



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## Examensarbete

Avancerad nivå

### Att möta oplanerat gravida unga kvinnor som beslutar sig för att genomgå en abort

---

---

#### En kvalitativ intervjustudie med barnmorskor på ungdomsmottagningar

To meet unplanned pregnant young women who decide to have an abortion –  
A qualitative interview study with midwives at youth clinics

Författare: Emilia Lindblom & Josefin Jonsson

Handledare: Ulrika Byrskog

Examinator: Kerstin Erlandsson

Ämne/huvudområde: Sexuell-, reproduktiv- och perinatal hälsa

Kurskod: VV3016

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 170125

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Barnmorskeyrket har gått från att främst fokusera på vård under graviditet och förlossning till ett bredare arbetsfält inom sexuell och reproduktiv hälsa som även innefattar arbete på ungdomsmottagning. Barnmorskan på ungdomsmottagningen arbetar förebyggande mot oönskade graviditeter och möter unga kvinnor och män i samtal om graviditet och abort. Att ställas inför ett oväntat graviditetsbesked kan vara omvälvande och barnmorskan är central i att finnas till hands för den unga gravida kvinnan, samt för hennes partner och familj så att hon lättare kan utföra ett informerat beslut.

**Syfte:** Att beskriva barnmorskans erfarenheter av att möta oplanerat gravida unga kvinnor på ungdomsmottagning som beslutar sig för att genomgå en abort.

**Metod:** Semistrukturerade individuella intervjuer användes som insamlingsmetod och analys utfördes med kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Två kategorier och sju subkategorier identifierades: Att vara en inlyssnande samtalspartner; Vid graviditetsbeskedet, Inför abortbeslutet och Efter aborten. Individanpassat stöd; Att ge praktiskt och kunskapsmässigt stöd vid den oplanerade graviditeten, Att se till det sociala sammanhanget, Ge stöd för en fortsatt säker sexualitet och Att stödjas för att stödja.

**Slutsatser och klinisk tillämpbarhet:** Barnmorskan fångade in tankar och känslor hos den unga kvinnan och bemötte henne där hon befann sig. Barnmorskan tydliggjorde att abortbeslutet var den unga kvinnans och skyndade inte på beslutet. De betonade vikten av att inte förutsätta abort som det enda handlingsalternativet. Genom att lyssna in individuella behov av stöd kunde barnmorskan tillgodose det stöd som saknades. Att stödja för en fortsatt säker sexualitet såg barnmorskorna som en viktig men utmanande arbetsuppgift som väckte mycket känslor och därför var det viktigt med stöd för barnmorskan i form av kollegor, fortbildning och riktlinjer. Genom att öka kunskapen om barnmorskornas möten med oplanerat gravida unga kvinnor har författarna en förhoppning om ökad förståelse för arbetet och dess utmaningar. Genom fortbildning, hospitering, tydligare riktlinjer och stöttning inom preventivmedelsrådgivning efter aborten kan barnmorskan få mer stöd i sitt arbete och därmed möjlighet att förbättra mötet individanpassat utifrån den unga kvinnans behov.

**Nyckelord:** Abort, Barnmorska, Erfarenhet, Ungdomar, Ungdomsmottagning

## ABSTRACT

**Background:** The midwifery profession has developed from focusing solely on pregnancy and childbirth to a broader field of sexual and reproductive health, including also meeting young people at youth clinics. The midwife at the youth clinic works preventively against unplanned pregnancies and meet young women and men in conversations about pregnancy and abortion. Facing a positive pregnancy notice may be overwhelming and the midwife is central in supporting the young woman, her partner and family in order for her to carry out an informed decision.

**Objective:** To describe the midwife's experiences in meeting unplanned pregnant young women at the youth clinic who decide to have an abortion.

**Design/Methods:** Semi-structured individual interviews were used as the method of data collection and analysis was conducted using qualitative content analysis.

**Results:** Two categories and seven subcategories were identified: *Being a listening partner*; At the pregnancy announcement, In front of the abortion decision and After the abortion. *Individualized support*; To provide practical and knowledge based support related to the unplanned pregnancy, To consider the social context, Providing support for a continuing safe sexuality and Achieving support to support.

**Conclusion and clinical applicability:** The midwife captured the thoughts and feelings of the young woman and responded to her where she was. The midwife made it clear that the decision about abortion should be the young woman's own and not to rush the decision. They stressed the importance of not pre-assume abortion as the only treatment option. By listening to the individual needs of support midwife could meet the support that the young woman was missing. To support the continued safe sexuality were considered important but a challenging aspect of the work evoked emotions, and therefore support to the midwife in the form of colleagues, training and guidelines is important. By increasing the knowledge of the midwives' meetings with unplanned pregnant young women, the authors hope to contribute to a better understanding of Midwifery work and challenges. Through training, field studies, clearer guidelines and support in post abortion contraceptive counseling the midwives can get more support in their work and thus the opportunity to improve person-centered care based on the young woman's needs.

**Keywords:** Abortion, Experience, Midwife, Youth, Youth clinic

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	6
BAKGRUND.....	6
Sexuell och reproduktiv hälsa.....	6
Barnmorskeutbildningen och yrkets utveckling.....	7
Ungdomsmottagning.....	8
Ungdomars sexualitet.....	8
Ungdomars upplevelser av oplanerad graviditet och av att fatta beslut om abort.....	10
Abort i Sverige och i andra länder.....	11
Barnmorskans roll vid abort.....	12
Problemformulering.....	12
SYFTE.....	13
METOD.....	13
Design.....	13
Urval.....	13
Datainsamling med genomförande.....	14
Genomförande av analysen.....	14
Etiska överväganden.....	15
RESULTAT.....	16
Att vara en inlyssnande samtalspartner.....	16
Vid graviditetsbeskedet.....	16
Inför abortbeslutet.....	18
Efter aborten.....	20
Individanpassat stöd.....	21
Att ge praktiskt och kunskapsmässigt stöd vid den oplanerade graviditeten.....	21
Att se till det sociala sammanhanget.....	22
Ge stöd för en fortsatt säker sexualitet.....	23
Att stödjas för att stödja.....	25
DISKUSSION.....	26
Sammanfattning av huvudresultat.....	26
Resultatdiskussion.....	27
Etik- och metoddiskussion.....	31
Slutsats.....	33
Klinisk tillämpbarhet.....	33
REFERENSLISTA.....	34
Bilaga 1. Informationsbrev.....	41

Bilaga 2. Intervjuguide .....43

## **INLEDNING**

Barnmorskans yrke har ändrats över tid, från att främst handlägga förlossningar till att nu ha ett bredare arbetsfält inom sexuell och reproduktiv hälsa. På en ungdomsmottagning, där barnmorskan är en nyckelperson, etableras den första kontakten med en oplanerat gravid ung kvinna.

Barnmorskan som arbetar på en ungdomsmottagning träffar många oplanerat gravida både innan och efter aborten och har därmed en betydande roll. Enligt Marions (2015) ska barnmorskan göra en individuell bedömning och utifrån det lyssna, ge stöd och förmedla information utifrån den unga kvinnans mognad. Den här studien syftar till att öka kunskapen om barnmorskans erfarenheter av att möta oplanerat gravida unga kvinnor på ungdomsmottagningar som beslutar sig för att genomgå en abort.

## **BAKGRUND**

Komplikationer under graviditet, barnafödande och osäkra aborter är fortfarande bland de vanligaste orsakerna till dödlighet, sjuklighet och funktionsnedsättningar bland kvinnor i låginkomstländer (Sveriges förening för Obstetrik och Gynekologi [SFOG] och Svensk Barnmorskeförening [SBF], 2016). Ett förbättringsarbete sker ur ett historiskt och internationellt perspektiv genom att stärka kvinnors reproduktiva rättigheter, förbättra hygien, förebygga infektioner och tidigt upptäcka avvikelser som kan leda till komplikationer för mor och barn. Det finns en tydlig koppling mellan hög mödradödlighet, fattigdom och brist på kvinnors rättigheter (Chou, Daelmans, Jolivet, Kinney & Say, 2015). Komplikationer kring en abort och avsaknad av preventivmedel beräknas orsaka cirka 100.000 dödsfall årligen globalt. Enligt World Health Organisation [WHO] avslutas cirka 46 miljoner graviditeter globalt med en inducerad abort, cirka 20 miljoner av dem utförs illegalt med personal som saknar utbildning under osäkra förhållanden med omoderna eller riskfyllda metoder (WHO, 2009). Okända och osäkra aborter som leder till mödradödlighet är ett stort problem globalt sett, WHO uppskattade 2008 att dödlighet på grund av osäkra aborter uppgick till 13% av mödradödligheten (WHO, 2010).

### **Sexuell och reproduktiv hälsa**

WHO definierar sexuell och reproduktiv hälsa som ett tillstånd av psykiskt, mentalt och socialt välmående relaterat till det reproduktiva systemet i alla livets skeden. Det innefattar möjligheten till ett tillfredsställande och säkert sexliv och att ha möjlighet att själv välja om, när och hur ofta man vill reproducera sig. Kvinnor och män ska vara välinformerade och ha möjlighet till självvalda,

säkra, effektiva, prisvärda och accepterade metoder för familjeplanering. Rättighet att söka vård ska finnas och möjligheten att genomgå graviditet och barnafödande utan större risker (WHO, 1998). Enligt World Association for Sexual Health [WAS] (2008) innefattar begreppet sexuell hälsa både reproduktiv hälsa och sexuellt välbefinnande. Sexuell hälsa är sammankopplat med kroppsliga, emotionella, intellektuella och sociala aspekter av sexuellt mående (International Population Development Conference [IPDC], 1994). I Sverige delas sexuell och reproduktiv hälsa upp i två separata begrepp. Reproduktiv hälsa innebär fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande inom det reproduktiva systemet. Sexuell hälsa är ett fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande som är förknippat med sexualitet (Socialstyrelsen & Folkhälsomyndigheten, 2014).

### **Barnmorskeutbildningen och yrkets utveckling**

International Confederation of Midwives [ICM] (2011) definierar barnmorskor som en ansvarsfull och tillgänglig profession som arbetar i partnerskap med kvinnan för att kunna ge det stöd, vård och råd som kvinnan behöver under graviditet, barnafödande och postpartumtiden. En internationell etisk kod (ICM, 1999) har tagits fram som styr barnmorskans yrkesutövande. Koden syftar till att förbättra vården genom utveckling, utbildning och rätt användande av barnmorskans kompetens. Barnmorskans professionella relation, verksamhetsområde, professionella ansvar och utveckling av kunskap och arbetsområde innefattas av denna kod (ICM, 1999). Barnmorskans arbetsområde har identifierats som centralt i strävan efter att minska kvinnors och barns dödlighet och sjuklighet i världen (Renfrew et al., 2014).

I Sverige startade den första barnmorskeutbildningen 1686, men långt innan dess hade barnmorskan varit verksam som hjälpgumma, jordgumma eller jordemor. Den första kvinnliga yrkesföreningen i Sverige var Barnmorskeförbundet som bildades 1886 av Johanna Bovall Hedén. Syftet med förbundet var att samla och stärka barnmorskorna (Wiklund, 2016). Barnmorskeyrket har förändrats genom åren och har gått från att främst ha handlat om att förlösa till ett bredare arbetsfält inom sexuell och reproduktiv hälsa där möten sker med både kvinnor och män i alla åldrar (Wiklund, 2016). Den svenska barnmorskans tre kompetensområden är: sexuell och reproduktiv hälsa, forskning, utveckling och utbildning samt ledning och organisation (Socialstyrelsen, 2006). Barnmorskan ska ha ett etiskt och holistiskt förhållningssätt oavsett var arbetet bedrivs. Arbetet ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och patienten ska vårdas utifrån gällande författningar och riktlinjer (Socialstyrelsen, 2006).

## **Ungdomsmottagning**

Barnmorskans yrkesfunktion på en ungdomsmottagning är bland annat att förebygga oönskade graviditeter, möta unga kvinnor och män i samtal om graviditet och abort, utföra provtagning för graviditet och vid behov hänvisa vidare till läkare. Barnmorskan arbetar även förebyggande genom information till skolor och studiebesök i grupp på mottagning (FSUM, 2015). I Sverige finns 272 ungdomsmottagningar (Ungdomsmottagningar på nätet [UMO], 2016) där ungdomar upp till 25 år har rätt att söka vård. Enligt Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar [FSUM] ska personalen minst bestå av barnmorska, läkare och kurator/psykolog (FSUM, 2015). Barnmorskan är en nyckelperson som tar emot de flesta besöken (Häggström-Nordin, 2016). Här står tonårsutveckling och sexualitet i fokus och målsättningen är att främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomar i deras identitetsutveckling för att kunna hantera sin sexualitet samt förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner (Häggström-Nordin, 2016). Verksamheten på en ungdomsmottagning är frivillig och utgår från ungdomars situation och initiativ. Ungdomarna ska bemötas med respekt för deras vuxenhet som är under utveckling och ska bli stärka i mötet (FSUM, 2015).

Enligt en svensk studie uppskattar ungdomar ungdomsmottagningen eftersom det är en plats enbart avsedd för ungdomar där de kan vara anonyma, även om anonymiteten ifrågasattes, då många ungdomar i samma ålder söker sig dit (Kånåhols, Magnusson & Alehagen, 2011). Ungdomarna beskrev sexualundervisningen i skolan som otillräcklig och att de fick bättre information och råd på ungdomsmottagningen (Kånåhols et al., 2011).

## **Ungdomars sexualitet**

WHO definierar ungdomar som personer mellan 10-19 år (WHO, 1993). Denna period mellan barndomen och vuxenstadiet är en övergångsfas som innefattar en känslomässig separation från föräldrarna, ökat ansvarstagande, en känsla av självständighet och nyfikenhet för framtiden. Det fysiska utvecklas och därefter det intellektuella och ungdomen utformar sin identitet (Häggström-Nordin, 2016). Ungdomstiden är en intensiv utvecklingstid vars färd och frigörelseprocess kan leda till obalans samt känslor av ensamhet och utanförskap. Behovet av bekräftelse och stöd kan därför öka (FSUM, 2015).

Enligt Häggström-Nordin (2016) har ungdomar generellt goda kunskaper om sexualitet. Hur sexualitet kan och bör vara kan påverkas av kompisar, skola, föräldrar samt globala influenser från



media och internet. Ungdomar börjar utforska sin kropp i tidig adolescens (10-13/14 års ålder) och det är vanligt att ha romantiska relationer, att flörta och inleda sexuella relationer under mellanadolescensen (13-17 år). Därefter blir det mer vanligt med stabila ömsesidiga relationer under den sena adolescensen, från 17 år. En ungdom kan ha sexuella erfarenheter utan att ha haft penetrerande sex, då sexualdebut och samlagsdebut inte nödvändigtvis är samma sak. Sexualiteten kan vara en betydande del av ungdomars liv och därav följer vikten av tillgängliga preventivmedel (Häggström-Nordin, 2016). Om man som ung inte vågar fråga och personalen inte har tillräcklig tid kan det resultera i bristande information vid införskaffandet av preventivmedel. Denna brist på kunskap kan då leda till felaktig användning av preventivmedel vilket i förlängningen kan resultera i ofrivillig graviditet och abort (Sundby, Svanemyr & Maehre, 1998).

Sexualitetssyn och sexuella relationer med eller utan inslag av kärlek påverkas av normer, som är föränderliga över tid och kan skifta både inom och mellan olika subkulturer (Christansson, Johansson, Emmelin & Westman, 2003). Hur och när man väljer att initiera en aktiv sexualitet är olika från individ till individ. Debutåldern för samlag har sjunkit i Sverige under de senaste fyra årtiondena, och låg enligt Tikkanen, Abelsson & Forsberg (2011) på 16,5 år för unga kvinnor och 16,8 år för unga män år 2011. I samma studie framkom att 24 procent var under 15 år vid samlagsdebuten (Tikkanen, Abelsson & Forsberg, 2011). I en svensk enkätstudie där 877 ungdomar deltog visade det sig att unga kvinnor är mer sexuellt erfarna och debuterar tidigare sexuellt än unga män (Mattebo, Tydén, Häggström-Nordin, Nilsson & Larsson, 2014).

Barnmorskor har i en intervjustudie beskrivit en uppfattning bland unga att kondom användningen ansågs förstöra känslan i samlaget samt att ungdomar tycktes använda akut p-piller som en snabb lösning på ett sexuellt riskbeteende istället för andra preventivmedel. De menade även att ungdomars alkoholvanor i samband med sexuellt umgänge föranledde oskyddat samlag (Halldén et al., 2011). Unga kvinnor som blivit oplanerat gravida uppger i en studie att de inte tagit ansvar för sitt användande av preventivmedel på grund av glömska, lathet eller att ett samtal om kondom upplevts som pinsamt (Halldén et al., 2005). I en studie ansåg unga män att det var kvinnans ansvar att föreslå kondom användning i samband med samlag, vilket visar att förändrade attityder behövs för att uppnå jämställt ansvar i en sexuell relation (Christiansson et al., 2003). Barnmorskan har därför en viktig roll gällande preventivmedelsrådgivning till ungdomar för att minska risken för oplanerade graviditeter och ungdomsaborter.

## **Ungdomars upplevelser av oplanerad graviditet och av att fatta beslut om abort**

Vid ett positivt graviditetsbesked blir många unga kvinnor förvånade och upplever känslor av chock och överklighet (Halldén et al., 2005). Att genomgå en abort beskrivs av unga kvinnor som en process där hon behöver stöd från familj, vänner och olika professioner inom hälso- och sjukvård (Halldén, Christensson & Olsson, 2009). Det är dock viktigt att respektera att det är den unga kvinnans beslut att genomgå abort och ha förståelse för att ambivalens är vanligt. En del unga kvinnor beskriver att abortbeslutet redan var taget innan graviditeten eftersom graviditeten inte var planerad (Halldén et al., 2005).

Unga kvinnors beslut om att genomföra abort har många orsaker och faktorer så som ung ålder, relation till partner, stöd från familjen, ekonomi samt framtidsplaner (Larsson et al., 2002; Halldén et al., 2005; Halldén et al., 2009; Loke & Lam, 2014). I en svensk studie beskrev ungdomar att abortbeslutet var associerat med blandade känslor och var ett svårt men naturligt beslut. Det som till störst del påverkade beslutet var sociala normer och negativa attityder från familj och vänner (Ekstrand, Tydén, Darj & Larsson, 2009). Partner och föräldrar sågs som det viktigaste stödet i beslutet. Att vara ensam om det definitiva beslutet om ett avbrytande upplevde de flesta som svårt (Ekstrand et al., 2009). I en studie från England har ungdomar uppgett att de funderade mycket över hur beslutet skulle påverka familj och partner. De upplevde att det fanns en negativ syn på att vara ung och gravid eftersom det uppfattades som att man inte tog sitt ansvar och därför valdes oftast ett avbrytande av graviditeten (Bell, Glover & Alexander, 2013).

I en svensk studie fann man att unga abortsökande kvinnor uttryckte rädsla och oro inför den planerade aborten länkat till okunskap och rykten (Halldén et al., 2005). I samma studie uppgav de unga kvinnorna att de föredrog kirurgisk abort i de fall där det fanns en valmöjlighet för att slippa se blödningen och fostret (Halldén et al., 2005). Ungdomarna hoppades på att bli stärkta och uppnå mer mognad av den påfrestande upplevelsen som aborten medförde (Halldén et al., 2009). Att mötas med respekt och vänlighet av professionella barnmorskor hade stor betydelse och gav en känsla av bekräftelse i abortbeslutet (Halldén et al., 2009). Hälso- och sjukvårdspersonal behöver stötta och hjälpa den unga gravida kvinnan, partner och familjemedlemmar så att den unga kvinnan lättare kan utföra ett informerat beslut kring en eventuell abort (Loke & Lam, 2014).

## **Abort i Sverige och i andra länder**

För kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa är tillgången till medicinsk säker legal abort en viktig del (SFOG & SBF, 2016). Enligt Socialstyrelsen (2016a) utfördes 3 653 aborter i åldrarna 15-19 år och 9 866 aborter i åldrarna 20-24 år i Sverige under 2015 och det var vanligast med abort i åldersgruppen 20-29 år. Antalet tonårsaborter har minskat under de senaste tio åren och preventivmedlens utveckling och subventionering antas vara orsaken till minskningen. Sedgh, Finer, Bankole, Eilers & Singh (2015) har i en global studie jämfört 21 länder där Sverige dock ligger högst gällande antalet tonårsaborter tillsammans med Storbritannien.

Sveriges abortlag (SFS 1974:595) togs i bruk 1975 och enligt den har kvinnan rätt att själv bestämma om hon vill avbryta sin graviditet fram till 18:e graviditetsveckan och hon behöver inte uppge något skäl för sitt beslut. Avbrytandet av graviditeten ska utföras eller initieras av behörig läkare och ska ske på sjukhus eller inrättning som är godkänd av Socialstyrelsen. Enligt lag ska kvinnan erbjudas stödsamtal och preventivmedelsrådgivning både innan och efter aborten. Enligt författningen om abort ska kvinnan följas upp med en efterkontroll för att fastställa att graviditeten är avslutad (SOSFS 2009:15).

En abort kan utföras medicinskt eller kirurgiskt, den vanligaste metoden är medicinsk abort och kan utföras från tidig graviditet fram till graviditetsvecka nio. Kirurgisk abort kan utföras från graviditetsvecka sex till 12, därefter rekommenderas i första hand medicinsk abort. Abort efter graviditetsvecka 18 kräver särskilt tillstånd från Socialstyrelsen (Gemzell Danielsson, 2016). Vid medicinsk abort inleds läkemedelsbehandlingen på sjukvårdsinrättning och fullföljs i hemmet om kvinnan önskar och det bedöms lämpligt. Vid kirurgisk abort avbryts graviditeten genom instrumentell utrymning av livmodern (SOSFS 2009:15). Cirka 90% av alla aborter utförs före tolfte graviditetsveckan och 90 % utförs med medicinsk metod. Antalet tidiga aborter har ökat sedan 1990-talet vilket troligtvis beror på införandet av nya metoder för medicinsk abort och förbättrad ultraljudsteknik (Socialstyrelsen, 2016).

Ytterst sett är det respektive landsting som i egenskap av vårdgivare som är ansvariga för att det finns rutiner för hur en bedömning ska utföras. Rutiner ska också finnas gällande om information ska delges vårdnadshavarna samt om anmälan till socialnämnden eller motsvarande bör göras när kvinnan som begär en abort är under 18 år (SOSFS 2009:15).

## **Barnmorskans roll vid abort**

Barnmorskan ska ha kunskaper om abort och de komplikationer som kan uppstå i samband med utförandet samt kunna ge information till abortsökande kvinnor. Barnmorskan ska också kunna vårda patienter som genomgår abort och identifiera individer med särskilda behov av vård och stöd (Socialstyrelsen, 2006). Barnmorskan ska respektera och stödja kvinnans val baserat på att hon är informerad och accepterar sitt ansvar för resultatet. Att stödja kvinnans rätt till aktivt deltagande i beslut om sin vård är en viktig del i barnmorskans arbete och att uppmuntra kvinnan att föra sin egen talan gällande sin hälsa (ICM, 1999). För närvarande pågår en utveckling mot barnmorskeledda abortmottagningar i Sverige vilket har visat sig vara ett bra alternativ vid handläggning av tidiga medicinska aborter. Studier har visat positiva effekter av barnmorskeledd abortvård genom effektivitet, säkerhet (Kopp Kallner, Gomperts, Salomonsson, Johansson, Marions & Gemzell-Danielsson, 2014) och kostnadseffektivitet (Sjöström, Kopp Kallner, Simeonova, Madestam & Gemzell-Danielsson, 2016).

Om den unga kvinnan väljer att utföra en abort bör en bedömning av hennes mognad och sociala stöd utföras. I de fall det är lämpligt bör vårdpersonal uppmana den unga kvinnan att informera sin vårdnadshavare alternativt anförtro sig till en annan vuxen. Den unga kvinnans enskilda behov styr och individuella bedömningar ska utföras (Marions, 2015). Det är viktigt att barnmorskan försäkras sig om att abortsökande kvinnor under arton år har någon vuxen att samtala med som hon har förtroende för (Dahlgren, Laos, Lindström & Wulff, 2011). I en svensk studie ansåg barnmorskor att det var utmanande att möta ungdomar som sökte för abort och lyckas bygga upp en bra relation. Barnmorskorna beskrev svårigheter med att övertyga ungdomar att använda hormonella preventivmedel och upplevelsen att abort kunde vara en lättillgänglig metod att använda sig av. Barnmorskorna kände sig ledsna, provocerade, maktlösa och misslyckade när de inte lyckades nå fram till unga kvinnor (Halldén et al., 2011). Studier visar även att det är vanligt att ungdomar söker upprepade gånger för oplanerade graviditeter. Barnmorskan är därför en nyckelperson både i det förebyggande och i det uppföljande arbetet kring abort för att ge stöd och kunskap (Larsson et al., 2002; McDaid, Collier & Platt, 2015).

## **Problemformulering**

Trots en fallande tendens av antalet tonårsaborter i Sverige är antalet i internationell jämförelse fortfarande högt. Tidigare studier har trots detta inte lagt så stort fokus på mötet med unga kvinnor som söker för oplanerade graviditeter. Barnmorskan på ungdomsmottagning är en nyckelperson och

möter därmed många oplanerat gravida unga kvinnor både innan och efter aborten. För att kunna förbättra mötet och vården kring den enskilda unga oplanerat gravida kvinnan finns behov av mer kunskap om hur barnmorskan arbetar idag och vilka utmaningar hon ställs inför. För detta är barnmorskors egna perspektiv och erfarenheter centralt.

## **SYFTE**

Syftet med uppsatsen är att beskriva barnmorskans erfarenheter av att möta oplanerat gravida unga kvinnor på ungdomsmottagningar som beslutar sig för att genomgå en abort.

## **METOD**

### **Design**

För att besvara syftet på studien användes en kvalitativ design med individuella intervjuer och kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Kvalitativ metod används för att beskriva personers erfarenheter, tankar, förväntningar, motiv och attityder (Polit & Beck, 2012). Semistrukturerade individuella intervjuer användes som datainsamlingsmetod utifrån valda frågeställningar eftersom det ger en subjektiv bild av hur människan uppfattar och tolkar omgivningen (Backman, 2016). Kvalitativ innehållsanalys är användbar när stora mängder data ska analyseras, fokus ligger på tolkning och granskning av texter vilket är lämpligt vid bland annat omvårdnadsforskning. Ansatsen var induktiv, vilket innebar ett öppet förhållningssätt till den data som samlades in, utan ett förutbestämt teoretiskt raster (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

### **Urval**

Inklusionskriterierna var att deltagarna i studien skulle vara legitimerade barnmorskor yrkesverksamma på ungdomsmottagningar i Värmland. Inga exklusionskriterier valdes. Ett bekvämlighetsurval gjordes gällande geografisk tillgänglighet. Utifrån Landstinget i Värmlands personalkatalog kontaktades verksamhetscheferna för samtliga ungdomsmottagningar i Värmland, som uppgick till 15 stycken. Efter godkännande av verksamhetscheferna skickades ett informationsbrev ut till barnmorskor som uppfyllde inklusionskriterierna på respektive mottagning (Bilaga 1). Kontakt togs sedan av författarna eller barnmorskorna för att planera in ett datum för intervju. Intervjuer har utförts med 10 barnmorskor på deras arbetsplatser. Barnmorskornas yrkeserfarenhet varierade mellan 2 och 27 år.

## **Datainsamling med genomförande**

Datainsamling har utförts med semistrukturerade individuella intervjuer. Enligt Polit & Beck (2012) är denna form av intervjuer användbara när författaren vill att personen som intervjuas ska prata fritt om ett ämne och berätta sin historia med egna ord. Intervjuformen säkerställer att den som intervjuar fångar upp den eftersökta informationen och öppnar upp för illustrationer och förklaringar. Intervjuerna spelades in för att inte riskera att information skulle missas. Båda författarna närvarade vid samtliga intervjuer som skedde i ett lugnt och avskilt rum på barnmorskornas arbetsplats. En intervjuguide med öppna frågor (Polit & Beck, 2012) användes vid intervjuerna (Bilaga 2). En pilotintervju genomfördes för att säkerställa kvaliteten på intervjuguiden, därefter genomfördes smärre förtydliganden av frågor som barnmorskan hade svårt att uppfatta. Detta var inget som nämnvärt påverkade kvaliteten på pilotintervjun och därför inkluderades den i studien. Intervjuerna varade mellan 25-70 minuter och transkribering genomfördes i nära anslutning till intervjuerna.

## **Genomförande av analysen**

Analys av insamlat material har skett genom kvalitativ innehållsanalys (Krippendorff, 2004; Granheim & Lundman, 2004). I enlighet med analysprocessen har författarna läst igenom intervjuerna enskilt upprepade gånger för att få en helhetsbild av materialet. Därefter identifierades *meningsenheter* vilket är ord, meningar och stycken av text som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang. Vidare *kondenserades* meningsenheterna vilket betyder att texten förkortades för att lättare kunna hanteras. Det centrala innehållet bevarades och inget väsentligt togs bort. Därefter benämndes meningsenheterna med en *kod* som kortfattat beskrev innehållet. Koderna jämfördes avseende likheter och skillnader och sorterades i subkategorier som i sin tur bildade *kategorier*. Till sist formulerades ett övergripande *tema* som band samman innehållet i kategorierna (Graneheim & Lundman, 2004; Krippendorff, 2004). Ett tema definieras som en återkommande mening i kategorierna som en röd tråd (Polit & Beck, 2012). Ett exempel på innehållsanalysen redovisas i Tabell 1.

Tabell 1. Exempel på innehållsanalys

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori	Tema
Det var jättesvårt och de visste så lite om vad de tänkte så de kommer komma tillbaka till mig den här veckan.. så har de kanske hunnit tänka lite mer också kring hur de vill göra.. då hinner de landa.	Barnmorskan ger tid att landa och tänka mer innan beslut fattas.	Barnmorskan ger tid till att fatta beslut	Abortbeslutet	Att vara en inlyssnande samtalspartner	Att stödja och stärka den unga kvinnan i hennes unika situation
Vi frågar i alla möten om den sociala biten.. hur det ser ut med skola, vänner och familj.. Ställer frågor för att se att det finns någon som är deras stöd.	Barnmorskan frågar i alla möten om deras sociala situation och fångar in om de har stöd.	Barnmorskan fångar in socialt stöd	Att se till det sociala sammanhanget	Individanpassat stöd	

## Etiska överväganden

Författarna har tillsammans med handledare genomfört etisk egengranskning fastställd av Forskningsetiska nämnden, Högskolan Dalarna, och kom enligt denna fram till att ingen etisk prövning behövde utföras enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460).

Författarna har arbetat enligt forskningsetiska principer genom forskningsprocessen. Enligt *informationskravet* skickades ett brev ut till deltagarna inför intervjun med information om syfte och villkor för deltagande. I samband med intervjun undertecknade deltagarna ett godkännande till medverkan i studien enligt *samtyckeskravet*. Informanterna har själva fått bestämma om de önskat avbryta deltagande i studien när som helst under studiens gång utan konsekvenser. När transkribering hade utförts raderades inspelningen och de nedskrivna intervjuerna förvarades på ett sätt så att ingen annan än författarna hade tillgång till dem. Materialet till resultatet går inte att

härleda till någon specifik individ eller ungdomsmottagning enligt *konfidentialitetskravet*. Insamlat material har endast använts för studiens syfte och uppgifter om enskilda personer stannar hos författarna enligt *nyttjandekravet* (Vetenskapsrådet, 2002).

## RESULTAT

Analys resulterade i ett övergripande tema, tre kategorier och nio subkategorier som beskriver barnmorskornas erfarenheter av att möta oplanerat gravida unga kvinnor på ungdomsmottagning som beslutat sig för att genomgå en abort, dessa presenteras i Tabell 2.

Tabell 2. Översikt av resultat

Att stödja och stärka den unga kvinnan i hennes unika situation						
Att vara en inlyssnande samtalspartner			Individanpassat stöd			
Vid graviditetsbeskedet	Inför abortbeslutet	Efter aborten	Att ge praktiskt och kunskapsmässigt stöd vid den oplanerade graviditeten	Att se till det sociala sammanhanget	Ge stöd för en fortsatt säker sexualitet	Att stödjas för att stödja

### Att vara en inlyssnande samtalspartner

Ett framträdande fynd var att barnmorskan var en inlyssnande samtalspartner som fångade in tankar och känslor, bedömde var den unga kvinnan befann sig och bemötte henne utifrån det.

Barnmorskorna beskrev hur de med hjälp av tidigare erfarenheter hade lättare att känna sig trygga och bekväma i mötet. Viktigt för dessa möten var att barnmorskan skulle vara tillåtande, utforskande, icke skuldbeläggande eller dömande. De framhöll att genom att de tog sig tid, förmedlade trygghet och visade att man som barnmorska inte var stressad så blev också kvinnan bekväm i mötet.

### Vid graviditetsbeskedet

Barnmorskornas erfarenhet var att ungdomar ofta upplevde det nervöst att gå och göra ett graviditetstest. De beskrev hur den unga kvinnan kunde tycka att det var pinsamt och hur det kunde vara svårt att få dem att prata och förstå vad de ville. En strategi var att som barnmorska då exemplifiera och ställa frågor. Flera barnmorskor beskrev hur de brukade förbereda sig själva på



reaktionen genom att redan innan tillfråga den unga kvinnan om hon tänkt kring de olika alternativen som fanns, beroende på resultatet. Barnmorskorna upplevde att unga kvinnor ofta var medvetna om att de nog var gravida, hade tänkt innan och visste vad de ville.

*”Man försöker vara tillåtande och vill att de ska sätta ord på sina känslor så att det blir bra, så att man inte är dömande utan att man verkligen är stöttande”* [Informant 6]

Barnmorskorna reflekterade över att känslorna kunde variera mycket från person till person vid ett positivt graviditetstest beroende på ålder och livssituation. De beskrev oro över framtiden, över andras reaktioner och också förnekelse, med konsekvensen att en ung människa kunde undvika att berätta för någon om sin graviditet.

De beskrev hur en del kunde vara ledsna, rädda och uppstressade medan andra mer målinriktade. Barnmorskorna hade också erfarenhet av att möta unga kvinnor med blasékänsla som givit uttryck för att inte bry sig. De berättade även om möten med unga kvinnor som upplevt känslor av skuld och skam över att de inte använt preventivmedel med självanklagelser över graviditeten. Några barnmorskor reflekterade över att det var synd att en ung kvinna själv tog på sig skulden för en graviditet eftersom det krävs två för att kunna bli gravid. Därför var det viktigt att betona att de inte var ensamma om graviditeten.

*”Det är ju ingen som blir glad när det har blivit oplanerat gravida om de inte tänker att de ska gå vidare med det”* [Informant 2]

Barnmorskorna blev ofta ett stort stöd för den unga kvinnan eftersom de ofta var den första kontakten. Barnmorskorna upplevde att behovet av emotionellt stöd var olika mellan individer men att många visste vad de ville och då valde att inte prata om det med personer i omgivningen. Då kunde behovet av att prata istället komma upp senare.

*”Behovet av att ventilera med någon annan, bolla tankar och så. Det är ju aldrig någon som gör det här med lätt hjärta”* [Informant 4]

Barnmorskorna informerade den unga kvinnan om möjlighet till samtalsstöd, men poängterade att det var hennes val. I de fall barnmorskan bedömde det sociala stödet som litet eller vid stark reaktion i samband graviditetsbeskedet erbjöd barnmorskan alltid kuratorskontakt.

Efter att barnmorskan inlett besöket med att lyssna, ställa frågor för att ringa in problemet och försökt få kvinnan att beskriva sina känslor, blev ofta nästa steg att sätta sig ner och prata om hur hon tänkt sig och om graviditeten var planerad. Överlag upplevde barnmorskorna ungdomar som ärliga och öppna och att det gick att få deras tilltro och tillit vilket gjorde att stöd lättare kunde ges. De menade att det var vanligare att få kontakt med en ung kvinna än att inte få det och att de oftast var trygga i mötet. De betonade vikten av att bemöta varje ung kvinna utifrån hennes reaktion. För att ge tid att känna efter och prata med en eventuell partner, speciellt i de fall som det positiva graviditetsbeskedet kommit som en chock, var en strategi att erbjuda kvinnan en ny tid inom en snar framtid.

### ***Inför abortbeslutet***

Barnmorskorna beskrev hur de alltid hade den unga kvinnan i fokus och fanns till för henne i första hand för att stötta beslutet oavsett vad hon bestämde sig för att göra. Det var viktigt att barnmorskan ställde sig på hennes sida då det kunde finnas yttre påtryckningar av pojkvän och föräldrar. Ibland kunde en tvekan inför beslutet uppstå på grund av att den unga kvinnan och hennes partner och/eller föräldrar hade olika åsikter, men barnmorskorna betonade att kvinnan skulle känna att beslutet var hennes. En barnmorska beskrev hur hon upplevde en ung kvinnas abortbeslut.

*”Det är jättetufft och kan vara svårt, vad man ska säga. De vet vad de vill eller vad de bör utifrån sig själva, att ge någon slags tröst då. För beslutet är deras och sorgen är deras”.* [Informant 8]

En barnmorska beskrev hur hon såg sig som den unga kvinnans advokat och hur hon tydliggjorde för kvinnan att det var hennes beslut och att pojkvän eller föräldrar inte kunde påverka beslutet. Fanns behov hos föräldrar eller partner kunde de också i samtal bli bekräftade i att de var ett viktigt stöd för den unga kvinnan under abortprocessen. Om den unga kvinnan önskade fullfölja graviditeten fick barnmorskorna i vissa fall stärka henne i det beslutet i de fall föräldrar eller parter tyckte något annat.

En barnmorska exemplifierade hur olika situationen kan se ut för den unga kvinnan och partnern, och hur en abort antingen kan stärka eller separera en relation.

*”Det var lite ledsamt att se, de kommer tillsammans också har de två helt olika vägar att gå. Sen vill han göra slut även om hon gjorde som han ville”* [Informant 2]

För att inte påverka den unga kvinnan i beslutet var barnmorskan försiktig och lyssnade in för att få henne att själv komma fram till vad hon ville. Barnmorskorna använde sig av öppna frågor för att hjälpa den unga kvinnan att tänka kring situationen, och visade att hon ville hennes bästa genom att visa respekt för hennes beslut. En barnmorska reflekterade över att ungdomar under 20 år sällan tvekade inför abortbeslutet medan unga kvinnor över 20 år oftare tvekade och upplevde skam. Eftersom abortbeslutet kunde vara det största ansvaret den unga kvinnan någonsin tagit uppmanade barnmorskorna till att få med sig någon i beslutet för att tillgodose det emotionella stödet så att hon inte skulle vara själv, även om beslutet ytterst sett var hennes.

*”Min roll är verkligen att släta till vägen för henne, och att inte skuldbelägga. Det kan de ibland ha för mycket av själva, har du gjort det här beslutet så var det ett bra beslut här och nu”* [Informant 4]

Barnmorskornas erfarenhet var att abortbeslutet inte var lätt att fatta för den unga kvinnan även om det trots allt var det bästa där och då. I de fall där beslutet var svårt att fatta gav barnmorskan den unga kvinnan tid men tydliggjorde tidsgränserna för tidig och sen abort. Barnmorskorna uppmuntrade till ett besök på abortmottagningen för att få hjälp i beslutsprocessen.

*”Man kan gå till mottagningen, man kan få information, göra sin undersökning och tidsbestämning, man kan ha sitt samtal och sen fundera... En tid på abortmottagningen betyder inte att du gör en abort utan att du fått en hjälp i ditt val”* [Informant 8]

En strategi som barnmorskorna använde sig av vid ambivalens var att kvinnan fick väga för- och nackdelar med abort eller att föda barnet, det var ett bra redskap då man kunde diskutera runt svaren. Vid ambivalens erbjöd barnmorskan extra stöd av kurator.

*”Hjärtat och hjärnan kanske vill olika, då tycker jag det är viktigt att de får prata igenom med kurator.”* [Informant 2]

Barnmorskorna betonade vikten av att en ung kvinna inte skulle pressas till sitt val trots ung ålder och att en abort inte skulle tas för givet. En barnmorska uttryckte att bara för att man är ung eller från en viss familj så betyder det inte automatiskt att man vill göra en abort. Försiktighet med att hänvisa till abortmottagningen direkt betonades därför, tillsammans med vikten av att lyssna in den unga kvinnans tankar om vad hon själv ville och hade tänkt. Barnmorskorna reflekterade över att

unga kvinnor verkade vara mer medvetna om att abort finns och går att göra, men mindre medvetna om att man faktiskt kan behålla sitt barn och bli mamma.

*”Jag upplever att de är ganska medvetna om att abort finns.. Däremot så är de mindre medvetna om att man faktiskt kan behålla sitt barn och bli mammor.. Men jag kan möjliggöra det.”*

[Informant 5]

### ***Efter aborten***

Mötet och samtalet efter aborten syftade i hög utsträckning till att följa upp den unga kvinnans situation och om hon hade kunnat prata med någon om aborten. Barnmorskorna beskrev att det var viktigt att känna in och lyssna hur den unga kvinnan kände sig efter aborten för att kunna möta henne på bästa sätt. Barnmorskorna eftersträvade kontinuitet i möjligaste mån, då de upplevde att det var lättare att prata med den unga kvinnan när de hade en relation sedan tidigare. En barnmorska beskrev hur hon använde sig av journalen för att utläsa hur situationen sett ut innan aborten för att kunna ta vid där samtalet slutade och bemötta kvinnan på samma sätt som vid förra mötet.

Barnmorskorna upplevde att den unga kvinnan kunde känna sig mer trygg och avslappnad om hon träffade samma barnmorska som innan och fick möjlighet att prata om det som hänt och hur det kändes.

*”Man har ju en relation naturligtvis eftersom man har träffats förut.. Jag tycker oftast det blir bra möten..”* [Informant 1]

En barnmorska beskrev att en del unga kvinnor kände stor sorg över aborten då de av ekonomiska och praktiska skäl insett att de inte kunde behålla barnet, barnmorskan använde då som strategi att påminna henne om hur situationen såg ut då och varför hon tog det beslutet.

*”Hela tiden får man gå tillbaka hur det såg ut då, vad det var som gjorde att jag tog det beslutet just då, jag kände att jag var tvungen att man kommer ihåg det.”* [Informant 8]

Det var viktigt att inte skuldbelägga den unga kvinnan i de fall hon inte mårde dåligt över att genomföra en abort menade barnmorskorna.

## **Individanpassat stöd**

Att identifiera behov av olika former av stöd och att anpassa detta stöd till den enskilda individen var ett centralt fynd. För att kunna ge stöd på ett individanpassat sätt behövde barnmorskorna också själva ha tillgång till stöd.

### *Att ge praktiskt och kunskapsmässigt stöd vid den oplanerade graviditeten*

Barnmorskorna beskrev att deras roll vid ett positivt graviditetstest var, förutom att vara en samtalspartner, att förmedla stöd av kunskapsmässig och praktisk natur till de unga kvinnorna. Då barnmorskorna i samtalet lyssnade in och ställde öppna frågor fick de också en uppfattning av vilka former av stöd som behövde tillgodoses via dem själva och ungdomsmottagningen.

Det kunskapsmässiga stödet omfattade tidsbestämning, alternativ att behålla graviditeten eller avbryta den, abortmetoder och tillvägagångssätt. Genom denna kunskap kunde kvinnan förberedas på vad som skulle ske.

*”Jag brukar nog informera lite om hur det går till och vad man gör på abortmottagningen, vad som kommer hända, informerar om att de kommer träffa en läkare, jag informerar lite om vilka abortmetoder som finns..” [Informant 3]*

Barnmorskorna upplevde att unga kvinnors kunskap kunde skilja sig beroende på vad de fått med sig från skolan och hemmet och anpassade informationen utifrån det. Barnmorskorna upplevde att det var deras ansvar att guida och vägleda kvinnan i abortprocessen, att aborten utfördes säkert samt att uppföljning utfördes efter aborten.

Barnmorskorna hade erfarenhet av att majoriteten av de unga kvinnorna sökte oplanerat, därav var praktiskt stöd i form av lättillgänglighet till barnmorskorna på ungdomsmottagningen betydande. Barnmorskorna beskrev hur de kunde förenklade abortprocessen för den unga kvinnan genom att ge henne praktiskt stöd i att planera kring besöket på abortmottagningen.

*”När det gäller att kunna ta sig iväg till abortmottagningen på sjukhuset, de kanske går i skolan... Att man stämmer av att har du någon som hjälper dig dit? Som följer med dig? Funkar det här om du kan gå iväg fast att du går i skolan... Man blir lite mer som en förälder kanske” [Informant 3]*

Barnmorskorna berättade att de frågade den unga kvinnan om hon kunde boka tid själv eller om hon önskade hjälp. Samtidigt framhöll en barnmorska att de unga kvinnorna av praktiska skäl inte hade möjlighet att boka tid eftersom telefontiden inföll under skoltid. I de fall barnmorskorna bedömde att den unga kvinnan inte hade så mycket egna praktiska kunskaper eller då hon reagerat starkt i samband med graviditetsbeskedet kunde barnmorskan hjälpa henne att boka tid till abortmottagningen.

*”Risken är ju annars att de får det här numret också hamnar det i fickan eller väskan också ringer de inte”* [Informant 2]

### ***Att se till det sociala sammanhanget***

Barnmorskorna betonade att det sociala stödet var centralt vid en abort och kunde skilja sig åt mellan individer. De frågade därför i alla möten med en ung oplanerat gravid kvinna om hon hade berättat för någon om graviditeten, vilket stöd hon hade och om hon hade någon att prata med för att inte behöva bära aborten själv. De frågade också hur den unga kvinnans sociala nätverk såg ut. Barnmorskorna hade erfarenhet att många av graviditeterna skedde utan relation och då blev vännerna mer betydelsefulla.

*”Då sitter man ju och fiskar litegrann och försöker och ta reda på hur ser det ut runtomkring, finns det någon du kan prata med och där hemma?”*[Informant 1]

I de fall den unga kvinnan inte hade berättat för någon avdramatiserade barnmorskan situationen och motiverade henne att berätta för att kunna få stöd av någon vuxen som hon hade förtroende för, framförallt om kvinnan var ung. Relationen till föräldrarna hade betydelse för om hon berättade om graviditeten. En erfarenhet var att många av de unga kvinnorna inte trodde att föräldrarna skulle ha förståelse för situationen. Barnmorskorna menade att de unga kvinnornas föreställningar om socialt stöd och reaktioner i det sociala nätverket inte alltid stämde överens med verkligheten.

*”Och erbjuda också: ”Vill du att jag går med dig hem och berättar det här?” ”Nej, nej” säger dom. ”Det gör jag själv”. Det är ändå att visa att jag är beredd att stötta dig i det här.”* [Informant 5]

### ***Ge stöd för en fortsatt säker sexualitet***

En viktig stödfunktion var att genom information om preventivmedel motivera till en säker framtida sexualitet.

Ett framträdande fynd var barnmorskornas uppgivenhet över unga kvinnor som sökte upprepade gånger för abort och att de upplevde det utmanande att motivera till preventivmedelsanvändning efter aborten. Barnmorskorna hade erfårit att en del unga kvinnor var väldigt obekymrade. De upplevde att en del använde abort som ett preventivmedel och tyckte att det var synd att de unga kvinnorna utsatte sig för abort upprepade gånger.

*”Få dem att förstå att de utsätter sig för en massa saker när de blir gravida upprepat. Att det inte alltid är bra att göra medicinska eller kirurgiska aborter. Att det kan få konsekvenser.”* [Informant 7]

När de inte nådde fram till den unga kvinnan upplevde de frustration och misslyckande och ifrågasatte sin förmåga att informera och motivera.

*”När man gång efter gång kommer och ser att nu är det femte aborten. Kan vi inte få dig att förstå bättre? Jag känner att det är en kritik mot oss, kan vi inte lyckas bättre än så här? Hur ska vi göra för att nå dig?”* [Informant 2]

Trots frustrationen var barnmorskorna på det klara med att de var tvungna att agera professionellt och genom att förmedla rätt information kunde de ge den unga kvinnan ökad förståelse. De poängterade att det var viktigt att den unga kvinnan skulle bemötas utifrån sina känslor, inte känna sig kränkt, straffad eller fördömd. För att inte kvinnan skulle hamna i samma situation igen gav barnmorskorna mer konkret information och blev extra angelägna att hitta ett fungerande preventivmedel.

*”Vi provar varenda p-piller här tills du hittar någonting som funkar liksom, eller varenda metod. Var generös liksom.”* [Informant 2]

Barnmorskans såg den individuella kvinnan och försökte ta reda på varför hon inte använde preventivmedel. Okunskap om fertilitet och ofullständig eller felaktig användning av

preventivmedel som berodde på omognad eller felaktig information såg barnmorskorna som bakomliggande anledningar. Det kunde också vara ett sätt att få bekräftelse på sin fertilitet. En del hade svårt att hitta preventivmedel som fungerade och andra var rädda för hormoner vilket barnmorskorna menade kunde vara influerat av föräldrar och media.

*”Orsaker tror jag är mycket omognad och okunskap och att de blivit skrämnda av pressen eller att föräldrarna inte tycker att de ska äta preventivmedel och använda hormoner.”* [Informant 4]

*En del tror jag måste prova ”Kan jag bli gravid? Ja, det gick igen. Tur!” En del har riskbeteende så att man inte skyddar sig. En del kanske vill bli gravid långt inne fast det inte funkar för att partnern säger att det inte funkar och så går man med på en abort. Jag tror att det är många olika anledningar, och en del hittar inte något preventivmedel som är bra, så hoppas de att det går en gång till ”Oj, det gjorde det inte. Jag blev gravid igen.”* [Informant 6]

Barnmorskorna ansåg att det var viktigt att ha gott om tid på sig i preventivmedelsrådgivningen för att kunna informera ordentligt om användningen och funktionen av olika preventivmedel, kunna exemplifiera och ta ordentlig anamnes. Även om den unga kvinnan inte bestämde sig för något preventivmedel vid mötet fick de tid att tänka utifrån informationen och ibland kunde det leda till att de bestämde sig för något senare. I de fall de unga kvinnorna avböjde preventivmedel efter en abort frågade barnmorskan hur hon tänkte kring riskerna att hamna i samma situation igen. Vissa valde då att riskera ytterligare en oönskad graviditet istället för att använda preventivmedel.

Barnmorskorna såg ett behov av direkt insättande av preventivmedel för att inte riskera ny graviditet innan uppföljningen efter aborten och ansåg att abortmottagningen hade en betydande roll i att minska antalet upprepade aborter.

*”En del tänker att man tar det på uppföljningen men då har det ändå hunnit gå sex veckor.. Det kan hinna hända grejer på de sex veckorna... De skulle vara ännu hårdare med det... Sätta in mer spiraler och p-stavar när de ändå är på abortmottagningen... Jag tror att det skulle förebygga jättemycket.”* [Informant 1]

Barnmorskorna berättade att alla som genomgår en abort får preventivmedelsrådgivning av en läkare på abortmottagningen, vilket de trodde kunde förbättras om barnmorskorna istället fick den uppgiften. En barnmorska berättade att hon gav preventivmedelsrådgivning på



ungdomsmottagningen redan i samband med abortbeslutet för att den unga kvinnan skulle komma igång med preventivmedel så snart som möjligt efter aborten.

På uppföljningen frågade barnmorskan hur det fungerade med preventivmedlet som den unga kvinnan eventuellt hade valt. I de fall hon ännu inte hade börjat med något preventivmedel fick barnmorskan henne att tänka på konsekvenserna kring oskyddat sex och försökte få den unga kvinnan att tänka utifrån sig själv för att hitta ett preventivmedel som kunde fungera.

Barnmorskorna upplevde att sättet de presenterade preventivmedel på hade betydelse för användandet.

### ***Att stödjas för att stödja***

För att kunna ge individanpassat stöd, även i situationer som var svåra att hantera, betonades vikten av adekvat stöd för barnmorskan själv. Barnmorskorna beskrev olika situationer som påverkade dem känslomässigt, ett bra stöd att tillgå var då av betydelse. Barnmorskorna framhävde det kollegiala stödet med möjligheten att kunna prata, diskutera och bolla med en kollega som hade god förståelse.

*”Man pratar ju mycket med kollegorna, man bollar med varandra. Så kollegorna är ju ett enormt stöd.”* [Informant 7]

En del arbetsplatser erbjöd psykologkonsultation eller handledning en gång i månaden för att ha möjlighet att prata och få stöd i svåra situationer som berört barnmorskan.

Barnmorskorna önskade stöd i form av ökad kunskap genom fortbildning och att få hospitera inom abortvård för att bättre kunna möta unga kvinnor innan och efter aborten. De barnmorskor som ansåg sig ha god kunskap inom abortvård hade tillägnat sig det genom tidigare erfarenhet och de barnmorskor som inte hade erfarenhet av abortvård kunde känna att de saknade kunskap. En önskan om mer kunskap inom samtalsmetodik var framträdande och ett gemensamt arbetssätt efterfrågades. Barnmorskorna önskade ett ökat samarbete och en öppen dialog mellan ungdomsmottagningarna och kvinnokliniken för att få bättre förståelse för varandras arbete och tillgodogöra sig mer kunskap.

*”Alltså jag har inte fått någon mer kunskap sedan jag läste.. Och den mesta kunskapen fick jag från där jag jobbar nu och erfarenhet man får efter ett tag.. Det hade varit bra att kanske ta en halvdag på gynnottagningen och på abortmottagningen ibland” [Informant 2 ]*

Barnmorskorna menade att stöd i tydliga riktlinjer var en förutsättning för att kunna bedriva god abortvård och för att kunna förmedla rätt kunskap till de unga kvinnorna. De flesta av barnmorskorna ansåg att det fanns tydliga riktlinjer om hur aborterna gick till och vad som gällde när den unga kvinnan är under 15 år. De ansåg dock att det fanns oklara riktlinjer kring abort gällande ungdomar över 15 år, exempelvis vad gällde skyldigheter mot föräldrar och ungdomar. Barnmorskorna upplevde att det inte fanns bra stöd i riktlinjer gällande emotionellt stöd till den unga kvinnan vilket gjorde att de fick gå mycket på magkänsla. Åsikterna gick isär kring behovet av sådana riktlinjer, då det även kunde finnas en risk i att påverka den unga kvinnan i samtalet så att hon inte fick beskriva sin situation med egna ord.

*”Jag tycker det är väldigt luddigt skrivet överhuvudtaget... Vad vi har för skyldigheter mot föräldrar och ungdomen och hur vi förhåller oss med patientsekretess och sådär..” [Informant 2]*

## **DISKUSSION**

### **Sammanfattning av huvudresultat**

Syftet var att beskriva barnmorskans erfarenheter av att möta oplanerat gravida unga kvinnor på ungdomsmottagning som beslutat sig för att genomgå en abort. Studiens resultat gav information om hur man kunde förbättra mötet med dessa unga kvinnor genom att belysa hur barnmorskorna arbetar idag och vilka utmaningar de ställs inför. Att vara en inlyssnande samtalspartner som fångade in tankar och känslor och bemötte den unga kvinnan utifrån var hon befann sig vid graviditetsbeskedet till efter aborten och att ge tid för den unga kvinnan att tänka över sitt beslut var framträdande fynd. Att ge stöd av både förebyggande och uppföljande natur var centralt samt att hitta en balans i att uppmuntra till att ta del av stöd från sociala nätverk och samtidigt stärka kvinnans egna beslutsprocess. Att motivera den unga kvinnan till preventivmedel efter aborten var en viktig del av barnmorskans arbete och upplevdes i vissa fall utmanade. Barnmorskan behövde kollegialt stöd, tydliga riktlinjer och fortbildning för att kunna stötta den unga kvinnan och tillgodose hennes behov utifrån bästa förmåga. Resultatet sammanfattas i det övergripande temat *Att stödja och stärka den unga kvinnan i hennes unika situation.*

## Resultatdiskussion

I studiens resultat framkom vikten av att lyssna in den unga kvinnan för att på bästa sätt kunna bemöta henne och ge henne det stöd och hjälp hon behövde i sin unika situation som ett huvudtema. Halldén et al. (2005) beskriver att barnmorskan kan skapa trygghet i abortprocessen genom att tillgodose den abortsökande kvinnans behov av att prata, bli lyssnad på och bli trodd. Vidare skriver de i linje med vårt resultat att barnmorskan behöver ge kvinnan stöttning och individuell guidning (Halldén et al., 2005). Även Wendt, Marklund, Lidell, Hildingh & Westerståhl (2011) beskriver att det har betydelse för mötet att barnmorskan fokuserar på och ser kvinnan som en individ och har en mjuk, öppen och respektfull attityd i samtal om sexualitet. De internationella dokument som styr barnmorskans yrkesutövande visar också på att barnmorskan ska vara lyhörd för psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov hos kvinnor som söker hälsovård och ta hänsyn till kulturella olikheter (ICM, 1999). Barnmorskans arbete ska präglas av ett etiskt och holistiskt förhållningssätt och vården ska utformas och genomföras i samråd med patienten som ska visas omtanke och respekt (Socialstyrelsen, 2006). Att se till den unika individen och anpassa mötet därefter går i linje med ett person-centrerat förhållningssätt, som lyfts fram både internationellt och i svensk hälso- och sjukvård idag (Ekman et al., 2011; Socialstyrelsen, 2016b). McCormack & McCance (2006) har tagit fram en teoretisk modell för person-centrerad vård bestående av fyra komponenter; förutsättningar genom kompetent personal, en stöttande vårdmiljö, den person-centrerade processen och förväntat resultat. Den person-centrerade vården innebär att arbeta utifrån patientens tankar och värderingar, visa engagemang och vara närvarande och förstående i mötet, låta patienten vara delaktig i beslut och ombesörja fysiska behov. God patient-centrerad vård leder till att patienten känner sig involverad i vården och upplever tillfredsställelse och en känsla av välmående vilket skapar en terapeutisk miljö (McCormack & McCance, 2006). Som ett led i ett person-centrerat synsätt har det tagits fram principer för hur även barnmorskan bör arbeta kvinnocentrerat inom sitt arbetsfält, dock med huvudfokus på barnafödande (Leap, 2009). Kvinnocentrerad vård ska fokusera på kvinnans individuella behov, önskemål och förväntningar samt uppmärksamma behov av valmöjlighet, kontroll och kontinuitet. Kvinnocentrerad vård bör prägla hela vårdkedjan och även täcka de behov som kvinnan definierar att betydande personer i hennes omgivning har. Det innebär att uppmärksamma sociala, emotionella, fysiska, psykiska, andliga och kulturella behov och förväntningar samt erkänna kvinnans förmåga att fatta egna beslut (Leap, 2009). Hyman & Castleman (2005) har tagit fram en mall för hur man kan arbeta kvinnocentrerat inom abortvård som består av tre grundelement. Val som bygger på rätten till olika valmöjligheter och möjligheten att kunna göra ett informerat val. Tillgänglighet som innefattar möjligheten att kunna göra en legal

abort, oberoende av ekonomi och kulturella skillnader. Till sist betonas att vården ska utföras med god kvalitet på ett säkert, respektfullt och konfidentiellt sätt (Hyman & Castleman, 2005). Det kvinnocentrerade arbetssättet påminner om hur barnmorskorna i vår studie beskriver hur de lyssnar in och utgår från den unga kvinnan i mötet och hur de ser fördelar med det. De barnmorskor som intervjuades i föreliggande studie strävar alltså till stor del att vara person- eller kvinnocentrerade redan idag trots att det inte finns någon specifik modell utarbetad just för ungdomsmottagningsverksamheten i Sverige att följa. Barnmorskornas önskan om mer stöd i form av riktlinjer skulle delvis kunna tillgodoses med en modell för kvinnocentrerad vård med vård på lika villkor och mer tillfredsställda patienter som resultat.

Enligt studiens resultat beskrev barnmorskorna hur viktigt det är att den unga kvinnan själv ska fatta beslutet kring den oplanerade graviditeten utan att påverkas av föräldrar och/eller partner. Barnmorskorna upplevde att föräldrarna sällan involveras i beslutet och betonar vikten av att ställa sig på den unga kvinnans sida och stötta henne oavsett vilket beslut hon fattar. American College of Pediatricians ifrågasätter de medicinska organisationer som hävdar att de flesta ungdomar under 18 år är fullt kompetenta att själva fatta ett abortbeslut och förstå risker och konsekvenser som det kan innebära, utan föräldrarnas vetskap och samtycke. De menade att dessa organisationer förlitade sig på inaktuell forskning. Enligt neurovetenskaplig forskning finns det ett område i frontalloben som deltar i kritiskt tänkande och beslutsfattande vilket når full mognad först i mitten av tjugooårsåldern. Därav menade de att tonåringar är mer benägna att agera impulsivt och saknar en fullt utvecklad rationell och målinriktad tanke. Med detta betonade de vikten av att föräldrar ska involveras i sådana livsförändrande beslut (Anderson, 2015). Att ungdomar inte skulle vara mogna nog att själva fatta ett abortbeslut går emot den här studiens resultat där barnmorskorna lade stor vikt vid att det är den unga kvinnans egna beslut vilket också stöds av befintlig lagstiftning i Sverige (SFS 1974:595). Det är dock viktigt att barnmorskan ser till varje unik situation och gör en bedömning om föräldrarnas bör eller måste involveras. Det är också av vikt att fånga upp en eventuell partner som kan känna sig maktlös i situationen eftersom han inte har någon beslutsrätt. Barnmorskan har en viktig men svår uppgift i att stötta unga människor i gränslandet mellan barndom och vuxenliv och det är därför betydande att det finns tydliga riktlinjer som kan ge barnmorskorna adekvat stöd när sådana situationer uppkommer.

I studiens resultat framkom vikten av att barnmorskan sätter sin förförståelse åt sidan och inte tar för givet att den unga kvinnan vill genomföra en abort bara för att hon är ung eller från en viss familj. Barnmorskorna upplevde att ungdomar har bråttom med att utföra aborten och är inte

medvetna om att det även finns ett alternativ som innebär att man kan behålla graviditeten och såg en viktig roll i att också stärka dem som vill behålla sitt barn och bli mammor. Detta går i linje med vad Ekstrand et al. (2009) kommit fram till efter att ha intervjuat unga kvinnor efter en abort där några av dem uppgav att de trodde att abort var det enda naturliga valet i deras situation. Halldén et al. (2011) har intervjuat barnmorskor som berättar om hur de ger den unga kvinnan tid och hjälper henne att landa i känslan att vara gravid innan hon fattar sitt slutgiltiga beslut, vilket bekräftar barnmorskans funktion som samtalspartner. På detta vis hjälper hon den unga kvinnan att tänka ur olika perspektiv och också reflektera över möjligheten att bli mamma. Halldén et al. (2005) har också intervjuat unga kvinnor som blivit oplanerat gravida som berättar att möjligheten att prata och bli lyssnade på av personer som de litade på, utgjorde en trygghet i processen. Behovet av att bli förstådd innefattade att bli stöttad och guidad utifrån sina egna villkor samt att få tid och uppmuntran att lyssna på sina inre känslor. När de unga kvinnorna vägde beslutet pendlade de mellan närhet och distans till fostret. Vid närhet såg den unga kvinnan på fostret som en människa och hade inre bilder av ett barn som hon födde och blev mamma till. När hon distanserade sig såg hon fostret som ett objekt eller ett ting. De olika sätten att se på fostret tycktes hjälpa kvinnan att komma till ett beslut (Halldén et al., 2005). Sammantaget visar detta att både barnmorskor och unga kvinnor upplever att det finns ett behov av att landa i känslan av att vara gravid och att låta beslutet ta tid för att kunna fatta ett väl genomtänkt beslut.

Enligt studiens resultat uppgav barnmorskorna att en del av de unga kvinnorna upplevde känslor av skuld och skam samt en oro för andras reaktioner, med konsekvensen att de kunde undvika att berätta för någon om sin graviditet. Detta skulle kunna vara en konsekvens av upplevt stigma kring aborten hos de unga kvinnorna. Enligt Kumar, Hessini & Mitchell (2009) förekommer stigma kring abort över hela världen på flera nivåer i olika grad och kan påverka kvinnors hälsa negativt. Trots att abort är mindre lagbegränsat i de nordiska länderna förekommer nedlåtande åsikter och tankar som kan påverka kvinnans handlande och mående kring aborten (Kumar, Hessini & Mitchell, 2009). Det är viktigt att barnmorskan är medveten om detta och tar det i beaktande i mötet med den unga oplanerat gravida kvinnan. Ett framträdande fynd i studiens resultat var just att barnmorskan såg sig som den unga kvinnans advokat som stöttade henne oavsett vilket val hon gjorde. Studiens resultat visade att det var viktigt att barnmorskan ställde sig på kvinnans sida och tydliggjorde att det var kvinnans beslut, då det kunde finnas yttre påtryckningar av partner och föräldrar. Barnmorskan gav den unga kvinnan tid för att kunna fatta ett genomtänkt beslut. Vid ambivalens vägledde barnmorskan den unga kvinnan och gav henne redskap för att kunna fatta ett beslut. Detta är i linje med det Halldén et al. (2011) beskriver om vikten av att barnmorskan står upp för den

unga kvinnan oavsett vilket beslut hon tar gällande abort. Vidare beskriver Halldén et al. (2009) att om den unga kvinnan blir bemött med respekt och vänlighet av barnmorskan så kunde hon lättare göra sitt val. Det som även hade betydelse för beslutet menar Foster, Gould, Taylor & Weitz (2012) i en amerikansk enkätstudie och Larsson et al. (2002) i en svensk enkätstudie var att den unga kvinnan hade förtroende och stöd från mamman eller partnern. Larsson et al. (2002) beskriver också att dålig ekonomi påverkade abortbeslutet. Vidare beskriver Lindström, Wulff, Dahlgren & Laos (2011) i en annan studie att kvinnan hade ett stort behov av att ställa frågor både före och efter aborten. För att hantera situationen var kontinuerlig och upprepad information av betydelse för den unga kvinnan. Detta stämmer med vår studies resultat, men där ett ytterligare fynd var att barnmorskorna uppmanade den unga kvinnan att få stöd i sitt beslut så att hon inte skulle vara ensam i det. Det framkom även att barnmorskorna stärkte föräldrarna i deras roll så att de förstod att de var ett viktigt stöd för den unga kvinnan under abortprocessen.

Barnmorskorna upplevde att det många gånger var svårt att nå fram och motivera de unga kvinnorna till att använda preventivmedel efter aborten. Mötet med ungdomar som sökte upprepade gånger för abort var påfrestande för barnmorskorna som såg en viktig förebyggande funktion i att stödja ungdomar till ansvarsfull preventivmedelsanvändning. De ifrågasatte sin förmåga att informera och motivera till kontinuerligt användande. Enligt en enkätstudie och två intervjustudier utförda i Sverige tvivlade unga kvinnor på sin fertilitet och förmåga att bli gravid och valde därmed att inte använda preventivmedel (Halldén, Christensson & Olsson, 2005; Halldén Lundgren & Christensson, 2011; Larsson, Aneblom, Odlind & Tydén, 2002). Barnmorskor hade i en intervjustudie pekat på flera anledningar till att unga kvinnor kunde tänkas motsätta sig hormonella preventivmedel. En kunde vara dagens kroppsideal som inte stämde överens med de biverkningar som kvinnorna associerade med hormonella preventivmedel så som viktuppgång, ökad sekretion från vagina, blödningar och acne (Halldén et al., 2011). Halldén et al. (2005) har i en intervjustudie med unga kvinnor beskrivit hur ungdomars relation till vuxna, speciellt föräldrar, påverkade preventivmedelsanvändningen och hur ett bristfälligt stöd kunde leda till att det inte gick att förebygga framtida aborter. De skrev vidare att moderns stöd och engagemang för den unga kvinnan visade sig vara avgörande, då modern kunde prata med den unga kvinnan och uppmuntra henne till att använda preventivmedel. Liknade beskrev Chi Watts, Liamputtong & Carolan (2013) i en studie bland unga kvinnor hur kunskapen om preventivmedel påverkades av omgivningen och kulturell bakgrund, och även hur den unga kvinnans syn på preventivmedel påverkades av yttre faktorer som erfarenheter av preventivmedel hos partner och familj. Vidare framkom i en svensk intervjustudie av Ekstrand et al. (2009) att motivationen till preventivmedelsanvändning bland unga

kvinnor var mycket varierande efter aborten. Vissa av de unga kvinnorna uppvisade en mycket stark beslutsamhet och menade att upplevelsen av aborten hade gjort dem mer försiktiga. Andra började använda preventivmedel men inte fullständigt och kontinuerligt. I anslutning med aborten fick alla deltagare preventivmedelsrådgivning av en barnmorska vilket var en svår uppgift för barnmorskan eftersom vissa av de unga kvinnorna sedan tidigare hade olika problem att hitta rätt preventivmedel eller var oroliga över biverkningar (Ekstrand et al., 2009). Liknande fynd kunde urskiljas i vår studie. Enligt Halldén et al. (2011) upplever barnmorskor att synen på abort har förändrats och att många ungdomar ser på abort som något naturligt och lättillgängligt. Dessa barnmorskor menade att det kan vara en effekt av medias negativa inverkan gällande biverkningar av hormonella preventivmedel samt introducerandet av medicinska aborter och akut p-piller. Vidare beskrev Moreau, Trussell & Bajos (2012) i en fransk enkätstudie orsaker till bristande preventivmedelsanvändning bland unga så som oplanerat sex, en underskattning av möjligheten till graviditet, negativ inställning bland föräldrar eller partner till preventivmedel (Moreau et al., 2012). Barnmorskorna i föreliggande studie hade även de reflekterat över fler av dessa möjliga orsaker och lyfte därför vikten av att se den individuella kvinnan och försöka ta reda på varför just hon inte använde preventivmedel.

## **Etik- och metoddiskussion**

Under hela forskningsprocessen har hänsyn tagits till Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska riktlinjer. Abort är ett omdiskuterat och känsligt ämne som det finns mycket olika åsikter om. Författarna har haft detta i åtanke under forskningsprocessen och varit medvetna om att det kan ha påverkat informanterna i intervjuerna och speglat svaren. Frivilligheten till deltagande i studien har tydliggjorts och de flesta av informanterna tog själva kontakt efter att ha delgivit information om studien. På detta sätt kunde risken minskas att någon skulle känna sig tvingad in i ett ämne som de inte var bekväma att tala om. Författarna har varit noggranna med att betona anonymiteten inför varje intervju samt informerat om att deltagande i studien kan avbrytas när som helst under studiens gång.

Syftet med studien var att beskriva barnmorskans erfarenheter av att möta oplanerat gravida unga kvinnor på ungdomsmottagning som beslutar sig för att genomgå en abort och till detta valdes en kvalitativ metod. Kvalitativ metod lämpar sig väl när man vill ta reda på hur en individ upplever, tolkar och strukturerar en omgivande verklighet i relation till sina tidigare kunskaper och

erfarenheter (Backman, 2016). Med denna metod kunde författarna få en bred inblick i barnmorskans arbete och hennes erfarenheter kring att möta oplanerat gravida unga kvinnor.

Ett geografiskt bekvämlighetsurval gjordes för att författarna skulle kunna komma till informanternas arbetsplatser och utföra intervjuerna personligen. Telefonintervjuer hade kunnat vara ett alternativ men då de enligt Trost (2010) företrädesvis inte är lämpade för mera in- eller djupgående frågor och svar valdes istället individuella intervjuer på plats för att få ett större djup i den insamlade datan. Författarna valde också att träffa informanterna personligen eftersom det valda ämnet kan vara känsligt att samtala om och ville därför få en helhetsbild av intervjusituationen.

Författarna förberedde en intervjuguide med semistrukturerade frågor och följdfrågor som kunde användas vid behov för att åstadkomma uttömmande svar från informanterna. Enligt Trost (2010) kan man genom att ställa enkla och raka frågor få komplexa och innehållsrika svar vilket ger ett rikt material där man kan finna intressanta skeden, åsikter och mönster. Båda författarna har deltagit vid samtliga 10 intervjuer vilket var en fördel då båda författarna fått inblick och förståelse för materialet vilket underlättade analysen. Författarna turades om att intervju och att vara observatör vid varannan intervju, på detta sätt fanns större utrymme för att observera intervjusituationen och fånga in kroppsspråk och underliggande meningar hos informanterna.

Intervjuerna genomfördes på informantens arbetsplats på en lugn och avskild plats, vilket är att föredra enligt Polit & Beck (2012), då det kan bidra till att informanterna känner sig trygga. Vid två av intervjuerna blev informanterna avbrutna av en kollega vilket kan ha bidragit till stress för informanten och då begränsat djupet i dessa intervjuer.

Kvalitativ innehållsanalys valdes som analysmetod eftersom det lämpar sig väl vid stora mängder data vilket vi erhöll. Genom denna analys var det möjligt att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll genom kategorier och teman (Granskär & Höglund-Nilsén, 2008).

Enligt Granheim & Lundman (2004) anses analysmetoden trovärdig om den är giltig, tillförlitlig och överförbar. Genom *giltighet* beskrivs hur "sanna" resultaten är och det kan uppnås genom att lyfta datan som studien syftar till att beskriva på ett adekvat sätt. Därför inkluderades enbart data relevant för syftet och data som inte svarade på syftet exkluderades. Genom att intervju



barnmorskor med varierad erfarenhet och olika antal verksamma år inom yrket har en större variation av fenomenet kunnat samlats in. Giltighet handlar också om att använda en välanpassad datainsamlingsmetod och att samla in en tillräcklig mängd data för att kunna besvara syftet. Då en kvalitativ studie syftar till att erhålla djup inblick snarare än generaliserbarhet, bedömdes att 10 intervjuer var tillräckligt för att kunna besvara syftet. *Tillförlitlighet* har tillgodosetts genom att båda författarna har läst samtliga intervjuer upprepade gånger för att få en bred förståelse för materialet och tillsammans genomfört större delen av analyserna. Författarna har tagit hänsyn till att datainsamling över tid blir inkonsekvent eftersom man får mer förståelse för materialet desto mer man arbetar det och därmed ställer andra följdfrågor. *Överförbarhet* talar för hur användbart eller överförbart resultatet är till andra grupper eller situationer. För att läsaren lättare ska kunna bedöma överförbarheten har en noggrann beskrivning av metoden utförts (Granheim & Lundman, 2004).

## **Slutsats**

Barnmorskor som arbetar på ungdomsmottagning träffar många oplanerat gravida unga kvinnor och resultatet visade att flera av barnmorskorna upplevde liknande situationer och utmaningar i sitt arbete. Barnmorskan fångade in tankar och känslor hos den unga kvinnan och bemötte henne där hon befann sig. Barnmorskan tydliggjorde att abortbeslutet var den unga kvinnans och skyndade inte på beslutet. De betonade vikten av att inte förutsätta abort som det enda handlingsalternativet. Genom att lyssna in individuella behov av stöd kunde barnmorskan tillgodose det stöd som saknades. Att stödja för en fortsatt säker sexualitet såg barnmorskorna som en viktig men utmanande arbetsuppgift som väckte mycket känslor och därför var det viktigt med stöd för barnmorskan i form av kollegor, fortbildning och riktlinjer.

## **Klinisk tillämpbarhet**

De finns inte så mycket forskning utförd kring barnmorskans perspektiv gällande oplanerat gravida unga kvinnor vilket motiverar till fortsatt forskning inom samtalsmetodik med ungdomar samt preventivmedelsanvändning efter abort. Det kan i det långa loppet innebära färre antal oönskade, oplanerade och upprepade graviditeter. Genom att öka kunskapen om barnmorskornas möten med oplanerat gravida unga kvinnor har författarna en förhoppning om ökad förståelse för arbetet och dess utmaningar. Genom fortbildning, hospitering, tydligare riktlinjer och stöttning inom preventivmedelsrådgivning efter aborten kan barnmorskan få mer stöd i sitt arbete och därmed möjlighet att förbättra mötet individanpassat utifrån den unga kvinnans behov.

## REFERENSLISTA

Anderson, J. (2015). Parental Notification/Consent for Treatment of the Adolescent. *Issues in Law & Medicine*, 30 (1), 99-104.

Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bell, E.R., Glover, L & Alexander, T. (2013). An exploration of pregnant teenager's views of the future and their decision to continue or terminate their pregnancy: implications for nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2503-2514. doi: 10.1111/jocn.12431

Chi Watts., Liamputtong, P & Carolan, M. (2013). Contraception knowledge and attitudes: truths and myths among African Australian teenage mothers in Greater Melbourne, Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2131-2141.

Christiansson, M., Johansson, E., Emmelin, M. & Westman, G. (2003). "One-night-stands" - risky trips between lust and trust: qualitative interwievs with *Chlamydia trachomatis* infected youth in north Sweden. *Scandinavian Journal Public Health*, 31, 44-50.

Chou, D., Daelmans, B., Jolivet, R.R., Kinney, M. & Say, L. (2015). Ending preventable maternal and newborn mortality and stillbirth. *British Medical Journal*, 351: h4255.

Dahlgren, M., Laos, A., Lindström, M & Wulff, M. (2011). Experiences of working with induced abortion: focus group discussion with gynaecologists and midwives/nurses. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 10, 542-548.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248-251.

Ekstrand, M., Tydén, T., Darj, E. & Larsson, M. (2009). An Illusion of Power: Qualitative Perspectives on abortion Decision-making among teenage women in Sweden. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(3), 173-181.

Foster, D., Gould, H., Taylor & Weitz, T. (2012). Attitudes and Decision Making Among Women Seeking Abortions at One U.S. Clinic. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44(2), 117-124.

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar [FSUM]. (2015). Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar. Hämtad: 2016-11-22, från <http://www.fsum.org/fsum/wp-content/uploads/2011/02/handbok1.pdf>

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

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

Granskär, M. & Höglund-Nilsén, B. (2008) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Halldén, B-M., Christensson, K. & Olsson, P. (2009). Early abortion as narrative by young Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23, 243-250.

Halldén, B-M., Christensson, K & Olsson, P. (2005). Meanings of Being Pregnant and Having Decided on Abortion: Young Swedish Women's Experiences. *Health Care for Women International*, 26, 788-806.

Halldén, B-M., Lundgren, I & Christensson, K. (2011). Ten Swedish Midwife's Lived Experiences of the Care of Teenager's Early Induced Abortions. *Health Care for Women International*, 32, 420-440.

Hyman, A.G. & Castleman, L. (2005). *Woman-Centered Abortion Care: Reference manual*. Chapel Hill, NC, Ipas.

Hägström-Nordin, E. (2016). Ungdomars sexualitet och hälsa. Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K. *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur.

International Confederation of Midwives [ICM]. (1999). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Hämtad 2016-11-21, från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>

International Confederation of Midwives [ICM]. (2011). *International Definition of the Midwife*. Hämtad 2017-01-16, från <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf>

International Population development conference [IPDC]. (1994). Report from ICPD. Cairo. Hämtad 2016-11-21, från [www.who.int/reproductive-health/publications/RHR\\_01\\_22/annex2.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_22/annex2.html)

Kopp Kallner, H., Gomperts, R., Salomonsson, E., Johansson, M., Marions, L. & Gemzell-Danielsson, K. (2014). The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial. *BJOG*, 122, 510-517.

Krippendorff, K. (2004). Content analysis. An introduction to Its Methodology. Sage Publication: California. Hämtad 2016-12-03, från [www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-2958.2004.tb00738.x/epdf](http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-2958.2004.tb00738.x/epdf)

Kumar, A., Hessini, L. & Mitchell, E. M.H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 625-639.

Kånåhols, A.F., Magnusson, H. & Alehagen, S. (2011). Swedish adolescent's experience of educational sessions at Youth Clinics. *Sexual and Reproductive Health*, 2, 119-123.

Larsson, M., Aneblom, G., Odling, V & Tyden, T. (2002). Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstretica et Gynecologica Scandinavia*, 81, 64-71.

- Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: does it matter?. *British Journal of Midwifery*, 17(1), 12-16.
- Lindstöm, M., Wulff, M., Dahlgren, L & Laos, A. (2011). Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynecologist and midwives/nurses. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25, 542-548.
- Loke, A.Y & Lam, P-I. (2014). Pregnancy resolutions among pregnant teens: termination, parenting or adoption?. *Pregnancy and Childbirth*, 14.
- Lundman, B & Hällgren Granheim. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Mattebo, M., Tydén, T., Häggström-Nordin, E., Nilsson, K.W & Larsson, M. (2014). Pornography and Sexual Experiences Among High School Students In Sweden. *Journal Of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 35(3), 179-188.
- Marions, L. (2015). Barn- och ungdomsgynekologi. *Gynekologi*. Jansson, P-O & Landgren, B-M. Lund: Studentlitteratur.
- McCormack, B. & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centre nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
- McDaid, L. A., Collier, J & Platt, M. J. (2015). Previous Pregnancies Among Young Women Having an Abortion in England and Wales. *Journal of Adolescent Health*, 57, 387-392.
- Moreau, C., Trussell, J & Bajos, N. (2012). Contraceptive Paths of Adolescent Women Undergoing an Abortion in France. *J Adolesc Health*, 50(4), 389-394.
- Polit, D. F & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Renfrew, M.J., McFadden, A., Bastos, M.H., Campbell, J., Channon, A.A. & Cheung, N.F. et al. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*, 384(9948), 1129-1145.

Sedgh, G., Finer, L., Bankole, A., Eilers, M. & Singh, S. (2015). Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends. *Journal of Adolescents Health*, 56, 223-230.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 1974:595. *Abortlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Sjöström, S., Kopp Kallner, H., Simeonova, E., Madestam, A. & Gemzell-Danielsson, K. (2016). Medical Abortion Provided by Nurse-Midwives or Physicians in a High Resource Setting: A Cost-Effectiveness Analysis. *PloS ONE*, 11(6): e0158645. doi:10.1371/journal.pone.0158645

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2016-11-21, från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>

Socialstyrelsen & Folkhälsomyndigheten. (2014). Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Hämtad 2016-11-21, från [www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19564/2014-10-26.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19564/2014-10-26.pdf)

Socialstyrelsen. (2016a). Statistik om aborter 2015. Hämtad 2016-11-22, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20204/2016-5-20.pdf>

Socialstyrelsen. (2016b). En mer tillgänglig och patientcentrerad vård: Sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner – delrapport. Hämtad 2017-01-10, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20115/2016-3-22.pdf>

SOSFS 2009:15. *Abort*. Socialstyrelsen: Stockholm

Sundby, J., Svanemyr, J. & Maehre, T. (1998). Avoiding unwanted pregnancy - the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women. *Patient Education and Counseling*, 38, 11-19.

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi [SFOG] & Svensk Barnmorskeförening [SBF]. (2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa*. Rapport nr 76. Hämtad: 2016-12-30 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2016/12/Modrahalsovard-Sexuell-och-Reproduktiv-Halsa-2016-Rev.-Bla-Bok.pdf>

Tikkanen, R., Abellsson, J & Forsberg, M. (2011). *UngKAB09. Kunskap attityder och sexuella handlingar bland unga* (Skriftserien 2011:1). Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för Socialt Arbete.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa Intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Ungdomsmottagningen på nätet [UMO]. (2016). Hämtad 2016-11-22, från <http://www.umo.se/ungdomsmottagningar/>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2016-11-24, från [www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494\\_forskningsetiska\\_principer\\_2002.pdf](http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf)

Wendt, E., Marklund, B., Lidell, E., Hildingh, C. & Westerståhl, A. (2011). Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse - midwife's and clinicians' experiences. *Midwifery*, 27, 539-546.

Wiklund, I. (2016). Den breda barnmorskekompetensens framväxt - från förlösande barnmorska till ett brett yrke inom sexuell och reproduktiv hälsa. Lindgren, H., Christensson, K & Dykes, A-K. *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur.

World Association for Sexual Health [WAS]. (2008). *Sexual Health for the Millennium. Declaration and Technical document*. Minneapolis, MN: World Association for Sexual Health. Hämtad 2016-11-21, från [http://www.europeansexology.com/files/WAS\\_2008.pdf](http://www.europeansexology.com/files/WAS_2008.pdf)

World Health Organisation [WHO]. (1993). *The health of young people*. Hämtad 2016-11-21, från [apps.who.int/iris/bitstream/10665/.../1/9241561548\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/.../1/9241561548_eng.pdf)

World Health Organisation [WHO]. (1998). The WHO Definition of Reproductive Health. (Progress 45). Hämtad 2016-11-21, från [www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/45/prog45.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/45/prog45.pdf)

World Health Organisation [WHO]. (2009). Trends in maternal mortality: 1990-2008 Estimates develop by WHO, UNICEF, UNFPA and the world bank. Hämtad 2017-01-02, från [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44423/1/9789241500265\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44423/1/9789241500265_eng.pdf)

World Health Organisation [WHO]. (2010). Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Hämtad 2016-12-30, från [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf)



## **Bilaga 1. Informationsbrev**

Information om deltagande i en undersökning angående barnmorskans erfarenheter av att möta oplanerat gravida unga kvinnor på ungdomsmottagningar i Värmland som beslutar sig för att genomgå en abort.

Du tillfrågas härmed om deltagande i en studie.

Vi som genomför denna magisteruppsats heter Emilia Lindblom och Josefin Jonsson. Vi läser andra terminen på barnmorskeprogrammet på Högskolan Dalarna.

### **Syfte:**

Syftet med studien är att beskriva barnmorskans erfarenheter av att möta oplanerat gravida unga kvinnor på ungdomsmottagningar som beslutar sig för att genomgå en abort.

### **Bakgrund:**

På en ungdomsmottagning, där barnmorskan är en nyckelperson, etableras den första kontakten med en ung abortsökande kvinna. Barnmorskan möter därmed många abortsökande ungdomar och unga kvinnor både innan och efter genomförandet av aborten. Därför vill vi undersöka hur du som barnmorska på en ungdomsmottagning ser på din roll i mötet vad gäller stöd och kunskap, utifrån din egen erfarenhet och upplevelser.

### **Metod och genomförande:**

En kvalitativ metod med individuella intervjuer kommer att genomföras. Vi planerar att intervjua cirka 10 barnmorskor på ungdomsmottagningar i Värmland. Intervjuerna kommer att ta maximalt en timme i anspråk.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt och anonymt. All data kommer att vara avidentifierad och Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Undersökningen kommer att presenteras i form av en magisteruppsats vid Högskolan Dalarna.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga.

Student:	Student
Emilia Lindblom	Josefin Jonsson
XXX-XXXXXXX	XXX-XXXXXXX
<u>v15liemi@du.se</u>	<u>josefin_jonsson@live.se</u>

Handledare:  
Ulrika Byrskog, Högskolan Dalarna, uby@du.se

Jag samtycker härmed till att medverka i studien om barnmorskans erfarenheter av att möta oplanerat gravida unga kvinnor på ungdomsmottagningar som beslutar sig för att genomgå en abort.

Namnsteckning: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Bilaga 2. Intervjuguide

Syftet med studien är att beskriva barnmorskans erfarenheter av att möta oplanerat gravida unga kvinnor på ungdomsmottagningar som beslutar sig för att genomgå en abort.

### Bakgrund

- Barnmorskans ålder och antal verksamma år

### Intervjufrågor

Välj ut och beskriv en situation som du varit med om.

- Hur ser du på din roll i mötet med en ung kvinna som blivit oplanerat gravid? *Hur upplever du mötet? Hur gör du för att den unga kvinnan ska känna sig bekväm i mötet? Hur upplever du att de unga kvinnorna öppnar sig? Vilka känslor och attityder förmedlar de?*
- Hur kan du i din roll påverka när i graviditeten kvinnorna söker abortvård? Söker de tidigt/sent i graviditeten? *Hur tar de den första kontakten med er?*
- Hur upplever du ungdomars behov av stöd och vad är din roll i det?

*Hur och när förmedlar du som barnmorska samtalskontakt?*

- Möter du ofta ungdomar som tvekar inför ett beslut?

*Hur hanterar du sådana situationer?*

- Hur fångar du upp ungdomarnas sociala stöd? *Vem omkring sig väljer de oftast att prata med?*
- Kommer tjejen som söker för abort oftast själv eller har hon med partner/kompis/föräldrar? *Hur ser du på din roll i att stötta partner/föräldrar?*
- Hur ser du på ungdomars kunskap om att förebygga graviditet i din roll som barnmorska? *Hur ser du på din roll att påverka det?*
- Hur ser du på din egen kunskap kring ungdomar och abort?

*Finns riktlinjer gällande ungdomar att följa? Skulle du önska mer kunskap för att kunna ge bättre stöd till ungdomarna?*

- I de fall du möter samma kvinna både innan och efter aborten, hur upplever du att din roll förändras i mötet? *Hur ser du på ditt inflytande till att motivera kvinnan till att börja använda preventivmedel efter aborten? Vad tror du är orsaken till att ungdomarna inte väljer att använda preventivmedel?*

- Hur upplever du mötet med ungdomar som söker upprepade gånger för abort?

*Är det vanligt? Väcker det några känslor hos dig?*