

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2019:58

“Jag är inte bara barnmorska, utan människa också” -
Barnmorskors erfarenheter av att få stöd i arbetet med att vårda kvinnor
som genomgår sena aborter

Kristin Hjerne
Heidi Sjöblom



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: *“Jag är inte bara barnmorska, utan människa också”* - Barnmorskors erfarenheter av att få stöd i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter

Författare: Kristin Hjerne, Heidi Sjöblom

Huvudområde: Sexuell och reproduktiv hälsa

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Barnmorskeprogrammet

Handledare: Lina Palmér

Examinator: Åsa Larsson

Sammanfattning

Bakgrund: Barnmorskans kompetensområde är inom reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Inom abortvården ska kvinnans sexuella och reproduktiva rättigheter främjas genom att kvinnan har rätten till att bestämma över sin egen kropp och sexualitet och rätt till att bestämma antalet barn och hur tätt de ska komma. Att arbeta med sena aborter kan medföra starka existentiella känslor hos barnmorskan. Om barnmorskan får stöd i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter har det en positiv inverkan på vårdrelationen. **Syfte:** Syftet är att beskriva barnmorskors erfarenheter av stöd i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter. **Metod:** Livsvärldsintervjuer ägde rum med åtta barnmorskor med olika lång erfarenhet av att arbeta med kvinnor som genomgår sena aborter från södra Sverige. Intervjuerna analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. **Resultat:** Analyserna av livsvärldsintervjuerna resulterade i de två kategorierna: *”Det stöd som finns där naturligt”* och *”Det stöd som inte kunde påverkas”* med tio underkategorier. Analysen mynnade ut i en huvudkategori: *”Stödets olika dimensioner”* som beskrev fenomenet. I resultatet framkom det att barnmorskor har erfarenhet av att få stöd från barnmorskekollegor, men även att vara trygg i sin yrkesroll och livssituation. Det fanns en upplevelse av avsaknad av stöd via strukturerat samtalsstöd såsom handledning och reflektion i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter. **Slutsats:** Att få stöd ledde till att barnmorskorna kände sig tryggare, vilket i sin tur påverkade vården av kvinnorna och vårdrelationen positivt. Att inte få stöd kunde leda till känslor av att känna sig ensam, frustrerad, stressad och att inte känna sig bekräftad och värdesatt som barnmorska och att inte orka fortsätta arbeta inom abortvård. Detta påverkade således vårdandet och vårdrelationen negativt. Tidigare studier visar att barnmorskor har stort behov av kontinuerligt stöd och resultatet bekräftar behovet och betydelsen av stöd. Verksamheten som tillhandahåller abortvården behöver säkerställa avsatt tid för reflektion och strukturerat samtalsstöd och en bra bemanning, för att tillgodose behovet av stöd. Abortvården kan således utvecklas så att sexuell- och reproduktiv hälsa och hållbar utveckling kan fortsätta att främjas.

Nyckelord: *Barnmorskors upplevelser, stöd, erfarenhet, sena aborter, vårdrelation*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Sexuell- och reproduktiv hälsa	4
Abortvårdens historia och abortvården i Sverige idag	5
Abortvården ur ett globalt perspektiv	5
Barnmorskans ansvarsområde inom abortvården	7
Barnmorskans förhållningssätt och vårdrelationen	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	10
METOD	10
Livsvärldsteoretisk ansats	10
Deltagare	10
Datainsamling	11
Dataanalys	12
Etiska överväganden	12
RESULTAT	13
Det stöd som finns där naturligt	14
Stöd från undersköterskor och läkare	14
Praktiskt och emotionellt stöd från barnmorskekollegor	15
Stöd från mer erfaren barnmorskekollega	16
Att få stöd från ett gott arbetsklimat	17
Att själv kunna skapa stödet via yrkeserfarenhet	18
Det stöd som inte kunde påverkas	19
Att få stöd beror på bemanningen	19
PM, riktlinjer och checklistor ger stöd	20
Att få strukturerat samtalsstöd	20
Att få handledning som ny i arbetet med kvinnor som genomgår sena aborter	21
Att få stöd från arbetsgivaren	22
DISKUSSION	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	25
SLUTSATSER	29
REFERENSER	31
Bilaga 1	35
Bilaga 2	36
Bilaga 3	39

INLEDNING

Barnmorskans kompetensområde är inom reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa och inom abortvård innebär det att barnmorskan ska främja sexuell- och reproduktiv hälsa och följa den svenska abortlagstiftningen, ha en positiv syn på kvinnans rätt till att avsluta sin graviditet och vara kvinnan på bästa sätt behjälplig. Enligt kompetensbeskrivningen ska barnmorskor ha kunskap om aborter och inneha förmåga att kunna ge den information som kvinnan behöver kring aborten (Svenska Barnmorskeförbundet 2018). Sena aborter kan upplevas svåra att hantera och situationen svår att bemöta. Det kan vara ett komplext arbete där känslor och tankar kan uppkomma. Samtidigt ska barnmorskan ge god vård till kvinnorna som genomgår sen abort. Ifall de får stöd i detta har det en positiv inverkan på vårdrelationen och även en positiv inverkan på ett personligt och yrkesmässigt plan. Det är få studier som skriver om barnmorskors erfarenheter av att få stöd i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter.

BAKGRUND

Sexuell- och reproduktiv hälsa

Arbetet inom den reproduktiva, perinatale och sexuella hälsan innefattar organisation och ledning, etiskt förhållningssätt, forskning, utveckling och utbildning, hälsofrämjande och förebyggande, samt handläggning av olika tillstånd. Främst vårdas kvinnan, men även barnet och familjen, unga vuxna, ungdomar och äldre kvinnor. Därav ställs krav på barnmorskans förmåga att arbeta självständigt, ha ett vetenskapligt förhållningssätt, mångkulturellt kunnande och professionellt ansvar. Arbetet bör byggas på beprövad erfarenhet och vetenskap samt utföras i överensstämmelse med rådande lagar, förordningar och föreskrifter (Svenska Barnmorskeförbundet 2018).

Sverige har valt att hålla isär begreppen "sexuell" och "reproduktiv" för att tydliggöra att sexualitet inte enbart syftar till att föda barn. Sexuell hälsa och rättigheter innebär ett tillstånd av fysiskt, mentalt, emotionellt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet samtidigt som det innefattar rätten för alla människor att själva bestämma över sin kropp och sexualitet (Socialstyrelsen & Folkhälsomyndigheten 2014, s. 11). Den reproduktiva hälsan är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt mentalt, emotionellt och socialt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och alla dess funktioner och rättigheten för den enskilda individen att själv bestämma antalet barn och hur tätt dessa ska komma (Svenska Barnmorskeförbundet 2018). Sexuell och reproduktiv hälsa omfattar hela befolkningen och även hela människans livscykel. Det är ett område med stor betydelse för varje människas nära och personliga relationer, självkänsla, välbefinnande och sexuella aktiviteter under hela livet (Socialstyrelsen & Folkhälsomyndigheten 2014, s. 11). Inom abortvården ska kvinnans sexuella och reproduktiva rättigheter främjas genom att kvinnan har rätten till att bestämma över sin egen kropp och sexualitet (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018).

Abortvårdens historia och abortvården i Sverige idag

Abort eller fosterfördrivning som det kallades förr har alltid orsakat starka känslor. Under 1800-talet var fosterfördrivning förbjudet och de som genomgick en fosterfördrivning dömdes till döden. Det var i början av 1900-talet som kampen om kvinnans rättigheter växte fram i Sverige, de fick rösträtt och straffet för fosterfördrivning blev istället mellan 6- 24 månaders fängelse. Inte förrän 1938 fick Sverige en lag som tillät aborter. Fri abort var dock fortfarande en kriminell handling men det fanns tre undantag eller indikationer som gjorde att det blev en legal abort, dessa var medicinsk, humanitär och rashygienisk (Odlind, Bygdeman & Milsom 2008 s, 15; Gemzell Danielsson 2016, s. 169). Antalet illegala aborter fortsatte dock att öka, vilket medförde att en betydande del av kvinnosjukvårdens resurser lades på komplikationer från illegala och osäkert utförda abortingrepp. Under slutet av 1940-talet dog cirka 100 kvinnor av 100 000 illegala aborter som genomfördes i Sverige (Gemzell Danielsson 2016, s. 169).

Den idag rådande abortlagen (SFS:1974:595) kom 1975 och betyder mycket för kvinnornas hälsa i Sverige (Gemzell Danielsson 2016, s. 169). Rätten till fri abort gäller oavsett varför kvinnan vill genomföra en abort och det är alltid den gravida som bestämmer. Abortlagen innefattar alla kvinnor som bor eller vistas i Sverige, den gäller även för asylsökande och papperslösa kvinnor. Även utländska kvinnor har rätt till abort i Sverige men då bekostas aborten av kvinnan själv eller hennes hemland (SOU 2005:90 2005, s. 33). Efter graviditetsvecka 18+1 till och med graviditetsvecka 21+6 måste ett tillstånd erfordras från Socialstyrelsens rättsliga råd. Handläggningen av ansökan bör ske så skyndsamt som möjligt, både från sjukvårdens och Socialstyrelsens sida (SFOG, Svenska Barnmorskeförbundet & Svenska Neonatalföreningen 2018). Skäl för att det ska godkännas kan vara misstänkt eller konstaterad fosterskada men det kan också vara att kvinnan befinner sig i en svår psykosocial situation (Gemzell-Danielsson 2016, s. 169).

Abortlagen har inneburit att inga illegala aborter längre förekommer i Sverige. Närmare 95 % av aborterna som utförs är innan graviditetsvecka 12. År 2018 rapporterades 36 000 aborter i Sverige till Socialstyrelsen och de flesta utförs tidigt i graviditeten runt graviditetsvecka 5-9. Av aborterna är det 93 % som utförs medicinskt och allt fler medicinska aborter genomförs i hemmet. Införandet av medicinsk abortmetod och möjlighet till hemabort kan vara en anledning till att antalet tidiga aborter har ökat. Andelen aborter i vecka 18+1 och senare var 1,1 % av alla aborter som genomfördes och har nästintill varit oförändrat, då dessa utgjorde 0,9 % år 1983 (Socialstyrelsen 2019; Hognert et al. 2017). I Sverige är abortverksamheten en del i den svenska hälso- och sjukvården, vilket innebär att landstingen är skyldiga att erbjuda den vård som varje kvinna är i behov av (SOU 2005:90 2005, s. 27).

Abortvården ur ett globalt perspektiv

Att ha tillgång till legala och säkra aborter är av stor vikt för kvinnors reproduktiva hälsa. Alla länder har någon form av reglering av aborter men det skiljer mellan land till

land. Dessa regler kan mer eller mindre försvåra kvinnors möjlighet till en abort (SOU 2005:90 2005, s.24; Hognert et al. 2017).

Av de 210 miljoner graviditeter som inträffar årligen är det ca 41 miljoner som avslutas med abort. Nästan hälften av dessa sker i osäkra förhållanden eller illegalt och medför därför stora risker för kvinnorna. Världhälsoorganisationen, WHO, definierar osäkra aborter som ett *”tillvägagångssätt som avslutar en önskad graviditet, utförd av personer som saknar nödvändig kompetens och/eller i en bristfällig medicinsk miljö”*. En allvarlig komplikation som dessa aborter medför är maternella dödsfall. I världen sker omkring 290 000 dödsfall till följd av illegala aborter och 99 % sker i låginkomstländer (WHO 2018).

WHO (2018) har även identifierat att dödligheten hos mödrarna är störst i de länder där det finns en mycket restriktiv abortlag. Enligt Amnesty (2019) lever cirka 90 miljoner kvinnor i i fertil ålder i länder där abort är förbjudet. Aborter ska vara säkra i de länder där aborter är lagliga. Alla kvinnor, även i länder där abort inte är tillåtet, ska tillförsäkras god vård vid komplikationer efter en abort och också få råd och undervisning i preventivmetoder för att undvika upprepade aborter. Av samtliga mödradödsfall uppskattas nästan hälften bero på avsaknad av preventivmedel och komplikationer till följd av en abort. Avsaknad av utbildad personal och brist på utrustning för att kunna hantera akuta komplikationer är vanligt även om abort inte är illegalt. I många av världens länder är abort en stor och svår frågeställning som påverkas av både religiösa och kulturella synsätt (SOU 2005:90 2005, s.66).

Låginkomstländerna påverkas på grund av att det finns mindre tillgång till preventivmedel, vilket innebär att många kvinnor där drabbas hårt av illegalt genomförda aborter (SOU 2005:90 2005, s. 66). Enligt Hognert et al. (2017) har de länder som subventionerat priset på preventivmedel en lägre förekomst av aborter. Genom att en del länder har preventivmedel till lägre pris medför det att fler har råd att köpa det vilket även minskar aborterna. Tillgång till preventivmedel och säkra aborter är därför av stor vikt för kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter (SOU 2005:90 2005, s.63). Grundläggande för att kunna förebygga komplikationer är att få till ett erkännande av kvinnors värde och rättigheter, samt att sprida kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa. Samtidigt är det av stor vikt att minska barriärer till vård och implementera säkra abortmetoder i världen (Gemzell Danielsson 2016, s. 170). Kvinnor dör för att de saknar kunskap om sexualitet, saknar tillgång till preventivmedel, nekas en medicinskt säker abort och för att de utsätts för våld och sexuell exploatering. Okunskapen om preventivmetoder och dålig tillgång till det samtidigt som abort är förbjudet leder till att många kvinnor genomgår illegala aborter (Hognert et al. 2017).

”En liberal lagstiftning är en förutsättning, men inte tillräckligt, för att undvika osäkra aborter och abort relaterad dödlighet. Aborterna måste även vara säkra och tillgängliga utan hinder eller krav på ålder, civilstånd, väntetid eller föräldrars tillåtelse (SFOG 2018, s. 54).”

Kvinnors rätt att få bestämma över sin kropp och få besluta om abort betraktas inte i alla länder som en mänsklig rättighet. Även attityder från vårdpersonal eller otillräckliga medicinska resurser eller vård av otillräcklig kvalitet kan medföra begränsningar i vårdandet av kvinnor som genomgår aborter (SOU 2005:90 2005, s. 24).

Barnmorskans ansvarsområde inom abortvården

SFOG, Svenska Barnmorskeförbundet och Svenska neonatalföreningen (2018) har tagit fram riktlinjer för handläggning av sena aborter efter graviditetsvecka 18+0. Där betonar de att vården av dessa patienter bör vara specialistvård och handläggas av gynekolog tillsammans med personal, allra helst barnmorskor, som har kompetens, utbildning och erfarenhet inom abortvård. Det ställs höga krav på medicinsk kompetens och lyhörddhet hos personalen. I arbetet ingår också omhändertagande av fostret efter aborten (SFOG 2018, s. 48). Enligt kompetensbeskrivningen ska barnmorskor ha kunskap om aborter och inneha förmåga att kunna ge den information som kvinnan behöver kring den. En barnmorska ska även ha förmåga att identifiera komplikationer som kan uppstå till följd av abort och ha kunskap kring dessa (Svenska Barnmorskeförbundet 2018). Den som arbetar inom abortvård bör också ha klargjort sin inställning till abort och ska följa den svenska abortlagstiftningen (SFOG 2018, s. 48).

Barnmorskan ska främja hållbar utveckling inom de sociala, ekologiska och ekonomiska dimensionerna (Lindblad 2018). Statistik från Socialstyrelsen (2018) visar att antalet aborter i graviditetsvecka 12 och uppåt är nästintill oförändrat sedan 1990-talet. Det tyder på att det troligtvis i kommande generationer finns ett behov av abortvård. Brundtlandkommissionen (1985, s. 37) definierar hållbar utveckling som en utveckling som *“tillfredsställer dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att även tillfredsställa sina behov”*. Ett av folkhälsopolitikens mål är att hälso- och sjukvård ska erbjudas med befintliga resurser för bästa hälsoresultat, genom att den ska utgå ifrån patientens behov och möjligheter. Barnmorskan ska även främja jämlik hälsa genom bland annat hälsofrämjande vårdmöten och jämlika insatser och resultat (Folkhälsomyndigheten 2019).

Abortvården och abortlagstiftningen i Sverige är en viktig del i sexuell- och reproduktiv hälsa genom att de sexuella och reproduktiva rättigheterna främjas och kvinnan får själv bestämma antalet barn och antal år mellan graviditeterna (Socialstyrelsen & Folkhälsomyndigheten 2014). I Sverige är det önskvärt att säkerställa att alla har tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård, inklusive familjeplanering, information och utbildning och att reproduktiv hälsa integreras i nationella strategier och program (SOU 2019:13 2019, s. 209).

Grundläggande i abortvården är att barnmorskan bör ha en positiv syn på kvinnans rätt att bestämma och vara henne behjälplig efter bästa förmåga, annars kan negativa attityder leda till stigmatisering och skuld- och skamkänslor (Gemzell Danielsson 2016, s. 172). Vården ska även vara jämlik och barnmorskan stödja de mänskliga rättigheterna, i detta fall de reproduktiva- och sexuella rättigheterna. Det innebär att alla människor ska vara inkluderade oavsett, kön, social status, etnisk tillhörighet, utbildnings- och inkomstnivå, sexuell läggning, religion, könsöverskridande identitet och uttryck, ålder och funktionsnedsättning. Genom detta främjar barnmorskan social hållbar utveckling vilket har stor betydelse för det demokratiska samhället och är nödvändigt utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv (Folkhälsomyndigheten 2018). Aktivt arbete för ojämlikheter inom sexuell- och reproduktiv hälsa bör ske, annars kommer inte världen att uppnå målen för hållbar utveckling såsom beskrivet i Agenda 2030 (Regeringskansliet 2017). Professionell abortvård har en effekt för individen och även en stor betydande samhällsekonomisk effekt (Gemzell Danielsson 2016, s. 169).

Genom att barnmorskan har adekvat utbildning, kunskap och positiv syn på kvinnans autonomi kan det leda till att illegala aborter och mödradödlighet minskar i samhället. Mödradödlighet har en stor konsekvens på samhället både socialt och ekonomiskt (Gemzell Danielsson 2016, ss. 169-173). Det är viktigt att barnmorskan har kunskap kring preventivmedel och även informerar kvinnor om detta i samband med abortvård. Sett ur ett globalt perspektiv är det viktigt med tillgången till preventivmedel. Vid en oavsiktlig graviditet och abort kan kvinnors hälsa och socioekonomiska situation riskeras att påverkas negativt. Kvinnors rättighet att bestämma över sin egen kropp är inte bara en fundamental rättighet utan också en grundsten för fattigdomsbekämpning och utveckling på ett större plan (Regeringskansliet 2017). För att abortvården ska kunna utvecklas och främja sexuell- och reproduktiv hälsa och hållbar utveckling behöver arbetssituationen för personal som arbetar inom abortvård ses över. Barnmorskors och övrig personals samlade åsikter, erfarenheter och upplevelser om abortvård anses vara viktiga att tillvarata för att främja kvinnors hälsa och förbättra personalens arbetsmiljö (Lindström 2007). Personal inom abortvården bör ha tillgång till handledning och forum för att diskutera sina egna och patienternas känslor och upplevelser (Gemzell Danielsson 2016, s. 172). Barnmorskor som inte har möjlighet att få prata om sina egna upplevelser, upplever det svårt att kunna ge kvinnan ett gott stöd genom aborten (SFOG 2018, s. 48).

Barnmorskans förhållningssätt och vårdrelationen

Barnmorskan ska möta varje patient med respekt och omsorg ur ett helhetsperspektiv, med ett etiskt förhållningssätt och respekt för alla människors lika värde (Svenska Barnmorskeförbundet 2018). Kärnan i barnmorskans professionella förhållningssätt är relationen och det personliga mötet med varje patient som är i behov av vård och råd. Relationen omfattar både en stödjande, vårdande och stärkande dimension (Lundgren & Berg 2016, ss. 19-22). I Sverige stödjer barnmorskor svenska abortlagstiftningen (SFOG 2018, s. 48) och kvinnans rätt att avsluta sin graviditet (Lindström 2007). Barnmorskorna tvekar inte att medverka vid abort, trots komplexa och svåra arbetssituationer (SFOG 2018, s. 48).

I vårdrelationen kan barnmorskan komma att möta patientens lidande och då är det viktigt att som personal i ett vårdande yrke vara närvarande och våga visa att man blir berörd (Eriksson 2015, s. 54). Barnmorskan ska, liksom personal i andra vårdande yrken, ha den grundläggande kompetensen att vårda människor som upplever lidande i olika former. I mötet med människor som lider kan vårdpersonal konfronteras med många frågor och samtidigt komma att möta sitt eget lidande (Eriksson 2015, s. 54). Det är naturligt att som person reagera i kropp och känslor inför medmänniskors lidande, det är ofrånkomligt och måste hanteras och förstås i vårdandet eftersom lidande och medmänsklig kärlek hör ihop (Arman, Dahlberg & Ekebergh 2015 ss. 58-59). Att arbeta med sena aborter kan medföra starka existentiella känslor hos barnmorskan (Anderberg, Andersson, Weström & Åberg 2010, s. 367-372). Känslor som oro, rädslor och behov av att diskutera etik, värderingar och upplevelser kring abort kan uppkomma (SFOG 2018, s. 48). Ifall känslor som uppkommer vid abortvård tillmötesgår kan dessa minskas och förmågan att hantera dem ökas. Detta får då en positiv betydelse för kvinnors upplevelse av aborten och främjar en god vård för kvinnan som genomgår en sen abort

(SFOG 2018, s. 48; SOU 2005:90, 2005, s. 21). Vårdpersonal behöver vara lyhörda (SOU 2005:90, 2005, s. 21), ha självkänedom och kunskap kring sitt eget lidande och sina känslor för att kunna lindra lidande (Berg & Lundgren 2010, s. 231). En ökad medvetenhet, kunskap och kompetens kring det naturliga lidandet och medlidandet behövs för att kunna vårda gott och samtidigt vara professionell. Vilket bidrar till att vårdpersonal kan bli helt närvarande i möten med patienter och anhöriga, även i förluster som är förkrossande (Arman, Dahlberg och Ekebergh 2015 ss. 58-59).

Vidare bör vårdarens professionella identitet betonas för betydelsen att kunna gå in i en vårdrelation med en lidande människa. Att få handledning i arbetet är en lämplig väg att gå för att nå självkänedom och professionell identitet (Berg & Lundgren 2010, s. 231). Handledning innebär att barnmorskan får kontinuerligt stöd vilket Lindström (2007) och Svenska barnmorskeförbundet (2018) anser att barnmorskor som arbetar i abortvården har stort behov av. För att barnmorskan enklare ska kunna möta kvinnan på ett professionellt sätt bör barnmorskan få ökad kunskap via stöd, detta för att barnmorskan ofta kan uppleva svåra situationer i vården av kvinnor som genomgår sena aborter. Personalen bör också vara erfaren för att kunna ge kvinnan och partnern ett bra omhändertagande i samband med en abort med god smärtlindring och professionellt psykologiskt stöd (Gemzell Danielsson 2016, s. 181) och även själv ha tillgång till stöd och handledning (Gemzell Danielsson 2016, s. 181; Svenska Barnmorskeförbundet 2018; SFOG 2018). Detta kan göras genom att barnmorskan har möjlighet till reflektion i abortvården (Svenska Barnmorskeförbundet 2018; Lindström 2007; SFOG 2018, s. 48). Det bör finnas forum för personal inom abortvården där de kan diskutera egna och patientens känslor och upplevelser (Svenska Barnmorskeförbundet 2018). Genom att få tid för personlig reflektion kan barnmorskan utveckla sin förmåga att hitta lösningar i svåra situationer och då öka förmågan till att orka fortsätta arbeta inom abortvården, vilket har positiv inverkan för kvinnors upplevelser av aborten och vårdrelationen med barnmorskan (SFOG 2018, s. 48).

PROBLEMFÖRMULERING

I arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter möter barnmorskan kvinnor i många olika situationer och arbetet kan upplevas som komplext och svårt. I Sverige stödjer barnmorskor kvinnans rätt till att avsluta sin graviditet och tvekar inte att medverka vid abort. För att kunna lindra lidande i vårdrelationen med kvinnan krävs det att vårdpersonalen har självkänedom och kunskap kring sina egna känslor och tankar. Personal som arbetar inom abortvård bör ha kontinuerligt stöd och tillgång till handledning och forum för att diskutera sina egna och kvinnornas känslor och upplevelser. Det har visat sig att barnmorskors och övrig personals åsikter, erfarenheter och upplevelser om abortvård är viktiga att tillvaratas för att abortvården ska kunna utvecklas. Det finns få studier och ingen i Sverige som tar upp barnmorskors erfarenheter av att få stöd i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter. Denna studie avser därför att belysa vilken betydelse befintligt och obefintligt stöd har för barnmorskan och för vårdrelationen med kvinnan. Denna studie kan förhoppningsvis leda till ökad förståelse hos läsaren för vilket behov av stöd barnmorskor har i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter. Ifall erfarenheterna av stöd

uppmärksammas kanske även arbetssituationen för personal inom abortvård kan främjas, abortvården kan fortsätta att utvecklas och kvinnors sexuella- och reproduktiv hälsa och hållbar utveckling kan främjas.

SYFTE

Syftet är att beskriva barnmorskors erfarenheter av att få stöd i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter.

METOD

Livsvärldsteoretisk ansats

Föreliggande arbete tar sin utgångspunkt i en livsvärldsteoretisk ansats där upplevelser och erfarenheter av fenomenet stöd i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter är i fokus. Med livsvärldsperspektiv uppmärksammas den enskilda individen och dennes situation (Dahlberg 2014, s. 68). För att kunna få ta del av individens livsvärld med fokus kring individen och fenomenet kan livsvärldsintervjuer användas (Dahlberg 2014, s. 57). Redan innan frågorna börjar ställas finns livsvärlden i form av en erfarenhetsvärld med dess erfarenheter, tankar och handlingar (Dahlberg (2014 s. 57). Livsvärlden med erfarenhetsvärlden kan delas med andra samtidigt som den är unik för varje människa (Arman, Dahlberg & Ekebergh 2015, s. 67; Dahlberg 2014, s. 68). Enligt Dahlberg (2014, s. 68) ska alla sinnen hållas öppna för fenomenet som studeras och en öppenhet och följsamhet har präglat studiens alla faser, det vill säga val av metod, urval, datainsamling, dataanalys, diskussioner, samt vid presentation av resultatet. Det fanns en öppenhet och följsamhet inför hur varje barnmorska upplever sin livsvärld och författarna har haft en sann vilja att se, lyssna och förstå det fenomen som studerats. Det innebar en öppenhet för likheter och olikheter som kunde uppkomma i samband med intervjuerna och i analyserna av dem. Det var också av vikt för författarna att ha ett tyglade förhållningssätt, vilket innebar att inte bestämma det obestämda för snabbt eller ovarsamt och att fråga sig om detta verkligen kunde stämma. Det innebar också att författarna inte gick för fort fram i processen. Vid intervjutillfällena innebar det att ha en inställning om att bli överraskade under varje intervju för att författarna var öppna och följsamma i det som sades (Dahlberg 2014, ss.70-73). Författarna blev överraskade under intervjuerna, då den ena erfarenheten inte var den andra lik och såg även olika ut på grund av att den ena individuella livsvärlden inte var den andra lik. Därav kom det även fram olikheter och likheter i resultatet, som författarna hade varit öppna för.

Deltagare

Författarna utförde livsvärldsintervjuer med åtta barnmorskor som har helt eller delvist ansvar för kvinnor som genomgår sena aborter i graviditetsvecka 18+0 - 21+6 och som

avslutas inläggande på två olika gynekologiska vårdavdelningar i södra Sverige. Intervjuerna ägde rum mellan januari och mars 2019. Önskvärt var att ha med barnmorskor med olika lång yrkeserfarenhet och olika lång erfarenhet av att arbeta med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter. Det var åtta barnmorskor som var intresserade av studien och alla dessa visade sig ha olika lång erfarenhet både som barnmorskor och även olika lång erfarenhet i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter. Åldern på deltagarna var mellan 30 och 64 år. Yrkeserfarenheten de hade som färdig barnmorska var mellan 1 och 35 år. Således behövde inte författarna sälla bort någon deltagare från studien och det blev heller inga bortfall. Alla barnmorskor som arbetade på de olika vårdavdelningarna var kvinnor.

Datansamling

Livsvärldsintervjuer med öppna frågor och via öppen dialog användes för att kunna få ta del av individens livsvärld med dess upplevelser och erfarenheter och fokus kring individen och fenomenet (Dahlberg 2014, ss. 52-57). Den öppna och följsamma intervjumetoden är ett bra sätt att samla data på, eftersom upplevelserna och erfarenheterna är individens sanning och inget som går att motsäga. Öppna frågor är en hjälp till reflektion över vad det är som får barnmorskorna att uppleva det de upplever (Dahlberg 2014, s. 65). Betydelsen av att genomföra livsvärldsintervjuer kan vara att komma närmare sina egna erfarenheter och utveckla sitt medvetande och sin förståelse (Dahlberg 2014, s. 53). De sammanställda samtyckesblanketterna skickades ut via mail till vårdenhetscheferna på de två gynekologiska vårdavdelningarna. Efter att ha fått godkännande från dem gav ena vårdenhetschefen kontaktuppgifter till barnmorskor som helt eller delvis arbetar med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter. Medan den andra vårdenhetschefen tillfrågade sina barnmorskor själv och gav sedan kontaktuppgifter till författarna på dem som kunde tänka sig att vara med i studien.

Deltagarna fick själva välja tid och plats för intervjun. Intervjun spelades in med hjälp av röstmemon på mobiltelefonen. Deltagarna fick information om studien och information kring samtycke innan intervjutillfället. Innan intervjun påbörjades tillfrågades deltagarna ifall de hade förstått informationen kring studien och ifall hon hade några ytterligare frågor. Författarna upprepade kort syftet med studien och hur intervjun skulle gå till. Innan intervjutillfället hade två öppna huvudfrågor samt några följdfrågor förberetts att kunna luta sig mot under intervjun (se bilaga, 3). Via de öppna frågorna kunde deltagarna komma närmre sina egna erfarenheter och utveckla sitt medvetande och sin förståelse för fenomenet (Dahlberg 2014, s.52). Intervjuerna tog oftast mellan 20- 35 minuter vilket kändes tillräckligt. En intervju tog endast 15 minuter, då hon upplevdes vara nöjd med det hon hade berättat och hade inget att lägga till och en intervju tog cirka 50 minuter då denne hade mycket upplevelser och erfarenheter som hon ville dela med sig av. Intervjuerna avslutades alltid med att deltagarna blev tillfrågade om de hade något ytterligare att berätta och om de själva var nöjda med det som sagts.

Dataanalys

I föreliggande arbete har kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats använts för att analysera intervjuerna, så som den beskrivs av Elo och Kyngäs (2007). Kvalitativ innehållsanalys är en systematisk och objektiv forskningsmetod för beskrivning av ett fenomen. Den induktiva ansatsen ansågs vara relevant då det inte fanns mycket tidigare forskning kring fenomenet (Elo & Kyngäs 2007). Författarna transkriberade hälften av intervjuerna var och läste sedan igenom dem enskilt och tillsammans. Enligt Elo och Kyngäs (2007) ska materialet läsas igenom flera gånger för en djupare förståelse och helhetskänsla.

De transkriberade intervjuerna analyserades sedan via en process som karaktäriserades av förberedelse, organisering och rapportering. Transkriberingarna lästes först noggrant igenom och sedan valdes kategorier ut. Författarna analyserade det uppenbara och hade hela tiden studiens syfte och frågeställningar att luta sig emot. Genom att som sagt gå igenom materialet flera gånger skapades en fördjupad känsla av helhet. Via öppen kodning skrevs allt innehåll under rubriker som sedan kategoriseras i underkategorier, där liknande händelse och incidenter sattes samman. Underkategorierna bestod av innehålls karaktäristiska ord/meningar. Under resultatskrivningen fanns ständigt syftet i fokus och ifall det var något innehåll som under arbetets gång inte uppfyllde syftet sållades detta bort. Via tankeprocess och tolkning genererade kategorierna en generell beskrivning av fenomenet, vilket resulterade i huvudkategorin: *”Stödets olika dimensioner”*. De olika kategorierna leder förhoppningsvis till ökad förståelse och vidare kunskap om fenomenet (Elo & Kyngäs 2008).

Etiska överväganden

För en vetenskaplig studie är det viktigt att det finns en etisk medvetenhet i valet av undersökningsområde och hur undersökningen i övrigt genomförs (Dahlberg 2014, s. 24). I enlighet med Vetenskapsrådet (2019) redovisas här hur författarna planerade att hantera etiska frågor som kunde uppstått i forskningen och motivering till varför forskningen behövde genomföras, med etiska frågor i bakgrunden. I problemformuleringen tillsammans med målsättningarna står det angivet vilka goda effekter studien kan få och hur den kan bidra till att förbättra situationen för deltagarna (Kvale & Brinkman 2014, s. 105). Studien utfördes inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå och därför behövdes inte tillstånd och godkännande fås från vetenskapsrådet eller innefattas av etikprövningslagen (Wendleby & Wetterberg 2019, s. 250). Genom att informationsbrev och samtyckesblankett skickades ut (se bilaga 1 och 2) till både verksamhetscheferna på deltagarnas arbetsplats och till deltagarna försäkrades att dessa etiska överväganden uppfylldes (Kvale & Brinkman 2014, s. 105). I samband med inbjudan till studien fick deltagarna skriftlig information om hur intervjun går till och att det är frivilligt att delta i studien, att de är anonyma och närsomhelst hade möjlighet att avsluta sitt deltagande utan förklaring. Denna sistnämnda information fick de även muntligt i samband med intervjutillfället (Dahlberg 2014, s. 25; Polit & Beck 2017, s. 156). Deltagarna fick skriva under samtyckesblanketten att de samtycker till att delta i studien och att de samtycker till att deras personuppgifter behandlas enligt GDPR (The General Data Protection Regulation), vilket är en dataskyddsförordning som gäller i hela EU och reglerar

skyddet av personuppgifter (Datainspektionen 2019; Wendleby & Wetterberg 2019, s. 61). Enligt GDPR ska ett samtycke vara frivilligt, specifikt och informerat och personen ifråga ska ge ett medgivande och godkänna behandlingen av sina personuppgifter (Wendleby & Wetterberg 2019, s. 71), vilket gjordes i samband med att deltagarna skrev under samtyckesblanketten. I enlighet med GDPR utsågs också ett dataskyddsbud eftersom personuppgiftsbehandlingen utgick ifrån en myndighet (Wendleby & Wetterberg 2019, s. 183), i detta fall Högskolan i Borås. Vem som var dataskyddsbud stod i informationsbrevet. Där stod även att deltagarna hade rätt att ge klagomål till tillsynsmyndigheten Datainspektionen, ifall de upplevde missnöjdhet gällande behandlingen av personuppgifter (Wendleby & Wetterberg 2019, s. 506). Slutligen fick även deltagarna information om vart studiens resultat ska presenteras någonstans och ifall frågor kring behandlingen av personuppgifter uppstod hänvisades dem till högskolans hemsida (Högskolan i Borås, 2019).

Konfidentialiteten hos intervjupersonerna bör skyddas och säkerställas (Dahlberg 2014, s. 26; Polit & Beck 2017, s. 147). Deltagarna bör anonymiseras i resultatet (Dahlberg 2014, s. 26), vilket kan göras genom att intervjupersonerna i förväg får ett så kallat ID nummer (Polit & Beck 2017, s. 147). Numrering av intervjuerna skedde utefter vilken turordning de utfördes. Ett etiskt osäkerhetsområde som kan uppstå genom att deltagarna anonymiseras är att forskarna i och med detta kan tolka deltagarnas uttalanden utan att bli motsagd. Med det menas att deltagarna efteråt inte kan veta ifall erfarenheter och upplevelser som står i resultatet är sagt av dem eller någon annan, (Kvale & Brinkmann 2014, s. 109), vilket författarna har försökt att ha i åtanke. All data bör sedan förvaras så att ingen obehörig kommer åt dem (Dahlberg 2014, s. 26).

I samband med själva intervjuerna fanns också etiska frågeställningar som togs i åtanke. Enligt Kvale och Brinkmann (2014, ss. 110-111) bör konsekvenser av studien finnas i åtanke med den etiska principen om att "göra gott" och att det ska finnas så liten risk som möjligt att intervjupersonen tar skada. Författarna var medvetna om att upprörande känslor kunde uppkomma och att det kunde finnas en öppenhet och intimitet mellan författarna och deltagarna under intervjutillfället, som kunde få dem att avslöja saker som de sedan ångrade. Författarna ingrep inte terapeutiskt under intervjutillfället för att inte riskera att överträda intimsfären. Deltagarna informerades om att de hade möjlighet att höra av sig om det var något de önskade skulle tas bort i efterhand. Det var en intervjudeltagare som hörde av sig efter intervjun och önskade att en del som hon sagt skulle tas bort, vilket inte ansågs påverka resultatet.

RESULTAT

Studiens resultat baseras på livsvärldsintervjuer med åtta barnmorskor och via analys av dessa intervjuer kom det fram en huvudkategori: "*Stödets olika dimensioner*" med kategorierna: "*Det stöd som finns där naturligt*" och "*Det stöd som inte kunde påverkas*" med sammanlagt 10 underkategorier som ses i tabell 1.

Det stöd som finns där naturligt

”Stöd som finns där naturligt” innebar det stöd som inte var uppstyrt eller planerat en speciell tidpunkt och det fanns inte heller ansvariga personer som höll i stödet. Det stödet fick de främst från kollegor och kunde beskrivas som ett stöd som fanns där naturligt och skedde fortlöpande i verksamheten. Övergripande var det kollegiala stödet som barnmorskorna hade mest erfarenhet av, jämfört med annat slags stöd, i det dagliga arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter.

Tabell 1.

Kategori	Underkategori
Det stöd som finns där naturligt	Stöd från undersköterskor och läkare
	Praktiskt och emotionellt stöd från barnmorskekollegor
	Stöd från mer erfaren barnmorskekollega
	Att få stöd från ett gott arbetsklimat
	Att själv kunna skapa stödet via yrkeserfarenhet
Det stöd som inte kunde påverkas	Att få stöd beror på bemanningen
	PM, riktlinjer och checklistor ger stöd
	Att få strukturerat samtalsstöd
	Att få handledning som ny i arbetet med kvinnor som genomgår sena aborter
	Att få stöd från arbetsgivaren

Stöd från undersköterskor och läkare

Stöd från undersköterskor och läkare innebär ett kollegialt stöd utanför barnmorskans specifika professionskunskaper. Barnmorskorna arbetar ofta ihop med en undersköterska, dock var undersköterskan inte mycket inne hos kvinnan som genomgår sen abort. Detta för att antalet personal som är inne hos en kvinna som genomgår sen abort ska vara så få som möjligt. Stödet från undersköterskan var ofta i form av emotionellt stöd och samtal, vilket kunde kännas skönt för barnmorskan att ha någon att prata med. Att få emotionellt stöd från en undersköterska innebar att kunna prata om sina egna tankar och känslor. Undersköterskorna kunde också ge stöd i form av små

gester, såsom en klapp, kram eller en kopp kaffe, vilket kunde vara till stor betydelse under en arbetsdag.

“Man löser ju inget genom att prata med kollegorna, men det är ju absolut det som är det mesta stödet och att man stöttar varandra i det och löser det mellan varandra. Kanske inte pratar om detta stödet utan man vet att det bara finns där naturligt”.

Dock upplevde barnmorskorna att undersköterskan inte har den medicinska kunskapen om de sena aborterna och är inte heller tillräckligt insatta i abortvården för att kunna ge praktiskt stöd eller att tillsammans kunna diskutera en kvinnas situation.

“Så att nä men att man kan prata med sina kollegor, och där är det jag tycker är det som är stödet. Även undersköterskor då med såklart men framförallt vänder jag mig till barnmorskorna”.

Det kollegiala stödet kunde också fås från läkare i form av praktiskt stöd. Det kunde innebära hjälp med undersökningar när det fanns en osäkerhet kring en bedömning, få råd och hjälp gällande smärtlindring eller ifall aborten inte gick framåt. Således var det mestadels råd gällande medicinska frågor och bedömningar kring patienten som var stödet från läkaren. Det fanns både erfarenheten att läkare inte visade något intresse alls för patienten vid kontakt med barnmorskorna och då var inte läkaren till något stöd. Sedan fanns det också erfarenheter av att läkare varit ett gott stöd gällande dessa frågor kring kvinnorna som genomgår sena aborter.

“Man kanske försöker kontakta en läkare men ingen känner sig insatt i just den här patienten men de bollar mellan varandra men inget mer liksom”.

Praktiskt och emotionellt stöd från barnmorskekollegor

Stödet från barnmorskekollegor var både praktiskt och emotionellt i relation till vårdandet av kvinnor som genomgår sena aborter. Barnmorskekollegor har också den medicinska kunskapen, jämfört med undersköterskor, och kunde därför ge stöd på annat sätt.

“Söka upp kollegorna, speciellt barnmorskekollegorna då. Undersköterskorna finns ju med till hands men det är ändå vi barnmorskor som förstår mer”.

Stödet kunde vara i form av samtal och reflektion kring barnmorskornas egna tankar och känslor. Det kunde då fungera som ett emotionellt stöd, särskilt efter svåra situationer som de mött i vården av kvinnor som genomgår sena aborter. Att kunna göra detta under arbetspassets gång eller vid skiftbytet var betydelsefullt och hjälpte dem att lättare kunna “lämna jobbet” och inte ta med sig tankar och känslor om jobbet med sig hem. Även att kunna samtala med varandra för att få råd och bekräftelse kring hur de skulle kunna tänka eller hantera en situation i vården av kvinnor som genomgår sena aborter var betydelsefullt för erfarenheten av att få stöd. Det var ett stort stöd ifall möjligheten till samtal med en barnmorskekollega fanns närsomhelst under arbetspassets gång, men att samtala med en barnmorskekollega under skiftbytet/överskiftningen var också ett stöd. I samband med

skiftbytet/översrapporteringen kunde ett öppet samtal ske gällande kvinnan och vården kring henne. Ifall skiftbytet skedde på morgonen fanns stöd i att tillsammans gå igenom patienternas journaler och lägga upp arbetet för dagen. Då kunde också planering och diskussion om kommande vård av kvinnan och omhändertagande av foster ske.

“Kanske under översrapporteringen att man passar på om man har lite tid däremellan att man reflekterar lite, alltså oorganiserat”.

Från barnmorskekollegor kunde också handgripligt stöd och avlastning fås. Genom att till exempel en barnmorskekollega kom och sa *“Sätt dig ner, jag löser det här”*. Stödet kunde också vara i form av små gester, såsom även undersköterskor gjorde. För att detta handgripliga stöd skulle kunna ske behövs det vara fler än en barnmorska under ett arbetspass eller att det skedde i skiftbytet då de hade liten överlappningstid med att vara två barnmorskor. Upplevelsen fanns av att kvinnorna ofta aborterade på eftermiddagen eller kvällen och det skedde då oftast i samband med skiftbytet. I samband med aborteringen blev det oftast mycket kring patienten och då kändes det skönt att kunna vara flera barnmorskor vid det tillfället.

“Sen tycker jag kanske att det är mest i barnmorskegruppen som vi diskuterar och inte så mycket till undersköterska, barnmorska beroende såklart vem man jobbar med. Men det är mest i barnmorskegruppen som jag tycker att man kan ge stöd och få ventilera då det är vi som är mest inne också liksom”.

Stöd från mer erfaren barnmorskekollega

Det kollegiala stödet kunde fås från de som hade arbetat längre än dem själva eller från de som hade lika lång erfarenhet, vilket upplevdes ha stor betydelse. De mer erfarna barnmorskorna kunde ge mer praktiskt stöd, var mer uppfinningsrika och kunde delge kunskap kring hur vissa saker kan hanteras. Att få höra barnmorskor med längre yrkeserfarenhet berätta om sina erfarenheter kring vården av kvinnor som genomgår sena aborter, kunde vara ett stöd. De sågs ofta som förebilder och det var också inspirerande att få se dem arbeta. Genom att få kloka visdomsord från en mer erfaren barnmorskekollega kunde dessa ord tas med på vägen i yrkeslivet och påverkade till att bli tryggare i yrkesrollen. Den ökade tryggheten påverkade till att bättre kunna svara på parets frågor och kunna ge paret adekvat stöd, vilket medförde av kvinnan som genomgår en sen abort känner sig tryggare.

“Känner jag mig trygg så blir ju kvinnan trygg, för är man osäker märks det ju väldigt tydligt”

Visdomsorden gav också påminnelse om att vårda kvinnan som genomgår sen abort utifrån ett helhetsperspektiv. Att få stöd från kollegor med mer erfarenhet och bättre klinisk blick kunde öka förmågan att se hela kvinnan med kropp och själ och detta upplevdes gjorde dem till bättre barnmorskor. Det påverkade också till att mötet med kvinnan blev bättre och främjade vårdrelationen.

“Då visade min kollega att det inte bara sitter här, så pekade hon på underlivet, utan

det sitter här också, och så pekade hon på hjärtat istället. Och det är en sån grej som man bara, det är en så liten grej men det ger mig en tanke och känsla för hur hela den här verksamheten är”.

Att få stöd från ett gott arbetsklimat

Ett gott arbetsklimat gav stöd i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter. Detta innebar att känna en bra gemenskap och ett öppet samtalsklimat där kollegor kunde prata med varandra och lyssna på varandra, särskilt när det gällde att prata om sina farhågor eller när något känns extra svårt.

“Vi har ett väldigt väldigt öppet liksom samtalsklimat och det är inga konstiga saker, utan känner man att nu hade jag sen aborter häromdagen och ser att det är uppsatt på mig igen och kände att det var skitjobbigt liksom så är det inga svårigheter att fixa så man får byta och inte behöva ha igen då liksom. Eller om man känner att det finns alltid någon att prata med, det är inget som är konstigt liksom, eller så. Så jag tycker att det är ett bra klimat för att stötta och prata, att nöta saker liksom”.

I arbetsgruppen turades barnmorskekollegorna om att stötta varandra, då känslor av att inte orka och ha behov av att stöttas upp av en kollega varierade från dag till dag mellan dem. Ett gott arbetsklimat medförde också att det var lättare att be om kollegialt stöd och erfarenheten var att ju bättre arbetsklimatet var, desto bättre var stödet mellan kollegor. Det innebar också att det skulle finnas en tillåtande atmosfär, det vill säga att barnmorskorna vågade erkänna att de inte kunde allt.

“Man måste erkänna att man inte är allvetande och att man har sina svaga ögonblick, och för att kunna göra det måste arbetsplatsen vara tillåtande”.

Dock fanns det varierande erfarenheter om att ha ett gott arbetsklimat. Det var inte heller en självklarhet att det fanns tycker för varandra som kollegor. Ett ökat känslomässigt stöd kunde fås från en kollega som barnmorskan tyckte om. Ifall kollegorna inte tyckte om varandra kunde det vara svårt att få och ge stöd till varandra. Det var då sårbart när ett känslomässigt stöd inte kunde fås på grund av att kollegor som inte tyckte om varandra arbetade tillsammans under ett arbetspass eller möttes vid ett skiftbyte. Detta kunde leda till att verksamheten kändes otrygg att arbeta i, eftersom stödet mellan kollegorna blev beroende på vilka som arbetade. De som hade erfarenheten av att stödet mellan kollegor var beroende på vem som arbetade just då, berättade att när de träffade en kollega som de tyckte om då kunde de gråta ut, bli omfamnad eller få hjälp rent konkret. Vissa kollegor var också bättre på att ge stöd till varandra än andra.

”Utan det är ju vi kollegor som hakar tag i varandra, men det är ju ingen självklarhet att vi tycker om varandra som kollegor egentligen, så skulle de ju lika gärna kunna vara och då kan man nog bli otrygg att arbeta i denna verksamhet också”

Upplevelsen var att en bra arbetsmiljö påverkade kvinnorna och vårdrelationen positivt. Ifall stöd kunde fås från ett bra arbetsklimat, där kollegor ställde upp för varandra,

upplevdes det leda till att kvinnorna fick bättre vård eftersom ökad ödmjukhet och lyhördhet infann sig.

“Så att har man skapat en bra arbetsmiljö där man ställer upp för varandra och man har liksom. man är schysst och man är liksom, man stödjer och stöttar varandra och.. och då märks ju det för att då mår ju.. tror ju jag i förlängningen patienterna bättre för att de får bättre.. man är mer lyhörd och mer.. aa men jag tror att det blir bättre”.

Att själv kunna skapa stödet via yrkeserfarenhet

Barnmorskorna upplevde att ju längre tid de arbetat desto tryggare känner de sig i sin yrkesroll. Ju längre yrkeserfarenhet desto mer situationer och kvinnor som genomgår sena aborter har de mött, vilket leder till att de vara ett stöd för sig själva. Stödet innebar att få ökad kunskap och ökad erfarenhet i att vårda kvinnor som genomgår sena aborter och det ledde till att barnmorskan kände att hon utvecklades både som person och barnmorska. Denna utveckling innebar en ökad trygghet i sin yrkesroll och en ökad trygghet i att möta olika situationer, vilket hade en positiv inverkan på vårdrelationen.

“Sen så tänker jag att jag har arbetat som barnmorska i så många år att jag har min yrkeserfarenhet att stödja mig mot med. Jag känner mig liksom trygg i min roll”.

Att vara trygg i sin livssituation kunde också upplevas som ett stöd. Erfarenheten fanns av att nya barnmorskor kan ha mer behov av stöd eftersom de inte har den livserfarenheten att möta situationer i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter.

“jag tycker inte att man ska behöva ta det när man är 25 år och jobbat 1 år. Alltså jag tycker inte det är okej. För man har inte den liksom livserfarenheten”

Det fanns då mindre behov av att få stöd utifrån vad gäller mötet med kvinnorna och hanteringen av svåra situationer. En ökad yrkeserfarenhet medförde en ökad trygghet i att vårda kvinnor som genomgår sena aborter och då fanns också mindre behov av att få stöd utifrån. Stödet skapade de således själva i ju längre de arbetat. Att känna en ökad trygghet i att möta situationer kunde också vara en hjälp till att mötena inte påverkade dem personligt på ett negativt sätt. Den ökade yrkeserfarenheten var en hjälp till att kunna skilja på det personliga livet och yrkesrollen som barnmorska.

“Jag känner inte att det påverkar mig som person då jag är så pass trygg i min roll som barnmorska. Jag går in i min roll och sen går jag ur den när jag slutar liksom. Jag tar inte åt mig av patienterna på samma sätt som andra kan göra”.

Det fanns också erfarenheten av att stödet inte kunde skapas själv via yrkeserfarenheten, utan att stödet var tvunget att komma utifrån någonstans och att barnmorskan behövde få hjälp och stöd med att få en ökad trygghet ihop med yrkeserfarenheten.

“Allting påverka säkert en som person också men däremot kan jag inte säga att det påverkat mig negativt eller så. Jag har inte mått dåligt eller så. Men jag kan säga att det känns roligare att gå till jobbet när man känner sig trygg liksom. Åh den tryggheten

skapas ju från ett stöd någonstans. Det är inget man kan skapa själv liksom tror inte jag utan man behöver få hjälp och stöd med det.”

Det stöd som inte kunde påverkas

Det stöd som barnmorskorna inte kunde påverka själva och som var mer uppstyrt och organiserat beskrivs i denna kategori. Det kunde handla om bemanningsfrågor, PM/riktlinjer, stöd från arbetsgivaren eller stöd vid särskilda tidpunkter där oftast ansvariga personer höll i stödet.

Att få stöd beror på bemanningen

Erfarenheten av stöd i vården av kvinnor som genomgår sena aborter kunde påverkas av hur bemanningen såg ut under ett arbetspass. Stöd via bemanningen var inte alltid det behövde vara två som vårdade en kvinna som genomgår sen abort utan stödet kunde även vara att det fanns en annan barnmorskekollega tillgänglig på avdelningen. Barnmorskorna kunde också få stöd via att en sektionsledare på avdelningen såg till att den som hade hand om kvinnorna som genomgår sena aborter endast hade hand om dessa och inga andra patienter samtidigt. Bra bemanning fungerade också som ett stöd ifall de en dag önskade att avstå från att vårda kvinnor som genomgår sena aborter, vilket medförde känslor av att bli hörd och respekterad. Om de var minst två barnmorskor på ett arbetspass, kunde handgripligt stöd fås nästan närsomhelst, vilket upplevdes som positivt och gav en ökad trygghet. Detta kunde leda till minskade upplevelse av press och stress av att vara underbemannade.

“Om man har en verksamhet med en bantad personalgrupp och väldigt mycket att göra och kanske ha andra patienter samtidigt som man har sina abort patienter och så, då finns inte den tiden att reflektera och tänka och så. Det får en att känna att det är lite mindre roligt att jobba då. För att man känner att man behöver tiden att stanna upp och tänka och prata”.

Genom att exempelvis vara två barnmorskor vid utdrivningsskedet av fostret så kunde mentalt stöd ges till varandra genom att bara finnas där för varandra utan att använda ord. Detta var betydelsefullt vid särskilt svåra situationer, såsom när ett foster tar andetag efter att kvinnan aborterat.

“Jag kan inte alltid göra det själv, tänka och känna”.

Om stödet inte fanns i form av god bemanning kunde känslor av stress, frustration, fysisk och känslomässig ensamhet uppkomma. Att inte ha möjlighet att kunna reflektera med någon under arbetspassets gång medförde känslor av att känna sig nedtryckt, ledsen, sur, irriterad och arg. Upplevelse fanns av att kvinnorna de vårdade märkte av dessa negativa känslor. Att inte få stöd när det behövdes medförde att känslor och tankar togs med hem, vilket tog energi och kraft utanför arbetet. Detta i sin tur ledde till upplevelsen av att det var mindre roligt att arbeta med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter.

“Vad ska jag göra nu och så vidare. Själv ansvarig för patienten liksom. I ett sånt läge hade jag önskat att man hade någon med sig. Detta skapar en stress liksom. Då behöver jag stöd nu och inte nästa vecka liksom men sen är man ensam och då kan man inte få det”

När en svår situation uppstod i mötet med kvinnan som genomgår en sen abort fanns en önskan att få stöd från en kollega för att kunna ge kvinnan och partnern ett bättre stöd. Vid underbemanning och när upplevelsen fanns av att inte räckta till, kunde det leda till att omvårdnaden och bemötandet brast. Om det däremot fanns tillgång till stöd från en annan barnmorska under hela abortprocessen var upplevelsen att detta kunde motverkats. Om barnmorskorna fick stöd via en bra bemanning hade det en positiv inverkan på vårdrelationen. Stödet kunde hjälpa barnmorskorna att bli mer närvarande och öppna för kvinnan de hade framför sig. Upplevelsen var då att fokus kunde ske på helheten och barnmorskorna kunde se hela kvinnan med kropp och själ och inte endast fokusera på det som kunde uppstå t.ex. blödningar. Att se kvinnan ur ett helhetsperspektiv hade positiv inverkan på vården av kvinnorna och kunde hjälpa dem att känna sig omhändertagna.

“Det är ju viktigt för hela förloppet också att allt ska gå bra att kvinnan ska kunna stöta ut graviditeten och att placentan ska släppa och allting, det är ju som en förlossning och stress hos kvinnan motverkar ju det. Så det är viktigt att vi kan inge kvinnan ett lugn och så”.

PM, riktlinjer och checklistor ger stöd

Att få stöd via PM och riktlinjer upplevdes som ett gott stöd inom vården av kvinnor som genomgår sena aborter. Detta ingav en ökad trygghet i rutiner och var till god hjälp för hur vården och hjälpen till kvinnorna som genomgår sena aborter skulle handläggas. Vid svåra situationer var det också ett stort stöd att det fanns tydliga lagar och PM. Erfarenheten av att få stöd via checklistor upplevdes som bra för att personal inte ska missa något. Även att de då kunde se vad som förväntas av dem, vilket i sin tur gav dem stöd och trygghet i mötet med kvinnorna som genomgår sena aborter.

“Ne men jag tror att om man känner att man är trygg i sin roll och i rutiner och allt sånt så blir ju, vi gör ju väldigt mycket systematiskt vi har ju väldigt mycket som vi går efter och så liksom i PM och så. Och det tror jag ger väldigt mycket trygghet och så, dels för mig och dels för att stötta paret som jag vårdar då och vad de går igenom och så. Det är tycker jag är skönt att det finns liksom riktlinjer att stötta sig emot och så”.

Att få strukturerat samtalsstöd

Strukturerat samtalsstöd innebar stöd från kurator och/eller sjukhuspräst/diakon. Kuratorn fanns på avdelningen och var där i första hand för patienterna, men stöd kunde fås från kuratorn genom gott samarbete och nära kontakt under en arbetsdag. Stöd från kuratorn innebar att kunna byta några ord under ett arbetspass eller vid särskilt svåra situationer. Det fanns en avsaknad av att ha en avsatt tid med kuratorn bara för

barnmorskorna, för att kunna få ökat stöd. Att kunna ha avsatt tid med kuratorn hade kunnat hjälpa barnmorskorna att få verktyg och stöd i hur de skulle hantera, tänka och bearbeta situationer de varit med om, samt få utlopp för sina känslor och tankar efter att ha vårdat kvinnor som genomgår sena aborter.

“Kuratorn kommer ofta in till avdelningen för att prata med patienterna. Då kan man byta några ord med dem, men de är ju inte där för min skull. Hade önskat att få en avsatt tid med kurator”

Vidare beskrevs ett gott stöd från sjukhuspräst/diakon när kontakt tagits med dem, till exempel efter särskilt svåra situationer. Stödet från sjukhuspräst/diakon innebar samtal där barnmorskorna fick bekräftelse och blev lyssnade på och de fick även en slags handledning som påverkade dem positivt både i sin profession och som person. De hade en avsatt tid för reflektion med sjukhuspräst/diakon tillsammans med andra yrkeskategorier. Dock upplevdes denna reflektionstid inte som rätt forum för att diskutera egna upplevelser och känslor och inte heller diskussion kring specifika patientfall, eftersom de andra yrkeskategorierna inte var insatta i abortvården. Det var av betydelse om samtal kunde ske med någon som hade förståelse för hur det var att arbeta med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter och att det gärna fick ske under avsatt tid. Det fanns en önskan om att detta stöd skulle finnas lättare tillgängligt och att det skulle finnas en garanti för att få den tiden.

“Men sen är det nästan uteslutande att man har behov att prata med de som faktiskt jobbar med det, inte någon annan som inte gör det, för man delar liksom något som ingen annan är insatt i. Det är en isolerad enhet som man arbetar med och man är väldigt få”.

Barnmorskorna upplevde att kvinnorna de vårdade ofta gjorde något med dem som person både positivt och negativt. De upplevde att krävande situationer kräver att som barnmorska få tid att tänka och känna och vid svåra situationer kunde det uppkomma känslomässiga reaktioner och ett behov av att få ge utlopp för sin frustration eller ångest. När stödet inte kunde fås via samtalsstöd kunde det upplevas som jobbigt och frustrerande, även känslor av ledsamhet och trötthet kunde uppkomma. Vilket de trodde i längden kunde påverka dem både som person och barnmorska och få dem att inte orka fortsätta arbeta med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter.

“Jag är ju inte bara barnmorska, jag är ju människa också”

Att få handledning som ny i arbetet med kvinnor som genomgår sena aborter

Att ha fått handledning som ny i arbetet innebar att ha fått avsatt tid för samtal med en terapeut där funderingar kring hur olika situationer kunde hanteras och där de fick verktyg i hur de kunde mötas.

“Men då när jag har gått, då har det varit väldigt bra och den terapeuten var verkligen. Ne men hon var bra liksom”.

Det fanns en upplevelse av att stödet i att få vara ny i abortvården oftast saknades. En bra introduktion i början och mer utbildning och kunskap i hur situationer skulle kunna

hanteras hade kunnat vara ett stöd i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter. Att få stöd via handledning var inte standard på de olika arbetsplatserna, de barnmorskor som önskade handledning uppgav att de inte hade det i nuläget och upplevde att de inte fick gehör för det från arbetsgivaren. Att få handledning trodde de skulle kunna hjälpa dem att få verktyg och vägledning i hur situationer skulle kunna hanteras. Även att då kunna få tillfällen att få bekräftelse och utlopp för sina känslor och även kunna se saker och ting ur en annan synvinkel. Handledning upplevdes således kunna ge både emotionellt och praktiskt stöd.

“Jo, men jag tror nog att det hade varit bra med någon slags handledning eller på något sätt alltså något organiserat stöd från någon utifrån eller så. Jag säger inte att det ska vara någon viss profession eller så som gör det men att det är ett organiserat stöd från någon som är opartiskt men som ändå ger en möjlighet att ta de här diskussionerna och reflektionerna tillsammans med dem som jobbar med det”.

Att få stöd från arbetsgivaren

Att få stöd från sin arbetsgivare upplevdes som ett stöd i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter. Stödet från arbetsgivaren kunde innebära att det fanns en bra bemanning en arbetsdag. Vilket innebar att barnmorskorna upplevde att de fick stöd från verksamheten de gånger de bara behövde ha hand om kvinnorna som genomgår sena aborter 1 gång/vecka och max ha hand om 2 kvinnor per arbetspass, utan att behöva ha hand om andra patienter. I praktiken fungerade detta ibland och ibland inte. Stöd från arbetsgivare kunde också innebära att få avsatt tid för reflektion eller handledning. Avsatt reflektionstid och handledning var något som nämndes att barnmorskorna hade haft ibland och upplevdes ha varierande betydelse.

“Ne men det har nog chefen ändå varit bra på att erbjuda”.

Att inte få stöd från arbetsgivaren eller att de inte ordnar annat organiserat stöd såsom till exempel avsatt tid för reflektion eller handledning upplevdes konstigt, eftersom arbetet ofta innefattar svåra etiska frågor. Stödet från chefen upplevdes inte vara något som fanns där naturligt, såsom stöd från kollegor och ofta eftersöktes inte heller stödet själv från barnmorskornas sida.

“Sen när jag tänker med stöd kring vad man får av sin arbetsgivare då. Där kan jag inte komma på att det har varit någonting, som jag tycker i alla fall. Även om man kanske har en kortare reflektionstid 1 gång i veckan på 30 min för två avdelningar så är det inget forum där man känner att man hinner ta upp frågor utan att, det finns liten tid för gemensam reflektion. Men den upplever inte jag att det skulle finnas den tiden att reflektera som man skulle behöva. Så det stödet känner jag inte att det finns något. Inte existerande eller så enligt mig”.

Barnmorskorna som mestadels inte hade fått något gehör från arbetsgivaren upplevde att de hade fått till svar att arbetet med sena aborter ingår i barnmorskans profession och att det bara är att gilla läget. Det uppfattades då som att arbetsgivaren inte såg stödet till dem som särskilt betydande. Det kunde leda till upplevelser av att inte känna sig värdesatt som barnmorska med dubbel legitimation och att inte känna sig bekräftad från

verksamheten på att deras arbete var viktigt och betydelsefullt för både kvinnan och hennes eventuella partner. De som upplevde att de inte fick något vidare stöd från arbetsgivaren hade en önskan om att verksamheten skulle arbeta med att behålla och tillvarata personal och erfarenhet som redan finns.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Livsvärldsteoretiska ansatsen ansågs vara relevant för studien, då barnmorskors upplevelser och erfarenheter kring fenomenet stöd i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter efterfrågades. Den livsvärldsteoretiska ansatsen innebär att studiens alla faser har präglats av öppenhet och följsamhet, likaså analysprocessen. Via öppenheten hade författarna ett öppet sinne för att kunna se varje barnmorskans individuella erfarenheter genom de livsvärldsintervjuer som utfördes och sedan även analysen av intervjuerna (Dahlberg 2014, s. 73) Analysen av de data som kommit fram från livsvärldsintervjuerna utgick ifrån kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Elo och Kyngäs (2007). Författarna valde dock att ta stöd i metodprinciperna som beskrivs av Dahlberg (2014) vad gäller öppenhet, följsamhet och tyglade. Dessa är konkreta verktyg för forskaren och det saknas beskrivning av dessa i Elo och Kyngäs (2007) innehållsanalys. Den induktiva kvalitativa innehållsanalysen innebär att materialet läses igenom flera gånger för en djupare förståelse och helhetskänsla och därför ansågs denna analysmetod vara relevant. I analysprocessen fanns sedan en reflekterande inställning som innebar att stanna upp, att stöta och blöta, noggrant tänka igenom, fundera över och omsorgsfullt granska, pröva och värdera uppgifter som möttes under undersökningens gång (Dahlberg 2014, s. 19). Detta har försökts att ha i åtanke med ständig analys och abstrahering av resultatet. Först kodades materialet och skrevs under kategorier och underkategorier, vilket sedan abstraherades till en huvudkategori. Författarna har sedan kontinuerligt gått tillbaka till intervjuerna och försökt abstrahera och få en djupare innebörd av barnmorskors erfarenheter kring fenomenet (Elo & Kyngäs 2007).

Egna erfarenheter av valt undersökningsområde kan utgöra en svårighet för studien (Dahlberg 2014, s. 24-25) och det finns alltid en risk att forskarens egna förförståelse och förutfattade meningar kan spegla arbetet. Det är därför viktigt att i forskning medvetandegöra förförståelsen och reflektera över denna så att studien således inte speglar endast forskarnas förförståelse (Dahlberg 2014, s. 19). Författarna anser inte att deras egna erfarenheter av undersökningsområdet påverkade i detta fall, då ingen av dem hade erfarenhet av att arbeta med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter. Dock har författarna arbetat jämsides med barnmorskor på gynekologisk vårdavdelning och kan ha hört i personalrum eller under rapporter upplevelser av att arbeta med sena aborter och kan därmed ha haft lite förförståelse kring det. Däremot är erfarenheter av stöd något författarna hört väldigt lite om och var således ett nytt område, som inte påverkade förförståelsen. Sedan fanns även kunskapen från barnmorskeutbildningen och inläsning om ämnet före intervjuerna. Dessa förförståelser kan ha påverkat till att det inte blev mycket följdfrågor kring upplevelser under intervjuerna och att författarna kanske ibland var för snabba med att vara nöjda med svaren. Intervjuerna hade kanske

kunnat bli djupare om ytterligare följdfrågor under intervjun, utefter vad deltagarna delgav. Vilket tidigare nämnts i bakgrunden ska nämligen en studie ur ett livsvärldsperspektiv med livsvärldsintervjuer präglas av öppenhet och följsamhet, där det obestämda inte ska bestämmas för snabbt eller ovarsamt (Dahlberg 2014, s. 70). Såsom beskrivet tidigare hade även författarna ett tyglade förhållningssätt, vilket innebar att inte gå för fort fram i processen av studien och att hela tiden tygla tankar och förförståelse under studiens gång (Dahlberg 2014, s. 73). Genom tyglade av förförståelsen kring fenomenet, öppna frågor i samband med intervjuerna och ständig reflektion i samband med dataanalysen anser författarna ha kunnat tygla förförståelsen med förhoppning om att det inte påverkat resultatet (Dahlberg 2014, s. 19), dock kunde kanske fenomenet fått en djupare innebörd om författarna hade haft mer erfarenhet av livsvärldsintervjuer och induktiv innehållsanalys. Ifall författarna hade haft tidigare vana hade det kunnat innebära att våga ha längre stunds tystnad under intervjutillfällena och kanske då fått mer uttömmande svar (Dahlberg 2014, s. 104)

De etiska övervägandena togs i beaktning då författarna beskrivit dessa i metoden av studien, även att deltagarna fick information om studien och samtyckes information före intervjun. Hänsyn till deltagarnas rättigheter togs då det var en deltagare som hörde av sig efter intervjun och ångrade något hon hade sagt. Det materialet togs bort och det anses inte ha påverkat resultatet.

Tankar kring hur många deltagare som skulle finnas i studien fanns och det svårt att i förväg veta hur många som skulle vara intresserade av att delta i studien. Med tanke på att åtta barnmorskor visade intresse och att de var i olika åldrar, olika lång yrkeserfarenhet och olika lång erfarenhet av att arbeta med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter, ansågs det vara tillräckligt för att få ett bra resultat, även med tanke på tidsbegränsningen för studien. Däremot om mer tid hade funnits kunde fler deltagare tagits med från fler delar i Sverige och från fler gynekologiska vårdavdelningar och då hade kanske ett ännu mer nyanserat resultat framkommit. Urvalet ansågs gå rätt till och det ansågs inte vara av betydelse att verksamhetschefen på ena vårdavdelningen tillfrågade sina barnmorskor själva och att författarna på ena vårdavdelningen tillfrågade intervjupersonerna själva efter att ha fått deras kontaktuppgifter från verksamhetschefen. Alla deltagare fick nämligen först fundera ifall de ville delta i intervjun och sedan skickades information och samtyckesblankett ut. Datainsamlingen skedde som sagt via intervjuer och inspelning av intervjuerna skedde med författarnas egna mobiltelefoner. Det som kunde gjort annorlunda här var att författarna hade kunnat låna bandspelare från Högskolan i Borås och sedan förvarat dem på en säker plats, så att det inte hade funnits risk för att någon obehörig skulle höra intervjuerna. Dock transkriberades intervjuerna så fort som möjligt och intervjuerna raderades när analysen var färdig. Alla intervjuer transkriberades ordagrant för att öka studiens reliabilitet (Brinkmann & Kvale 2015, s. 295).

Att författarna använde sig av öppna frågor istället för strukturerade frågor, öppnade det upp för att barnmorskan kunde delge sina erfarenheter kring fenomenet, vilket ökar studiens trovärdighet och validitet (Dahlberg 2014, s. 104). Dessutom ökar det studiens tillförlitlighet genom att upplevelserna och erfarenheterna kring fenomenet fanns redan innan planen fanns att utföra studien och är inget som uppkommit efter att beslutet togs att utföra studien (Dahlberg 2014, s. 73). Dataanalysen fick en högre validitet och

trovärdighet eftersom båda författarna analyserade och kodade materialet tillsammans, vilket minskar osäkerheten om tolkning av materialet. Citat från intervjuer har använts för att belysa resultatet som analyserats fram och det ökar också validiteten och trovärdigheten för studien (Dahlberg 2014, s. 107). I samband med resultat beskrivningen fanns hela tiden studiens syfte i fokus och på så sätt sållades innehåll bort som inte uppfyllde syftet. Därför anser författarna att resultatet uppfyller syftet och att det ökar studiens tillförlitlighet. Dock är det inte helt överförbart till verksamheten, då det endast är åtta barnmorskors erfarenheter av fenomenet på två olika avdelningar i Sverige. Trots det kunde en del slutsatser dras, vilket kan ge en ökad förståelse kring fenomenet för läsaren.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom det två kategorier med tio underkategorier, som mynnade ut i en huvudkategori som beskrev fenomenet. Det stöd som finns där naturligt var inte uppstyrt eller planerat och skedde fortlöpande i verksamheten. Det var främst från barnmorskekollegor och barnmorskekollegor med mer erfarenhet än de själva, men även från undersköterskor och läkare. Det stöd som finns där naturligt kunde också fås från gott arbetsklimat och från den egna yrkeserfarenheten och från en trygg livssituation. Det stöd som inte kunde påverkas erfors som ett mer organiserat och planerat stöd och kunde vara beroende på hur personalsituationen såg ut. Stödet kunde också fås från PM, riktlinjer och checklistor, strukturerat samtalsstöd, handledning när barnmorskorna var nya i arbetet och från arbetsgivaren.

I resultatet framkom det att barnmorskorna via stöd får en ökad trygghet både som person och barnmorska. Tidigare forskning visar på att barnmorskor upplever ett stort behov av att få prata om sina känslor och upplevelser med till exempel kollegor, familjer, vänner eller kuratorer, eftersom tankar på aborterna kan uppkomma efter arbetet (Garel, Etienne, Blondel & Dommergues 2007). I resultatet framgick det att barnmorskorna upplevde det främsta stödet från kollegor, där främst stöd från barnmorskekollegor var av betydelse för vårdandet av kvinnor som genomgår sena aborter. Ifall barnmorskorna inte fick tillräckligt med stöd på arbetet kunde det leda till att barnmorskorna tog med sig känslor och tankar hem, vilket tog energi och kraft utanför arbetet. Detta var alltså inget som föredrogs att göra då det hade mer negativa effekter än positiva och stödjande effekter. Det stödet som framgick från undersköterskor och läkare är inget som hittats i tidigare studier. Barnmorskorna uppgav att de behövde både emotionellt och praktiskt stöd, där det emotionella stödet även kunde fås från undersköterskor. Dock hade inte undersköterskorna den medicinska kunskapen och var inte heller tillräckligt insatta för att kunna ge optimalt stöd och därför sökte sig ofta inte barnmorskorna själva till undersköterskorna för att få stöd. Läkarna kunde ge praktiskt stöd i form av råd och bedömningar kring vården av patienten, vilket författarna tror kan leda till att patienterna får bättre vård. Erfarenheten fanns också av att läkare inte alltid var intresserade av abortvården, vilket skulle kunna studeras närmare på hur samarbetet mellan dessa ser ut inom abortvården. Enligt Berg och Lundgren (2010, s. 38) är det viktigt att det ska finnas en balans mellan ett naturligt-salutogent och biomedicinskt-patogent förhållningssätt i barnafödande, vilket författarna tror också kan gälla inom abortvården. Ifall gott samarbete med läkaren finns

kan kanske barnmorskorna få ökad kunskap och trygghet även i de medicinska undersökningarna kring vården av kvinnan som genomgår sen abort.

Från barnmorskekollegorna kunde både praktiskt och emotionellt stöd fås, vilket kunde leda till ökad reflektion kring egna tankar och känslor och ge stöd i form av råd och bekräftelse kring hur de skulle kunna tänka eller hantera en situation. Gemzell Danielsson (2015, s. 146) anser att i samband med en abort bör personalen ha tillgång till stöd för att kunna ge kvinnan och partner ett bra omhändertagande med god smärtlindring och professionellt psykologiskt stöd. Således är erfarenheten av stöd viktig för vårdandet av kvinnan. Kvinnan upplevdes få bättre vård ifall barnmorskan fick reflektera och rådgöra med kollegor. Det upplevdes också positivt ifall det var mer än en barnmorska som tillsammans hade hand om en kvinna, då kunde barnmorskorna bli mer avslappnade vilket även kvinnorna märkte av.

I barnmorskans förhållningssätt ingår det att möta varje kvinna med respekt och omsorg ur ett helhetsperspektiv (Svenska barnmorskeförbundet 2018), där kärnan är relationen och det personliga mötet med varje kvinna som är i behov av vård och råd (Lundgren & Berg 2016, ss. 19-22). Resultatet visade att stöd från mer erfarna barnmorskekollegor gav barnmorskorna en ökad trygghet och hjälpte dem att öka förmågan att vårda kvinnan ur ett helhetsperspektiv och inte bara se det medicinska. Den ökade tryggheten fick barnmorskorna genom att de mer erfarna kollegorna berättade om sina tidigare erfarenheter och delade med sig av kloka visdomsord. Det ledde till att kunna vårda ur ett helhetsperspektiv och att bättre kunna svara på parets frågor och kunna ge paret mer adekvat stöd. Stöd från mer erfarna kollegor hade då positiv effekt på vårdandet av kvinnan och vårdrelationen mellan barnmorskan och kvinnan. Enligt tidigare studier är det viktigt att barnmorskan har professionell kunskap och får möjlighet att öka sin kunskap med stöd från erfarna kollegor med bland annat mentorskap kring abortvård (Garel et al. 2007), vilket således resultatet visade att de fick. Dock saknades stöd från mer erfarna kollegor i form av mentorskap. Resultatet visar att beroende på hur bemanningen såg ut påverkade ifall stöd kunde fås från barnmorskekollegor eller inte. Vilket i sin tur också påverkar vårdrelationen och att kunna se patienten ur ett helhetsperspektiv. Enligt Lundgren och Berg (2016, s. 19) ska barnmorskan vara "*med kvinnan*", enligt den engelska innebörden för *midwife*. Detta innebär att barnmorskan ska vara öppen för att ta del av kvinnans berättelse och situation. När det under ett arbetspass fanns en annan barnmorskekollega tillgänglig närsomhelst upplevdes att stödet kunde fås direkt när behovet fanns. Att kunna få handgripligt stöd och emotionellt stöd närsomhelst upplevdes positivt och gav en ökad trygghet och ledde till minskad upplevelse av stress och press av att vara underbemannade. Detta påverkade till ett lugn inne hos kvinnan och att barnmorskan kunde bli mer närvarande och öppen för kvinnan hon hade framför sig. Detta ledde också till att barnmorskan kunde fokusera på helheten och påverkade således också förloppet av den sena aborten, det vill säga att stöta ut graviditeten och att placenta skulle släppa. PM, riktlinjer och checklistor var också till ett stort stöd, särskilt i svåra situationer och vården till kvinnorna kunde således främjas genom att barnmorskorna hade den tryggheten att luta sig emot. I resultatet framkom det att det ansågs vara verksamhetens och arbetsgivarens ansvar att PM, riktlinjer och checklistor är uppdaterade och att personal tar del av dessa.

Utöver att barnmorskan behöver ha stöd för att kunna ge kvinnan och partnern ett bra omhändertagande i samband med en abort med god smärtlindring och professionellt psykologiskt stöd bör hen också vara erfaren (Gemzell Danielsson 2015, s. 146). Resultatet visar på att barnmorskor som hade mer yrkeserfarenhet kände sig tryggare i sin yrkesroll och hade då även mindre behov av att få stöd och upplevde att de kunde hantera även svåra situationer utan stöd. Ju längre yrkeserfarenhet, desto mer kunskap och ökad erfarenhet i att vårda kvinnor som genomgår sena aborter hade de fått, vilket var ett stöd för dem. Även tryggheten i sin personliga livssituation kunde vara ett stöd och ifall detta inte fanns upplevdes ett ökat behov av stöd. Tidigare forskning anser att tryggheten i personliga livssituationen kan ökas via förmåga och möjlighet till reflektion över etiska attityder och att kunna känna empati. Barnmorskor som var i fertil ålder identifierade sig ibland med kvinnorna de vårdade. Arbetet var då svårare eftersom de kunde föreställa sig sorgen som kvinnorna som genomgår sena aborter upplevde (Andersson, Gemzell-Danielsson och Christensson 2014; Garel et al. 2007). Således tyder både tidigare forskning och resultatet på att det är positivt för barnmorskan själv ifall hen både har yrkeserfarenhet och är trygg i sin livssituation och resultatet visar på att barnmorskorna upplever ett stöd ifrån detta i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter.

Flera studier betonar också vikten av möjlighet till reflektion inom abortvården (Agnese Mauri, Ceriotti, Soldi & Nilde Guerrini Contini 2015; Vinggaard Christensen, Hjollund Christiansen & Petersson 2013; Lindström et al. 2011). Studien av Garel et al. (2007) anser att det är viktigt att barnmorskorna har möjlighet till kontinuerlig reflektion under ett arbetspass. Resultatet i föreliggande studie visar på att reflektion kunde ske med kollegor, främst barnmorskekollegor, men även med kuratorn och sjukhuspräst/diakon. Genom reflektionen kunde verktyg och stöd fås i hur de skulle hantera, tänka och bearbeta situationer de varit med om och där de fick bekräftelse och blev lyssnade på gällande deras känslor och upplevelser. Dock fanns det avsaknad av avsatt tid för reflektion tillsammans med personer som hade förståelse för hur det var att arbeta med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter. Samtal med sjukhuspräst/diakon hade varit till stor betydelse, särskilt efter svåra situationer. I samtalet hade de fått bekräftelse, blev lyssnade på och fick en slags handledning som påverkade dem positivt både i sin profession och som barnmorska. Utöver handledning med sjukhuspräst/diakon fanns också viss erfarenhet av att ha haft handledning när de var nya i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter. Vid denna handledning hade de haft samtal med en terapeut som hade hjälpt till att fundera kring olika problem och gett verktyg i hur olika problem kunde mötas. Behov av att få handledning, bra introduktion, utökad utbildning och kunskap i hur situationer skulle kunna hanteras som ny i arbetet fanns, vilket ofta saknades. Tidigare forskning betonar betydelsen av att barnmorskor behöver fort- och vidareutbildning, vägledning och handledning (Gemzell Danielsson 2015, s. 146; Lindström et al. 2011; Vinggaard Christensen, Hjollund Christiansen och Petersson 2013). Således betonar inte forskningen att detta endast behövs till de som är nya i arbetet, utan till alla barnmorskor.

Avsaknad av stöd hade negativa effekter för barnmorskorna både som person och barnmorska och ledde till negativa konsekvenser för vårdrelationen. Enligt Garel et al. (2007) kan upplevelser av känslomässigt lidande uppstå, med känslor av ensamhet och ångest vid stressiga situationer. I deras resultat kunde effekter av underbemanning skapa

känslor av ensamhet, men även känslor av stress och frustration. Underbemanningen sågs ofta hänga ihop med att barnmorskorna inte fick möjlighet att reflektera under arbetspasset. Detta ledde till känslor av att känna sig nedtryckta, ledsna, irriterade och arga. I föreliggande studies resultat framkom att bland annat känslor av ensamhet och frustration kunde uppkomma vid bristande stöd från kollegor, vilket ofta hängde ihop med underbemanning och att inte ha en barnmorskekollega nära till hands för att få stöd. Detta upplevdes också påverka vårdrelationen negativt då kvinnorna märkte av de negativa känslorna och barnmorskorna upplevde att de inte kunde ge den vård och stöttning som de velat. Bristande samtalsstöd kunde också leda till känslor av ensamhet och frustration, men även trötthet, vilket också upplevdes påverka dem som både person och barnmorska.

Bristen av att få stöd via strukturerat samtalsstöd, kollegialt stöd och god bemanning ledde till känslor av att inte orka fortsätta arbeta med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter. Det fanns en sårbarhet i att det kollegiala stödet var beroende på ifall kollegorna tyckte om varandra, vilket kunde leda till en otrygg verksamhet att arbeta i. Då kanske det finns ett behov av mer organisatoriskt stöd för att garantera att barnmorskornas behov av stöd tillgodoses. Detta till exempel genom att arbetsgivaren skulle tillgodose barnmorskornas behov av att få avsatt tid för strukturerat samtal, handledning och/eller mentorskap med barnmorskekollegor med längre erfarenhet än barnmorskorna själva. Detta skulle i sin tur kunna öka barnmorskornas erfarenhet av att få stöd i sitt arbete med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter. Arbetsgivaren kunde också ge stöd via bra bemanning, vilket innebar att det fanns tillgång till stöd från en barnmorskekollega under ett arbetspass eller att det fanns två barnmorskor som tillsammans vårdade en kvinna som genomgår en sen abort. Det var varierad erfarenhet kring detta, dock upplevdes att ifall stöd från arbetsgivaren fanns hade det påverkat till att barnmorskorna känt sig hörda, respekterade och värdesatta som barnmorskor med dubbel legitimation. Detta bekräftar vad tidigare forskning visat, det vill säga att det finns en stor önskan om att de organisationer som tillhandahåller abortvården bör vara organiserad så att det alltid finns två barnmorskor varje arbetspass och att kvinnan som genomgår en sen abort aldrig ska behöva vara ensam (Agnese Mauri et al., 2015). Således betonas vikten av bra bemanning, för att vården av kvinnan ska bli så bra som möjligt.

Föreliggande studies resultat visar sammanfattningsvis att den tryggheten som barnmorskorna får i att få stöd, påverkar vårdrelationen och vårdandet positivt. Detta på grund av att en ökad helhetssyn blir möjlig och att kvinnorna känner sig mer omhändertagna och trygga med barnmorskorna. Tidigare forskning styrker att barnmorskan aldrig kan vara tillräckligt förberedd i vården av kvinnor som genomgår sena aborter, utan behöver få möjlighet till ständig utveckling (Agnese Mauri et al., 2015). Tidigare forskning bekräftar också att barnmorskor har stort behov av kontinuerligt stöd (Agnese Mauri et al., 2015; Vinggaard Christensen, Hjollund Christiansen och Petersson 2013; Lindström et al. 2011), vilket även denna studie visar på, men att barnmorskor också upplever dåligt med stöd för att klara av sitt arbete (Vinggaard Christensen, Hjollund Christiansen och Petersson 2013). Således styrker detta att verksamheten och arbetsgivaren behöver säkerställa kontinuerligt stöd, vilket även kan vara i form av ökad kunskap kring att vårda kvinnors som genomgår sena aborter. Enligt tidigare studier ger kunskap kring att vårda kvinnor som genomgår sena

aborter barnmorskorna en känsla av säkerhet och styrka i mötet med kvinnorna. Vilket medför till bättre kommunikation och god vårdrelation med kvinnorna (Andersson, Gemzell- Danielsson & Christensson 2014; Lindström et al. 2011). Det har också tidigare visat sig att det är viktigt att barnmorskan har stöd i form av professionell kunskap och att hen får möjlighet att öka sin kunskap med utbildningar kring abortvård (Garel et al. 2007), vilket resultat visar att barnmorskorna inte hade erfarenhet av. Detta kanske också således är något som skulle kunna förbättras inom abortvården.

Det finns ett behov av mer forskning kring hur barnmorskans arbetsförhållanden kan förbättras för att abortvården i sin tur ska kunna förbättras (Vinggaard Christensen, Hjollund Christiansen och Petersson 2013). Vi hoppas att denna studie kan få ökad förståelse för abortvården, hur barnmorskorna erfar att få stöd i arbetet med att vårda kvinnor som genomgår sena aborter och vilken betydelse det har för dem både som person och barnmorskan, samt för vårdrelationen med kvinnan. Såsom beskrivet i bakgrunden till denna studie, behövs abortvården för att de sexuella- och reproduktiva rättigheterna ska främjas och i kommande generationer kommer det att behövas en god abortvård för att hållbar utveckling ska främjas (Lindström 2007). Detta för att barnmorskor ska fortsätta orka arbeta inom abortvård och dessutom få stöd för att således kunna ge god vård utifrån beprövad erfarenhet och vetenskaplig grund. Vilket leder till skapandet av goda vårdrelationer med kvinnorna som genomgår sena aborter.

SLUTSATSER

Resultatet visar att det är viktigt för barnmorskorna att både det stödet som finns där naturligt och det stödet som inte kunde påverkas var betydelsefullt för att kunna växa och utvecklas både som person och barnmorska. Att få stöd ifrån barnmorskekollegor och från barnmorskekollegor med mer erfarenhet än de själva, gott arbetsklimat, ökad yrkeserfarenhet, trygghet i sin personliga livssituation, bra bemanning och stöd via PM, riktlinjer och checklistor ledde till att barnmorskorna kände sig tryggare, vilket påverkar vården av kvinnorna och vårdrelationen positivt. Däremot var det bristande och ett ökat behov av att få stöd i form av handledning, strukturerat samtalsstöd och stöd från arbetsgivare med både bemanningsfrågor men även att få stöd och bekräftelse från arbetsgivare till att få ökad handledning och tid för reflektion. Det strukturerade samtalsstödet de hade mest erfarenhet att få stöd ifrån var sjukhus diakon- eller präst, som gav stöd genom att bekräfta och lyssna på dem. Barnmorskorna upplevde behov av att få prata med någon som visste vad de pratade om och att det gärna fick ske under avsatt tid, vilket barnmorskorna ofta saknade. De önskade att detta stöd skulle finnas lättare tillgängligt och att de skulle få en garanti för att få den tiden. Om barnmorskorna inte hade lång erfarenhet av att vårda kvinnor som genomgår sena aborter så de att de hade fått stöd av att kunna vara flera barnmorskor på ett arbetspass så att de således kunnat få stöd och råd kring vården av patienten men även att kunna få känslomässigt stöd när behovet var som störst. Det fanns även ökat behov av stöd i form av introduktion och utbildning när barnmorskan var ny i arbetet med sena aborter. Att inte få stöd upplevdes leda till känslor av att känna sig ensam, frustrerad, stressad, att inte känna sig bekräftad och värdesatt som barnmorska och att få känslor av att inte orka fortsätta arbeta inom abortvård. Om barnmorskorna upplevde känslor av att inte orka fortsätta arbeta inom abortvården kunde kvinnorna märka av detta och upplevelsen var

då att vårdrelationen således påverkades negativt. Tidigare studier har visat att barnmorskor har stort behov av kontinuerligt stöd och resultatet bekräftar att barnmorskor upplever att de får gott stöd ifrån handledning och strukturerat samtalsstöd. Organisationen som tillhandahåller abortvården behöver säkerställa att barnmorskorna får avsatt tid för reflektion och strukturerat samtalsstöd och att det finns en bra bemanning, för att barnmorskans behov av stöd ska kunna säkerställas. Detta för att barnmorskor ska orka fortsätta arbeta inom abortvården, vilket kan leda till att abortvården kan utvecklas och att sexuell- och reproduktiv hälsa och hållbar utveckling kan fortsätta att främjas.

REFERENSER

Agnese Mauri, P., Ceriotti, E., Soldi, M., Nilde Guerrini Contini, N. (2015). Italian midwives' experiences of late termination of pregnancy. *A phenomenological-hermeneutic study*. *Nursing and Health Sciences*, 17, ss. 243- 249.

Amnesty.(2019). *Abort*. <https://www.amnesty.se/vara-rattighetsfragor/kvinnors-rattigheter/srhr/abort/> [2020-01-14]

Anderberg, E. Andersson, U-B. Weström, L. Åberg, A. (2010). *Obstetrik och gynekologi*. Studentlitteratur: Lund. ss. 367-372.

Andersson, I-M., Gemzell-Danielsson, K., & Christensson, K. (2014). Caring for women undergoing second- trimester medical termination of pregnancy. *Contraception*, 89, ss. 460-465.

Ekebergh M, & Arman, M. (2015). Människans hälsa och lidande i Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M.(red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber. ss.27-60

Ekebergh M, & Arman, M. (2015). Patientens värld när människan blir patient i Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M.(red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber. ss.63-90

Johansson M. (2010). Vårdande vid infertilitetsproblematik i Berg, M. & Lundgren, I. (red.) *Att stödja och stärka. Vårdande vid barnafödande*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur. ss.221-235

Brundtland Commission (1985). World Commission on Environment and Development. Environmental Policy and Law, 14. <https://www.are.admin.ch/are/en/home/sustainable-development/international-cooperation/2030agenda/un-milestones-in-sustainable-development/1987--brundtland-report.html> [2019-12-17]

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Natur och kultur, Stockholm.

Datainspektionen (2019). *Dataskyddsförordningen (GDPR)*. <https://www.datainspektionen.se/lagar--regler/dataskyddsförordningen/> [2019-12-08].

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). *The qualitative content analysis process*. Journal of Advanced Nursing, 62(1), ss. 107 - 115.

Eriksson, Katie (2015). *Den lidande människan*. 2. uppl. Stockholm: Liber

Folkhälsomyndigheten (2018) *Vad är social hållbarhet för oss?*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/motesplats-social-hallbarhet/social-hallbarhet/>
[2019-12-17]

Garel, M., Etienne, E., Blondel, B. & Dommergues, M. (2007). French midwives' practice of termination of pregnancy for fetal abnormality. At what psychological and ethical cost? *Prenatal Diagnosis*, 27, ss. 622- 628.

Gemzell Danielsson, K. (2015). Abort och Sterilisering i Janson, P.O. & Landgren, B-M. (red). *Gynekologi*. Lund: Studentlitteratur ss,137-151.

Gemzell Danielsson, K. (2016) Abortvård i Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K. (red). *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur. ss,169-183.

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hognert, H., Skjeldestad, F., Gemzell- Danielsson, K., Heikinheimo, O., Milsom, I., Lidegaard, Ö. & Lindh, I. (2017) High birth rates despite easy access to contraception and abortion: A cross-sectional study. doi: 10.1111/aogs.1323. <https://obgyn-onlinelibrary-wiley-com.lib.costello.pub.hb.se/doi/epdf/10.1111/aogs.13232>
[2019-12-17]

Högskolan i Borås (2019). *Integritetspolicy*. <https://www.hb.se/dataskydd>
[2019-12-08].

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

Lindblad, M. (2018). *Föreläsning: Hållbar Utveckling* 2018-09-19. Institutionen för vårdvetenskap - Högskolan i Borås.

Lindström, M. (2007). *Gynekologer och barnmorskor inom svensk abortvård - åsikter, erfarenheter och upplevelse*. Diss. Umeå: Umeå universitet. Institutionen för Klinisk Vetenskap, obstetrik och gynekologi.

Lindström, M., Wulff, M., Dahlgren, L., & Lalos, A. (2011). Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, ss. 542-548.

Lundgren, M., & Berg, I. (2016). Professionellt förhållningssätt i Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K. (red). *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur. ss.19-25.

Odlind, V., Bygdeman, M & Milsom, I. (2008). *Sexualupplysning, abort och preventivmedel i gången tid*. Familjeplanering- Preventivmetoder, aborter och rådgivning. Lund. Studentlitteratur. ss.13-18.

Odlind, V., Bygdeman, M & Milsom, I. (2008). *Aborter och abortmetoder*. Familjeplanering- Preventivmetoder, aborter och rådgivning. Lund. Studentlitteratur. ss.79-86.

Polit, D., & Beck, C. (2017) *Nursing Research, Generating Assessing Evidence for Nursing Research*. Wolters Kluwer.

Regeringskansliet (2017). *Skilda världar: reproduktiv hälsa och rättigheter i en tid av ojämlikhet*. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/10/skilda-varldar-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-i-en-tid-av-ojamlikhet/> [2019-12-17]

Rynning, E., Axelsson E, & Sandén, U. (2014) Juridiska aspekter på obstetrik. Hagberg H, Marsál K, & Westgren, M. (red.) (2014). *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur. ss. 643-656.

SFOG. (2018). Inducerad abort. ARG-Rapport nr 78. Stockholm: SFOG.

SFOG, Svenska Barnmorskeförbundet & Svenska Neonatalföreningen. (2018). *Handläggning av sena aborter efter v.18+0*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Konsensusdokument-kring-sen-abort-20180529-Styrelsen-SFOG-Svenska-Barnmorskeforbundet-Svenska-Neonatalforening.pdf> [2019-10-25]

SFS 1974:595. *Abortlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
[http://www.riksdagen.se/webbnax/index.aspx?nid=3911 & bet=1974:595](http://www.riksdagen.se/webbnax/index.aspx?nid=3911&bet=1974:595)
[2018-12-10]

Socialstyrelsen (2019). *Statistik om aborter*. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/aborter/> [2020-01-14]

Socialstyrelsen & Folkhälsomyndigheten (2014). *Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-10-26.pdf> [2019-11-29]

SOU 2005:90. (2005). *Abort i Sverige*. Regeringen.
<https://www.regeringen.se/49b6ab/contentassets/22f47f54bdc1451d8ad4d7c08e501de7/abort-i-sverige-del-1-missiv-kap.-6> [2019-11-24].

SOU 2019:13. (2019). *Agenda 2030 och Sverige- världens utmaning- världens möjlighet*. Regeringen.
<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2019/03/sou-201913/> [2019-12-17]

Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för Barnmorskor*. Stockholm.
<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf> [2019-10-25]

Vetenskapsrådet (2019). *Forska etiskt*. <https://www.vr.se/soka-finansiering/krav-och-villkor/forska-etiskt.html> [2019-12-08].

Vinggaard Christensen, A., Hjollund Christiansen, A., Petersson, B. (2013). Faced with a dilemma: Danish midwives' experiences with and attitudes towards late termination of pregnancy. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, ss. 913- 920. [2018-12-20]

Wendleby, M. & Wetterberg, D. (2019). *Dataskyddsförordningen GDPR. Förstå och tillämpa i praktiken*. Sanoma Utbildning AB, Stockholm.

WHO. (2018). *Preventing unsafe abortion*.
https://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/hrpwork/en/ [2020-01-13]



Barnmorskors erfarenheter av att få stöd i arbetet med sena aborter

Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeutbildningen vid Högskolan i Borås. En del av utbildningen består av att skriva ett examensarbete. Med vårt examensarbete är syftet att belysa barnmorskors erfarenheter av att få stöd i arbetet med sena aborter och att därigenom få större förståelse och kunskap kring detta.

Vi kontaktar dig med frågan om du skulle vilja bli intervjuad om dina erfarenheter av stöd i arbetet med aborter i graviditetsvecka 18+0- 21+6.

Intervjuerna kommer göras utav oss två studenter. Vi har skickat förfrågan till din verksamhetschef som har godkänt att intervjuerna kan äga rum under arbetstid. Dock är det du som själv, i samråd med oss, som bestämmer plats och tid för intervjun. Intervjun kommer att ta cirka 30- 60 minuter beroende på hur mycket du har att berätta för oss. Den kommer att spelas in och ordagrant överföras till text. Allt material hanteras konfidentiellt och förvaras på så vis att inga obehöriga kan få tillgång till det. I resultatet avidentifieras dina personuppgifter. Intervjun är helt frivillig och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att motivera varför. Om du önskar delta i studien, vänligen meddela oss via e-mail eller SMS så snart som möjligt. Intervjuerna kommer att ske fortlöpande i januari och början på februari. Samtyckesformulär erhålles i samband med intervjutillfället. Om du har frågor eller önskar ytterligare information kring studien är du välkommen att kontakta oss. Vi nås via telefon eller e-mail på nedanstående uppgifter.

Examensarbetet utförs under handledning av Lina Palmér, Universitetslektor vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på e-mail: lina.palmer@hb.se

Med vänliga hälsningar

Namn: Kristin Hjerne

Tel: 070-014 06 44

Mail: S182117@student.hb.se

Namn: Heidi Sjöblom

Tel: 073-813 02 49

Mail: S183597@student.hb.se



Information angående examensarbetet om barnmorskors erfarenheter av att få stöd i arbetet med sena aborter.

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Tidigare forskning visar på att arbete med aborter i andra trimestern kan upplevas av barnmorskor som komplext och frustrerande, men även utmanande och givande. Flera studier betonar vikten av att barnmorskor behöver fort- och vidareutbildning, vägledning, handledning och möjlighet till reflektion i abortvården. Barnmorskors och övrig personals samlade åsikter, erfarenheter och upplevelser kring abortvård är viktiga att tillvarata för att främja kvinnors hälsa och förbättra personalens arbetsmiljö så att abortvården ska kunna vidareutvecklas. Tidigare studier visar att barnmorskor har stort behov av kontinuerligt stöd med bland annat stöd från mer erfarna kollegor samt möjlighet till reflektion. Syftet mer vårt examensarbete är att belysa barnmorskors erfarenheter av att få stöd i arbetet med sena aborter. Målet är få större förståelse och kunskap kring att arbeta med abortvård, så att vården till kvinnorna ska kunna utvecklas och arbetsmiljön och sociala stödet ska kunna främjas. Att främja dessa faktorer kan bidra till ökad hälsa hos barnmorskan och även bidra till hållbar utveckling.

Vi frågar dig att delta i studien på grund av att du arbetar med aborter från graviditetsvecka 18+0 till och med vecka 21+6 som avslutas ineliggande på gynekologisk vårdavdelning i Södra Sverige. Vi kommer att ha intervjuer med öppna frågor till barnmorskor som har olika lång yrkeserfarenhet och olika lång erfarenhet av att arbeta med sena aborter. Vi har fått information kring att du arbetar med sena aborter genom din verksamhetschef.

Forskningshuvudman för projektet är Högskolan i Borås. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går studien till?

Vi kommer tillsammans att sitta ned, vid ett tillfälle och genomföra en intervju med dig. Du får själv välja tid och plats för när den ska genomföras. Intervjun kommer att spelas in. Ena personen leder intervjun medan den andra sköter inspelningen, antecknar stödord samt ställer tillsammans med den andre personen eventuella följdfrågor som kan uppkomma under pågående intervju. Det kommer att vara öppna frågor så att du själv kan berätta om dina erfarenheter. Intervjun kommer att ta mellan 30- 60 minuter, allt beroende på hur mycket du har att berätta för oss. Vi reserverar oss för att vi kan komma att kontakta dig vid ett senare tillfälle efter intervjutillfället, ifall det vid

inläsning av data skulle uppkomma oklarheter för oss eller något som vi skulle vilja att du vidareutveckla.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Vi kommer förmodligen att beröra och väcka upp känslor hos dig och då vill vi att du ska veta att du när som helst får avbryta för en paus eller avbryta helt om du inte vill fortsätta med intervjun. Att bli intervjuad om sina upplevelser och erfarenheter i samband med känsliga frågor kan ibland upplevas som svårt. Väljer du att avbryta och vill att vi fortsätter vid ett annat tillfälle kommer vi att kontakta dig på nytt och då bestämma en ny tid för intervju. Om du i efterhand kommer på att du sagt något som du ångrar kan du höra av dig så tar vi i så fall bort det, allt för att du ska känna att du är nöjd med det du sagt.

Du kan när du vill kontakta oss ansvariga samt ansvarig handledare för studien, för kontaktuppgifter se nedan.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig.

Den information om dig som kommer att samlas in är din ålder och antal år du arbetat som barnmorska samt vilken yrkeserfarenhet du har som barnmorska. Intervjuerna kommer att spelas in och därefter transkriberas ordagrant. All insamlad data behandlas konfidentiellt och kommer i studien att presenteras på så sätt att ingen information kan knytas till enskilda individer. Vi kommer ej att ta några namn utan istället nämna dig som en siffra i datan samt resultatet. Det är enbart författarna av studien samt vår handledare som har tillgång till datan och den kommer att förvaras så att obehöriga inte kan få tag på den. När examensarbetet är godkänt kommer all datamaterial raderas och förstöras, det vill säga inspelade intervjuer, transkriberingar, informationsblad och samtyckesblanketter.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Ansvarig för dina personuppgifter är Högskolan i Borås, E-post: registrator@hb.se. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också i vissa fall begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta studieansvariga. Dataskyddsombud är Åsa Dryselius som nås på E-post: dataskydd@hb.se. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Om du har några frågor kring hur dina personuppgifter behandlas kan du läsa mer om hur högskolan behandlar personuppgifter på vår webbplats, <http://www.hb.se/dataskydd>

Hur får jag information om resultatet av studien?

Vill du läsa studien i sin helhet när den är klar finns den att nå på Högskolan i Borås digitala arkiv BADA (*Borås Academic Digital Archive*) bada.hb.se. Du kan också läsa den via DiVA-portal.org en sida där vetenskapliga uppsatser arkiveras digitalt.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien är

Kristin Hjerne
Tel: 070-014 06 44
Mail: S182117@student.hb.se

Heidi Sjöblom
Tel: 073-813 02 49
Mail: S183597@student.hb.se

Handledare

Lina Palmér
Mail: lina.palmer@hb.se

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien barnmorskors erfarenheter av att få stöd i arbetet med sena aborter.

- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i information om forskningspersonen.

Plats och datum	Underskrift

Intervjufrågor till deltagarna i studien

Huvudfråga/Inledningsfråga

- Kan du berätta om dina erfarenheter av att få stöd i ditt arbete med aborter i graviditetsvecka 18+0-21+6?
- Hur upplever du att du får stöd i ditt arbete med sena aborter, graviditetsvecka 18+0- 21+6?

Följdfrågor

- Hur känns det när du får stöd i ditt arbete respektive när du känner att du inte får stöd? Hur påverkar det dig som person och som barnmorska?
- Kan du berätta om en situation där du upplevde att du fick stöd. Hur påverkade det dig?
- Kan du berätta om en situation där du upplevde att du inte fick stöd. Hur påverkade det dig?
- På vilket sätt tror du att stödet som du får påverkar kvinnorna som du vårdar?