött som alla andra	9
Att bli bra och dåligt bemött	9
Att prata om sin situation	11
Att få vård med relevant utformning och innehåll	11
Att känna att personalen har kunskap	12
Att ej få anpassad vård	13
Att ha behov av stöd	14
Att få stöd från barnmorskan	15
Att ha behov av extra stöd	15
Diskussion	16
Resultatdiskussion	16
Metoddiskussion	20
Konklusion och Kliniska implikationer	22
Tack	22

Referenser.....	24
Bilagor.....	27

”Det känns som att man måste vara två.”

- Frivilligt ensamstående kvinnors upplevelser av mödrahälso- och förlossningsvården efter assisterad befruktning.

Karin Stenberg & Sanna Svanholm

Abstrakt

Syfte: Att beskriva hur frivilligt ensamstående kvinnor som genomgått assisterad befruktning upplever mödrahälso- och förlossningsvården i Sverige.

Design: Kvalitativ studie med en induktiv ansats. Data har inhämtats genom semistrukturerade intervjuer som har analyserats genom en kvalitativ innehållsanalys. Resultatet har diskuterats utifrån queerteorin.

Studiekontext: Studien är genomförd inom ramen för självständigt arbete i barnmorskeprogrammet vid Umeå Universitet. Intervjuerna är genomförda under april 2018 i Svealand och Götaland.

Deltagare: Åtta kvinnor i åldrarna 36 till 47 år som ensamstående genomgått assisterad befruktning i Danmark, Polen, Ryssland eller Sverige och som erhållit mödrahälso- och förlossningsvård i Sverige.

Resultat: Analysen genererade i tre kategorierna; *att bli bemött som alla andra, att få vård med relevant utformning och innehåll och att ha behov av stöd*. Kvinnorna var överlag nöjda med det bemötande och den vård de erhållit men upplevde brister inom bemötande, kunskap, information, stöd och upplägg. De flesta kvinnorna påtalade en heteronormativitet inom vården.

Konklusion: Trots att kvinnorna generellt upplevt ett gott bemötande fanns det erfarenheter av en heteronormativitet inom mödrahälso- och förlossningsvården som påverkade upplevelsen negativt och skapade en känsla av utanförskap vilket stärks av andra studier kring normbrytande gruppers erfarenheter. Genom att förändra rutiner och innehåll inom vården samt genom att reflektera över sin egen del i upprätthållandet av en heteronormativ vård kan heteronormativiteten minska och vården bli mer inkluderande. Detta är till gagn för kvinnornas upplevelse av vården och kan leda till bättre hälsa vilket är en samhällsvinst.

Kliniska implikationer: Resultatet har stor klinisk relevans för alla som arbetar inom mödrahälso- och förlossningsvården då den kan ge ett underlag till områden inom vården som kan förbättras. Mer studier inom detta område behövs, för att tydligare kartlägga vården och fastställa hur utbredda de brister vi funnit är och hur den kan förbättras. Det kan även behövas studier från mödrahälso- och förlossningsvårdens perspektiv.

Nyckelord: frivilligt ensamstående kvinnor, upplevelser, mödrahälsovård, förlossningsvård, heteronormativitet, queerteori

“It feels like you have to be two”

-Single mothers’ by choice experiences of maternal health services.

Karin Stenberg & Sanna Svanholm

Abstract

Objective: The aim of this study was to describe single mothers’ by choice experiences of maternal health services.

Design: A qualitative method with an inductive approach was performed. Data were collected by semi-structured telephone interviews and were analyzed by means of qualitative content analysis. The result was discussed using queer theory.

Settings: This study was a master thesis, as a part of the Midwifery programmed at Umeå University. Interviews were made in April 2018 in the middle and south of Sweden

Participants: Eight single mothers by choice in the ages of 36 to 47 who had underwent assisted fertilization in Denmark, Poland, Russia or Sweden. All the women underwent maternal health services in Sweden.

Findings: The analyze resulted in three categories; *To be treated like everyone else, to receive relevant care* and *to need support*. The women were overall satisfied with the personal treatment and care they received but there were inadequacies in personal treatment, knowledge, information, support and the form of care. Heteronormative attitudes were described to be very dominant within the maternal health services.

Key conclusion: Even though the women described a generally good experience within the maternal health services they also described a heteronormative attitude that affected the whole experience in a negative way, creating a feeling of alienation. This is in line with studies about other norm breaking groups’ experiences. A more inclusive maternal health services could be attained by changes in routines and the form of the care and by reflect on your own part in maintaining a heteronormative care. Inclusive healthcare will improve women’s overall experience of care which is important to promote health and is a social gain.

Implications for practice: This study has a clinical relevance both for those working within maternal health services and for policymakers. More studies in this field are needed for a deeper understanding of the problem and determining deficiencies and how they can improve. Studies in the perspective of maternal health services may also be enquired.

Keywords: single mothers by choice, experiences, maternal health services, heteronormativity, queer theory.

Introduktion

2016 trädde en ny svensk lag i kraft som gav ensamstående kvinnor rätten till assisterad befruktning på lika villkor som gifta/sammanboende/registrerade partners. Detta har diskuterats och uppmärksammas i media de senaste åren. Trots mediaövervakning har inte mycket forskning riktats mot detta område och lite kunskap finns om hur denna grupp uppfattar den vård de erhåller. Denna studie önskar öka den kunskapen.

Bakgrund

Sverige har sedan 2002 en nationell folkhälsopolitik vars övergripande mål är att förbättra folkhälsan och minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Dessa hälsomål innefattar bland annat trygga och goda uppväxtvillkor, en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård samt trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa (Socialdepartementet, 2002). Reproductiv hälsa innefattar sociala, psykologiska och kroppsliga aspekter på barnafödande och sexualitet. Det innebär ett ansvarsfullt, tillfredsställande och säkert sexualliv, förmågan att fortplanta sig, frihet att besluta om sitt barnafödande och möjligheten att få friska barn. Tidpunkten för när i livet man föder barn i Sverige har förändrats med tiden, medan önskan om att få bli förälder tycks vara oförändrat stor (Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen, 2005). Barnlängtan är mångfacetterad och styrs av många olika faktorer så som biologiska, psykologiska, sociala och kulturella. Ofrivillig barnlöshet kan leda till en existentiell livskris. Föräldrar kan ha behov av stöd både före, under och efter en eventuell graviditet (Gottlieb & Fridström, 2010). Föräldrastöd som är en viktig del av barnmorskans arbetsområde inom mödrahälsovård, kan bidra till att utveckla ett gott samspel mellan föräldrar och barn, gynnar en positiv utveckling hos barnen samt minskar ohälsa inom familjen (SOU 2008:131).

Aktuell lagstiftning

Svenska diskrimineringslagen (SFS 2008:567) säger att ingen skall diskrimineras utifrån kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder. Sedan 2005 har det varit lagligt för homosexuella par att få hjälp att bli gravida genom insemination och sedan 2016 har även ensamstående kvinnor samma möjlighet att bli beviljad assisterad befruktning på lika villkor som gifta, sambos och registrerade partners inom den svenska hälso- och sjukvården. Vid assisterad befruktning ska det göras en särskild prövning av om det med hänsyn till den ensamståendes medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att behandling

äger rum (SFS, 2006:351; SFS, 2016:18). Enligt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2009:32) bör bedömningen ta hänsyn till ålder, hälsotillstånd och eventuella funktionsnedsättningar, levnadsförhållanden, inställning till att berätta för barnet om dess biologiska ursprung samt sociala nätverk. I "Assisterad befruktning med donerade könsceller - Nationellt kunskapsstöd" ges ytterligare vägledning till vad som kan vara viktigt i den psykosociala delen av den särskilda prövningen. Kunskapsstödet syftar till en mer jämlik hälso- och sjukvård och ett jämlikt bemötande (Socialstyrelsen, 2016).

Frivilligt ensamstående mödrar

Ensamstående kvinnor som väljer att skaffa barn utan inblandning av en partner kallas i engelskspråkig litteratur för "single mother by choice" eller "solo mothers". Studier tyder på att dessa kvinnor är en stark grupp, med bra socialt nätverk, god ekonomi och som får stabila, sunda relationer med sina barn och vars barn utvecklas normalt (Murray & Golombok, 2005b; Jadva et al. 2009). Frivilligt ensamstående mödrar upplever inte större svårigheter att anpassa sig till föräldrarollen, känner inte större oro eller mår psykiskt sämre än sammanlevande mödrar (Murray & Golombok, 2005a). Jadva et al. (2009) fann att valet att skaffa barn som ensamstående var väl övervägt och något de diskuterat med vänner och familj och att kvinnorna hade vidtagit åtgärder i sina liv för att förbereda sig inför förändringen. Många kände oro inför att barnet skulle påverkas negativt av att inte ha en närvarande far men de flesta ansåg att barnen hade andra manliga förebilder i sina liv. En dansk studie jämförde ensamstående kvinnor med kvinnor i relationer som genomförde insemination. Ingen skillnad i klass, tidigare förhållanden, tidigare graviditeter eller attityder till moderskap hittades. Enda skillnaden var att singelkvinnorna var i genomsnitt 3,5 år äldre när de genomgick behandling. Majoriteten av singelkvinnorna hade fördragit att ha en partner och önskade ett förhållande i framtiden (Salomon et al, 2015).

Familjebildning

Flertalet studier visar på att barn som vuxit upp i familjer med icke normativ sammansättning utvecklas positivt och blir välanpassade. Golombok (2017) menar att nya familjeformer så som samkönade par och frivilligt ensamstående mödrar karakteriseras av positivt föräldraskap och välanpassade barn. Barnen är mycket önskade och av nödvändighet planerade. Studien tyder på att föräldrarnas antal, kön, sexuell läggning och biologiskt släktskap till barnen har mindre betydelse för barnens psykologiska utveckling än de familjerelationer som finns och den sociala miljön som barnen uppfostras i. Freeman et al (2016) och Brewaeys (2010) har

jämfört kvalitén på föräldraskap och barnens psykiska utveckling och välmående mellan barn till heterosexuella par, lesbiska par eller självvalt ensamstående mödrar. Dessa visar att inga skillnader utom att det var färre mor- och barn konflikter i familjerna med ensamstående mödrar. Finansiella problem, barnets kön samt stress hos föräldrarna var associerat med problem med barnens anpassning i alla familjekonstellationerna. Detta stöder att ensamstående föräldraskap av eget val inte i sig påverkar barnets psykologiska välmående.

Bemötande inom mödrahälso- och förlossningsvård

Barnmorskor inom mödrahälso- och förlossningsvård möter människor från alla olika grupper som planerar för föräldraskap, är gravida eller som redan är föräldrar. I mödrahälsovårdsjournalen skall uppgifter om vilken familjesituation den gravida har anges. Svarsalternativen är "sammanboende med barnafadern" eller "annan familjesituation". Detta sammanställs sedan nationellt i medicinska födelseregistret. Under 2016 svarade 7% av alla gravida att de har en annan familjesituation (Socialstyrelsen, 2018). Detta omfattar alla familjeformer som avviker från normen att vara sammanboende med barnafadern, exempelvis ensamstående, samkönade föräldrar, särbo med barnafader etc.

Människors livsvillkor påverkas av samhällets formella och informella strukturer och jämställdhetsfrågor måste vara en integrerad del av folkhälsoarbetet. Samhällets syn på sexualiteten påverkar exempelvis om människor som är homo-, bi- eller transsexuella utsätts för fördomar och diskriminering - med ohälsa som följd. Inom vården krävs en öppen syn på människors sexuella läggning och olika former av familjebildning (Intressegruppen för Mödrahälsovård inom SFOG, Samordningsbarnmorskorna inom SBF, Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård, 2008).

För en jämlik hälso- och sjukvård ska vård och behandling ges på lika villkor och med samma goda bemötande till alla. Det har visat sig att bland annat personer som identifierar sig som HBTQ har högre andel ohälsa. Bland annat söker homo- och bisexuella kvinnor i lägre utsträckning vård, trots att behovet finns, på grund av attityder hos personalen. Detta ses speciellt inom kvinnosjukvården (Socialstyrelsen, 2011). I en svensk studie om bland annat lesbiska kvinnors upplevelse av vården generellt framkom det att det finns en heteronormativ syn som genomsyrar vården. Dålig kommunikation och antagande om att alla är heterosexuella, gör att många är osäkra kring om de ska vara öppna med sin sexuella läggning. Heterosexualitet är ett genomgående tema i såväl frågor från vårdpersonalen som i broschyrer och informationsmaterial som delas ut. Antaganden om att kvinnan behöver

preventivmedel och att graviditetstest är en standard bygger på antagande om att kvinnan har en manlig partner (Röndahl et al, 2006). Även inom mödrahälsovården och förlossningsvården är det heteronormativt och lesbiska gravida kan uppleva en oro för att berätta om sin sexuella läggning (Röndahl et al, 2009). En norsk studie om frivilligt ensamstående kvinnor visar att kvinnor tycker det är viktigt att vara öppna med sin situation men att det fanns svårigheter med kommunikationen med vårdpersonalen. De kände att personalen inte vågade prata kring det faktum att de var ensamstående och att de hade fått leta efter personal som de upplevde stödjande. De upplevde att personalens personliga åsikter påverkade vården de fick och att de inte vågade be om hjälp och stöd eftersom de kände att de självalt försatts sig i situationen. De kände också att de var en ensam grupp som inte passade in i samhällets bild av hur familjer ska vara (Jacobsen & Dahl, 2017). Dessa studier visar på brister inom bemötandet inom dagens mödra- och förlossningsvård. Vården utgår ofta från ett heteronormativt perspektiv där en man och en kvinna som skaffar barn räknas som det normala medan allt annat är avvikande.

Teori

Queerteorin handlar om olika perspektiv på kultur, samhälle och identitet. Gemensamt fokuserar den på normalitet, vad som avviker från normen, hur det normala uppstår samt vad det får för konsekvenser för människors levnadsvillkor. Inom queerteorin är kritiken mot heteronormativiteten central. Heteronormativitet innebär antagandet att alla är heterosexuella och att det naturliga sättet att leva är heterosexuellt. Det är inte enskilda personers sexuella handlingar som är i fokus utan normsystemet, att det finns ett rätt sätt att leva (Ambjörnsson, 2016). I forskningssammanhang åsyftas de strukturer, så som institutioner, strukturer, relationer och handlingar som vidmakthåller heterosexualiteten som norm.

Heteronormativiteten är aktivt normerande, dvs allt som faller utanför ramen stämplas som avvikande och därmed fel (Rosenberg, 2002). Normer kan definieras som en regel som hänförs till ett ideal och är i praktiken regelsystem som ofta är osynliga tills någon bryter mot dem. Normer behövs i ett samhälle men det kan samtidigt begränsa och kränka människor.

Normalitet är känslan av att inte vara avvikande och normativitet utgör det maktsystem som vidmakthåller dessa normer (Butler, 2006). Heterosexualiteten är framställd som den mest önskvärda formen i samhället, men det är inte all form av heterosexualitet som anses normal. Endast en liten del faller inom de heteronormativa ramarna; den gifta, monogama, mamma-pappa-barn-modellen anses normal. Personer som identifierar sig som heterosexuella kan på grund av detta trots allt falla utanför ramarna, exempelvis kvinnor som väljer att skaffa barn

utan pappa. Vad som anses normalt skiljer sig dessutom beroende på vilka vi är och i vilka kretsar vi rör oss. Därför kan vad som avviker eller bryter från normen variera. Tystnad, stereotypisering, exkludering och patologisering är sätt att upprätthålla heteronormativiteten (Ambjörnsson, 2016).

Motiv för studien

Önskan att skaffa barn är en del av den reproduktiva hälsan (Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen, 2005) och en ofrivillig barnlöshet kan leda till en existentiell livskris som kan påverka hälsan (Gottlieb & Fridström, 2010). Gruppen frivilligt ensamstående kvinnor som skaffar barn bryter från den heteronormativitet som finns i samhället (Ambjörnsson, 2016). Denna grupp kommer sannolikt att öka i och med lagändringen som trädde i kraft 2016 som ger ensamstående kvinnor samma rättigheter till assisterad befruktning som gifta/sammanboende/registrerade partners (SFS, 2006:351; SFS, 2016:18). Enligt Socialstyrelsen (2011), ska hälso-och sjukvård bedrivas på lika villkor med samma goda bemötande till alla oavsett kön, sexualitet, funktionsvariation eller familjebildning. Detta inkluderar mödrahälso- och förlossningsvården. De studier som finns på andra normbrytande gruppers upplevelser av vården visar att det finns en stor heteronormativitet som genomsyrar hela vården (Röndahl et al, 2008; Röndahl et al 2006; Jacobsen & Dahl, 2017), vilket gör att redan utsatta grupper blir ytterligare utsatta. Det finns få studier kring frivilligt ensamstående mödrars upplevelse av mödrahälso- och förlossningsvård. Detta medför en kunskapslucka om hur vården faktiskt ser ut. Delar frivilligt ensamstående kvinnor andra normbrytande personers upplevelser om en heteronormativ syn inom mödrahälso- och förlossningsvård? Är de nöjda med den vård de erhåller eller upplever de brister?

Syfte

Att beskriva hur frivilligt ensamstående kvinnor som genomgått assisterad befruktning, upplever mödrahälso- och förlossningsvården i Sverige.

Metod

För att svara på syftet har en kvalitativ studie med en induktiv ansats gjorts. Data har inhämtats genom semistrukturerade intervjuer och har analyserats genom en kvalitativ innehållsanalys. Resultatet har diskuterats utifrån queerteorin.

Design

Kvalitativ innehållsanalys är en metod att analysera data, vilket används för att beskriva variationer och identifiera mönster i text. Fokus ligger på att hitta likheter och skillnader i det insamlade materialet. Med en induktiv ansats på analysen sker en förutsättningslös analys utan ett i förväg utarbetat kodningsschema. Metoden passar att användas för att analysera material från intervjuer (Graneheim et al, 2017).

Studiekontext

Studien är genomförd inom ramen för självständigt arbete i barnmorskeprogrammet vid Umeå Universitet. Intervjuerna är genomförda under april 2018 i Svealand och Götaland.

Urval /Deltagare

För att få tillräckligt med material för att uppfylla syftet men samtidigt begränsa mängden har åtta intervjuer genomförts. En förfrågan att delta i studien skickade ut via föreningen Femmis (Föreningen för frivilligt ensamstående föräldrar med donation) och 16 kvinnor visade intresse att delta. De första åtta kvinnorna som uppfyllde inklusionskriterierna valdes ut att delta. Inklusionskriterier för deltagande i studien var att vara ensamstående kvinna som genomgått assisterad befruktning. För att beskriva nuläget och för att upplevelserna skall vara någorlunda färskas skulle behandlingen ska ha ägt rum de senaste fem åren. Kvinnorna skulle ha varit ensamstående under hela processen samt tagit del av svensk mödrahälso- och förlossningsvård. De skulle tala och förstå tillräckligt bra svenska för att delta i en intervju, då tolk ej fanns tillgänglig.

Kvinnorna som deltagit i studien är i åldrarna 36 till 47 år och har som ensamstående genomgått assisterad befruktning i antingen Danmark, Polen, Ryssland eller Sverige. De hade ett till två barn som var tre månader till fyra år gamla. De levde och hade erhållit sin mödrahälso- och förlossningsvård i stora och medelstora städer i Svealand och Götaland. Alla kvinnor var vid tidpunkten för intervjuerna fortfarande ensamstående.

Datainsamling/Procedur

Rekrytering av deltagare har gjorts via föreningen Femmis (www.femmis.se) vilka publicerade en inbjudan till studien på sitt sociala nätverk. Kvinnor som visade intresse kontaktades via mail för ytterligare information, se bilaga 1. Skriftligt samtycke inhämtades från samtliga deltagare. Data har insamlats genom telefonintervjuer med en semistrukturerad intervjuguide som har förutbestämda men öppna och flexibla frågor. Semistrukturerade

intervjuer är den vanligaste intervjumetoden för kvalitativ forskning. Intervjuaren kan ändra om och variera frågorna om nya vägar, som inte var tänkt från början, dyker upp. Med semistrukturerade intervjuer finns en chans för intervjuaren att utforska ämnen som spontant kommer fram (Doody & Noonan, 2013).

Intervjuguiden innehöll 12 öppna frågor som rörde kvinnornas upplevelse av mödrahälso- och förlossningsvården; bemötande, kunskap, innehåll och upplägg. Se bilaga 2. För att säkerställa intervjuguiden genomfördes en pilotintervju, som bedömdes tillräckligt bra för att inkluderas i studien. Intervjuguidens innehåll ändrades inte efter pilotintervjun.

Författarna genomförde ensam fyra intervjuer var, för att inte förstärka den maktposition som finns gentemot deltagarna. Alla intervjuerna genomfördes via telefon, spelades in och varade mellan 16 till 31 minuter. Intervjuerna transkriberades ordagrant av den som genomförde intervjun. Alla intervjuer lästes igenom noggrant av båda författarna.

Analys

Materialet har analyserats utifrån kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Materialet har transkriberats ord för ord och lästs igenom av båda författarna flera gånger för att få en helhet. Delar som inte svarar på syftet har utelämnats från analysen.

Innehållet delades in i meningsbärande enheter, vilka sedan förkortades genom en kondensering samtidigt som det centrala och väsentliga i innehållet bevarades.

Kondenseringen abstraherades till koder, som bestod av ett fåtal ord som beskrev innehållet. Koderna grupperades utifrån likheter och skillnader och delades sedan in i subkategorier som vidare delades in i kategorier. Varje kategori är skild från övriga kategorier och ingen kod återfinns i flera subkategorier. Tillika förekommer varje subkategori i endast en kategori.

Exempel på analys

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Nä och på förlossningen var dom så himla fina så nä allt var... Var väldigt fint. Jag är ändå väldigt nöjd	På förlossningen var dom fina, jag är väldigt nöjd.	Nöjd med vården	Att bli bra och dåligt bemött	Att bli bemött som andra
ja, äh, alltså jag har, jag känner att jag har blivit positivt bemött rakt igenom min graviditet egentligen.	Jag har blivit positivt bemött rakt igenom min graviditet.	Positivt bemötande	Att bli bra och dåligt bemött	Att bli bemött som andra

Analysen genererade i 7 kategorier och 29 subkategorier, som efter bearbetning slogs samman till 3 kategorier och 8 subkategorier, dessa redovisas under resultatet.

Forskningsetiska överväganden

Forskning som avser människor ska etiskt prövas enligt lag. Forskning godkänns bara som den kan utföras med respekt för människovärdet och mänskliga rättigheter samt att människans välfärd ska ses framför vetenskapens intresse. Därför kan deltagare i studier när som helst i processen dra tillbaka sitt samtycke att delta, med en direkt verkan. Denna lag gäller dock inte för arbete inom högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå (Codex, 2018). Det innebär att denna studie inte behöver genomgå etisk prövning. Trots detta har ändå etiska överväganden tagits. Helsingforsdeklarationen, som antogs av World Medical Association 1964, är ett viktigt forskningsetiskt dokument för medicinsk forskning som involverar människor. Denna studie följer de fyra begreppen i helsingforsdeklarationen, vilka är: sekretess, tystnadsplikt, anonymitet och konfidentialitet. Det betyder att hänsyn måste tas till om sekretess råder enligt lag, att vissa yrkeskategorier har tystnadsplikt, att anonymitet garanteras genom avkodning av forskningsmaterialet samt konfidentialitet upprätthållas genom att materialet inte sprids vidare (Vetenskapsrådet, 2017).

Deltagarna i denna studie har inte eftersökts via journaler från sjukvården och de var inte längre aktiva patienter i mödrahälsovård -och förlossningsvård. Därför stod inte deltagarna i någon beroendeställning i förhållandet till författarna. Alla deltagare har fått skriftlig och muntlig information om studiens syfte och genomförande, samt informerats om att de när som helst kan avbryta sitt deltagande i studien. Alla deltagare har lämnat skriftligt medgivande att delta. Alla deltagare har varit anonyma och resultatet har behandlats med respekt för att garantera konfidentialitet.

Resultat

Analysen resulterade i 3 kategorier och 8 subkategorier.

Kategorier	Subkategorier
Att bli bemött som alla andra	Att känna oro för bemötande Att bli bra och dåligt bemött Att prata om sin situation
Att få vård med relevant utformning och innehåll	Att känna att personalen har kunskap Att få relevant information och råd Att ej få anpassad vård
Att ha behov av stöd	Att få stöd från barnmorskan Att ha behov av extra stöd

Att bli bemött som alla andra

Denna kategori innehåller tre subkategorier; att känna oro för bemötande, att bli bra och dåligt bemött samt att prata om sin situation.

Att känna oro för bemötande

Flera av kvinnorna hade en oro för hur de skulle bli bemötta, det innefattade en oro för personalens och andra blivande föräldrars värderingar, vad folk skulle tycka och tänka. Det fanns också en oro för att inte passa in. Flera av kvinnorna beskrev att de blivit väldigt illa behandlad av vården innan de blev gravida och kände en oro att det skulle bli så även nu. En kvinna beskrev sin oro enligt följande:

"Och det första jag kanske var lite nervös för var att det var en äldre kvinna som jag hade fått. Hon såg ut att vara ungefär 60 och då tänkte jag nu hur hennes värderingar är. Men hon var världens gulligaste och det var liksom "jaja men så kan man ju också göra" eller hon var liksom väldigt laid back och det var verkligen inga värderingar upplevde jag under hela tiden." Kvinna 3.

En annan av kvinnorna ringde till mödrahälsovården innan första besöket och bad att få en barnmorska som inte skulle ställa en massa frågor eller ha något att säga om hennes situation. Hon fick svaret att de var HBTQ certifierade och barnmorskan hon fick upplevde hon som gullig.

Att bli bra och dåligt bemött

En majoritet av kvinnorna upplevde generellt ett bra bemötande under vårdtiden, från besöken på mödravården till förlossning och BB tiden. De var överlag väldigt nöjda med bemötandet och de beskrev barnmorskorna som gulliga, underbara, lyssnande och jättebra. Bemötandet beskrevs som problemfritt och utan konstigheter. Många beskrev också att det fanns en omtanke och trygghet. Ett par av kvinnorna hade svårt att sätta fingret på vad de var som de upplevde som positivt.

Det kvinnorna upplevde som bra på mödravården var att barnmorskorna lyssnade och var öppna för vad kvinnorna ville säga. En kvinna beskrev att hon var så nöjd med barnmorskan att hon bad om samma barnmorska vid nästa graviditet. Flera av kvinnorna tyckte att det var skönt att de stödpersoner de valt att ha med sig blev bra bemötta och att det kändes självklart att de fick vara med. En kvinna beskrev att hennes barnmorska var bra på att ta upp och hantera de frågor som måste tas upp enligt rutiner men som egentligen inte var anpassade efter hennes situation, exempelvis våld i nuvarande relation, partnerrelaterade frågor etc.

Barnmorskan hanterade det på ett fint sätt, hon skrattade åt upplägget och tyckte det var stelbent vilket kvinnan uppskattade.

På förlossningen och BB tyckte kvinnorna att det var bra att ingen ifrågasatte att de var ensamstående, att de var neutrala. De beskrev även att deras stödpersoner blev väl bemötta även här, exempelvis genom att de hälsade och tog i hand, gratulerade mormor och inte frågade efter en partner. Flera av kvinnorna beskrev personalen som fina, hänsynsfulla och omtänksamma. En kvinna upplevde personalen som peppande då hon fått flera positiva kommentarer rörande sitt beslut att skaffa barn som ensamstående så som; härligt, bra för dig och att personalen själv kände fler i samma situation. En kvinna beskrev att hon fick ett rum för par trots att hon var ensam vilket hon trodde berodde på omtanke så hon inte behöva se alla gulliga familjer. En annan kvinna beskrev att hon fick extra hänsyn och omtanke, till exempel fick hon nattmackor av personalen. Ytterligare en annan kvinna beskrev att hon blev bemött utan missvilja eller ovilja, och att ingen bemött henne respektlöst. En kvinna beskrev att hon inte kände sig konstig, att det inte var ett problem att hon var ensamstående och ytterligare en annan beskrev att barnmorskan uppfattade de hon ville, behövde och efterfrågade. Många av kvinnorna uttryckte att det var viktigt att få vara som alla andra, att inte få specialbehandling och att bli bemött som vem som helst.

"...Att mötas av att man är en tv show liksom så kändes... det ville inte jag, jag ville mötas av att det är normalt även fast det är ovanligt, jag vill inte mötas av fascination för det bara, det förstärker bara känslan av onormalitet." Kvinna 4.

Många av kvinnorna upplevde att de blivit bemötta just som alla andra, de uttryckte att de varit som normala patienter vilket de tyckte var positivt. Många uttryckte att det var en icke fråga att de var ensamstående. En kvinna tyckte att det inte spelade någon roll hur man blivit gravid. En kvinna beskrev att personalen på förlossningen tyckte att en mamma var en mamma oavsett situation, vilket hon tyckte var skönt. En annan kvinna kommer inte ihåg om någon frågat om hennes livssituation. Flera av kvinnorna upplevde att de blivit särbehandlade just på grund av att de är ensamstående, och en del av kvinnorna kände sig ambivalenta till detta, å ena sidan att få vara som alla andra och å andra sidan var det viktigt att utgå från att alla inte är lika.

Trots att de flesta har upplevt ett genomgående positivt bemötande beskriver flera av kvinnorna även skiftande och negativt bemötande på förlossningen och BB.

"Det var verkligen skiftande [...] dom hade lite personliga åsikter om det som jag tyckte sipprade igenom". Kvinna 3.

En kvinna beskrev att en barnmorska var kort i tonen mot henne vilket hen inte var mot andra som var par, hon tyckte även att barnmorskan hade attityden att hon skulle fixa saker själv då hon själv försatt sig i situationen. Det gick så långt att hon undvek barnmorskan i fråga. Två av kvinnorna upplevde att deras barnmorska nonchalerade och inte tog hänsyn till deras uttalade och nedskrivna önsksningar.

Att prata om sin situation

Inställningen till att prata med personal och andra om sin situation som ensamstående gravid varierade mellan kvinnorna. Vissa av kvinnorna pratade gärna om det, var beredda på och tyckte det var okej och viktigt med frågor. En kvinna beskrev att man är beredd på frågor när man valt att få barn som ensamstående. Ett par av kvinnorna hade klargjort sin situation i ett förlossningsbrev för att undvika missuppfattningar under förlossningen. Flera av kvinnorna som gick föräldrastöd i grupp valde att förklara sin situation direkt för gruppen. Flera möttes av en positiv respons där personal och andra blivande föräldrar tyckte att det var spännande och intressant och de ville ofta veta mer. De flesta kvinnorna påpekade vikten av rätt terminologi när man pratade om deras situation, att det finns en donator och inte en pappa. En kvinna uttryckte att hon var noga med att barnet var gjort på klinik eftersom att man kan vara ensamstående av olika orsaker, exempelvis att man blivit lämnad.

Ett par av kvinnorna uttryckte att även om de var bekväma att prata om sin situation trodde de att andra kunde uppleva det som jobbigt. En kvinna berättade att hon upplevde sin situation som väldigt privat och hon sa att hon inte brett om folks åsikter trots att dom var positiva. Hon valde att berätta så lite som möjligt då det kändes svårt att förklara när folk inte var insatta och jämförde sin situation med en kompis som var gay.

" ... jag har en kompis som är gay, en kille som berättar att han får lite liknande sådär kommentarer. Att när han berättar att han är gay ska alla berätta att dom tycker att det är så ok [...] men folk vill visa det därför att dom vill visa att dom är open minded och är moderna. Och det är precis samma känslor jag känner i det här att eh... ja... okej vad bra du tycker det, jag förstår att det är mycket värre om man får negativa känslor men det är ändå... dom är inne och rotar i nått otroligt provat." Kvinna 4.

Att få vård med relevant utformning och innehåll

Denna kategori innehåller tre subkategorier; Att känna att personalen har kunskap, att få relevant information och råd samt att ej få anpassad vård.

Att känna att personalen har kunskap

De flesta av kvinnorna upplevde personalens kunskaper som skiftande. Alla kvinnor berättade att barnmorskorna träffat kvinnor i deras situation tidigare och därmed hade erfarenhet i ämnet. En kvinna beskrev att hennes barnmorska hade en dotter som genomgått samma sak vilket gjorde att hon kunde utbyta erfarenheter med henne. En annan kvinna påpekade att personalen träffat på kvinnor som fått hjälp att bli gravida utomlands i 15 år. Några av kvinnorna uttryckte att det var oklart hur mycket barnmorskorna faktiskt kunde om ämnet och en hade inte reflekterat över personalens kunskapsnivå.

Flera tyckte att personalens kunskap som god utan behov av ytterligare kunskap. En kvinna beskrev MVC-personalen som väldigt kunnig och en annan kvinna beskrev att barnmorskan själv lyfte ämnen som var viktiga i hennes situation. Ytterligare en kvinna påpekade att barnmorskor hade större kunskap än förstföderskor om vad situationen som ensamstående kunde medföra för specifika problem och vad som var viktigt att tänka på som ny ensamstående förälder.

Trots barnmorskornas erfarenheter var det flera av kvinnorna som upplevde barnmorskornas kunskap som bristande och önskade att det fanns en större kunskap om hur det är att vara frivilligt ensamstående, vad det innebär och hur man själv kan lösa situationer och problem som uppstår. Flera av kvinnorna upplevde att de själva fått stå för kunskapen.

"Jag upplever att man får vara kunskapsbärare själv, man får ta reda på allt själv det som skiljer sig från det vanliga." Kvinna 6.

Flera upplevde en bristande kunskap om fertilitetsbehandling och en kvinna uttryckte att hon själv fått berätta hur det går till. En annan kvinna berättade att hon fått rätta barnmorskan då hon fått felaktig information om att hon kunde få extrastöd hos en auroramottagning.

Att få relevant information och råd

Som gravid får man både inom mödrahälsovården och förlossningen en stor mängd muntlig och skriftlig information och råd. Några av kvinnorna hade inte reflekterat över materialets innehåll och någon tyckte det var för stor mängd skriftlig information och la det på hög. En av kvinnorna upplevde informationsmaterialet som genomtänkt och fint utformat, med olika familjebilder presenterade.

"jag har ändå blivit på nått sätt positivt överraskad över av allt jag har sett tror jag är väldigt öppet liksom, både för ensamstående och för samkönade och ja det är inte det här... mamma-pappa normen syns inte speciellt tydligt i materialet."

Kvinna 1.

Flera av kvinnorna tyckte att informationsmaterialet riktade sig till par och att väldigt lite vände sig till ensamstående. Den information som vände sig till enbart kvinnor gällde rent fysiska frågor. En kvinna upplevde att det inte fanns någon information alls för ensamstående utan att allt vände sig till par, att det var underförstått att man skulle ha en partner.

"Sen den typen av material som finns där då. Det finns, det är inte mycket som vänder sig till dom som är ensamstående eller ingenting var det väl. Utan de, de är ju väldigt fokuserat på, äh på liksom par [...] De, det är liksom underförstått hela tiden att man ska ha nån annan." Kvinna 7

En kvinna beskrev att hon hade förståelse för bristen på information då det inte var lagligt med assisterad befruktning för ensamstående kvinnor under hennes graviditet men hoppades och förutsatte att det nu var framtaget bättre informationsmaterial. En annan kvinna hoppades på flera alternativ av informationsmaterial för både ensamstående och andra normbrytande familjer exempelvis lesbiska. De flesta kvinnorna önskade att det fanns information och råd mer anpassat till deras situation. Till exempel vad händer om man är ensam på förlossningen, vad kan man behöva hjälp med efteråt och hur faderskapsutredningen går till. En av kvinnorna som önskade mer anpassade information och råd beskrev att alla råd hon fick gick ut på att få avlastning och få stöd av andra. Hon efterfrågade råd som inte baserades på andras stöd. Hur man själv kan fixa situationen, exempelvis se till att ha matlådor i frysen, köp färdig mat så du slipper lägga ifrån dig bebisen samt råd kring amning och sömn som inte baseras på att bli avlastad.

".. kontentan är hela tiden se till att få hjälp, men om familjeformen inte ser ut så att jag inte har en annan förälder eller nån annan som så, är det inte ett hjälpsamt råd. Då är det hjälpsamt om det finns många olika råd." Kvinna 6.

Flera av kvinnorna beskrev att de fann den informationen som de saknade via Facebookgrupper eller via föreningen Femmis.

Att ej få anpassad vård

Många tyckte att mödrahälso-, förlossnings- och BB-vården var bra överlag med relevant innehåll. Trots detta upplevde många att vården inte var anpassad till deras situation som ensamstående efter assisterad befruktning. En kvinna upplevde att det fanns ett baspaket och att det inte var anpassat till kvinnor i hennes situation.

"Det var bra. Men jag kände att vården som så var inte förberedd på mig eller mina medsystrar i det här." Kvinna 4.

Flera av kvinnorna upplevde att tvåsamhet var normen inom mödrahälso- och förlossningsvården. Det kändes som att man måste vara två och flera kvinnor beskrev att det räknades med att man skulle ha någon med som stöd på förlossningen. De flesta hade förståelse för att vården var heteronormativ då de såg sig själva som de avvikande och hade förståelse för att samhället ser ut så.

Just föräldrastödet i grupp var en del av mödrahälsovården som många fann otillfredsställande. Innehållet kändes heteronormativt och enbart kärnfamiljer representerades i materialet som visades. I grupperna var kvinnorna ensamma om att ha en normbrytande familjebildning och de andra deltagarna bestod av heterosexuella par. Även om vissa av kvinnorna inte tyckte att det var jobbigt uttryckte flera en känsla av utanförskap, att inte passa in och att de kände sig obekväma. En kvinna tog upp en övning på massage inför förlossningen som ett exempel där hon inte kunde delta. En annan trodde att hon skulle känt sig mer bekväm om exempelvis ett homosexuellt par deltagit så hon inte hade varit ensam om att bryta mot normen. Nästan alla av kvinnorna som deltagit i föräldrastödet i grupp uttryckte en önskan om ett mer anpassat föräldrastöd med mer anpassat innehåll och en grupp med antingen fler familjetyper representerade eller en grupp bestående av enbart kvinnor som delade hennes situation.

"...även om jag gick på vanlig föräldrautbildning så hade jag uppskattat om det är möjligt liksom att, att man hade föräldrautbildning för ensamstående. [...] Man kanske ändå har lite andra frågor och framför allt så är det väldigt värdefullt att träffa andra i samma situation." Kvinna 5.

En del av kvinnorna undvek att ställa frågor relaterad till sin egen situation då de inte kände sig bekväma, och en kvinna avstod helt från att delta i föräldrastödet i grupp då hon inte trodde den skulle vara relevant för henne. Flera påpekade att de förstod att det kunde vara svårt att få till en grupp för enbart ensamstående men föreslog samarbete mellan flera mödravårdscentraler och centralisering av föräldrastödet som en lösning.

Att ha behov av stöd

Denna kategori innehåller två subkategorier; att få stöd från barnmorskan samt att ha behov av extra stöd.

Att få stöd från barnmorskan

Flera av kvinnorna upplevde bra stöd av barnmorskan. En kvinna beskrev att barnmorskan på eget initiativ försäkrade sig om att hon hade ett bra socialt nätverk och den hjälp hon behövde på ett omtänksamt sätt. En annan kvinna berättade att hennes barnmorska uppfattade hennes behov av extrastöd trots att kvinnan själv inte såg behovet och ordnade längre BB vistelse vilket kvinnan i efterhand var väldigt tacksam för. Några av kvinnorna berättade att de känt ett behov av att samtala kring frågor som man i normala fall kanske pratar med sin partner om. De upplevde att barnmorskans jobb var väldigt fysiskt inriktat med kontroll av graviditeten i fokus, så som att mäta magar, lyssna på fosterljud och ta blodprover, vilket innebar att det fanns för lite tid till stödjande samtal. Flera uttryckte en önskan efter en extra samtalskontakt under graviditeten utöver det samtalsstöd som barnmorskan kunde erbjuda.

"Man sitter ju väldigt kliniskt i det här rummet och tar blodprover och lyssnar på hjärtslag och sånt där så det är ju inte en sån situation där man kanske äh har tid att liksom ha nått psykologsamtal nästan [...]. Äh ja, det är mer så där ja men allting ser bra ut. Så. Det är mer fysiskt hos barnmorskan tyckte ja. Än psykiskt så" Kvinna 2.

En kvinna uttryckte också en tydlig oro för rätten att söka hjälp. Hon beskrev att hon och andra i samma situation som hon diskuterat med hade tankar kring att de själva satt sig i situationen och att man då fick ta konsekvenserna av sitt handlande. Hon menade att barnmorskor borde fråga extra om kvinnornas behov av stöd och hjälp då de kanske av denna anledning kan ha en tendens att inte själva ta upp frågan.

Att ha behov av extra stöd

Många av kvinnorna oroade sig för att vara ensamma både under föräldrastödet i grupp och under förlossningen. Flera av kvinnorna kände ett behov av extra stöd i och med att de saknade en partner. Alla kvinnorna hade med sig stöd från kompis, syster, mamma eller doula till förlossningen och samtliga upplevde en positiv inställning från vården gällande stödpersonerna. De uttryckte att det kändes självklart från förlossningens sida att de hade med någon som stöd. En kvinna hade dock önskat att det var mer självklart att ta med en stödperson även till barnmorskan under mödrahälsovårdsbesöken. Många av kvinnorna uttryckte också att det hade varit värdefullt att få prata med andra i samma situation, för att dela funderingar, tankar och erfarenheter, vilket de inte hade fått möjlighet till via vården. Några påpekade att de funnit det stödet från andra i samma situation via föreningen Femmis.

Flera av kvinnorna hade stannat kvar längre än vanligt på BB, vilket upplevdes som positivt och det kändes inte som om det varit möjligt att åka hem tidigare. Att få hjälp med amning, mat och stöd kring vård av barnet nämndes som uppskattat och de uttryckte att den hjälpen borde erbjudas alla.

"Och det tycker jag ju kanske ensamstående borde få erbjudas även när det är fullt eller går det inte så går det inte men det var väldigt ovärderligt för mig att få mat eh ja. Jag kunde ju, så fort jag inte kunde amma så fick jag ju bara ringa på klockan så hjälpte de mig ju liksom. Så hemma hade jag nog varit lite desperat tror jag. Eh ja och plus att få i sig mat och så dära och sådär. Så det tycker jag nästan alla ensamstående borde få möjlighet till." Kvinna 2.

En kvinna berättade att hon var väldigt missnöjd med sin första förlossning. Hon hade inte med sig någon anhörig eller annat stöd då hon hade räknat med att hon skulle få allt stöd hon behövde när hon kom dit men väl på plats upplevde att hon inte fick något stöd alls av personalen. Hon kände att hon hade behövt någon med sig som kunde föra hennes talan. Inför nästa förlossning anställde hon därför en doula vilket hon var väldigt nöjd med. Hon önskade att hon hade haft det även på den första förlossningen, då hon trodde det gett henne en bättre förlossningsupplevelse och ansåg att möjligheten att anställa en doula borde vara subventionerat av vården för alla ensamstående.

Diskussion

Resultatdiskussion

Analysen genererade i ett resultat bestående av 3 kategorier. Att bli bemött som alla andra handlar om kvinnornas oro för bemötande, deras goda och dåliga erfarenheter av bemötande samt deras inställning till att prata om deras situation. Att få vård med relevant utformning och innehåll handlar om kvinnornas upplevelser av personalens kunskaper, vårdens innehåll och känslan av att vården inte är anpassad efter kvinnornas situation. Att ha behov av stöd tar upp kvinnornas upplevelse av behovet av stöd från personal, anhöriga och andra i samma situation. Resultatet tyder på att det finns en heteronormativitet i samhället som genomsyrar mödrahälsovården och förlossningsvården; i bemötande, informationsmaterial och föräldrastöd i grupp. Trots detta upplever de flesta kvinnorna att de fått ett överlag gott bemötande och en god vård.

Resultatet tyder på att vården oftast inte är anpassad till gruppen frivilligt ensamstående kvinnor som genomgått assisterad befruktning. Kvinnornas upplevelser tyder på skillnader i den vård som ges både inom gruppen och gentemot övriga grupper inom hälso-och

sjukvården. Normer ser olika ut i olika delar av samhället och inom olika grupper (Ambjörnsson, 2016). Inställningen till normbrytande grupper kan också vara olika på personnivå vilket syns i kvinnornas berättelser gällande enskilda vårdpersonals bemötande. Detta kan vara en förklaring till kvinnornas olika upplevelser. De flesta av kvinnorna uttryckte att de ville bli bemötta som alla andra.

Trots att de flesta upplevde att de blivit väl bemötta av mödrahälso- och förlossningsvården uttryckte flera av kvinnorna en oro inför bemötande och därmed en oro att kontakta mödrahälsovården. Många hade dessutom dåliga erfarenheter av bemötande sedan tidigare, vilket kan ha bidragit till den oro som fanns inför kontakten med vården. Även lesbiska kvinnor, som är en annan normbrytande grupp, kan känna en oro för hur de ska bli bemötta inom vården (Röndahl et al., 2009). I egenskap av frivillig ensamstående kvinna som skaffar barn via assisterad befruktning bryter kvinnorna mot det heteronormativa samhället där den heterosexuella mamma-pappa-barnmodellen är norm (Ambjörnsson, 2016). Det är inte konstigt att känna oro i och med tidigare dåliga erfarenheter och känslan av att inte passa in kan bidra till en osäkerhet i relation till andra. Önskan om att passa in och att vara som andra syns i kvinnornas ordval när de pratar om att få vara normal vilket beskrevs som positivt och önskvärt. Detta återfinns också i studier kring HBTQ-personers relation till vården där önskan om att behandlas som alla andra ofta är stor (Röndahl et al., 2009; Spidsberg & Sørлие, 2012; Wells & Lang, 2016).

Kvinnorna hade olika inställningar till att prata om sin situation. Många valde att ta upp ämnet just för att slippa missförstånd och för att de hade en förståelse för att folk hade frågor och funderingar. Andra kände att de inte ville diskutera det alls. I Jacobsen & Dahl (2017) studie om frivilligt ensamstående kvinnors erfarenheter av vården innan och efter förlossning framkommer det också att kvinnorna upplevde att barnmorskorna ibland undvek att prata om deras situation. Kvinnorna uppfattade att orsaken till detta var osäkerhet och rädsla att göra fel. För vårdpersonal kan det att kvinnor ställer sig olika inför hur och om man vill prata om detta innebära en svårighet. Rädslan för att göra fel kan innebära en osäkerhet som försvårar kommunikationen mellan barnmorskan och kvinnan (Röndahl et al, 2006; Spidsberg & Sørлие, 2012). Rädsla att göra fel kan göra att man undviker ämnet helt. Stewart och O'Reilly (2017) fann i sin studie att barnmorskor försökte vara mer inkluderande gentemot HBTQ personer genom att anpassa sitt språk, journaltexter och bemötande. De ansåg att denna grupp skulle bemötas som alla andra vilket ibland resulterade i att de inte lyfte frågan alls vilket i sin tur kunde leda till att vårdtagarna kände sig osynliggjorda. Rosenberg (2002) menar att

heteronormativiteten är aktivt normerande dvs att allt som avviker är fel och därmed dåligt. Om man anser att något är fel och avvikande är det svårt att tala om och blir en sak att dryfta. Vi tror att kunskap, god kommunikation och en god relation mellan vårdgivare och vårdtagare är viktigt för ett bra bemötande men vi är också övertygade om att en ändrad syn på vad som räknas som normalt krävs för att komma till rätta med problemet i det långa loppet. Vi kan inte ha ett samhälle där enbart en typ av familjebild och sätt att leva räknas som normalt och rätt.

Trots att kvinnorna berättade att barnmorskorna hade erfarenhet av frivilligt ensamstående som genomgått assisterad befruktning, så upplevde flera av kvinnorna att det fanns en brist på kunskap och information. En kvinna uttryckte att det var olagligt med assisterad befruktning för ensamstående i Sverige när hon genomgick behandling vilket hon tänkte var en orsak till brist på rätt information och kunskap. Men vi tycker att det inte är en ursäkt för bristerna eftersom det aldrig har varit olagligt att vara ensamstående gravid, oavsett hur barnet blev till. Dessutom har ungefär hälften av kvinnorna fått barn efter att den nya lagen trädde i kraft, även om den assisterade befruktningen inte alltid ägde rum i Sverige. Därför är det förvånande att det inte finns bättre kunskap. Vi finner det märkligt att man kan möta en grupp under flera års tid och få erfarenhet av denna utan att man ser till att uppdatera sin kunskap och vårdens upplägg inom området. Nästan allt informationsmaterial och vårdens upplägg var riktat till par, i stort sett inget var anpassat till ensamstående. Detta kan bidra till att kvinnornas känsla av utanförskap ökar.

Wells & Langs studie från 2016, som sammanställt 10 studier om lesbiska kvinnors erfarenhet barnhälsovården i de nordiska länderna, fann att deltagarna i studierna upplevde föräldrastöd i grupp som enbart riktad till heterosexuella par och inte alls anpassad efter deras familjesituation. Resultatet av denna studie visar på att frivilligt ensamstående kvinnor som skaffar barn via assisterad befruktning också upplever en heteronormativitet inom föräldrastödet i grupp. Ingen av kvinnorna som deltagit tyckte att den var relevant utformad. En kvinna avstod helt från att delta då hon trodde att det inte skulle passa henne. Flera av kvinnorna pratade om ett utanförskap, att inte passa in och att känna sig obekväma. Många ursäktade detta med att samhället ser ut så. Att en verksamhet som är utformad för att ge stöd i övergången till föräldraskap skapar utanförskap och är exkluderande är ett stort problem. Enligt socialstyrelsen (2011) ska vård ges på lika villkor och med samma goda bemötande till alla vilket inte verkar vara fallet för denna grupp. Alla människor ska ges samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor och hälsofrämjande insatser och ett

hälsofrämjande perspektiv bör genomsyra hela samhället (Socialdepartementet, 2002). För att dessa mål skall uppfyllas måste vården anpassas efter de som erhåller den.

Kvinnorna uttryckte i de flesta fallen ett ökat behov av stöd, vilket syns ibland annat önskemål om stödsamtal, önskan om kontakt med andra i samma situation, längre BB vistelse samt i ett fall köp av doulastöd. De flesta av kvinnorna upplevde barnmorskan som ett bra stöd, men att det inte fanns mycket tid till stödjande samtal då besöken var inriktade på fysiska kontroller av graviditeten. Inom mödrahälsovården skall enskilt föräldrastöd ges till alla för att främja en positiv hälsa (Intressegruppen för Mödrahälsovård inom SFOG, Samordningsbarnmorskorna inom SBF, Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård, 2008) men kvinnorna verkade inte tycka att tiden för detta finns. Vi anser att det viktigt att vårdgivaren säkerställer att denna tid finns då forskningen har visat att graviditetsperioden är särskilt viktigt för hälsan senare i livet. Därför är tidiga generella insatser och stöd riktade till blivande föräldrar extra viktiga för att främja en långsiktig god hälsoutveckling (Socialdepartementet, 2002). I resultatet framkom det att det kan finnas en benägenhet att inte be om extra hjälp och stöd vid behov, i och med känslan av att man själv satt sig i den situation man befinner sig i. Detta har även framkommit i Jacobsens & Dahls studie (2017) där frivilligt ensamstående kvinnor drog sig från att söka hjälp då de ansåg att de själva satt sig i situation och de var rädda att bli avvisade samt upplevde ett avvisande och fördomsfullt bemötande. Enligt Socialstyrelsen (2011) har kvinnor som identifierar sig som HBTQ en tendens att inte söka vård trots att ett behov finns, fördomar påverkar bemötande och den vård de får inom hälso- och sjukvården och de har i stort en sämre hälsa än andra. Eftersom att kvinnorna i denna studie upplevde samma känsla av svårigheter i bemötande och rädsla att söka vård som gruppen HBTQ kvinnor och uttryckte en känsla av utanförskap och då gruppen frivilligt ensamstående kvinnor som skaffar barn via assisterad befruktning också är en grupp som bryter mot samhällsnormen kan man misstänka att även denna grupp är i riskzonen för en sämre hälsa. Detta gör att vi anser att man inom mödra- och förlossningsvården måste vara extra uppmärksam på denna grupp och sätta in extra stöd vid behov för att förebygga och motverka ohälsa.

Rozental och Malmquist genomförde 2014 en studie där lesbiska kvinnor intervjuades kring sin upplevelse av vården vid assisterad befruktning i Sverige. De fann att kvinnorna upplevde vården som heteronormativ och att vården inte var anpassad till dem trots att de lagligt haft tillgång till behandlingen sedan 2006. De menar att legalisera lesbiskas rätt till assisterad befruktning var att erkänna lesbiska som fullgoda föräldrar men de fann att förändringar i

attityder krävs. På samma sätt kan man i denna studie se att trots legaliseringen av ensamstående kvinnors rätt till assisterad befruktning 2016 verkar mödrahälso- och förlossningsvården fortfarande inte vara anpassad efter denna grupps behov och kvinnorna upplevde en heteronormativitet. Ambjörnson (2016) menar att exkluderande är ett sätt att upprätthålla heteronormativiteten i samhället och att inte anpassa vården efter vårdtagarnas förutsättningar och behov är en typ av exkludering. Legaliseringen kan på liknande sätt som i Rozental & Malmquists (2014) studie ses som ett erkännande av ensamstående kvinnors förmåga att bilda sunda familjer och som ett steg närmare ett mer inkluderande samhälle. Men likväl tyder resultatet på att ett förändrat upplägg på vården och en förändrad inställning till vad som är normalt är av stor vikt för en mer jämlik vård.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelser därför har en kvalitativ metod använts. Enligt Graneheim och Lundman (2004) skall studieresultat vara så trovärdiga som möjligt och varje studie måste evalueras i relation till den metod som använts för att uppnå resultatet. För att bedöma trovärdigheten granskas studien enligt begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet.

För att uppnå giltighet ska deltagarna i studien spegla syftet och antalet deltagare är beroende av kvalitén på det insamlade datamaterialet. Fler deltagare behöver inte innebära mer rikt innehåll (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). I den här studien har 8 kvinnor intervjuats, inklusionskriterierna säkerställer att deltagarna kan svara på syftet. Trots att deltagarna har fått anmäla sitt intresse att delta själva tyder resultatet på att en stor bredd har uppnåtts vilket syns i att både positiva och negativa upplevelser representeras. Resultatets bredd stärker också att antalet deltagare varit lämpligt. Att deltagarna har en stor spridning i landet kan också vara en bidragande orsak till att stor bredd har uppnåtts. Datainsamlingen gjordes genom semistrukturerade intervjuer, vilket är en väl beprövad och den vanligaste metoden inom kvalitativ forskning. Metoden ger möjlighet till djup och man får en möjlighet att följa utvecklingen i intervjuerna (Doody & Noonan, 2013). Eftersom detta forskningsområde är relativt outforskat önskades en öppenhet vid intervjuerna för att fånga positiva och negativa upplevelser utan förutfattade meningar. Därför lämpade sig denna metod väl. Vidare påpekar Doody & Noonan (2013) vikten av att intervjuerna skall utföras i lugn och ro utan avbrott på deltagarnas premisser. Deltagarna har själva fått välja datum och tid för intervjuerna vilket ökar möjligheten till en väl genomförd intervju utan störningsmoment. I den här studien genomfördes alla intervjuer via telefon vilket kan

innebära en viss finns risk att nyanser i samtalet går förlorat då kroppsspråket inte är synligt. Samtidigt kan det göra att deltagarna känner sig mer bekväm och har en känsla av anonymitet som gör att de vågar prata. Det finns också möjlighet att få deltagare att medverka som känner att de inte skulle ha tid att träffas personligen för en intervju (Sturges & Hanrahn, 2004). Eftersom innehållsanalys är relativt strukturerat med tydliga steg att följa känns det som en passande metod för oerfarna forskare vilket författarna till denna studie är. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan det finnas risker i analysfasen, bland annat kan de meningsbärande enheterna vara för stor eller för små, vilket ökar risken att relevant innehåll går förlorat. Det är även viktigt att kategorierna måste spegla data och all relevant data skall vara med och all irrelevant data ska exkluderas. Genom noggrannhet och handledning har dessa problem försökt att undvikas.

För att uppnå tillförlitlighet skall all data vara konsekvent insamlat. Det finns risk att man under arbetets gång ändrar design eller intervjuernas innehåll (Graneheim och Lundman, 2004). Forskarens individuella synsätt kan påverka hur frågor ställs, vilka följdfrågor som ställs och hur materialet tolkas (Graneheim et al, 2017). Intervjuerna i denna studie har gjorts av författarna var för sig vilket kan öka risken att intervjuerna genomförts på olika sätt. För att säkerställa att intervjuerna svarade på syftet användes en intervjuguide och intervjuerna transkriberades omgående och lästes igen av båda författarna innan nästa intervju genomfördes. Enligt Doody & Noonan (2013) ökar risken för att följdfrågor missas och relevant innehåll går förlorat om forskarna dessutom är oerfarna vilket är fallet i denna studie. Att det insamlade materialet transkriberats eftersom och materialet har lästs igenom ett flertal gånger av båda författarna gör att författarna tillsammans kan tolka materialet och undvika eventuella misstag orsakade av oerfarenhet. Att vara flera författare ökar även tillförlitligheten eftersom man har olika synsätt och kan diskutera hur intervjuerna genomförts, dess innehåll, analysen och resultatet (Doody & Noonan, 2013). Utöver detta har författarna läst in sig på intervju- och analysteknik i aktuell litteratur samt fått stöd från handledare för att undvika att ovanstående problem uppstår. För att ytterligare säkra att innehållet i intervjuerna svarar på syftet har en pilotintervju genomförts. Kvinnorna tillfrågades även om de fick kontaktas igen vid oklarheter eller om nya frågor dök upp under arbetets gång.

Författarna anser att resultatets bredd talar för att studiens överförbarhet till andra kvinnor i liknande situation och andra sammanhang är relativt hög. Studien inklusive metod, analys och resultat är noga beskriven för att överförbarheten skall kunna avgöras. Det är upp till läsaren

själv att besluta om resultatet kan överföras till andra grupper och situationer (Graneheim & Lundman, 2004).

Konklusion och Kliniska implikationer

Den här studien bidrar till ny kunskap om hur frivilligt ensamstående kvinnornas som genomgått assisterad befruktning upplever mödrahälso- och förlossningsvården i Sverige. Trots att kvinnorna generellt upplevt ett gott bemötande och en god vård upplevdes brister i vårdens upplägg och det fanns heteronormativ syn inom mödrahälso- och förlossningsvården, vilket vi inte finner överraskande då vården speglar det samhälle som vi lever i och flertalet andra studier kring normbrytande grupper visat att en heteronormativitet genomsyrar vården (Jacobsen & Dahl, 2017; Röhndahl et al, 2006; Röhndahl et al, 2009; Stewart & O'Reilly, 2017; Wells & Lang, 2016). Upplägget inom mödrahälso- och förlossningsvården bör ändras för att denna grupp ska känna sig inkluderad. Exempelvis kan förhållandet mellan samtalsstöd och övriga graviditetskontroller behöva ändras, mer anpassat informationsmaterial bör utformas och upplägget på föräldrastödet i grupp bör bli mer inkluderande. Vidare behövs utbildning för att öka barnmorskors och övrig personals kunskap om frivilligt ensamstående kvinnor som genomgått assisterad befruktning och andra normbrytande grupper och deras behov. Genom att förändra rutiner och innehåll inom vården samt genom att reflektera över sin egen syn på normbrytande familjekonstellationer och sin egen del i upprätthållandet av en heteronormativ vård kan heteronormativiteten minska och vården bli mer inkluderande. En förbättrad och mer inkluderande vård är till gagn för kvinnornas upplevelse av vården vilket är viktigt för deras sexuella och reproduktiva hälsa vilket även i slutänden påverkar deras barns hälsa positivt. Hälsosamma familjer är en samhällsvinst.

Resultatet har stor klinisk relevans för alla som arbetar inom mödrahälsovården och förlossningsvården eftersom att den ger ett underlag till hur vården kan förbättras. Mer studier inom detta område behövs, dels för att ännu tydligare kartlägga hur vården ser ut och för att fastställa hur utbredda de brister vi funnit är och dels för att få fram nya upplägg på vården och hur den kan förbättras och bättre anpassas efter de behov som finns. Det kan även behövas studier utifrån mödrahälso- och förlossningsvårdens perspektiv.

Tack

Ett stort tack till kvinnorna som deltagit i studien och som delat med sig av sina erfarenheter, till föreningen Femmis för deras hjälp att förmedla kontakt med deltagarna samt till vår handledare Inger Lindberg för värdefull vägledning och stöttning.

Referenser

- Ambjörnsson, F. 2016. Vad är Queer?. Natur och kultur: Stockholm.
- Butler, J. 2006. Genus ogjort. Norstedts Akademiska Förlag.
- Brewaeys, A. 2010. Men not included: A review of single and lesbian mother DI families: mother-child relationships en child development. ObGyn, Monograph: 74-9. Hämtat 19 mars 2018 från: <http://fvvo.eu/assets/105/24-Brewaeys.pdf>
- Codex. 2018. Regler och riktlinjer för forskning. Hämtat 18 mars 2018 från: <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Doody, O., & Noonan, M. 2013. Preparing and conducting interviews to collect data. Nurse Researcher. 20, 5, 28-32.
- Epidemiologiskt centrum Socialstyrelsen 2005. Reproduktiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv. Artikelnr 2005-112-5. Hämtat 17 mars 2018 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9974/2005-112-5_20051125.pdf
- Freeman, T., Zadeh, S., Smith, V., & Golombok, S. 2016. Disclosure of sperm donation: a comparison between solo mother and two-parent families with identifiable donors. Reproductive Biomedicine Online, 33(5), 592-600. doi:10.1016/j.rbmo.2016.08.004
- Golombok, S. 2017. Parenting in new family forms. Current Opinion in Psychology, 15, 76-80. doi:10.1016/j.copsyc.2017.02.004
- Gottlieb, C., & Fridström, M. 2010. Ofrivillig barnlöshet (ARG-rapport, nr 64). Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi. Hämtat 26 april från: <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG64d1c6ef01-208e-4626-9b8f-b0da564c61d9.pdf>
- Graneheim, U., Lindgren, B-M., & Lundman, B. 2017. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. Nurse Education Today, 56. 29-34.
- Graneheim, U., & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing reserach: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today, 24, 105-112.
- Intressegruppen för Mödrahälsovård inom SFOG, Samordningsbarnmorskorna inom SBF, Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård. 2008. Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa (AGR-rapport, nr 76.) Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. Hämtat 26 april 2018 från: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2016/12/Modrahalsovard-Sexuell-och-Reproduktiv-Halsa-2016-Rev.-Bla-Bok.pdf>
- Jacobsen, K. S., & Dahl, B. 2017. More than just a child - Solo mothers' maternity care experiences. Sexual & Reproductive Healthcare, 12, 58-63. doi:10.1016/j.srhc.2017.03.001
- Jadva, V., Badger, S., Morrissette, M., & Golombok, S. 2009. 'Mom by choice, single by life's circumstance ... ' Findings from a large scale survey of the experiences of single mothers by choice. Human Fertility, 12(4), 175-184. doi:10.3109/14647270903373867
- Murray, C., & Golombok, S. 2005a. Going it alone: Solo mothers and their infants conceived by donor insemination. American Journal of Orthopsychiatry, 75(2), 242-253. doi:10.1037/0002-9432.75.2.242
- Murray, C., & Golombok, S. 2005b. Solo mothers and their donor insemination infants: follow-up at age 2 years. Human Reproduction, 20(6), 1655-1660. doi:10.1093/humrep/deh823

- Regeringen Prop. 2002/03:35. Mål för folkhälsan. Harpsund: Socialdepartementet. Hämtat 6 mars 2018 från: <http://www.regeringen.se/49bbe3/contentassets/04207325e75943408c69a55643ea1d3e/mal-for-folkhalsan>
- Rosenberg, T. 2002. Queerfeministisk agenda. Atlas: Stockholm.
- Rozental, A., & Malmquist, A. 2015. Vulnerability and Acceptance: Lesbian Women's Family-Making through Assisted Reproduction in Swedish Public Health Care. *Journal of Gbt Family Studies*, 11(2), 127-150. doi:10.1080/1550428x.2014.891088
- Röndahl, G., Bruhner, E., & Lindhe, J. 2009. Heteronormative communication with lesbians families in atenatal care, childbirth and postnatal care. *Jurnal of advanced Nursing* 65(11), 2337-2344. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05092.x
- Röndahl, G., Innala, S., & Carlsson, M. 2006. Heteronosexual assumptions in verbal and non verbal communications in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56(4), 373-381. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04018.x
- Salomon, M., Sylvest, R., Hansson, H., Andersen, A. N., & Schmidt, L. 2015. Sociodemographic characteristics and attitudes towards motherhood among single women compared with cohabiting women treated with donor semen - a Danish multicenter study. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 94(5), 473-481. doi:10.1111/aogs.12619
- Socialstyrelsen 2011. Ojämna villkor för hälsa och vård - jämlikhetsperspektiv på hälso och sjukvården. Hämtat 18 mars 2018 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer/2011/2011-12-30>
- Socialstyrelsen 2016. Assisterad befruktning med donerade könsceller - Nationellt kunskapsstöd. Hämtat 18 mars 2018 från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20451/2016-12-36.pdf>
- Socialstyrelsen 2018. Statistikdatabas för graviditeter, förlossning och nyfödda. Hämtat 18 mars 2018 från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/graviditeter-forlossningarochnyfodda>
- SOSFS 2009:32. Användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning mm. Hämtat 18 mars 2018 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17909/2010-1-17.pdf>
- SOU 2008:131. Föräldrastöd - en vinst för alla. Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap. ID-nummer: SOU 2008:131. Socialdepartementet. Hämtat 18 mars från: <https://data.riksdagen.se/fil/9B63CFAD-4CC4-4C76-A387-0807723351F1>
- Spidsberg, B. D., & Sørli, V. 2012. An expression of love - midwives' experiences in the encounter with lesbian women and their partners. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 796-805. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05780.x
- Stewart, K., & O'Reilly, P. 2017. Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBTQ population: An integrative review. *Nurse Education Today*, 53, 67-77. doi:10.1016/j.nedt.2017.04.008
- Sturges, J., & Hanrahan, K. 2004. Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note. *Qualitative research*, 4(1), 107-118. doi:10.1177/1468794104041110
- Svensk författningssamling 2008:567. Diskrimineringslag. Socialdepartementet. Hämtat 18 mars 2018 från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567

Svensk författningssamling 2006:351. Lag om genetisk integritet mm. Socialdepartementet. Hämtat 18 mars 2018 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2006351-om-genetisk-integritet-mm_sfs-2006-351

Svensk författningssamling 2016:18. Lag om ändring i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. Socialdepartementet. Hämtat 18 mars 2018 från: [https://www.lagboken.se/Lagboken/sfs/sfs/2016/0-99/d_2633271-sfs-2016_18-lag-om-andring-i-lagen-2006_351-om-genetisk-integritet m.m](https://www.lagboken.se/Lagboken/sfs/sfs/2016/0-99/d_2633271-sfs-2016_18-lag-om-andring-i-lagen-2006_351-om-genetisk-integritet_m.m)

Vetenskapsrådet 2017. God forskningssed. Hämtat 18 mars 2018 från: <file:///C:/Users/User/AppData/Local/Temp/God-forskningssed-2017.pdf>

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

Bilagor

Bilaga 1: Inbjudan till studie



Frivilligt ensamstående kvinnors upplevelse av mödra- och förlossningsvård efter assisterad befruktning.

Förfrågan om att delta i en intervjustudie.

År 2016 infördes en ny lag i Sverige som ger ensamstående kvinnor samma rätt till assisterad befruktning som gift/sammanboende/registrerade partners. Enligt socialstyrelsen skall hälso- och sjukvård bedrivas på lika villkor med samma goda bemötande till alla. Det finns få studier kring frivilligt ensamstående kvinnors upplevelser av mödrahälso- och förlossningsvård.

Vi är två barnmorskestuderande på Umeå Universitet som ska skriva vårt självständiga arbete med inriktning mot sexuell och reproduktiv hälsa. Syftet med studien är att beskriva upplevelser/erfarenheter som ensamstående kvinnor som genomgått assisterad befruktning har av mödrahälso- och förlossningsvård i Sverige.

Vi söker dig som ensamstående genomgått assisterad befruktning de senaste fem åren och som kan tänka dig delta i en intervjustudie. Du skall ha varit ensamstående under tiden för behandlingen, graviditeten och förlossningen samt deltagit i svensk mödrahälsovård och fött barn i Sverige.

Intervjuerna, som kommer att spelas in, beräknas ta ca 1 timme och sker personligen eller via Skype/telefon.

Som deltagare kommer du att vara anonym och materialet kommer att behandlas med respekt för att garantera konfidentialitet. Efter att arbetet är färdigt kommer det inspelade materialet att raderas. Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan motivering.

Resultaten kommer att sammanställas i en magisteruppsats inom ämnet sexuell- och reproduktiv hälsa. Studien kan bidra till ny kunskap som kan ha klinisk relevans för att de som arbetar inom mödrahälso- och förlossningsvård, både genom att förstärka eventuella positiva aspekter eller genom att ge möjlighet att förändra negativa aspekter.

Om du har fler frågor eller vill delta i studien vänligen kontakta någon av kontaktpersonerna nedan.

Med vänliga hälsningar Karin Stenberg och Sanna Svanholm

Karin Stenberg
Kontaktperson

Sanna Svanholm
Kontaktperson

Inger Lindberg
Handledare, adj. lektor/docent
Leg, barnmorska

Svarstalong – Deltagande i intervjustudie

Jag har tagit del av informationen om studiens upplägg och syfte och jag är medveten om att jag kan avbryta mitt deltagande när som helst under studiens gång utan att behöva uppge skäl för detta.

Ž Jag vill gärna ha mer information om studien.

Ž Jag önskar delta i studien.

Namn:

.....

Telefonnummer:

.....

E-post:

.....

Karin Stenberg
Kontaktperson

Sanna Svanholm
Kontaktperson

Inger Lindberg
Handledare, adj. lektor/docent
Leg, barnmorska

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- Ålder?
- Bostadsort?
- Ort för mödrahälsovård och förlossningsvård?
- När och var genomgick du assisterad befruktning?
- Hur många barn har du och hur gamla är dom?
- Hur ser din familjebild ut idag?

Upplevelser mödrahälsovården

- Beskriv din första kontakt med mödravården? (Hur kändes det?)
- Hur upplevde du att du blev bemött?
- Om du utgår från den situation du befann dig i som ensamstående hur upplevde du väntrum, informationsmaterial etc.?
- Deltog du i föräldraförberedande utbildning? I så fall hur upplevde du den?
- Hur upplevde du personalens kunskap om ämnet ensamstående som skaffar barn?

Upplevelser förlossningsvård och BB vård

- Beskriv din upplevelse av förlossningsvård och BB?
- Om du utgår från den situation du befann dig i som ensamstående hur upplevde du väntrum, informationsmaterial etc.?
- Hur upplevde du personalens kunskap om ämnet ensamstående som skaffar barn?

Allmänna frågor

- Om du fick ge ett råd till vårdpersonal du mött under din vårdtid, vad skulle det vara?
- Skulle du vilja ändra på något angående din mödra-förlossningsvård?
- Kan du berätta om en situation som du känt dig riktigt nöjd/missnöjd?
- Är det något mer du vill berätta för mig?
- Får jag återkomma om det dyker upp oklarheter eller något jag missat?
- Vill du ta del av den färdiga studien?

Följdfrågor: Kan du berätta mer om...? Kan du ge exempel...? Hur menar du med...?