

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2014: 201535

Barnmorskors upplevelser vid vårdande av sen abort

Sandra Palmqvist
Lina Svensson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Barnmorskors upplevelser vid vårdande av sen abort
Författare: Sandra Palmqvist, Lina Svensson
Huvudområde: Sexuell och reproduktiv hälsa
Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning: Barnmorskeutbildning
Handledare: Lina Palmér
Examinator: Marianne Johansson

Sammanfattning

Barnmorskor vårdar kvinnor i olika livssituationer som berör sexuell och reproduktiv hälsa. Vårdandet av både tidiga och sena legala aborter ingår i barnmorskans kompetens. Aborter kan bero på oönskad graviditet, fosterdöd eller missbildningar. Sena aborter kan upplevas svåra att hantera och situationen svår att bemöta. Det kan upplevas svårt att bemöta och ge god vård för kvinnor som genomgår abort. Syftet med studien är att belysa barnmorskors upplevelser i samband med vårdandet av kvinnor som genomgår sen abort. Studien baseras på intervjuer med induktiv ansats och kvalitativ analysmetod. Sex barnmorskor intervjuades i Sverige. Fyra huvudkategorier framkom i resultatet, att vara kompetent och skicklig, att uppleva det hanterbart, att känna önskan av stöd, att omhänderta det aborterade fostret. Resultatet visar att det finns en strävan efter att vara närvarande och ge stöd till varje kvinna som genomgår en abort oavsett bakgrunden till beslutet. Genomgående i studien var även att barnmorskorna hade behov av stöd och vägledning. En positiv inställning till fri abort var slutsatsen för de intervjuade barnmorskorna.

Nyckelord: *Sen legal abort, barnmorska, upplevelser, vårdande, etiska dilemma, handledning, stöd.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
Födelsekontroll ur ett historiskt perspektiv och barnmorskans funktion	1
Abort ur ett historiskt perspektiv	2
Abort	3
Abortmetoder	4
Etiska överväganden i abortvården	4
Abort som barnmorskans ansvarsområde	7
Etisk referensram i vårdandet	8
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	9
METOD	9
Ansats	9
Deltagare	10
Datainsamling	10
Dataanalys	10
Förförståelse	10
RESULTAT	11
Tema	11
Att vara kompetent och skicklig	12
Att vara närvarande och stärka	13
Att ha en privilegierad arbetsuppgift	13
Att uppleva det hanterbart	14
Att emotionellt bli berörd	14
Att själv få besluta om delaktighet	14
Att uppleva en mödosam arbetsbelastning	15
Att se skillnaden till anledningen bakom abortbeslutet	16
Att känna önskan av stöd	17
Att uppleva kollegialt stöd i vårdandet	17
Att få professionell handledning uppskattas	17
Att omhänderta det aborterande fostret	18
Att se livstecken	18
Att ta hand om fostret	18
Att se ett foster istället för ett barn underlättar	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	21
Sammanfattning	26
Implikationer	26

INLEDNING

Barnmorskor vårdar kvinnor i olika livssituationer, en av dessa situationer kan vara både tidiga och sena aborter. Det kan bero på oönskad graviditet, fosterdöd eller missbildningar. Sena aborter kan upplevas svåra att hantera och situationen svår att bemöta. Barnmorskan ska samtidigt ge god vård för kvinnor som genomgår abort. Syftet med studien är att belysa barnmorskors upplevelser i samband med vårdande av kvinnor som genomgår sen abort. Synvinkeln i föreliggande studie kommer att falla på de framkallade (provocerade) aborterna som innebär att graviditeten avbryts med hjälp av läkemedel.

BAKGRUND

Födelsekontroll ur ett historiskt perspektiv och barnmorskans funktion

Barnmorskans yrke anses som världens äldsta kvinnoyrke. Barnmorskan har benämnts med namn som jordegumma, jordemor och hjälphustru. Yrket var dolt inför den övriga läkarvetenskapen som oftast bestod av manliga läkare under flera sekler (Höjeberg, 2011, s. 26-34). Under 1300-1400 talet fanns det en dubbel syn på barnmorskan. Det fanns både en närhet och ett avstånd till barnmorskan. Hon var en kvinna som ingav respekt och som ofta kom kvinnorna nära. Barnmorskorna hade kunskap och klokhet som avskräckte och ansågs ha både hemlig och farlig kunskap. Detta innebar att barnmorskorna på den tiden utsatte sig för fara.

På antikens tid och även en bit in på medeltiden fanns det en annan syn på sexualiteten än vad som finns idag. Det ansågs inte vara fel att använda födelsekontrollerande tillvägagångssätt, och sexualitet var inte skamset. Under 1300-1400 talet förändrades synen i samhället på sexualiteten. Kyrkan spred då ut en kunskap i samhället som menade att redan vid befruktning ansågs fostret som en levande människa med en själ. Under sena 1400 talet började en häxjakt efter barnmorskor i Europa. I en skrift som kallades för Häxbullan fanns beskrivet att en barnmorska var detsamma som en häxa. De personer som använde sig av magi och onda handlingar utövade också magiska handlingar för att hjälpa kvinnor att skydda sig mot graviditet och även fosterfördrivning. Barnmorskorna hade kunskap inom området och det ansågs under denna tid att en barnmorska var liktydigt med häxa och som kunde förhindra att en befruktning blev till (Höjeberg, 2011, s. 44-47).

Under åren mellan 1700-1800 talet ökade befolkningen snabbt i Europa. Kunskapen om familjekontrollen var förlorad och den var således inte accepterad. Det tog ända fram till 1900 talet tills det igen var accepterat med familjekontroll. I början av 1700 talet kom det första regelverket för barnmorskan, de skulle då avlägga en ed och det var enbart dessa kvinnor som fick utöva yrket. Genom att yrket började kontrolleras genom undervisning i skolmedicin samt i förhör började så småningom den traditionella barnmorskan att bli professionell. Det tog dock många hundra år innan alla barnmorskor

var utbildade. I samband med att den traditionella barnmorskan inte längre fanns, försvann också en hel kvinnokultur (Höjeberg, 2011, s. 74-79).

Under 1700 -talet fanns en lag som gav kvinnor rätt att föda i lön. Barnmorskorna hade en skyldighet att hjälpa kvinnor som önskade att förlösas i hemlighet. Alla barn skulle då bli registrerade i födelse och i församlingsböckerna. Många barn föddes och avled dock utan att registreras. På den tiden fanns det kvinnor som kallades för änglamakerskor. Dessa kvinnor var ofta barnmorskor eller kvinnor som tidigare hade varit barnmorskor. Efter att den hemliga förlossningen var över tog de hand om barnet mot att kvinnan betalade en summa pengar. Denna verksamhet var ganska stor och skulle vara lönsam, vilket innebar att barnen helst skulle självdö. Änglamakerskornas verksamhet fanns kvar ända in på 1900 talet (Höjeberg, 2011, s. 118-124).

Under 1930-1940 talet minskade mödradödligheten för kvinnorna i fullgången graviditet. Samtidigt fanns det även på den tiden många kvinnor som blev gravida där graviditeten inte var välkommen. Uppfattningen bland barnmorskorna under den tiden var att arbetet bestod i att hjälpa kvinnorna till att föda fram deras barn. Samhället talade inte om preventivmedel. Då kvinnor framkallat missfall då aborthjälp inte fanns, drabbades kvinnorna ofta av feber och omkom. Det fanns en preventivmedelslag som hade en grund i strafflagen, vilket innebar att både sexualundervisning samt information om preventivmedel var förbjudet. Det var först år 1933 som Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) kom till. Med åren förändrades synen och idag är preventivmedelsrådgivning och fri abort en självklarhet i barnmorskans yrke (Höjeberg, 2011, s. 282-286).

Abort ur ett historiskt perspektiv

Kvinnors rätt till fri abort har inte alltid varit en möjlighet. Trots det har kvinnor i alla tider valt att genomgå abort oavsett om den har varit illegal eller legal (SOU 2005:90, 2005). Ur ett globalt perspektiv har abortfrågan funnits beskriven i skriftspråk redan år 2000 f.Kr. Under den tiden ansågs barnamord det enda sättet för människor att begränsa antalet barn i familjen. Det ansågs då inte vara straffbart, och besluten togs inom familjen där ofta hufvudern hade det avgörande beslutet. I Sverige har det funnits beskrivningar av abort sedan i slutet av 1100 talet. Abort var då straffbart och kvinnan straffades oftast med böter. Då kristendomen växte sig starkare i samhället förändrades synen på abort (Faxelid, & Gemzell - Danielsson, 2009, s. 543-552).

Ända fram till år 1864 dömdes kvinnorna för mord och dömdes till dödsstraff om graviditeten avslutades. Den första delen av 1900 -talet blev de illegala aborterna ett mycket stort socialt och medicinskt problem. Många av kvinnorna som kom till sjukhusen efter en illegal abort avled eller blev sterila (Ahlzén, Bischofberger, Gustafsson, Hellström, Lantz m.fl., 1991, s. 30-32). När kvinnor år 1921 fick rösträtt förändrades straffet för fosterfördrivning till ett betydligt mildare straff. Det innebar att det var legalt att genomföra en abort om kvinnans liv var i fara. Abortfrågan blev en mycket viktig politisk fråga och det fanns de som nu förespråkade fri abort. Detta ledde fram till att en abortkommitté tillsattes år 1934. Även sociala problem skulle beviljas som abortanledning, men den frågan sa de flesta instanser nej till. Detta innebar att abortlagen förändrades och år 1938 var det endast tillåtet med abort om det fanns humanitära och medicinska anledningar (ibid). Kvinnan kunde få beviljat en abort efter

beslut från medicinalstyrelsen som fanns på den tiden. Det fanns möjlighet att få en abort beviljad efter ett tvåläkarintyg (Socialstyrelsen, 2011). Vilket innebar att två läkare skulle intyga genomförandet av aborten, varav den ena av läkarna utförde aborten (Gemzell - Danielsson, 2010, s. 145-157).

Lagförändringen gjorde att abort accepterades i större utsträckning och legala aborter ökade. Det fanns ett stort antal kvinnor som genomgick illegala aborter och många drabbades av komplikationer. Arbetet med kvinnosjukvården innebar att hjälpa de kvinnor som drabbades av dessa komplikationer. Med tiden började samhällets syn på abortfrågan förändras till att bli mer öppensinnad och allt fler aborter beviljades. Detta ledde fram till en strävan efter att alla kvinnor skulle ha rätt till fri abort (Faxelid, & Gemzell-Danielsson, 2009, s. 543-552). År 1974 ändrades abortlagen, som år 1995 reviderades och är gällande idag. Enligt gällande svensk abortlag har alla kvinnor rätt att besluta om att avbryta en graviditet fram till graviditetsvecka 18. Efter att graviditeten passerat vecka 18 tas beslutet av socialstyrelsen (Svenska abortlagen, SFS 1974:595). Innan denna lag trädde i kraft var det både straffbart och riskabelt för kvinnan att genomgå abort. Ofta var det svårt att få tillstånd till abort och det fanns även risker med genomförandet av en legal abort (Gemzell - Danielsson, 2010, s. 145-157).

Abortfrågan börjar ta plats inom den politiska världen först under 1900 talet. Det var främst arbetarrörelsen som hade en liberal inställning till abortfrågan. Argumenten var att kvinnan var i en utsatt situation, samt de stora riskerna med de illegala aborterna. Även kvinnorörelsen argumenterade för att varje kvinna skulle ha sin rättighet att besluta över sin egen kropp. Åsikten delades av socialdemokrater och kommunister. Trots att majoriteten av de politiska grupperna i början av 1900 talet hade denna åsikt, så dröjde rätten till fri abort. Anledningen var samhällets starka attityd, men även hur kyrkans inflytande påverkade samhället (Ahlzén m.fl. 1991, s. 27-35).

Abort

Ordet abort härstammar från det latinska ordet aboriri som betyder att föregås eller gå ned. Abort benämns olika beroende på i vilket sammanhang det avser. När en graviditet avbryts av naturliga skäl benämns det som att kvinna drabbats av ett missfall (spontan abort). Då vi i Sverige har fri abort benämns provocerad abort som legal. När en graviditet avslutas efter graviditetsvecka 12 definieras det som en sen abort (Persson, 2000, s. 25-38).

Abortlagen som finns i Sverige idag grundades för att varje kvinna ska ha rätt att ta beslut över sin egen kropp. När abortlagen infördes var målet att det skulle vara säkrare att genomgå en abort, vilket det idag är. I Sverige är all abortrådgivning kostnadsfri och varje kvinna ska kunna genomföra en abort om hon så önskar oberoende ekonomi. Vidare ska alla kvinnor som söker för abort få kostnadsfri rådgivning. Många kvinnor är i behov av att få samtala med någon utomstående och det är viktigt att poängtera att rådgivningen aldrig ska påverka det beslut som kvinnan har tagit, utan ska istället stötta henne i det beslut som redan finns (ibid). Om graviditeten har passerat graviditetsvecka 18 krävs det tillstånd från socialstyrelsen som beviljar abort om det finns synnerliga skäl samt om fostret inte anses livsdugligt. Majoriteten av aborter som utförs efter vecka 18 beror oftast på att kvinnan har psyko-sociala problem (SOU 1989, s. 75).

Bedömningen om vilken övre gräns som är gällande för att få genomgå en abort avgörs efter fostrets livsduglighet. Idag innebär det att abort inte beviljas då graviditeten passerat 22 fulla graviditetsveckor. Anledningen att denna gräns finns är att ett foster efter den vecka bedöms kunna överleva. I de fall där fostret inte anses kunna överleva på grund av sjukdom kan denna gräns utökas. Under en lång tid har antalet sena aborter från vecka 18 varit statistiskt lika. I genomsnitt är det ca 1 % av alla aborter som innefattar dessa, och de vanligaste orsakerna är ofta sociala problem samt missbildningar på fostret (Gemzell - Danielsson, 2010, s. 145-157). Enligt WHO genomförs ungefär hälften av alla aborter i världen illegalt och medför mycket stora risker för kvinnorna. Komplikationerna till dessa aborter är ofta så allvarliga att de orsakar maternella dödsfall. WHO har även identifierat att dödlighet som är relaterat till illegala aborter är högst i de länder där man har en mycket restriktiv abortlag. De vanligaste komplikationerna efter illegala aborter är blödningar, sepsis samt komplikationer efter narkos (ibid).

Abortmetoder

Det finns olika metoder för att genomföra en abort och graviditetslängden avgör vilken som används. Om kvinnan genomgår aborten tidigt i graviditeten, vilket motsvarar fram till vecka 12 finns det två olika tillvägagångssätt. Dels genom kirurgiskt ingrepp alternativt medicinsk abort. Fram tills graviditetsvecka 12 är båda alternativen lämpliga. Oberoende av vilken metod som blir aktuell är kvinnan i behov av mycket stöd och omtanke. Det är även viktigt att kvinnan får en välfungerande smärtlindring (Faxelid & Gemzell - Danielsson, 2009, s. 543-552).

Medicinsk abort har idag blivit den vanligaste metoden i Sverige. Det är även den metod som enbart används under den andra trimestern. Förfarandet vid en medicinsk abort liknar det som sker vid en spontanabort med skillnaden att en medicinsk abort framkallas med hjälp av läkemedel. Metoden innebär att kvinnan startar aborten genom att inta ett antiprogesteron per os. Kvinnan kan sedan återvända till hemmet och återkommer efter 1-2 dagar då aborten fullföljs genom att barnmorskan startar behandling med prostaglandintabletter. Dessa intas vaginalt men ibland även sublingualt om kvinnan börjat blöda. Behandlingens effekt är att uterus börjar kontrahera sig så att graviditeten stöts ut. Behandlingen kan ibland behöva upprepas flera gånger med ett intervall på tre timmar tills aborten blir komplett. I vissa fall kan det tillstå komplikationer som kraftig blödning samt att det finns graviditetsrester kvar. Då kan vacuumexares behöva utföras för att aborten ska bli komplett (Faxelid & Gemzell - Danielsson, 2009, s. 543-552).

Etiska överväganden i abortvården

Alla kvinnor som genomgår abort ska enligt lag erbjudas samtalsstöd och det är bland annat barnmorskans ansvar att både ombesörja samt att ge kvinnan ett bra stöd (Svensk abortlag 1974: 595). Då en kvinna söker för att få genomgå en abort har hon en rättighet i att bli väl bemött av personalen samt att även mötas av en förstående attityd från all den personal som är inblandad i aborten (Görman, 2000, s. 52-71).

Det finns en etisk motsättning i abortfrågan enligt SMER (Statens Medicinsk - Etiska Råd (SMER, 2008). Då det är viktigt att både värna om fostrets skyddsvärde samtidigt som det är av stor vikt att se till varje kvinnas rättighet. Utifrån en humanistisk syn på människan är varje individ en fri och social person och alla människor har ett människovärde. I detta begrepp vilar att alla har rätt till integritet och mänskliga rättigheter. Men var börjar livet, och även rätten till ett människovärde med mänskliga rättigheter? Det finns många olika meningar om när ett människoliv uppstår och detta skapar många etiska dilemman. I de olika resonemangen blir oftast slutsatsen att det ofödda barnet bör få ett ökande rättsskydd ju längre fosterutvecklingen gått. Fostret har ett värde under hela graviditeten men framstår inte som oinskränkt förrän man uppfattar det som en mänsklig person och även denna tidpunkt är svår att sätta.

Tiden innan abortlagen kom till ansågs det straffbart att abortera ett foster. Det ansågs att abort var ett brott mot fostrets rätt till liv. Genom abortlagen kom en ny syn på abort, där fostret var en del av kvinnans kropp och att varje kvinna har rätt att ta beslut över sin egen kropp. Genom denna förändring kom diskussionerna om att fostret hade en egen skyddsvärd i bakgrunden. Men tanken finns fortfarande med då abortlagen säger att ett foster inte ska aborteras som anses vara livsdugligt (SOU, 1989:51, s. 73-81).

I Sverige har varje kvinna ensamrätt att ta beslut över sin egen kropp. Samtidigt finns det en strävan i samhället att genom att erbjuda preventivmedel kunna minska antalet oönskade graviditeter. Det är viktigt att de kvinnor som står inför en oplanerad graviditet och önskar avbryta den ska få bästa möjliga hjälp. Parallellt i detta finns ett synsätt som vilar på att varje barn som föds ska vara älskat och välkommet (Statens Medicinsk-Etiska Råd (SMER), 2008). I dagens samhälle är abortverksamheten en del i den svenska hälso- och sjukvårdsverksamheten, vilket innebär att landstingen är skyldiga att erbjuda den vård som varje kvinna är i behov av. Internationellt i många av världens länder är abort en svår frågeställning som påverkas både av religiösa samt kulturella synsätt. I låginkomstländer finns mindre tillgång till preventivmedel, vilket innebär att många kvinnor drabbas hårt av illegalt genomförda aborter. Preventivmedel samt säkra aborter är därför oerhört viktigt för kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter. I Sverige finns en relativt okomplicerad syn på sexualitet och reproduktion, vilket innebär att det sedan många år finns tillgång till bra preventivmedel och även legala aborter (Statens offentliga utredningar (SOU 2005:90, 2005).

När abortlagen infördes kom även frågan om samvetsklausul upp. Inom vården innebär det att vårdpersonal skulle kunna neka att utföra den vård som krävs. Hälso- och sjukvårdslagen ska garantera att alla som söker vård ska erbjudas vård, och på lika villkor. I Sverige anses det att det inte ska finnas samvetsklausul. Grunderna till detta är att hälso- och sjukvårdens främsta uppgift är att hjälpa och ge vård till alla som är i behov av det. Sveriges abortlag vilar på att varje kvinna ska ha rätt till att själv besluta om hon önskar avbryta graviditeten och ska garanteras den vård det kräver (Riksdagen, 1995).

Frågan om barnmorskor kan neka till att arbeta med abort har aktualiserats sedan en nyexaminerad barnmorska uttryckt att hon inte ville utföra aborter.

Enligt barnmorskan har Sverige, som är en del av Europakonventionen ålagt sig att arbeta efter samvetsfrihet (Ihfongård, 2014).

1995 gick Sverige med i Europeiska Unionen (EU) vilket innebär att europakonventionen blev svensk lag. Sverige åtog sig att följa EU:s regler samt att följa hänsyn till europeisk rätt gällande lagar där beslutet fattas i Sverige. Detta anses vara gällande över svenska regler, och när EU skapar nytt direktiv ska detta anpassas i Svensk lagstiftning (EU-upplysningen, 2010).

Samtidigt tar Europeiska konventionen upp rätten till religionsfrihet, tankefrihet och samvetsfrihet. Rätten innebär frihet att byta tro, religion och frihet ensam eller i grupp, enskilt eller offentligt och att utöva sin tro eller religion genom gudstjänst, ritualer, sedvänjor och undervisning (Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och grundläggande friheterna, 2016)

Enl. jurist Kerstin Burman på RFSU (Erlandsson, Å, 2015) är slutsatsen att Sverige inte kan tvingas av Europakonventionen att införa samvetsklausul i abortlagen. Barnmorskor kan inte välja arbetsuppgifter utan arbetsgivaren måste omplacera om möjlighet finns.

Målet för svensk sjukvård är en vård som utgår ifrån att alla människor ska behandlas med värdighet och respekt. Inom sexuell och reproduktiv hälsa finns det två lagar som styr vårdandet och som även kallas för rättighetslagar. Det är lagen om sterilisering samt abortlagen (SFS 1974:595). Svenska Barnmorskeförbundet anser att det skulle få allvarliga effekter att införa samvetsklausul i Sverige, då barnmorskans kompetensområde är sexuell och reproduktiv hälsa och ska stödja kvinnan i alla livsvärldsperspektiv. I detta ingår vård vid abort som en viktig del. I arbetet som barnmorska bemöts kvinnor som har eller som kommer att genomföra en abort, och det är varje kvinnas rättighet att få vård i samband med detta (Socialstyrelsen, 2006). I Sverige gjorde Lindström, (2007) en studie som visar att barnmorskor tycker att kvinnan själv beslutar om abort och att abortvården är en del av barnmorskans arbetsuppgifter. Några barnmorskor i studien upplevde samvetsbetänkligheter vid abort och nästan hälften av barnmorskorna tyckte att personliga skäl var en anledning till att de borde få vägra att delta i en abort.

I Sverige har riksdagen beslutat om hur gällande svensk abortlag ska vara. Det är sedan sjukvårdens uppgift att tillgodose varje människas behov av vård. Svensk abortlag bygger på att det är varje kvinnas rättighet att avbryta en graviditet samt rätt till att få vård och stöd i det beslutet utan att vårdpersonal påverkar beslutet. Europakonventionen har beslutat om att varje människa har rätt till samvetsrättigheter samt religionsfrihet. Dessa rättigheter begränsas när det kommer till att ge vård och skydd till andra. Detta innebär att kvinnan har rättighet till fri abort och rätt till vård, samt att bli bemött på ett värdigt sätt går före samvetsfriheten (Rayman, 2014).

I Schweiz gjordes en studie som tyder på att barnmorskan har en inre konflikt mellan kvinnans självbestämmanderätt och barnets rätt till liv. Denna konflikt orsakar inre stress och yrkesprofessionella problem (Cignacco, 2002). Attityden till abort påverkar barnmorskans beslut om att avstå eller att aktivt delta i vården av den abortsökande kvinnan (Marek, 2004).

En svensk studie av Lindström (2007) visar att barnmorskors upplevelser och åsikter att arbeta med svensk abortvård stödjer abortlagstiftningen och tvekar inte att medverka vid abort trots att många barnmorskor upplevt komplexa och svåra arbetssituationer.

Arbetets karaktär upplevdes motsägelsefullt, frustrerande, utmanade och givande. Utbildning hade stor betydelse och barnmorskorna upplevde ett stort behov av kontinuerlig handledning i abortvård.

Abort som barnmorskans ansvarsområde

Enligt kompetensbeskrivningen för barnmorskor ska barnmorskan ha kunskap om aborter och inneha förmåga att kunna ge den information som kvinnan behöver kring aborten. Vidare ska barnmorskan även ha förmåga att identifiera samt ha kunskap om de komplikationer som kan tillstå. Barnmorskans arbete innebär att arbetet ska utgå från att möta varje patient med omsorg och respekt. Samt att inneha en humanistisk människosyn som visar respekt för patientens värdighet och integritet. Vara lyhörd för varje persons egna värderingar samt trosuppfattningar och att i möjligaste mån tillgodose varje patients önskemål (Socialstyrelsen, 2006). Genom att arbeta utifrån en teori kan barnmorskan få en lättare förståelse för vikten av att vårda utifrån att både ta hänsyn till det kroppsliga samt själsliga. Det är även viktigt att utifrån Watsons teori vara lyhörd inför sina egna känslor och ha förmåga att ta hand om dem för att kunna ge kvinnan en god vård i sexuell och reproduktiv hälsa. Arbetet med sena aborter kan medföra mycket starka existentiella känslor för barnmorskan. Det ingår i barnmorskans yrke att både finnas till hands för kvinnan vid en förlossning samtidigt som hennes kompetens och stödjande förmåga behövs vid en abort. Ur dessa olika synvinklar känner många barnmorskor en motsägelsefullhet (Cignacco, 2002).

I en kvalitativ studie undersöktes barnmorskors erfarenheter och attityder till sena aborter. I resultatet identifierades att en del barnmorskor upplevde det som en svårighet att omhänderta foster vid sena aborter då fostret identifieras som en nyfödd, och som ibland även kunde uppvisa livstecken. Resultatet påvisar att det finns ett utökat behov i att undersöka hur barnmorskans arbetsituation kan förbättras i abortfrågan, men även att se till kvinnans situation och hur den bästa vården kan uppnås (Christensen, Christianson & Petersson, 2013).

Att ta beslut om att genomgå en abort är för de flesta kvinnor en jobbig upplevelse och många har mycket ambivalenta känslor. Att arbeta som barnmorska med abortfrågor innebär att det vilar ett stort ansvar i att låta kvinnan få samtala kring sina känslor. I de fall då kvinnan beslutar om att fullfölja aborten är det viktigt som barnmorska att vara medveten om att varje kvinna är i en utsatt situation. Det är viktigt att vara lyhörd och erbjuda kvinnan all det stöd som det finns behov av (Anderberg, Andersson, Weström & Åberg, 2005, s. 367-372).

Det finns mycket forskning inom medicinska aspekter kring abort men ännu finns det inte så mycket forskning om barnmorskors upplevelser av att arbeta med abort. I en studie diskuterades frågan och resultatet visar att barnmorskor och berörd personal inte hade några tvivel om att arbeta med aborter trots att de upplevde mycket svåra situationer i samband med sena aborter. Ibland upplevde barnmorskorna arbetet som mycket motsägelsefullt men även givande. Många barnmorskor upplevde dock att det inte erbjöds någon vägledning och stöd i sitt arbete, vilket de saknade och önskade mer av (Dahlgren, Lalos, Lindström, Wulff, 2011). I en annan studie som undersökte vilka känslomässiga erfarenheter barnmorskor har i vårdandet av aborter, kunde känslan identifieras av otillräcklighet. I resultatet framkom det även att barnmorskor med

personliga erfarenheter av att genomgå en abort hade mindre betänksamhet kring sena aborter än de barnmorskor som inte hade dessa personliga erfarenheter (Lindström, 2007).

År 2006 utfördes 315 aborter efter tillstånd från Socialstyrelsen. År 1996 var siffran 155. Enligt professor Emeritus Marc Bygdeman beror ökningen på den förbättrade fosterdiagnostiken. Det är inte fler som söker abort av sociala skäl, men fler kvinnor vill avbryta på grund av fosterskador. 226 av de mycket sena aborterna under 2006 berodde på fosterskador. 153 aborter utfördes av sociala skäl. Sex kvinnor sökte även på grund av egen psykisk eller fysisk sjukdom. Att siffrorna inte stämmer när de slås ihop beror på att två kategorier kan finnas i samma ansökan (Hamrud, 2007).

Etisk referensram i vårdandet

Ordet Midwife betyder "med kvinnan". Barnmorskans förmåga är att arbeta tillsammans med kvinnan utifrån olika faktorer, och tillsammans kompletterar varandra. Denna färdighet baseras på en kombination av personliga förmågor tillsammans med kunskap och teorier (Bryar, & Sinclair, 2011, s. 50-53).

Omvårdnadsteorier ger barnmorskan verktyg och en struktur till arbetet. Det ger även möjlighet för barnmorskan att identifiera det som är viktigt i arbetet. Att använda en omvårdnadsteori i praktiken innebär att som barnmorska kunna jämföra erfarenheter i arbetet med kunskap samt teorier. Genom att barnmorskan i sitt arbete utgår från dessa hörnstenar och där den vårdande kvinnan är i centrum kan barnmorskan bli medveten om den vård som ges till kvinnan och erbjuda ett vårdande utifrån hennes behov (Bryar & Sinclair, 2011, s. 3-6).

Jean Watson har utvecklat en omvårdnadsteori som har sin grund i ett holistiskt synsätt och i ett empatiskt förhållningssätt. Watson har en grundsyn som innebär att omvårdnad handlar om att visa en omsorg om andra människor. Genom att visa omsorg och värna om en annan människa främjas även hälsa. Watsons teori benämns även som Theory of transpersonal caring. Watson menar att omsorgen är omvårdnadens hjärta och att varje människa består av olika sinnen. Både en andlig samt själslig del. Dessa sinnen måste vara i balans med det kroppsliga för att en människa ska uppleva hälsa. I omvårdnaden utspelar sig ett samspel mellan patienten och den som vårdar och där lidandet kan lindras för patienten och tillslut kan en bättre hälsa uppnås. Även den som vårdar påverkas av detta samspel och det är viktigt vara lyhörd inför det och att kunna ha förmåga till att ta hand om de känslor som mötet väcker. Detta menar Watson är en förutsättning för att kunna vara engagerad i vårdande möten och för att kunna visa medlidande och medkänsla i mötet med patienten (Lindwall & Wiklund-Gustin, 2012, s. 261-270).

PROBLEMFÖRMULERING

I barnmorskans kompetensområde ingår att vårda kvinnor som genomgår abort. Tidigare forskning visar att det både är komplext att vårda vid abort och att genomgå

abort. Komplexiteten kan bestå i att abort medför både negativa och positiva tankar hos kvinnan som genomgår en abort. Barnmorskan ska kunna vårda och vara lyhörd för den enskilda kvinnan. Det kan upplevas svårt att bemöta och ge god vård för kvinnor som genomgår abort. Barnmorskor bör vara stödjande i sitt vårdande och ge stärkande vård, samt att vara emotionellt och fysiskt närvarande för att ge en bra psykisk förutsättning för kvinnan som genomgår abort. Vår studie fokuserar på aborter från vecka 18. Sen abort (v 18+0 till v 22+0) innebär att kvinnan föder fram fostret. Barnmorskan kan bli påverkad i sin roll då hon tar hand om fostret och kvinnan samt av sina egna personliga värderingar. Det kan finnas samvetsbetänkligheter hos barnmorskan som utför abort, och i media har det etiska dilemmat belyst barnmorskans upplevelser vid sen abort. Barnmorskor utmanas dagligen i hur de ska bemöta och tillgodose god vård för kvinnor som utför abort. All vårdpersonal blir ständigt påmind om kunskap och kompetens, och att vara medveten om kvinnans upplevelse av abort för att ge stöd som kvinnan behöver under abortprocessen.

Det finns ett litet antal studier som belyser barnmorskans upplevelse vid vårdandet av sen abort. Vi vill belysa barnmorskors upplevelser och känslor vid vårdandet med den abortsökande kvinnan, för att ha möjlighet att identifiera och utveckla stöd till barnmorskor som arbetar med abortvård. Hur hanterar barnmorskan känslomässigt en sen abort? Vilket förhållningssätt har barnmorskan till kvinnan som söker för abort?

SYFTE

Studiens syfte är att belysa barnmorskors upplevelser vid vårdandet av sen abort.

METOD

Ansats

Föreliggande studie utgår från en kvalitativ ansats som vilar på humanvetenskapliga grunder vad gäller vetenskapsteoretiska utgångspunkter. Vidare utgörs studien av en induktiv ansats med kvalitativ metod som avser att belysa verkligheten utifrån de intervjuade personernas syn. (Brinkman & Kvale, 2009, s. 41-47). Den kvalitativa ansatsen syftar till att beskriva företeelser i människor vardag. Ansatsen syftar även till att beskriva människors erfarenheter och synpunkter (Polit, Beck, & Hungler, 2014, s. 72-80). Induktiv ansats är en objektiv analys av texter som kan baseras på människans skildringar utifrån deras upplevelser. Kvalitativ innehållsanalys används för att tolka texter, där en manifest analys beskriver det synliga och uppenbara. Medan en latent analys söker efter en underliggande struktur och mening av texten. Vi söker innehåll och förståelse, människans känslor och tankar (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008 s. 163). Kvalitativa studier har som syfte att belysa hur – samt *varför* frågor (Brinkman & Kvale, 2009, s. 160-162).

Deltagare

Informanter till studien har eftersökts via Facebook i gruppen “Barnmorskor aktuellt och intressant” som är en sluten grupp för barnmorskor. Sex barnmorskor visade sitt intresse, och dessa användes som informanter till studien. Inklusionskriterierna var att informanterna var barnmorskor med nordiskt ursprung, detta för att inte olika religioner och trosuppfattningar skulle påverka utfallet.

Samtycke gavs muntligt vid intervjutillfället. Urvalet av deltagare består av sex barnmorskor som är i åldern 35-51 år, samtliga är kvinnor och har arbetat 6- 20 år som klinisk barnmorska och har erfarenhet av att arbeta inom abortvården.

Datainsamling

Sex intervjuer görs i form av telefonintervjuer i februari - maj, 2015. Intervjuerna varade mellan 40 - 90 minuter. Datainsamlingen genomfördes i form av en öppen intervju utifrån en intervjuguide. Exempel på inledande fråga är “Kan du berätta om upplevelsen vid vårdandet vid en sen abort? och exempel på uppföljande frågor är “ Vad menar du med det? Hur upplevde du det? Kan du berätta mer om det/den situationen? (Brinkman & Kvale, 2009, s. 154).

Dataanalys

Dataanalysen utgörs av en kvalitativ innehållsanalys i enlighet med Lundman och Hällgren Graneheim (2012). Dataanalysen inleddes med att samtliga intervjuer avlyssnades flertalet gånger för ett bekantgörande av innehållet. Därefter transkriberades materialet i anslutning till intervjun. Genom att respondenternas namn byttes ut till siffror oidentifierades deltagarna för att bevara deras integritet (Brinkman & Kvale 2009, s. 217-221). Materialet analyserades med avsikt att urskilja likheter och skillnader i texten enligt Lundman och Hällgren Graneheims modell för kvalitativ innehållsanalys. Under analyseringen togs meningsenheter ut av texten, d.v.s. meningsbärande delar. Meningsenheterna kondenserades till mindre texter och sedan till koder utan att ändra innehållet av texten. Koder med liknande innehåll bearbetades till underkategorier och kopplades därefter till huvudkategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, s. 162-170).

Citat togs fram ur analysen för att tydliggöra känslan i analysen och förstärka resultatet. Analysen mynnade ut i ett tema och kategorier. Temat framkom genom att de olika kategorierna abstraherades till en gemensam innebörd som beskrivs i temat. Temat svarar an på syftet och beskriver på en övergripande nivå hur barnmorskorna upplever det att vårda kvinnor som genomgår sen abort.

Förförståelse

Förkunskap hämtas genom litteratursökning till studiens bakgrund. Detta är av vikt eftersom det behövs kunskap om ämnet för att kunna utveckla en öppen frågestruktur som är lämplig till intervjuerna, då vi anser att denna metod visar barnmorskans upplevelser och känslor på bästa sätt (Danielsson, 2012, s. 167). Förförståelse innebär vad forskaren på förhand förväntar sig få kunskaper om i undersökningen och forskarens åsikt på omvärlden samt hur den borde vara (Forssén & Carlstedt, 2008, s.

169-171). Forskaren är delaktig i kvalitativa studier och samspelar under intervjun för att vara medskapare av innehållet. Detta medför att resultatet i intervjustudien på så vis inte kan betraktas som oberoende av den som forskar (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, s. 159-165). Förförståelsen är en förutsättning för att förstå någonting alls och kan bidra positivt eller negativt. Positivt kan vara när förförståelsen bidrar med en grund åt förståelsen, men kan vara negativt när forskaren inte är öppensinnad inför det som visas. Viktigt är att vi under intervjun försöker aktivt hålla tillbaka vår förförståelse genom att försöka inta en objektiv hållning genom att inte blanda in våra värderingar, känslor och tankar som kan påverka den intervjuade (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008, s. 112-122).

Etiska principer

Hänsyn har tagits till autonomiprincipen, rättvisepincipen, godhetsprincipen samt principen att forskning inte ska medverka till skada (World Medical Association, 2009). Vid autonomiprincipen ska forskaren respektera andras förmåga till autonomi samt integritet. Hänsyn ska tas till olika personers möjlighet till att få besluta själv. Innebörden av det kan uttryckas som att det ska ges respekt inför människors inställning till information samt olika alternativ till handling. Information som tilldelas inför studien ska vara begriplig och tillräcklig. Godhetsprincipen går ut på att varje individ har en strävan åt att göra väl samt att förebygga skada. Nyttan i studien ska alltid värderas mot vad nyttan betyder för deltagarna i studien. Rättvisepincipen innebär att visa respekt inför människors lika värde. Urval av personer till forskningen ska genomföras enligt vetenskapliga normer. Principen att någon person inte ska komma till skada innebär att inte utsätta någon för skada både fysiskt, psykiskt och emotionellt (ibid).

Att arbeta efter autonomiprincipen och inte skada-principen under datainsamlingen innebar att deltagandet var frivilligt och att informanterna när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att få några konsekvenser av detta. Vi beaktar detta genom att våra informanter själva får välja om de vill delta i studien.

RESULTAT

Tema

Barnmorskor upplever vårdandet som en strävan efter en stödjande hållning gentemot varje kvinna som genomgår sen abort. Att sträva efter att inta en stödjande hållning i vårdandet eftersträvades även om vårdandet ibland är tungt och känslomässigt svårt. En stödjande hållning innebär att vara närvarande och lyhörd inför varje kvinnas situation och behov av vård. I barnmorskornas strävan efter ett vårdande som är stödjande sker det en balansering mellan att möta sina egna behov och samtidigt sätta kvinnans behov i centrum. Balanseringen visar sig i kategorierna; att vara kompetent och skicklig, att uppleva det hanterbart, att känna önskan av stöd och att omhänderta det aborterande fostret (Tabell 1).

Tabell 1. Kategorier efter intervjuer med barnmorskor.

TEMA	KATEGORI	UNDERKATEGORI
VÅRDANDET ÄR EN STRÄVAN EFTER EN STÖDJANDE HÅLLNING	Att vara kompetent och skicklig	Att vara närvarande och stärka Att ha en privilegierad arbetsuppgift
	Att uppleva det hanterbart	Att emotionellt bli berörd Att själv få besluta om delaktighet Att uppleva en mödosam arbetsbelastning Att se skillnaden till anledningen bakom abortbeslutet
	Att känna önskan av stöd	Att uppleva kollegialt stöd i vårdandet Att få professionell handledning uppskattas
	Att omhänderta det aborterande fostret	Att se livstecken Att ta hand om fostret Att se ett foster istället för ett barn underlättar

Att vara kompetent och skicklig

Att vara kompetent och skicklig upplevde barnmorskorna var mycket viktigt samt att inneha kunskaper kring abort och förfarandet kring detta för att på bästa sätt kunna hjälpa kvinnorna. Vårdandet av kvinnor som genomgår sen abort upplevs vara beroende av kompetens och skicklighet hos barnmorskan. Det innebär att barnmorskan måste ha kunskap kring abort och förfarandet kring detta för att utifrån ett medicinskt perspektiv erbjuda god vård. En annan viktig aspekt är att kompetens och skicklighet inte bara handlar om medicinska kunskaper utan även om kunskap kring hur respektfulla möten

med kvinnan kan utformas. Dessa möten upplevs handla om ödmjukhet inför varje kvinnas unika behov. Denna kategori består av följande underkategorier; att vara närvarande och stärka och att ha en privilegierad arbetsuppgift.

Att vara närvarande och stärka

Att vara närvarande och stärka innebär att inneha en hög kompetens i bemötandet av kvinnan och vara oerhört betydande i vården. Barnmorskan kunde vid vissa tillfällen känna svårigheter i arbetet med aborterna. Att vara närvarande och försöka stärka kvinnan i hennes abort upplevdes som det mest centrala vilket innebar att kunna förbise sina enskilda värderingar.

“Jag tycker det är bra det vi gör, och vi gör det vi ska. Men att jag reagerar som jag gör det får ju jag jobba med som barnmorska. Jag blandar in mitt hjärta mycket i det här” (1).

Att ha en privilegierad arbetsuppgift

Att ha en privilegierad arbetsuppgift innebar att barnmorskorna strävade efter att vara närvarande och stödjande för kvinnan. Objektivt i varje möte med kvinnorna var att inte ifrågasätta orsaken bakom abortbeslutet. Istället lades vikt vid kvinnan som subjekt eftersom barnmorskorna många gånger upplevde att kvinnorna hade en rädsla inför att de skulle bli bemötta med en fördömande inställning, men kände sig mycket glada när de kände att personalen bemötte dem på ett värdigt sett. Barnmorskan har ett ansvar i sin yrkesroll att arbeta utifrån ett professionellt sätt och att alltid se till kvinnans bästa. I detta innefattas att respektera varje kvinnas val. Det var oerhört viktigt att kvinnan och hennes välmående skulle vara i centrum.

“Jag ser arbetet med aborter som mycket viktig och känner att det är ett privilegium att få finnas där för kvinnan och hjälpa henne igenom detta “(1).

“Min förhoppning är att jag lyckas bra i arbetet med aborterna, och jag har en önskan om att även om jag upplever det svårt ibland så vill jag inte att det ska märkas” (3).

Även om vårdandet av kvinnan i abortsituationen är under en ofta kort tid kände barnmorskorna att det mötet gav mycket tillbaka till dem. Barnmorskorna kände ingen tvivelaktighet i att ge kvinnorna stöd och att finnas där och erbjuda hjälp. Det var även mycket viktigt att varje kvinna skulle erbjudas hjälp och stöd oavsett bakgrunden till abortbeslutet. Att kunna erbjuda kvinnorna detta innebar en önskan att få vara så mycket som möjligt hos dem samt att vilja veta vilka önskemål som fanns. Många gånger visade kvinnorna uppskattning för den vård de fått och det gav barnmorskorna ett bevis på att det arbete som de utförde hade inneburit något positivt för kvinnorna.

“Att stötta kvinnan genom en abort är en självklarhet för mig och mina kollegor, vi sätter alltid kvinnans rättigheter först och värnar om hennes välmående” (1).

“Jag värnar mycket om kvinnorna i den situationen, dels kan det vara så att det är frivilligt eller inte”(4).

“Det kändes mycket bra att kunna erbjuda kvinnan det stöd som det fanns behov av” (6).

Att uppleva det hanterbart

Att uppleva vårdande av kvinnor som genomgår sen abort var hanterbart även om det stundom var känslomässigt svårt. Hanterbarheten återfinns i de vårdande möten med varje enskild kvinna där viljan att göra gott för kvinnan i hennes unika situation hjälpte barnmorskorna att hantera sin egna svåra situation.

Att emotionellt bli berörd

Att hantera känslor med sena aborter innebar att barnmorskorna blev emotionellt berörda. De kände ibland att de hade behov av att förtränga sina känslor och att ibland enbart se på det som en uppgift. Genom att hantera känslorna på det sättet upplevde barnmorskorna att de kunde handskas med sina egna känslor. Även om de visste att det inte var sunt att göra så, kände de ibland att de hade ett behov av det för att klara av arbetet.

“Jag känner ofta att jag måste stänga av mina känslor även om jag inte tycker att det känns bra” (5).

Barnmorskorna kände att vårdandet av kvinnor som genomgår sen abort var tungt på många sätt. Att bemöta sorgen från patienterna oberoende av bakgrunden till deras beslut var svårt. Detta påverkade barnmorskorna mycket och ibland kunde det vara svårt att släppa arbetet i tankarna. I takt med att de fått mer arbetserfarenhet kände de ändå att de kunde lämna dessa tankar på arbetet och inte ta med sig dem hem.

Att själv få besluta om delaktighet

Att själv som barnmorska få besluta om sin egen delaktighet i vårdandet upplevdes som betydelsefullt. Beslut om delaktighet kan beskrivas som att en del barnmorskor kan själv välja vilka arbetsuppgifter de önskar arbeta med, medan andra barnmorskor alltid är involverade i hela verksamheten. Resultatet visar att barnmorskor som själv hade valt att arbeta med abortverksamhet kände sig mera tillfreds. De såg arbetet med aborter som något positivt och kände att arbetet var mycket givande och intressant. Abortverksamheten har förändrats och barnmorskans arbetsuppgifter har ökat från att de från början assisterade till läkarna till att de idag självständigt sköter i stort sett hela förloppet vilket upplevdes ställa stora krav i vårdandet.

“Jag tror att man som barnmorska ger en bättre vård till den abortsökande kvinnan om man själv önskar att arbeta med dessa patienter “ (4).

Vissa av barnmorskorna kände sig inte bekväma med att arbeta med aborterna men då det ingick i arbetsuppgifterna var det något som de behövde handskas med. Om det hade funnits en valmöjlighet hade de önskat att fokusera på andra arbetsuppgifter. Även

om de kände så, accepterade de att detta var en del i deras arbete som barnmorska. Abortlagen och vikten av att varje kvinna skall ha tillgång till abort upplevdes som överordnat.

“Ofta känner jag att det är lite jobbigt att komma till arbetet och se att man ska ta hand om en abortpatient “ (6).

“Jag utbildade mig till barnmorska för att arbeta med förlossning och ibland känner jag att för mycket av mitt arbete utgår ifrån att ta hand om abortpatienter istället” (4).

Det finns ett dilemma i på vilken plats aborten utförs som påverkar barnmorskans upplevelse av abortvården. Dilemmat består i att en del kliniker utför aborter på förlossningen för att på bästa sätt kunna tillgodogöra en bra vård med t.ex. god smärtlindring till patienterna. Barnmorskorna upplevde det ibland känslomässigt tungt att omhänderta både abortpatienter och förlossningspatienter, samtidigt som barnmorskorna stundom upplevde en ökad arbetsbelastning. De barnmorskor som hade valt att arbeta inom abortverksamheten kände att arbetet oftast inte var så tungt. Kliniker som hade abortpatienterna på den gynekologiska avdelningen hade generellt en mer positiv inställning till att arbeta med abortpatienter och kände att dessa patienter var på rätt avdelning. Däremot kunde de ibland känna att de inte hade den kapaciteten som en förlossningsavdelning har att kunna tillgodose en bra smärtlindring.

“Jag känner inte att det är rätt att abortpatienterna ska vårdas på förlossningsavdelningen, det känns inte alls bra” (3).

Många gånger kunde barnmorskorna känna att omvärlden hade mycket åsikter om deras arbete med aborter och kunde ofta känna sig sårade av detta. Ibland kunde deras kollegor göra negativa uttalande om deras val av arbetsuppgifter. Det fanns även en del av barnmorskorna som upplevde att kollegor som arbetade med förlossningspatienter inte hade någon förståelse för att man som barnmorska hade bestämt sig för att arbeta med abortpatienter.

“Jag upplever det ofta som väldigt jobbigt att många har åsikter om mitt arbete, både bland personal men också i min omgivning” (2).

Att uppleva en mödosam arbetsbelastning

Att uppleva en mödosam arbetsbelastning påverkade barnmorskornas känsla inför vårdandet vid sen abort beroende på om de själv hade bestämt sig för att arbeta med det. De kände dock att det oftast var hanterbart då det fanns ett andrum mellan arbetspassen med de sena aborterna och att det var mycket viktigt att kollegor emellan hjälptes åt att fördela arbetsuppgifterna. Många av barnmorskorna som hade arbetet länge med sena aborter upplevde att det var fler sena aborter idag om de jämförde med tidigare, men att tillvägagångssättet är enklare idag och framförallt bättre för kvinnan.

“Ibland kan det kännas lite tungt om man i en period har haft hand om många sena aborter men vi är duktiga på att dela upp arbetet mellan varandra och det tycker jag känns så bra” (5).

Att se skillnaden till anledningen bakom abortbeslutet

I vårdandet upplevde barnmorskorna för att hantera vården att de försökte se skillnad till anledningar bakom abortbeslutet. Om graviditeten avbröts på grund av missbildningar hos barnet upplevdes det lättare att acceptera. Föräldrarnas sorg upplevdes lättare att förstå då det förlorade barnet var önskat. Dessa patienter upplevdes behöva ökad närvaro samt stöttning av barnmorskan, vilket kändes besvärligt många gånger. Begripligt i situationen var att barnmorskorna möttes av föräldrarnas förtvivlan och aggressivitet. Det var lättare att få kontakt med kvinnan vid missbildningar, då hon hade ett ökat behov av samtal och närhet. Att göra den sorgliga stunden positiv var något barnmorskorna försökte ge uttryck för.

”Jag kan tycka att det känns lättare när det är av medicinska skäl. Föräldrarna sörjer sitt barn, och det blir ju lättare när det är sorg liksom” (1).

Var avbrytandet på grund av försumlighet med preventivmedel eller av sociala orsaker hade barnmorskorna en lägre acceptans. Många av kvinnorna ville få aborten gjord så fort som möjligt och det upplevdes mer lätthanterbart. Barnmorskornas erfarenhet var att kvinnorna hade skuld -och skamkänslor och sorg kring dessa aborter. Aborten ansågs vara en kärleksförklaring till barnet i magen då det inte var önskat eller förenligt med liv. Barnmorskorna upplevde frustration när samma kvinna återkom flera gånger för abort, vid dessa tillfällen kunde barnmorskorna uppleva att preventivmedelsrådgivningen hade misslyckats. Denna försumlighet gjorde att barnmorskorna upplevde att kvinnan nonchalerade sitt ofödda barn och sin egen hälsa. Kvinnor som hade negativ inställning av preventivmedel upplevde barnmorskorna oansvarigt och provocerande.

”Det är synd om alla dessa tjejer. Jag kan inte som barnmorska ta på mig skulden, men de borde vara mer rädda om sig” (6).

En del av barnmorskorna i föreliggande studie hade observerat att efter fosterdiagnostikens framåtskridande aborterar ett större antal kvinnor på grund av mindre missbildningar som inte har betydelse för barnets livskvalitet, exempel på detta kunde vara klumpfot eller läpp/gomspalt. Detta berörde några barnmorskor negativt, då barnet har ett fullt funktionsdugligt liv, och med lite plastikkirurgi lever dessa barn precis som alla andra.

”Ibland kan det handla om små missbildningar som är enkelt att åtgärda, läpp/gomspalt opereras lätt idag. ... det berör en, det är liksom inga problem idag” (2).

I Sverige finns det liberalare abortgränser och med anledning av det förekommer det att kvinnor söker hjälp i Sverige för att få genomgå aborten. Ibland händer det att kvinnan kom från rutinultraljudet och direkt till abortmottagningen. I en del av dessa fall berodde önskan om abort på grund av vilket kön fostret hade, vilket berörde barnmorskorna illa.

”Det är det jobbigaste med jobbet, att ett fullt friskt barn inte ska få möjlighet till liv bara för att könet inte är rätt eller önskvärt. Kvinnan nedvärderar ju bara sig själv och de andra flickorna i familjen” (3).

Att känna önskan av stöd

I vårdandet av kvinnor som genomgår sen abort upplevs en stor önskan att som barnmorska finna och få stöd i det stundom svåra och krävande arbete som abortvården innebär. Denna önskan finns eftersom det finns ett stort behov att ha möjlighet att ge god vård till alla kvinnor som genomför en abort. Stödet mellan kollegor var mycket viktigt och gav dem mycket hjälp. Många gånger upplevde barnmorskorna att arbetet var så otroligt tungt att stöd var en förutsättning för att klara av att arbeta.

Att uppleva kollegialt stöd i vårdandet

Stöd från kollegor utvecklar barnmorskor i vårdandet av kvinnor som genomgår sen abort. Att få stöd av sina kollegor upplevdes som den mest väsentliga formen av stöd. Stöd utifrån t.ex. organiserade debriefingträffar upplevdes som sekundärt. Betydelsen av ett kollegialt stöd stärker och hjälper barnmorskor att både hantera sina egna känslor men också att ha förmåga att ge och utveckla vårdandet till kvinnorna.

”... som jag känner är ju kollegorna närvarande i stunden då man behöver stöd. Jag känner oftast att mitt behov av stöd är som mest när jag är mitt i det svåra. Det känner jag är oerhört betydelsefullt” (6).

När barnmorskorna kände sig trygga i arbetslaget vågade de visa öppenhet och dela med sig av sina funderingar till kollegorna, detta gjorde att de bad om stöd när behovet fanns. Om barnmorskorna arbetade parvis vid aborttillfället, speciellt de situationer där kvinnan var smärtpåverkad och ångestfylld, upplevde de ökad trygghet. Fanns kollegan tillgänglig kändes det betydligt lättare, då de kunde samarbeta under vårdandet och stödja kvinnan.

”... Då kvinnan aborterar kan man liksom vara två. Det har hänt att jag har behövt hämta någon annan ibland de stunderna då jag tycker det blir för jobbigt. Det känns superbra när någon mer kollega är där” (2).

“Jag storgrät när jag kom ut från rummet. Absolut inte inne hos mamman, men sen när jag kommit ut. Jag hade jättegott stöd i de kollegorna som jag jobbade med på natten” (1).

Att få professionell handledning uppskattas

Professionell handledning i vårdandet upplevde några barnmorskor som positivt, andra var tveksamma då handledaren kom utifrån och inte själv arbetat med abortverksamhet och därmed ingen erfarenhet och saknar förståelse för barnmorskans arbetsuppgift. Avdelningens kurator ansågs inte vara gynnsamt att använda eftersom även den personen var en i arbetslaget.

”Alltså, handledning som ges utifrån anser inte jag är betydelsefull alls” (5).

En del av barnmorskorna upplevde att stöd utifrån kunde vara bra. Behovet varierade mellan barnmorskorna, men ålder och erfarenhet hade inget samband med behovet till handledning. Några upplevde att de inte hade behov av handledning på grund av att de hade bestämda åsikter om vad de tyckte i olika situationer. De ansåg att deras egen reflektion räckte som bearbetning, men tyckte att handledning var bra för de som hade behovet. Debriefing, fortlöpande utbildning samt stöd till personalen borde vara obligatoriskt för att kunna fortsätta arbeta inom abortverksamhet.

”Självklart är ju handledning alltid betydelsefull att ha, det fungerar ju som terapi där man pratar på ett sätt som är annorlunda än det man samtalar om till vardags med arbetskollager eller privata kompisar. Jag tycker att handledning är det bästa, men finns inte det tillgängligt så får man prata med kollegorna, fast det gör man ju ändå på sitt sätt” (4).

Att omhänderta det aborterande fostret

Att vårda kvinnan genom aborten upplevde barnmorskorna svårt på många sätt. En av svårigheterna var att omhänderta det aborterade fostret eftersom det väckte existentiella frågeställningar hos barnmorskorna som sorg, skuld, obehag och ambivalens kring beslutet. När kvinnan skulle abortera fostret kände många av barnmorskorna att de ställdes inför mycket svåra existentiella frågeställningar. I detta svåra fanns hela tiden en stark önskan om att göra det bästa för kvinnan trots den svåra situationen som består av följande underkategorier.

Att se livstecken

Gemensamt för alla barnmorskorna var att då graviditeten närmade sig graviditetsvecka 18 och därefter så upplevde de svårighet och obehagligt att hantera det aborterade fostret på grund av att det kunde visa tecken till liv, så som små ryckningar, och ibland att hjärtslagen kunde ses. Att ta med fostret till sköljen kändes etiskt oförsvarbart. Väntan på att hjärtat skulle stanna blev lång och det påverkade barnmorskorna mycket.

”Det är jättejobbigt i dessa sena graviditetsveckor, det är flera gånger man går till sköljen där man lagt det för att se om det slutat att andats. Så kan man hålla på i en timme och då ska man inte aktivt göra något. Det rör ju inte på sig men ändå... Skitjobbigt” (5).

“Vi gjorde deras upplevelse fin tyckte dom, men inombords var det kaos, jag kände mig som en mördare” (1)

Att ta hand om fostret

I vårdandet ingår att hantera fostret och det upplevdes på olika sätt beroende på barnmorskorna. En känsla av obehag av att ta hand om fostret och känslan av att hållit

ett dött foster i händerna fanns kvar länge. Framfödandet av fostret upplevdes ibland olustigt och en känsla av ovärdighet när fostret aborterades i ett bäcken på toaletten. Barnmorskorna menade att det var bra att kvinnan själv inte fick se detta, några barnmorskor tyckte att det ingår i arbetsuppgiften och lade känslorna åt sidan. Trots att barnmorskorna upplevde obehag i samband med omhändertagandet av det aborterande fostret strävade alla barnmorskor efter att göra det praktiska med värdighet. Det fanns olika stora lådor beroende av vilken vecka fostret aborterades i, och denna arbetsuppgift skulle utföras.

”Det som ska bli ett barn läggs i en låda som sedan går till förbränning... jättesvårt desto längre graviditeten gått” (3).

Det var viktigt för barnmorskorna att då föräldrarna skulle få se fostret skulle det göras så värdigt som det fanns möjlighet till. Vid missbildningar sveptes handdukar om de delar som inte var så fina, detta för att visa fostrets finaste delar. Ibland önskade föräldrarna att ha fostret påklätt och det upplevdes obehagligt och svårt.

”Även om jag som barnmorska upplever det mycket jobbigt ibland är det så betydelsefullt för mig att kvinnan känner sig trygg i den svåra situationen”(1).

Att se ett foster istället för ett barn underlättar

I vårdandet upplevde barnmorskorna att de måste skydda sig för att inte mentalt påverkas allt för kraftigt. Det upplevdes skyddande att tänka på fostret som just ett foster istället för ett barn. Detta för att inte ge livsstatus som ett barn automatiskt får, där barnmorskans sedan tar dess liv. Känslan skulle bli ohanterlig. Föräldrarna ser det som ett barn och inte ett foster från första stund poängterade barnmorskorna. Det skiljer bara en vecka mellan foster och ett livsdugligt barn, och för barnmorskorna är detta ett bekymmer. Abortgränsen och neonatalgränsen är nästan identiska och det upplevdes svårt att hantera.

”Åhh, det berör en jättemycket när det skiljer en vecka mellan neovård och så står man i sköljen. Bara för att någon inte vill ha det, det handlar ju om liv!” (2).

”Man måste se att det är ett foster och inte ett barn, det gäller att stänga av liksom, men visst är det svårt” (3).

En barnmorska berättade att hon sökte efter forskning på fostrets medvetenhet. Det hon hittat var att innan vecka 24 känner inte fostret smärta eller förnimmelse på grund av att hjärnan ännu inte utvecklats färdigt. Denna barnmorska upplevde att hon kände sig tryggare i sin hantering av fostret och i sig själv av denna vetskap.

”Vi vet ju att det bara är reflexer, de upplever inte någon smärta, det vet vi ju. Men det är ändå jobbigt när det blir så. Man tycker att de andas och att det borde kännas något” (6).

En del av barnmorskorna önskade utbildning och handledning av hanteringen av foster i samband med abort. Barnmorskeutbildningen tar inte upp detta ämne och därför

upplevde några att det togs förgivet att de skulle ha kunskap i detta område utan utbildning eller någon handledning.

”... Vart lär man sig detta och av vem, är det någon som stöttar oss i detta då?” (5).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Eftersom syftet i föreliggande studie var att belysa barnmorskors upplevelser av vårdandet av kvinnor som genomgår sen abort, ansågs en kvalitativ ansats som vilar på humanvetenskapliga grunder vad gäller vetenskapsteoretiska utgångspunkter bra. Metoden avser att belysa verkligheten så som de intervjuade personerna själva upplever den och som anses vara lämplig för studien. Intervjuer anses vara effektivt för att samla information och för att lyfta fram personers upplevelser (Polit, Beck & Hungler, 2014, s.78-80). Datainsamlingen genomfördes i form av en öppen intervju utifrån en intervjuguide. Guiden innehöll en inledningsfråga samt andra fördjupande följd- och stödfrågor för att kunna besvara varför, hur och vad. Studien genomfördes med telefonintervjuer med barnmorskor från kliniker runt om i hela Sverige. Respondenterna bestod av sex barnmorskor. Kvinnoklinikernas vård där informanterna arbetade på var uppbyggd på olika sätt, och även vart aborterna utfördes skilde sig vilket vi som författare upplevde en styrka då studiens intervjuer blev beskrivningar av upplevelser. Författarnas förkunskap inför föreliggande studie var att vårdandet av kvinnor som genomgår en sen abort troligen kan innebära ambivalenta känslor och etiska dilemman för barnmorskorna. Vi tror att telefonintervjuer är en styrka då informanterna kände en ökad anonymitet, och därför har informanterna getts tillfälle för öppet sinne under intervjun. De sex intervjuerna genomfördes under februari till maj 2015, vilket gav oss som författare rimlig tidsgräns till att reflektera samt få en djup förståelse för studien. Enligt Brinkman & Kvale, 2009, s. 100-108) påverkas trovärdigheten av intervjuarens kunnighet i intervjuer och intervjuarens sätt att anse budskapet objektivt, både under bearbetning och analysering av datamaterial. Validiteten i studien är det som ska undersökas/mätas verkligen undersöks/mäts. Även reabiliteten som anger tillförlitligheten i studien.

Inklusionskriterierna var att informanterna var barnmorskor med nordiskt ursprung, detta för att inte olika religioner och trosuppfattningar skulle påverka utfallet. En svaghet i studien var att författarna under intervjuerna inte tog del av den enskildes trosuppfattning och detta kan ses som en svaghet i studien då författarna tror att olika trosuppfattningar kan påverka resultatet. Samtliga informanter har erfarenhet att arbeta med sena aborter. Vi anser att reabiliteten i urvalet är högt. Sex informanter användes, men vi tror inte att fler informanter kunnat påverka resultatet. Validiteten är hög då det är en stor spridning på informanternas arbetslivserfarenhet och bred spridning i åldersgruppen.

Datainsamlingen har hög reliabilitet och validitet då öppna frågor använts. Vi tror att tillförlitligheten i resultatet hade blivit påverkat om vi använt strukturerade frågor. Informanten har själv fått berätta om sin upplevelse där vi endast avbrutit för att belysa känslan och upplevelsen mer specifikt.

Dataanalysen anser vi ha fått en högre validitet och reliabilitet då båda författarna analyserat tillsammans för att inte få ett felaktigt resultat. Samtliga intervjuer transkriberades och avlyssnades flertalet gånger för ett bekantgörande av innehållet. Reliabiliteten är svår att avgöra vid kvalitativa intervjuer. Informanterna är anonyma vilket ökar tillförlitligheten då känslor kan upplevas svårt att prata om och den intervjuade öppnar sig mer vid anonymitet (Brinkman & Kvale, 2009, s. 263-266).

Enl. Lundman & Hällgren Graneheim, 2004 ska tillförlitligheten bedömas utifrån trovärdighet, giltighet och överförbarhet i kvalitativa studier. Tillförlitligheten hänvisar till det trovärdiga i resultatet, t ex. hur bra datainnehållet och analysprocessen är utifrån studiens syfte. Vi anser att våra intervjuer har tilldelat oss omfattande material att arbeta med för att kunna få en bra tillförlitlighet då vi undersökt individens upplevelse. Studiens svaghet kan vara författarnas ovana intervjuteknik, samt att deltagandet i intervjuerna delades lika mellan författarna. Alla intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant detta för att öka studiens reliabilitet. Studiens styrka kan vara att alla intervjuerna analyserades gemensamt för att minska osäkerheten om tolkning av materialet. Att analysering och kodning gjordes gemensamt ökar resultatets validitet och reliabilitet, samt att citat från intervjuerna belyser det faktiska resultatet (Brinkman & Kvale, 2009, s. 203-216).

Resultatdiskussion

Barnmorskor upplever vårdandet som en strävan efter en stödjande hållning gentemot varje kvinna som genomgår en sen abort. Resultatet i föreliggande studie mynnade ut i ett tema som omfattas av följande kategorier. Att vara kompetent och skicklig, att uppleva det hanterbart, att känna önskan av stöd samt att omhänderta det aborterande fostret.

Föreliggande studie medförde ett resultat där barnmorskorna genomgående känner att det är mycket viktigt att kvinnan ska erbjudas ett bra stöd genom att vara närvarande för kvinnan. En annan viktig aspekt som framkom var att barnmorskorna anser att det är viktigt att varje kvinna ska få vård oavsett bakgrunden till aborten. Det framkom även tydligt att barnmorskorna känner ett stort behov av stöd i arbetet med aborterna för att kunna arbeta med denna vård. Denna kunskap står i samklang med teorin om vårdande vid barnafödande- Att stödja och stärka som utvecklats av Berg & Lundgren (2010). I relation till denna teori kan resultatet i föreliggande studie diskuteras utifrån att alla människor har ett unikt värde och i varje möte ska den professionella vården ges utifrån en respektfullhet och ödmjukhet. Dessa värden är centrala i allt vårdande. Kvinnan ska vara i fokus för barnmorskan och vården ska ges utifrån ett helhetsperspektiv. Barnmorskan ska vårda den abortsökande kvinnan utifrån detta. Det innebär att kvinnan har ett värde för barnmorskan enbart genom att finnas och att vården ska ges utan att det ska finnas ett fördömande eller kränkande synsätt. Genom att barnmorskan bemöter den abortsökande kvinnan på ett vänligt sätt och arbetar för att kvinnans behov ska tillfredsställas bevarar barnmorskan också kvinnans integritet. Barnmorskan ska vårda

kvinnan genom att vara med kvinnan. Det innebär att barnmorskan ska vara öppen för kvinnans livsvärld, då det är en del av henne. Om barnmorskan är öppen för den abortsökandes livsvärld och tar del av hennes livsberättelse ger det barnmorskan möjlighet till att kunna förstå kvinnan och detta är en förutsättning för att kunna vårda kvinnan ur en helhet (Berg & Lundgren, 2010, s. 29-41).

Resultatet i denna uppsats visar att det var viktigt för barnmorskorna att vara närvarande hos kvinnan samt att kvinnan som genomgår en abort ska erbjudas stöd oavsett bakgrunden till beslutet. En studie av Mariutti, De Almeida & Panobianco (2007) visar att kvinnor som genomgår abort är i stort behov av stöd och vård. Med utgångspunkt från det är barnmorskan en betydelsefull och viktig person för dessa kvinnor. Studien visar på att barnmorskan måste vara medveten om det och att kvinnan har rätt att få vård oavsett hur situationen ser ut. Samt att barnmorskan ska vårda kvinnan utifrån en helhet.

Varje kvinna som genomgår en abort har ett stort behov av stöd och omtanke från sin barnmorska. I arbetet som barnmorska finns en mycket viktig och betydelsefull uppgift genom att ge kvinnan stöd igenom aborten. I enlighet med detta kan det vara fruktbart att diskutera detta utifrån Watsons teori, vilken går att sammanföra i barnmorskans arbete med abortpatienterna då teorin har sin grund i att varje kvinna har rätt att få vård utifrån att barnmorskan stödjer kvinnan efter de behov och önskningar som finns. Enligt Wiklund - Gustin & Lindwall, 2012 (s. 261-290) är Watsons teori av stor betydelse att kunna vara närvarande för att på bästa sätt kunna främja och visa vördnad inför kvinnan och inför situationen.

I vår studie framkom det mycket tydligt att barnmorskorna önskade att få mera stöd i sitt arbete med aborter. Watson menar att det är av stor betydelse att varje barnmorska som arbetar med kvinnan som genomgår en abort kan visa omsorg till sig själv. Kvinnan som genomgår en abort är i en mycket utsatt situation och har ofta ett stort behov av stöd samt att barnmorskan är närvarande. Genom att bejaka sina egna värderingar och känslor och på det sättet visa en omsorg om sig själv kan barnmorskan också vara närvarande hos kvinnan. I vården av kvinnorna som genomgår en sen abort finns det mycket känslor och tankar och det är viktigt att vara medveten om sina egna känslor och värderingar så att dessa inte kan ta över i mötet med kvinnan. Det finns annars en risk att barnmorskans egna värderingar styr uppmärksamheten bort från kvinnan (ibid).

I föreliggande studie visar resultatet att barnmorskorna ansåg att det var mycket viktigt att varje kvinna ska få stöd och hjälp oavsett bakgrunden till deras beslut om abort. Det var även viktigt att vara närvarande hos kvinnan och att vara lyhörd inför hennes önskemål. I en studie där syftet var att studera vad barnmorskan upplevde var betydelsefullt i vården av kvinnan visade resultatet på att det är mycket viktigt att barnmorskan är närvarande för kvinnan. Det är även av stor vikt att barnmorskan skapar en ömsesidig relation till kvinnan (Thelin, Lundgren, Hermansson, 2014). Wiklund-Gustin & Lindwall (2012) beskriver enligt Watsons teori hur viktigt det är att barnmorskan bemöter varje kvinna på ett ömsesidigt sätt och att det är oerhört viktigt att vara närvarande och inte gömma sig bakom sin roll som barnmorska utan att istället vara lyhörd och kunna lyssna. Varje abortbeslut är ofta ett svårt beslut för kvinnan och

barnmorskan har en viktig uppgift att kunna lyssna utan att döma kvinnan, och försöka komma fram till en gemensam förståelse.

Resultatet i föreliggande studie visar att även om barnmorskorna tyckte att det var mycket viktigt att kvinnan skulle få en god vård och att hennes välmående var viktigast upplevdes arbete med aborter ofta som mycket psykiskt tungt. Att som barnmorska ansvara för och ta hand om en kvinna som genomgår en abort innebär att inneha både medicinsk kompetens men även att ha förmåga att kunna ge kvinnan stöd både under och efter aborten. Vår studie visar på hur stort behov av stöd barnmorskorna behöver. Detta stöd upplever många av barnmorskorna är en förutsättning för att kunna ge kvinnan en bra vård och för att kunna arbeta med dessa kvinnor. Genomgående var också att stödet mellan barnmorskorna upplevdes som viktigast.

I en studie där syftet var att undersöka erfarenheter och uppfattningar som barnmorskor känner inför att ta hand om kvinnor som genomgår en abort, visade resultatet på att arbetet kräver både professionell kunskap men även förmåga att kunna reflektera över sina egna etiska attityder och övervägande. Svåra situationer ansågs vara lättare att hantera med en ökad kunskap och erfarenhet. Barnmorskorna kände att känslan till att vilja stödja kvinnorna var mycket viktig och kom före känslan att det var svårt. Resultatet visade på att barnmorskorna var i behov av handledning och stöd. Genom stöd och även mentorskap från erfarna kollegor, där det fanns möjlighet till reflektion gavs barnmorskorna möjlighet till att utveckla sin säkerhet i dessa vårdssituationer. Det innebar även att de kunde känna sig tryggare i sin personliga livssituation (Andersson, Gemzell - Danielsson & Christensson, 2014).

I föreliggande studie framgick det att professionell handledning endast hade givits vid några enstaka tillfällen. Dessa var då planerade och barnmorskorna upplevde ofta att behovet av stöd behövdes för stunden när de svåra situationerna uppstod. Någon av barnmorskorna berättade att professionell handledning inte hade införts men att det var något som var planerat att göra. En annan sak som upplevdes som ett hinder i den form av stöd var att handledaren inte hade erfarenhet från abortvård och då inte upplevdes förstå barnmorskornas situation. Genomgående i resultatet var att stödet är viktigt men att stödet kollegor emellan upplevdes mer betydelsefullt.

Denna problematik kan förstås utifrån ett resultat från en studie av Huntington (2002) där syftet var att undersöka hur barnmorskor upplevde arbetet med sena aborter.

Resultatet visade att många barnmorskor upplever att det ibland är ett psykiskt krävande arbete med sena aborter. Samt att de ibland inte känner att de får ett tillräckligt stort stöd i sitt arbete utan att de istället förväntas klara av arbetet. Arbetet kan innebära ett trauma även för barnmorskorna. Att få stöd i sitt arbete är mycket viktigt, även om känslan att kollegornas stöd är av yttersta vikt. Att barnmorskorna i föreliggande studie upplevde stödet kollegor emellan som det viktigaste går även att styrka i annan forskning som visar på hur viktigt stödet för barnmorskor inom abortvård är. I en studie av Christensson, Halldén & Lundgren (2011) visade resultatet att barnmorskor som arbetar med kvinnor som genomgår en abort ibland kan reagera känslomässigt i svåra situationer. Resultatet stärker det faktum att barnmorskor är i behov av stöd och att få möjlighet till att reflektera över sina tankar och inre konflikter. Detta är även av betydelse för hur barnmorskan bemöter och vårdar den abortsökande kvinnan.

Stöd i form av handledning upplevdes som mindre viktigt än det stöd som barnmorskorna gav varandra. Det var beroende av att behovet av stöd uppkom spontant och i de stunderna fanns kollegorna ofta nära. Alla barnmorskorna kände inte något behov av professionell handledning men var överlag positiva till det. Många gånger upplevde barnmorskorna det mycket jobbigt under aborten, men hade ibland möjlighet att vara två. Det uppfattades som mycket positivt och i de situationerna kunde stöd ges till varandra.

I en studie av Ceriotti, Guerrini- Contini, Mauri & Soldi (2014) undersöktes hur barnmorskor kände inför vård av kvinnor som genomgår en abort. Resultatet i den studien visade på att barnmorskorna kände att det var av stor betydelse att kunna prata med sina kollegor om sina känslor och erfarenheter Även om det var viktigt att ibland kunna få stöd i andra yrkesgrupper för att kunna hantera sina emotionella känslor. Barnmorskorna i föreliggande studie uttryckte att det var viktigt att kvinnan skulle få vård och stöd oavsett bakgrunden till beslutet att genomgå en abort. Samtidigt upplevde barnmorskorna det som tungt i vissa situationer och att de påverkades emotionellt då de ställdes inför svåra frågeställningar.

Inom olika yrkesprofessioner finns etiska koder. Att dessa finns beror på flera olika anledningar. En anledning som är betydelsefull är att de finns för att skydda patienten. Det kan benämnas som ett socialt kontrakt mellan patienten och i detta fall barnmorskan. Ytterligare orsaker till varför det är viktigt är att de bidrar till att stärka professionen inom yrkesgruppen samt att det stärker det som är gemensamt. De etiska koderna bidrar till att göra normer och värderingar tydliga. Ur den negativa synvinkeln ger dessa koder ofta inga tydliga svar på hur varje enskild barnmorska ska hantera olika etiska konflikter då de ofta är relativt abstrakta. En gemensam värdegrund på arbetsplatsen är betydelsefullt då varje enskild barnmorska inte behöver ta ställning till hur svåra etiska situationer ska hanteras. För att det ska finnas en bra möjlighet till det är det viktigt att alla i personalen är medvetna om arbetsplatsens värderingar samt att varje barnmorska känner att dessa kan efterlevas (Kjellström & Sandman, 2013. s. 72-75).

I en kvalitativ studie önskade man att studera de etiska problem och konflikter som barnmorskor ställs inför vid abort. Av de som intervjuades uppgav samtliga att de upplevde att de ställdes inför etiska frågeställningar i sitt arbete med abort. Studiens resultat visade på att det behövs mer resurser för stöd till de barnmorskor som arbetar med denna patientgrupp pga. att de ofta ställs inför personliga inre konflikter som behövs bearbetas (Garel, Gosme-Seguret, Kaminski & Cuttini, 2002). Inom vården finns en rad olika etiska teorier som vården kan vila på. Många av barnmorskorna som arbetade med sena aborter upplevde ibland arbetet som tungt och att det bidrog till etiska personliga dilemman. Genom pliktetiken kan barnmorskan vila de etiska dilemman på att alla människor ska behandlas lika och att genom det bortse från egna personliga intressen och perspektiv då svåra etiska situationer uppstår. Att som barnmorska vara opartisk inför varje kvinnas rätt till att genomgå en abort oavsett bakgrund är viktigt då det enligt pliktetiken är av betydelse att ha förmåga till att kunna bortse från egna personliga intressen då barnmorskan ska agera professionellt (Kjellström & Sandman, 2013. s. 98-100).

I en studie har det framkommit att barnmorskor som arbetar inom abortverksamheten har en förhoppning om att handledning ska finnas (Hammarstedt, Jacobsson & Lalos, 2005). Detta resultat går att jämföras med föreliggande studie som visar på vikten av handledning även om behovet var olika stort. Barnmorskorna upplevde arbetet med aborter som ett psykiskt tungt arbete och att handledning är viktigt för att klara av att arbeta med denna patientgrupp. Detta framkommer även i en studie som visar på att genom handledning får barnmorskan en stärkt roll och får även stöd i sin personliga yrkesutveckling (Borgenhammar & Severinsson, 1997). I arbetet som barnmorska ingår att vårda och stödja kvinnor som väljer att genomgå en abort. Enligt kompetensbeskrivningen ska barnmorskan inneha kunskaper om aborter samt att kunna ge kvinnan information och råd. Vidare ingår även att vårda kvinnan genom aborten (Socialstyrelsen, 2006). Resultatet i föreliggande studie visar på att även om arbetet är känslomässigt tungt och att det var svårt för barnmorskorna att hantera sina egna känslor var det en viktig del i barnmorskans arbete. Viktigt att varje kvinna skulle få bra vård och stöd i sin unika situation oavsett bakgrunden till beslutet. Sveriges abortlag värnar om kvinnans rättighet till att själv besluta om graviditeten ska fortgå eller avslutas. För de kvinnor som väljer att avsluta sin graviditet finns ett stort behov av stöd. I en studie som syftade till att undersöka vad kvinnor som genomgår en sen abort upplever som betydelsefullt var resultatet att stöd och information var oerhört viktigt. Både under aborten men även efter (Lindberg, Mikkavaara, Öhrling, 2011). Barnmorskan är här mycket viktig och betydelsefull och ska vara en trygghet för kvinnan. Sveriges hälso- och sjukvård bygger på att varje människa har en rättighet till att få vård.

Den senaste tiden har en diskussion förts angående barnmorskans arbete med abortvård. Detta med anledning av att en barnmorska nekats arbete då hon vägrat att utföra abortvård. Nyligen har ytterligare en barnmorska nekats arbete. Barnmorskan har uppgett att hon inte vill utföra aborter pga. hennes religiösa tro. Efter att arbetsgivaren fått ta del av dessa åsikter har barnmorskan nekats arbete på sjukhuset och barnmorskan har nu stämt arbetsplatsen (Falkenby, 2015).

Detta kan relateras till föreliggande studie som visar att även de barnmorskor som inte själv aktivt valt att arbeta med abortvård ansåg att det var en del av barnmorskans arbete och att det var kvinnans rätt att få en god vård. Barnmorskan vårdar kvinnor i olika livscyelperspektiv och ska vara ett stöd för kvinnan i många olika situationer i livet. Då en kvinna genomgår en abort finns ett stort behov av stöd och förståelse och det är viktigt för kvinnan att kunna känna en trygghet i att barnmorskan ger stöd. Enligt kompetensbeskrivningen för barnmorskor ingår abortvård i barnmorskans arbete och är en del i arbetet (Socialstyrelsen, 2006). Även om varje människa har egna värderingar och uppfattningar menar vi att dessa får stå utanför arbetet. Som barnmorska måste förmågan att se bortom det finnas och att istället kunna möta varje kvinna i hennes unika situation. Om barnmorskor skulle få rätt till att själv bestämma om de önskar att arbeta med abortvård finns en risk att kvinnans rätt till fri abort skulle försvagas. Barnmorskan ska värna om kvinnan och hennes hälsa och ge stöd och råd i alla olika livscyelperspektiv. Det fanns också en känsla av ett misslyckande i att ge en bra preventivmedelsrådgivning då en del kvinnor återkom för abort vid flera tillfällen. I resultatet framkom även ett uttryck för ledsamhet i att barnmorskorna upplevde att en del aborter genomfördes med bakgrund av att fostrets kön hade blivit känt. Även om

föreliggande studie visar på att barnmorskorna ser en självklarhet i att ge kvinnan stöd och att se till kvinnans bästa innebär abortvården också svårigheter. Resultatet i föreliggande studie visar på att abortvården innebär etiska svårigheter för barnmorskorna. Gemensamt för barnmorskorna var att det var viktigt för barnmorskan att finnas där för kvinnan och erbjuda stöd och hjälp. Samtidigt kände en del av barnmorskorna att det var mer accepterat om kvinnan genomförde en abort pga. en missbildning. I dessa fall kände barnmorskorna att det var lättare att möta föräldrarnas sorg och att det då fanns ett större behov av stöd och samtal. Författarna i föreliggande studie tänker att abortvården ger upphov till mycket svåra etiska frågeställningar och som innefattar frågor som rör vår existens. Vi tror att dessa frågor är svåra att möta och att det kan innebära att det ibland blir svårt för barnmorskorna att möta dessa kvinnor, även om önskan alltid är att kvinnan ska få ett bra stöd av barnmorskan. I en studie som syftade till att studera barnmorskornas arbete med abortvård framkom det att barnmorskorna är den yrkesgrupp som mest påverkas av abortvården. Många gånger ställs barnmorskan inför svåra etiska frågeställningar och värderingar. Barnmorskan bär med sig dessa svårigheter för sig själv. Detta innebär svårigheter för barnmorskan som då ofta bär på inre konflikter som inte utreds. Även denna studie pekar på vikten av att få stöd i arbetet med abortvården. Detta är en förutsättning för att barnmorskan ska kunna ta del och stödja kvinnan i denna komplexa situation (Cignacco, 2002).

Sammanfattning

Resultatet i vår studie visar på hur barnmorskan upplever arbetet med sena aborter. Resultatet visar att det finns en strävan efter att vara närvarande och ge stöd till varje kvinna som genomgår en abort oavsett bakgrunden till beslutet. Arbetet med abortvård ingår i barnmorskans arbete och den senaste tidens diskussioner kring samvetsklausul och rätten att frånta sig att arbeta med abortvård anses inte genomsyra studiens resultat. En del av barnmorskorna i studien som inte själva valt att arbeta med aborter kunde ibland känna en tung arbetsbörda men grundsynen var ändå att varje kvinna har en rättighet i att besluta om abort och det är en av barnmorskans uppgifter att stödja och hjälpa kvinnan. Genomgående i studien var även att barnmorskorna hade ett behov av stöd och vägledning. Behovet av stöd och handledning styrktes även i andra studier.

Implikationer

Vår studie visar på hur viktigt det är att barnmorskor som arbetar inom abortvård har möjlighet till stöd. Författarna anser att föreliggande studie kan bidra med ytterligare styrka i detta påstående. Författarna anser att styrkan i resultatet visar på att det finns ett stort behov av stöd då arbetet med sena aborter många gånger innebär etiskt svåra dilemma och är psykiskt tungt för barnmorskorna. Resultatet i föreliggande studie går även att styrkas i tidigare forskning i ämnet.

REFERENSER

- Anderberg, E. Andersson, U-B. Weström, L. Åberg, A. (2005). *Obstetrik och gynekologi*. Studentlitteratur: Lund. ss. 367-372.
- Andersson, IM. Christensson, K. & Gemzell-Danielsson, K. (2014). Caring for woman undergoing second-trimester medical termination of pregnancy. *Contraception*.
- Ahlzen, R. Bischofberger, E. Gustafsson, S. Hellström, B. Lantz, B. Nilsson, G. Odlin, V. Thunnberg, A-M. (1991) *Abort fosterdiagnostik människovärde*. Svenska kyrkans forskningsråd 1991:7. ss. 27-37.
- Berg, M. (2010). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. Berg, M. Lundgren, I. *Att stödja och stärka- vårdande vid barnafödande*. Studentlitteratur: Lund. ss. 29-41.
- Brinkman, S & Kvale, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur Lund. ss. 1-370.
- Bryar, R & Sinclair, M. (2011) *Theory for midwifery practice*. Second edition. Published by Palgrave Macmillan.
- Borgenhammar, EV. Severinsson, EI. (1997). Expert views on clinical supervision: a study based on interviews. *J Nurs Manag* (3): 175-83.
- Cerioti, E. Guerrini-Contini, NN. Mauri, PA. (2015). Italian midwives experiences of late termination of pregnancy- a phenomenological-hermeneutic study. *Nurs Health Sci*: (2): 243-9doi:10.1111/nhns12180.
- Christensen, AV. Christiansson, AH. Petersson, B. (2013) Faced with a dilemma: Danish midwives experiences with and attitudes towards late termination of pregnancy. *27(4)*: 913-20. Doi.10.1111/scs.12004.
- Christensson, K. Halldén, BM. Lundgren, I. (2011). Ten Swedish midwives lived experiences of the care of teenagers early induced abortions. *Health care woman Int*. 32(5): 420-40.doi: 10.1080/07399332.2010.535937.
- Cignacco, E. (2002). Between Professional Duty and Ethical Confusion: midwives and selective termination of pregnancy. *Nursing Ethics*, 9 (2). 179-191.doi; 10.1191/0969733002ne496oa.
- Dahlberg, K. Dahlberg, N & Nyström, N. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Studentlitteratur: Lund. ss. 126-152.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur: Polen. ss. 167.
- EU-upplysningen, Sverige och EU-rätten,

<http://www.eu-upplysningen.se/Lagar-och-regler/Sverige-och-EU-ratten/> (2016-01-12)

Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

http://www.humanrights.gov.se/dynamaster/file_archive (2016-01-12)

Erlandsson, Å. (2015) *Juridiken kräver inte samvetsklausul*.

<https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2015> (2016-01-12).

Falkenby, M. (2015) *Vägrar aborter - stämmer landsting*.

<http://www.trelleborgsallehanda.se/tt-inrikes/vagr-ar-abort-stammer-landstinget/> (2015-10-01).

Faxelid, E. Gemzell-Danielsson, K. (2009). Inducerad abort. Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, A. & Lundgren, I. (Red.) *Lärobok för barnmorskor*. Studentlitteratur: Lund. ss. 543-552.

Forssén, A. & Carlstedt, G. (2008). Feminism. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur: Lund. ss. 169-171.

Garel, M. Gosme-Seguret, S. Kaminski, M & Cuttini, M. (2002). Ethical decision - making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives. *Prenatal Diagnosis*. Volym 22. Issue 9. ss. 811-817.

Gemzell-Danielsson, K. (2010). Abort och sterilisering. P-O. Janson, B-M. Landgren. (Red). *Gynekologi*. Studentlitteratur: Lund. ss. 145-157.

Görman, U. (2000). *Erfarenheter och egna val; en bok om abort*. Gothia förlag, ss. 52-71.

Hammarstedt, M. Jacobsson, L. Wulff, M. Lalos, A.(2005). Views of midwives and gynecologists on legal abortion—a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 84(1):58-64.

Hamrud, A. *Ovanligt att ta bort foster efter vecka 18*. (2007).

<http://www.dn.se/nyheter/sverige/ovanligt-att-ta-bort-foster-efter-vecka-18/> (2015-03-02).

Huntington, A. (2002). Working with women experiencing mid-trimester termination of pregnancy: The integration of nursing and feminist knowledge in the gynaecological setting. *Journal of clinical nursing*. Volume 11.s. 273-279 ISSN 0962-1067.

Höjeberg, P. (2011). *Jordemor- Barnmorska och barnaföderska. Barnafödandets historia i Sverige*. Carlsson Bokförlag, ss. 26-286.

Ihfongård, J. (2014)_*Kristen barnmorska vägrade abort - nekas tjänst*.

<http://www.dagen.se/kristen-barnmorska-v%C3%A4grade-abort-nekas-tj%C3%A4nst-1.95583> (2015-03-29).

Kjellström, S. Sandman, L. (2013). Etikboken-etik för vårdande yrken. Studentlitteratur: Lund. ss. 72-100.

Lindberg I, Mikkavaara I, Öhrling K. (2011). Women's experiences after an induced second trimester abortion. *Midwifery* ; 28(5):e720-5. doi: 10.1016/j.midw.2011.07.011.

Lindström, M. Wulff, M. Dahlgren, L. Lalos, A. (2011). Experiences of working with induced abortion: Focus group discussions with gynaecologists and midwives/ nurse. *Scand J caring sci*; 25(3) : 542-8 doi 10.1111/j. 1471-6712.2010.00862.x.

Lindström, M. (2007). Gynekologer och barnmorskor inom svensk abortvård – åsikter, erfarenheter och upplevelser. *Umeå Universitet, Medicinska fakulteten, Klinisk Vetenskap, Obstetrik och Gynekologi*. [Electronic version]. <http://www.diva-portal.org/umu/abstract.xsql?dbid=1382> (2015-04-22).

Lindström, M. Jaconsson, L. Wulff, M. Lalos, A. (2007). Midwives experiences of encountering women seeking an abortion. *J Psychos on obstet Gynaecort*. 28(4) ; 231-7.

Lindwall, L. Wiklund-Gustin, L. (2012). Jean Watsons teori för mänsklig omsorg-att värna om mänskligheten. *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur & Kultur: Stockholm, ss. 261-290.

Lundman, B & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I-M Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård*. Studentlitteratur: Lund.ss. 159-266.

Lundman, B & Hällgren Graneheim, U. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*; (24): 105-112.

Marek, M. (2004). Nurse's attitudes toward pregnancy termination in the labor and delivery setting. *JOGNN*, 33(4), 472-479.

Mariutti, M-G, De Almeida, A-M. Panobianco, M-S. (2007). Nursing care according to women in abortion situations; 15(1):20-6.

Persson, E. (2000). *Erfarenheter och egna val; en bok om abort*. Gothia förlag. ss. 25-38.

Polit, D. Beck, C & Hungler, B. (2014). Essentials of nursing research- methods, appraisal and utilization 5th edition. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins. ss. 72-80.

Rayman, S. (2014). *Replikskifte om samvetsfrihet och abort*.
<http://blog.svd.se/ledarbloggen/2014/03/16/replikskifte-om-samvetsfrihet-och-abort/>
(2015-03-28).

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska*.
Stockholm: socialstyrelsen.
http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf (2015-05-17)

Socialstyrelsen. (2011). *Aborter 2011*. Stockholm; Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/List/Artikelkatalog/Attachment/1887712012-116pdf>.
(2014-12-20).

Statens Medicinsk-Etiska Råd.(2008). *Etik-en introduktion*.
Stockholm: <http://www.smer.se/wp-content/uploads/2012/05/Etik-en-introduktion1.pdf>
(2015-04-24).

Statens Offentliga utredningar.(2005). *Abort i Sverige*. (SOU 2005:90). Stockholm:
Regeringen. <http://www.regeringen.se/sbld15140/a/52638> (2015-01-06).

Statens offentliga utredningar (SOU 1989:51) *Den gravida kvinnan och fostret- två individer. Om fosterdiagnostik, Om sena aborter. Slutbetänkande av utredningen om det ofödda barnet*. Justitiedepartementet.

SFS 1974:595. *Abortlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
<http://www.riksdagen.se/webbnax/index.aspx?nid=3911 & bet=1974:595>

Sveriges Riksdag, Motion 1993/94;Ub 601
<http://www.riksdagen.se/sv/> (2015-05-12).

Theelin, I-L. Lundgren, I. Hermansson, E. (2014). Midwives lived experience of caring during childbirth- a phenomenocal study. *Sex Repod Health*. 2014 oct; 5(3):113-8. doi; 10,1016/j.srhc.2014,06.008.

Wiklund-Gustin, L. Lindwall, L .(2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur och kultur, Stockholm, ss. 261-290).

World Medical Association. (2009). Medical Ethics Manual. *World Medical Association*. <http://www.wma.net/en/10home/index.html>.
(2014-12-18).