



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## Examensarbete

Avancerad nivå

### **Barnmorskans upplevelser och uppfattningar av professionella, sociokulturella och hälsoekonomiska barriärer som hindrar kvinnor att bestämma över sin egen kropp.**

---

#### En kvalitativ intervjustudie

#### **Midwife's preceptions and experiences of professional, sociocultural and health economical barriers preventing women from making decisions regarding their own bodies – A qualitative interview study**

Författare: Elin Hultman och Therese Skarp

Handledare: Ulrika Byrskog

Examinator: Kerstin Erlandsson

Ämne: Sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa.

Kurskod: SR3013

Poäng: 15 hp

Högskolan Dalarna

791 88 Falun

Sweden

Tel 023-77 80 00

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



HÖGSKOLAN  
DALARNA

### **Sammanfattning**

**Bakgrund:** Sexuell och reproduktiv hälsa är en mänsklig rättighet och innefattar rätten att ta beslut gällande sin egen kropp och sin vård. Barnmorskan träffar och vårdar mestadels kvinnor i sitt arbete och har en viktig roll i att värna och främja kvinnors rätt. Sverige ses som ett av världens mest jämställda länder, men det kan finnas strukturer och faktorer även i det svenska samhället som påverkar kvinnors möjligheter till självbestämmande negativt.

**Syfte:** Att undersöka vilka barriärer barnmorskan upplever och uppfattar hindrar kvinnors rätt att bestämma över sin kropp utifrån professionella, sociokulturella och hälsoekonomiska perspektiv.

**Metod:** Kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats. Data från åtta semistrukturerade intervjuer utförda 2016, med legitimerade barnmorskor inom olika verksamhetsområden analyserades utifrån ramverket "What Prevents Quality Midwifery Care".

**Resultat:** De professionella barriärer barnmorskorna uppfattade resulterade i tre subkategorier: "*Lagar, riktlinjer och vårdprogram*", "*Kunskap, utbildning och profession*" och "*Personalens personliga åsikter, förutfattade mening och engagemang*". Sociokulturella barriärer kategoriserades som: "*Politik, jämställdhet och samhällets ideal*", "*Kultur, religion och familjeförhållanden*", "*Språk*" samt "*Personliga förutsättningar*". Hälsoekonomiska barriärer delades in i: "*Personal och tidsbrist*" och "*Kostnader och resurser*".

**Slutsats och klinisk tillämpbarhet** Studien visar att barnmorskor uppfattar att det finns professionella, sociokulturella och hälsoekonomiska barriärer för kvinnans självbestämmande gällande sin egen kropp i det svenska samhället. Studien kan bidra till att olika yrkeskategorier inom vården kan öka sin förståelse och kompetens i mötet med kvinnor och kan då hjälpa kvinnan att stärka sin position, personligen och samhälleligt. Studien kan ge en bättre förståelse för barnmorskans roll när det gäller att hjälpa individer i en utsatt situation, genom att stärka deras autonomi och känsla av självbestämmande. Studien kan även få vårdpersonal att tänka kritiskt kring att de själva är en del av en kulturell kontext med en förförståelse för andra individer.

**Nyckelord:** Autonomi, barnmorska, barriärer, hälsoekonomiska, kvinnor, professionella, självbestämmande och sociala.

## **Abstract**

**Background:** Sexual and reproductive health is a human right and involves the right to make decisions concerning your own body and care. The midwife mostly meets and care for women and have an important role in defending and advocating women's rights. Today there are global political influences that restricts women's rights even though Sweden is considered to be one of the world's most equal countries, there can be structures and factors in the Swedish society that affects women's ability to make decisions about their own bodies in a negative way.

**The aim:** To investigate midwives perceptions and experiences concerning professional, sociocultural and health economic barriers for women regarding decisions about their own bodies.

**Method:** A qualitative content analysis with a deductive approach. Data from eight semi structured interviews with Swedish registered midwives, active in different areas of the midwife profession, was analyzed based on the framework "What Prevents Quality Midwifery Care".

**Result:** The professional barriers that the midwives perceived resulted in three subcategories: "*Laws, clinical guidelines and policies*", "*Knowledge, education and profession*" and "*Caretakers personal opinions and commitment*". Sociocultural barriers were categorized in: "*Politics, equality and the society's ideals*", "*Culture, religion and family relations*", "*Language*" and "*Personal abilities*". The health economic barriers were divided in to: "*Lack of time and staff*" and "*Costs and resources*".

**Conclusion and clinical applicability:** This study shows that there are professional, sociocultural, and health economic barriers that affects women's autonomy in the Swedish society according to the midwives' perceptions. The study can help caretakers increase their understanding and competence in meeting with women in care and help them strengthening their position in the society as well as on a personal level. This study can give a greater understanding for the midwife's role when it comes to helping individuals in an exposed situation, by strengthen the women's autonomy and sense of control. The study can also help caretakers to increase critical thinking regarding themselves in their own cultural context and preunderstanding for other individuals.

**Keywords:** autonomy, barriers, health economic, midwife, professional, social and women,

## Innehållsförteckning

<b>Introduktion</b> .....	4
<b>Bakgrund</b> .....	4
<i>Mänskliga rättigheter och sexuell och reproduktiv hälsa</i> .....	4
<i>Barriärer för kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa</i> .....	5
- <i>Globala perspektiv</i> .....	5
- <i>Samhällets sociala förväntningar</i> .....	5
- <i>Multikulturella perspektiv</i> .....	6
<i>Barnmorskans arbetsfält och förhållningssätt</i> .....	7
<i>Teoretiskt ramverk</i> .....	8
<b>Problemformulering</b> .....	9
<b>Syfte</b> .....	10
<b>Metod</b> .....	10
<i>Design</i> .....	10
<i>Urval</i> .....	11
<i>Datainsamling</i> .....	11
<i>Analysmetod</i> .....	11
<b>Etiska överväganden</b> .....	12
<b>Resultat</b> .....	13
<b>Professionella barriärer</b> .....	13
- <i>Lagar, riktlinjer och vårdprogram</i> .....	13
- <i>Kunskap, utbildning och profession</i> .....	14
- <i>Personalens personliga åsikter, förutfattade meningar och engagemang</i> .....	15
<b>Sociokulturella barriärer</b> .....	16
- <i>Politik, jämställdhet och samhällets ideal</i> .....	16
- <i>Kultur, religion och familjeförhållanden</i> .....	17
- <i>Språk</i> .....	19
- <i>Personliga förutsättningar</i> .....	19
<b>Hälsoekonomiska barriärer</b> .....	20
- <i>Personal- och tidsbrist</i> .....	20
- <i>Kostnader och resurser</i> .....	21
<b>Diskussion</b> .....	21
Sammanfattning av huvudresultat .....	21
Resultatdiskussion .....	22
Metod- och etikdiskussion .....	27
<b>Slutsats</b> .....	29
<b>Klinisk tillämpning</b> .....	30
<b>Referenslista</b> .....	31
<b>Bilaga 1</b> .....	37
<b>Bilaga 2</b> .....	38

## **Introduktion**

FN:s mänskliga rättigheter beskriver alla individers lika värde och rätt till att själva få bestämma över sina liv, oavsett kön, etnicitet, språk eller religion. Trots det har kvinnor runt om i världen sämre förutsättningar än män i sitt självbestämmande. Barnmorskan har en unik inblick i att möta just kvinnan i sitt arbete och har till uppgift att företräda kvinnan, värna om hennes rätt att bestämma över sin kropp och ge henne en individuellt anpassad vård som är vetenskapligt baserad.

Det svenska samhället ses generellt som relativt jämställt men med denna studie vill författarna undersöka om det finns barriärer som hindrar kvinnan att bestämma över sin egen kropp även i Sverige. Författarna till föreliggande studie är två barnmorskestudenter vid Högskolan i Dalarna som önskar beskriva vad svenska barnmorskor uppfattar hindrar kvinnor att ta beslut om sin egen kropp. Förhoppningen med denna studie är att belysa och uppmärksamma vilka barriärer för självbestämmande kvinnor möter i hälso- och sjukvården.

## **Bakgrund**

### ***Mänskliga rättigheter och sexuell och reproduktiv hälsa***

Enligt FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna är alla människor födda fria och ska ha samma värde och rättigheter oavsett kön, etnicitet, språk, kultur och religion. Alla har rätt att bestämma över sitt eget liv så länge lagar och regler efterföljs. Lagar och regler ska dock vara utformade så alla har rätt till utbildning, social trygghet och att ingen blir diskriminerad (Regeringskansliet, 2011).

Sexuell och reproduktiv hälsa hör till de mänskliga rättigheterna (Regeringskansliet, 2017) och innebär att människor oberoende av etnisk tillhörighet, kön, sexualitet, könsidentitet, funktionshinder, och ålder har rätt att bestämma över sin kropp och sexualitet utan att bli utsatta för diskriminering och våld (International Planned Parenthood Federation, 2008). Till sexuell hälsa hör mental, fysisk och socialt välmående genom hela livsrytmen men med fokus på sexualitet. Det innefattar möjligheten av att ha njutbara och säkra sexuella upplevelser fria från tvång och kräver en fördomsfri och positiv inställning till sexualitet och sexuella förhållanden (World Health Organization, 2017a).

Till reproduktiv hälsa räknas möjligheten till ett säkert och tillfredsställande sexliv utan oro för sjukdom. Det är även friheten att förhindra och planera sin fortplantning, samt tillgång till en säker graviditets- och förlossningsvård (World Health Organization, 2017b).

### ***Barriärer för kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa***

#### *- Globala perspektiv*

I stora delar av världen har kvinnor lägre status än män, trots internationella riktlinjer som ska främja kvinnans ställning gentemot mannen (United Nations Populations Fund, 2016). Kvinnor tenderar i större utsträckning att ha lägre utbildning och social status samt ekonomisk instabilitet vilket leder till försämrade förutsättningar till att ta egna beslut om sin sexuella och reproduktiva hälsa (D'Souza, Karkada, Somayaji & Venkatesaperumal, 2013). Globalt finns strömningar som påverkar kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa negativt. Detta gäller framför allt inskränkta rättigheter till abort och preventivmedel, men också dålig tillgång till hälso- och sjukvård specifikt riktad till kvinnor, eftersom den ofta är lågt prioriterad. Trots att principer för mänskliga rättigheter förbjuder lagar som diskriminerar eller kränker en människas rätt, stiftas lagar i Europa som begränsar och förminskar kvinnans rättigheter (Europarådet, 2017).

En amerikansk rapport från 2013 visar att många kvinnor som genomgått någon form av ingrepp i samband med sin förlossning kände en press eller ett tvång från vårdpersonalens sida (Declercq, Sakala, Corry, Applebaum & Herrlich, 2013). Av kvinnorna som inducerades upplevde tjugofem procent att de var tvingade till det. Även tjugofem procent av kvinnorna som genomgick kejsarsnitt kände sig pressade till det. Hela femtionio procent av kvinnorna som genomgick en episiotomi upplevde att de inte hade något val förutom att acceptera situationen samt fick dåligt med information från vårdpersonalen gällande ingreppet. Enligt Borghei, Taghipour, Roudsari, Keramat och Noghabi (2016) upplever kvinnor som faktiskt får utbildning och delges kunskap om till exempel sin kropp och sina val, en större känsla av egenmakt och självbestämmande.

#### *- Samhällets sociala förväntningar*

Enligt en rapport från december 2017 utförd av Europarådet påverkar samhällets normer, ideal och stigmat i stor utsträckning kvinnans sexualitet. De påverkar de möjligheter kvinnan har samt vilka beslut hon tar gällande sin kropp och har negativ effekt på hennes sexuella och

reproduktiva hälsa (Europarådet, 2017). Den svenska regeringen uppmärksammar att en förnedrande syn på kvinnors sexualitet kan leda till sexuellt tvång och våld, och därmed ohälsa (Prop. 2002/03:35). Det anses i en svensk studie, genomförd av Forsberg (2016), att kvinnans sexualitet ska vara kontrollerad, både av kvinnan själv och av samhället. Det innefattar att kvinnan bevarar och markerar sin respektabilitet för omgivningen för att bli socialt accepterad. Samtidigt ska hon uppfylla krav på ideal gällande ett attraktivt utseende samt lust och vilja till sex (Forsberg 2016; Elmerstig, Wijma & Berterö, 2008).

Då det sexuella idealet för kvinnan anses vara viktigt att upprätthålla i en relation, kände kvinnorna i en svensk studie genomförd 2008 att de borde ha lust och kunna tillfredsställa sin partner (Elmerstig et al., 2008). Att kunna genomföra ett samlag var även viktigt för att kunna säkerställa att förhållandet kunde fortgå, samt känna sig som en ”riktig kvinna”. Hela trettiofyra procent av kvinnorna som sökte sig till en ungdomsmottagning i Sverige upplevde dock någon form av obehag eller smärta vid penetrerande samlag. Trots detta genomförde dessa kvinnor oftast ändå samlag med sin partner. I en kvalitativ studie av Mattebo, Larsson, Tydén & Häggström-Nordin (2013a) uppfattar svensk vårdpersonal att det kvinnliga idealet kan påverkas av pornografi. Hela nittiosex procent av unga killar och femtiofyra procent av unga tjejer uppgav i en studie att de någon gång tittat på pornografi (Mattebo, Tydén, Häggström-Nordin, Nilsson och Larsson (2013b). Pornografi anses ge felaktigt budskap om sexualitet och relationer och ungdomar hämtar orealistisk information från pornografi som ger ideal som är svåra att uppfylla både utseendemässigt och prestationsmässigt. Pornografi upplevs även bekräfta könsmaktsordningen i samhället (Mattebo et al., 2013a).

#### *- Multikulturella perspektiv*

Cirka sexton procent av Sveriges befolkning var 2016 födda utomlands (Migrationsinfo, 2016), detta innebär att barnmorskan kommer möta människor med många olika kulturer och bakgrunder i sitt arbete, och att ha förståelse och respekt för kulturella olikheter är av stor vikt (Wambach, 2016). Enligt Sudbury och Robinson (2016) söker kvinnor med lägre ekonomisk status, invandrarbakgrund, låg sexualkunskap och tidigare erfarenheter av våld och trauma statistiskt sett vård av barnmorska i mindre utsträckning än andra. Detta leder till att dessa kvinnor missar nödvändig information som kan stärka och förbättra deras sexuella och reproduktiva hälsa (Sudbury & Robinson, 2016). Många av dessa kvinnor söker istället rådgivning hos sitt sociala nätverk och kan då få andra råd än de som ges av vårdpersonal

vilket kan leda till ambivalens och osäkerhet (Schölmerich, Ghorashi, Denktas & Groeewegen, 2016).

Det framkommer i en australiensisk studie av Hoang, Le och Kilpatrick (2009) att invandrande kvinnor ibland upplever en bristande förståelse för sin kulturella bakgrund, tro och traditioner från vårdpersonalen sida. Kulturella olikheter i vårdmötet kan även påverka hur mycket patienten vågar öppna upp sig och tillgodogöra sig informationen som ges (Latifnejad Roudsari, Javadnoori, Hasanpour, Hazavehei & Taghipour 2013). Detta ställer krav på kulturell kompetens hos vårdpersonalen för att öka tryggheten hos en redan utsatt patientgrupp (Momeni, Jirwem & Emami, 2008). Utlandsfödda kvinnor är i större utsträckning missnöjda med sin vård i samband med graviditet och barnafödande än inrikes födda kvinnor (Hennegan, Redshaw & Kruske, 2015), och har en sämre sexuell och reproduktiv hälsa (Lundberg & Gerezgiher, 2008; Åkerman, Essén, Westerling & Larsson, 2016). Språkförbistringar är en annan barriär som upplevs, både ur vårdpersonal och kvinnors perspektiv i det interkulturella vårdmötet (Byrskog, Olsson, Essén, Klingberg-Allvin, 2015; Hoang et.al. 2009). Nedsatt möjlighet till en tillfredsställande kommunikation kan leda till nedsatt medicinsk säkerhet för kvinnan då hon kan ha svårare att uttrycka vilken sorts vård hon behöver. Även missnöje och misstro gentemot vårdpersonalen blir vanligare då kvinnans behov kan missförstås (Akhavan, 2012).

### ***Barnmorskans arbetsfält och förhållningssätt***

Den legitimerade svenska barnmorskan skall enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2006) ha huvudfokus på sexuell och reproduktiv hälsa när denne möter kvinnor inom sexualrådgivning, preventivmedelsrådgivning, abortvård, gynekologisk sjukvård, graviditet och förlossning. Barnmorskan skall oavsett arbetsområde bemöta patienten utifrån ett etiskt och holistiskt perspektiv. I vårdmötet skall barnmorskan visa respekt för patientens autonomi och integritet samt så långt som möjligt beakta patientens önskemål. Vården ska i så stor utsträckning som möjligt ske i samråd med patienten (Socialstyrelsen, 2006). Enligt den internationella etiska koden för barnmorskor (International Confederation of Midwives, 2014) ska barnmorskan skapa en individuell relation med kvinnor så att barnmorskan kan delge relevant information som kan leda till informerat samtycke och beslutfattande gällande kvinnors egna hälsa och vård. Barnmorskan skall stärka kvinnor till att våga stå upp för sig själva och sin hälsa i deras respektive samhälle. Detta innefattar även den svenska barnmorskan.



Den svenska regeringens mål för folkhälsan innefattar möjligheten till en säker och trygg sexualitet grundläggande för individens upplevelse av hälsa i stort (Prop, 2002/03:35). En god sex- och samlevnadsundervisning är där en viktig faktor och barnmorskan har, med sitt breda kunskaps- och verksamhetsområde, stora möjligheter att förmedla sin kunskap och på så vis stärka individens sexuella och reproduktiva hälsa (Häggström-Nordin, Magnusson & Berg, 2016). Enligt Latifnejad Roudsari, Javadnoori, Hasanpour, Hazavehei och Taghipour (2013) kan vissa kvinnor uppleva en form av tabu och skam kring sexrelaterade frågeställningar och sexualkunskap där en ovilja att samtala om intima ämnen förekommer. Att som vårdpersonal lyfta ämnen som sexualitet, identitet, och sexuella och reproduktiva rättigheter kan öka den sexuella hälsan och bidra till ökad jämlikhet och jämställdhet mellan könen (Häggström-Nordin & Mattebo 2016). En studie bland barnmorskor, påvisar vikten av att visa respekt, lyhördhet och öppenhet för kvinnors olika sexualitet, bakgrund och kultur i mötet med patienten (Dahl Spidsberg & Sörlie, 2011). Det är i Sverige, enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), också vårdgivarens skyldighet att ge en vård baserad på respekt för allas lika värde och den enskilde människans värdighet.

### ***Teoretiskt ramverk***

Enligt en studie genomförd i låg- och medelinkomstländer, gjord av Filby, McConville och Portela (2016) möter praktiserande barnmorskor världen över på barriärer i sitt arbete som hindrar dem från att utföra en kvalitativ vård. De barriärer som beskrivs kategoriseras in i professionella, sociala och ekonomiska perspektiv (se bilaga 1) och kan även utgöra ett ramverk för studier om kvinnors hälsa i ett höginkomstland som Sverige. Kategorierna kan enligt Filby et al. (2016) modifieras något för att bättre kunna tillämpas. Perspektiven kan då bli professionella, sociokulturella och hälsoekonomiska och har modifierats på detta sätt av författarna till föreliggande uppsats.

### ***Begreppsförklaring***

*Professionella perspektiv:* Att vara professionell innebär bland annat att utföra något yrkesmässigt (Nationalencyklopedin, 2017). Enligt Patientsäkerhetslagen har vårdpersonal skyldighet att tillämpa en vetenskaplig och beprövad omvårdnad vilket innebär att följa lagar och riktlinjer upprättade av organisationen. Vården skall ske i samråd med patient och närstående så långt som möjligt, där patienten har rätt till information gällande sin vård (SFS 2010:659). Ett professionellt förhållningssätt inom vårdyrket innebär enligt Holm (2001) att

hjälpa patienten och inte styras av de egna behoven och känslorna. Detta inkluderar att visa respekt, medmänsklighet och empati.

*Sociokulturella perspektiv:* För att beskriva det sociokulturella perspektivet kan begreppet delas upp i de två orden socialt och kulturellt. Begreppet *socialt* innefattar sammanhang, det vill säga det samhälle som individen lever i och detta samhällets övergripande idéer, normer och värderingar (Myers, 2013). Det innefattar även en individs sociala och ekonomiska förutsättningar, dit faktorer som utbildningsnivå, boendemiljö, arbetsmarknadsposition, och ekonomiska villkor räknas (Statens folkhälsoinstitut, 2010). *Kultur* inkluderar beteenden, idéer, attityder och traditioner delade inom en större grupp av människor och överförd från en generation till nästa (Myers, 2013).

*Hälsoekonomiska perspektiv:* Med hälsoekonomi menas att metoder och tillvägagångssätt inom vården utvärderas för att sedan kunna prioritera, organisera och fördela de resurser som finns (SBU, 2014). De resurser som finns är begränsade och hälsoekonomin studerar hur resurserna ska användas för bästa möjliga vård och kontinuerligt förbättringsarbete, utifrån produktivitet, effektivitet och jämlikhetsaspekter (Kittelsen, Anthun, Goude, Huitfeldt, Häkkinen, Kruse, Medin, Rehnberg & Rättö, 2015).

## **Problemformulering**

Globalt sett har kvinnor sämre förutsättningar än männen att ta beslut som rör deras egen kropp. I det svenska samhället möter barnmorskan kvinnor i olika livssituationer. En av barnmorskans uppgifter är att stärka kvinnan i hennes sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter, vilket innefattar kvinnans rätt att bestämma över sin egen kropp, oavsett vilka sociala och kulturella krav som ställs på kvinnan. För att kunna göra detta är det centralt att vara medveten om, samt ha kunskap om de potentiella barriärer som kvinnan möter i vården och samhället. Det finns få studier som belyser vilka barriärer som barnmorskans uppfattar i mötet med kvinnor gällande deras självbestämmande och är således fokus för denna studie.

## **Syfte**

Att undersöka vilka barriärer barnmorskan upplever och uppfattar hindrar kvinnors rätt att bestämma över sin kropp utifrån professionella, sociokulturella och hälsoekonomiska perspektiv.

## **Metod**

### *Design*

En kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats där semistrukturerade intervjuer granskades. Data består av genomförda intervjuer från en tidigare publicerad studie från 2017 med syfte att beskriva hur barnmorskor i Sverige uppfattar att de i sin yrkesroll kan främja kvinnors rätt att bestämma över sin kropp (Chiragli & Larsson, 2017). I föreliggande studie avsåg författarna undersöka om barriärerna beskrivna av Filby et al. (2016) enligt barnmorskornas uppfattningar förekommer i det svenska samhället och drabbar de kvinnor som barnmorskorna möter.

Innehållsanalys är en forskningsmetod för att objektivt och systematiskt kunna beskriva ett fenomen (Elo & Kyngäs, 2008). Enligt Polit och Beck (2012) är deduktiv ansats en process där man använder förutbestämda koncept eller teorier för att granska data. Denna metod tillämpas vanligtvis när forskare vill granska redan befintlig data i ny kontext. I en innehållsanalys ska forskaren objektivt och noggrant granska data ett flertal gånger tills denne känner sig säker på innehållet. Därefter skapas en matris utifrån den teori som forskaren vill testa. Detta innebär att olika kategorier skapas och att data sedan kodas med detta ramverk som bas och övergripande struktur (Elo & Kyngäs, 2008). Matrisen kan vara antingen strukturerad eller ostrukturerad. Med strukturerad matris behålls de ursprungligt framtagna kategorierna genom hela processen och forskaren kan sedan välja att belysa den data som passar in i matrisen, alternativt belysa den data som inte passar in. Den ostrukturerade matrisen innebär att data kategoriseras i enlighet med ramverket men inom de olika kategorierna kan delas upp i underkategorier, skapade under processens gång (Elo & Kyngäs, 2008). I föreliggande studie har en ostrukturerad matris tillämpats.

## ***Urval***

Inklusionskriterierna för datainsamlingen i föreliggande studie var att de tillfrågade hade svensk barnmorskelegitimation, var svensktalande samt arbetade kliniskt som barnmorska vid intervjutillfället. Skriftlig information gavs genom sociala medier och via chefer på förlossningsavdelning, BB-avdelning, gynekologisk avdelning, gynekologisk mottagning och barnmorskemottagning. Informationen vidarebefordrades sedan av cheferna till den personal som uppfyllde inklusionskriterierna. De barnmorskor som uttryckte ett intresse för medverkan i studien fick skriftlig information gällande studiens genomförande, syfte och medgivande för deltagande. Medverkan i studien var frivillig, anonym och deltagarna kunde avbryta sin medverkan när de ville. All data hanterades konfidentiellt. Åtta barnmorskor som överensstämde med inklusionskriterierna och erbjöds att medverka i studien tackade ja.

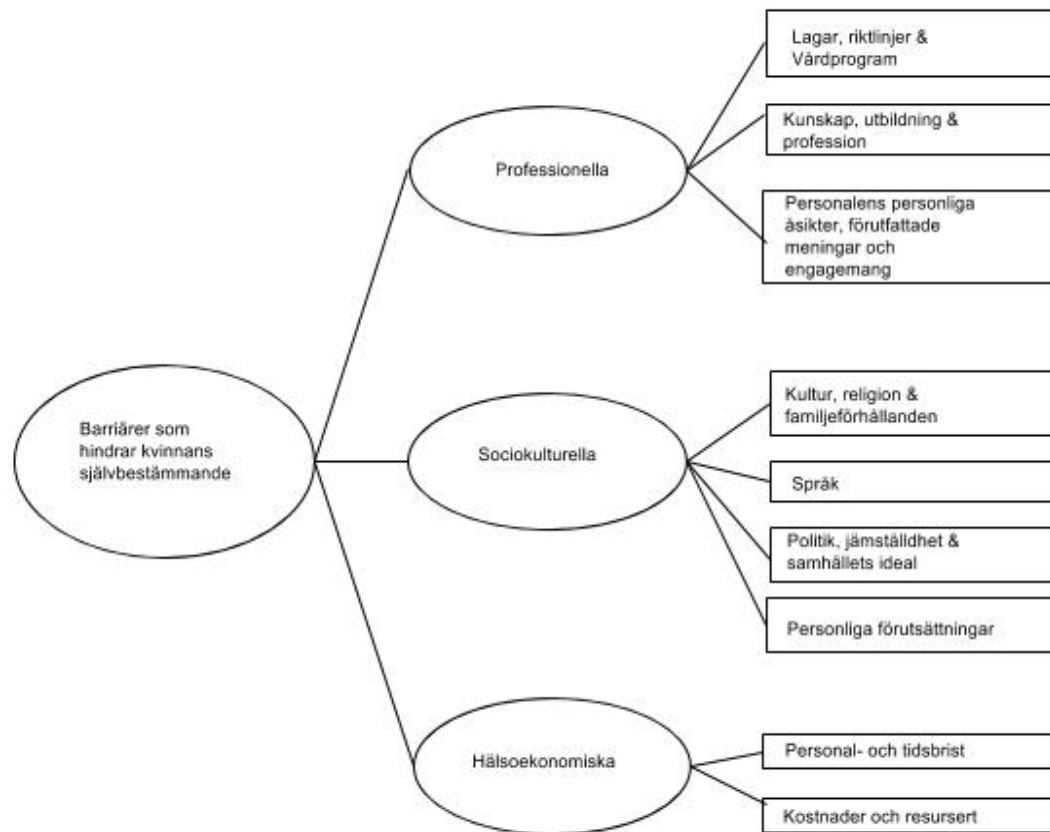
## ***Datainsamling***

Semistrukturerade intervjuer genomfördes under november/december 2016 med åtta barnmorskor verksamma inom gynekologisk vård, abortverksamhet, förlossning och BB, samt mödrahälsovård i en region i Mellansverige. Intervjuerna ägde rum enskilt på informanternas arbetsplats, alternativt på allmän plats enligt informantens önskemål. Utifrån en intervjuguide (Se bilaga 2) ställdes öppna frågor där informanten kunde prata fritt om ämnet som de förutbestämda frågorna gällde. Författarna som genomförde intervjuerna kunde ställa följdfrågor som: ”*Kan du berätta mer om...?*” och ”*kan du ge ett exempel...?*”. Intervjuerna spelades in och transkriberades därefter ordagrant. Författarna till föreliggande studie har tagit del av det transkriberade materialet från denna datainsamling.

## ***Analysmetod***

Den transkriberade data från de semistrukturerade intervjuerna lästes av författarna enskilt ett flertal gånger för att göra sig bekanta med materialet (Polit & Beck 2012). De tre huvudkategorierna tilldelades varsin siffra. Därefter markerades de meningsenheter, det vill säga ord, meningar eller textstycken som ansågs korrespondera med huvudkategorierna med respektive siffra (Polit & Beck, 2012). Subkategorier skapades sedan utifrån genomgripande likheter i meningsenheterna under respektive huvudkategori, se figur 1 (Dey, 1993). All data lästes återigen igenom för att författarna skulle vara överens om subkategoriernas relevans samt korrekt placering av meningsenheterna (Elo & Kyngäs, 2008). Alla identifierade meningsenheter klipptes ut i pappersformat och sorterades i ordning efter respektive

subkategori för att få en tydlig överblick och lättbegriplig bild av materialet. Alla meningsenheter som beskrev barriärer i kvinnans självbestämmande kunde sorteras in under de förutbestämda kategorierna.



Figur 1. Analysprocessen.

### Etiska överväganden

Enligt forskningsetiska principer skall varje forskare överväga om det finns någon etisk problematik med den påtänkta studien och dess genomförandet för att undvika att orsaka negativ påverkan för de inblandade. Forskare ska följa de fyra etiska huvudkraven om information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande (Vetenskapsrådet, 2015). Om en studie kan behöva ett etiskt godkännande skall det genomföras via en forskningsetisk kommitté. Författarna till denna studie har gjort ett etiskt övervägande innan studien påbörjas och bedömer att studien ej behöver granskas via en forskningsetisk kommitté. Data till denna studie bygger på en tidigare genomförd studie där allt material har hanterats konfidentiellt och intervjuresultatet är transkriberat vilket gör materialet anonymt vid granskning. Författarna till denna studie har fått godkännande från författarna till den föregående studien att tillämpa det transkriberade materialet för re-analysering.

Deltagarna i studien har fått information om studiens syfte och tillvägagångssätt av författarna till den tidigare studien. Författarna har sedan fått ett skriftligt medgivande av deltagarna som informerats om att data som samlats in enbart kommer användas i vetenskapligt syfte.

## **Resultat**

Baserat på ramverket "What Prevents Quality Midwifery Care" (Filby et al., 2016) resulterade analysen i nio subkategorier under de tre domänerna professionella, sociokulturella och hälsoekonomiska barriärer. Deltagarnas medelålder var 49 år och den genomsnittliga arbetslivserfarenhet som barnmorskor var 14,8 år. Barnmorskorna var verksamma kvinnor inom gynekologisk vård, abortverksamhet, förlossning och BB, samt mödrahälsovård.

### **Professionella barriärer**

Kategorin professionella barriärer innefattar tre subkategorier. "*Lagar, riktlinjer och vårdprogram*" handlar om hur barnmorskan uppfattar att hen och övrig vårdpersonals skyldigheter hindrar kvinnan att fullt ut ta autonoma beslut. "*Kunskap, utbildning och profession*" handlar om den kompetens som barnmorskan uppfattar saknas i yrkesgruppen, samt att den kunskap som hen besitter ibland står i konflikt med kvinnans beslut. "*Personalens personliga åsikter, förutfattade meningar och engagemang*" beskriver vårdpersonalens agerande och bemötande.

### ***Lagar, riktlinjer och vårdprogram***

Barnmorskan har skyldighet att följa de lagar och riktlinjer som finns. De tillfrågade barnmorskorna upplevde dock att de regler och rutiner som fanns ibland kunde förhindra att kvinnorna kunde bestämma över sin vård. Barnmorskorna upplevde en frustration och vanmakt när de insåg att rutiner och vårdprogram ofta stod i konflikt med vad kvinnan själv ville. En barnmorska beskrev dessutom att det hantverk och kunskap som en barnmorska har inom förlossningsvården kan gå förlorad i all teknik och att den naturliga processen inte får ta plats, vilket kunde inskränka värnandet av en kvinnas önskemål.

*"Jag kände mig ganska snärjd på förlossningen och jag tror att det är ännu hårdare nu. Att det ska vara ännu mer styrt, och då känner jag att då tappar vi ju kvinnans rätt. För det styrs ju av apparater, kurvor eller ett partogram istället för att kanske bara våga vänta, några*

*timmar. Och att den här kvinnan har som önskemål att göra på något särskilt sätt.”*

[Informant 1]

Vid en akut situation beskrev flera barnmorskor att de inte kunde ta hänsyn till kvinnans egen vilja då medicinska skäl tvingade dem till ingrepp eller åtgärder för att undvika allvarliga konsekvenser. Barnmorskorna upplevde att de ibland befann sig i en etiskt situation då kvinnan uttryckte att hon verkligen inte ville en specifik sak, men att barnmorskan då fick gå emot detta då det handlade om liv och död. Flera barnmorskor beskrev detta som en känsla av övergrepp mot kvinnan, till exempel vid situationer som klipp, sugklocka och akut eller urakut kejsarsnitt.

*”Under en förlossning kan det ju vara svårt... kvinnan kan säga ” nej, nej, jag vill inte mer” och så gör man det i alla fall för att man måste få ut barnet, då får man säga till ”nu måste jag göra det här”, och där kan man ju ibland känna själv att det känns som ett övergrepp”*

[Informant 8]

Vidare uppfattade barnmorskorna ibland att kvinnan hade begränsningar i valmöjligheterna av sin vård då medicinskt underlag ej fanns, om de till exempel ville ha planerat kejsarsnitt eller igångsättning av förlossning, samt val av någon specifik behandling.

Barnmorskorna konstaterade att lagar och regler har en korrekt juridisk och vetenskaplig grund men insåg att de kunde resultera i att kvinnorna inte hade fullständig rätt till sin egen kropp, som till exempel i abortsituationer där den övre veckogränsen är nådd.

*”Ett hinder jag menar med det självklart, det här med juridiken, alltså när det gäller abort att det kommer plötsligt till en gräns från en vecka till en annan, att ha rätt att bestämma (själv) om aborten”* [Informant 6]

### ***Kunskap, utbildning och profession***

Barnmorskorna uppfattade att det var varierande kvalitet och kvantitet på den information kvinnorna fått från sjukvården, vilket kunde medföra att de inte visste om vilka valmöjligheter de hade. Detta troddes bero på bristande kunskap hos barnmorskor och annan vårdpersonal gällande vad som får rekommenderas och vilka val som finns inom det specifika området eller regionen. Detta kunde till exempel gälla preventivmedel och fosterdiagnostik.

En annan barriär som beskrevs var konsten att samtala om sex och samlevnad. En barnmorska uppfattade att många barnmorskor inte tordes ta upp frågor gällande till exempel sex och samliv, vilket hon trodde hindrade kvinnorna att få tillgång till korrekt information och stöd.

*”vi pratar väldigt lite om sex i mötet med kvinnor. Fast vi är barnmorskor så är vi inte alls så bra på det. Så att ställa direkta frågor är också ett sätt att nå ut tror jag. Det är jätteviktigt att faktiskt aktivt ta upp den frågan för där finns så mycket av kvinnans rätt att bestämma över sin egen kropp som vi bara luddar runt i stället för att prata om.”* [Informant 5]

Även om det fanns en förståelse för kvinnans specifika önskemål, så måste barnmorskorna utgå ifrån sin egen kunskap i vården av kvinnan. Barnmorskorna kände att detta kunde begränsa kvinnans valmöjligheter. Ibland upplevde barnmorskorna att det kunde vara en fin balans mellan att ge stöd och råd utan att få kvinnan att känna sig tvingad att tillämpa dem. Samtidigt beskrev barnmorskorna en viss frustration när deras rekommendationer ej följdes av kvinnorna, då de visste att det fanns vetenskapligt stöd som stärkte dessa.

### ***Personalens personliga åsikter, förutfattade meningar och engagemang***

Flera barnmorskor insåg hur de själva hade förutfattade meningar och var styrda av normer i sitt förhållningssätt vilket bland annat begränsade hur de och annan vårdpersonal formulerade frågeställningar och gav information.

*”Jag tror att vi inom vården måste tänka på våra normer, hur vi är, vi är otroligt heteronormativa och vi på kvinnokliniken måste våga ställa direkta frågor, lite obekväma frågor, till exempel om våld, då menar jag inte bara fysiskt, men sexuellt, psykiskt, ekonomiskt och så.”* [Informant 3]

Vid till exempel abortsituationer men också vid tillfällena då kvinnan var av utländsk härkomst och inte kunde tillgodogöra sig information, kunde barnmorskorna uppleva att informationen uteblev på grund av bristande engagemang från vissa kollegors sida. Barnmorskorna såg även att andra fördomar förekom bland kollegor som ibland kunde kränka kvinnans självbestämmande.

*”Jag har till och med stött på läkare med fördomar om när någon ska göra abort”* [Informant 2]



En barnmorska medgav att hon själv inte längre hade orken att driva varje kvinnas rätt till självbestämmande i varje situation, då hon jobbade heltid och har blivit äldre. I en hårt pressad arbetsmiljö kände hon att det ibland fick prioriteras bort.

*” Men att orka göra sånt (arbeta för kvinnans rättigheter) då när man jobbar heltid, det är ganska svårt... För min egen del också, man orkar ju inte för att man ska må bra.”*

[Informant 2]

### **Sociokulturella barriärer**

Huvudkategorin innefattar subkategorier som är sammanflätade med varandra men som i detta sammanhang kan skiljas åt på grund av specifika egenskaper. Subkategorierna är *”Politik, jämställdhet och samhällets ideal”*, *”Kultur, religion och familjeförhållanden”*, *”Språk”* samt *”Personliga förutsättningar”*.

#### ***Politik, jämställdhet och samhällets ideal***

Flera barnmorskor uppmärksammade att vi alla styrs och påverkas av de politiska strömningar som finns i samhället och de politiska beslut som tas. De uttryckte sin oro över den utveckling som sker världen över angående till exempel aborträtten, vilket de uppfattade som inskränkningar för kvinnans rättigheter.

*”...viktigt att vi fortsätter erövra ställningstagande till rätten till fri abort eftersom det är så mycket konservativa krafter som vill ta bort dem och faktiskt gör det rent lagmässigt och här i Sverige finns ju också en del strömningar som är emot kvinnans rätt till fri abort.”* [Informant 5]

Barnmorskorna återkom i stor utsträckning till ämnen som rör jämställdhet mellan könen, och mer specifikt till saker som rör den allmänna kvinnosynen där den kvinnliga sexualiteten inte är lika accepterad och viktig som den manliga. En barnmorska nämnde att det inte alltid är självklart att en kvinnas nej är respekterat när det gäller samlag. Hon tyckte dessutom att männen har förtur till vården.

*”...det att många kvinnor som får vänta så förbannat länge på att få hjälp, för att det inte finns tid och pengar. Få män skulle väntat så länge för att bli undersökt varför man har ont i penis vid samlag. Men kvinnor får göra det, om hon nu också haft förmåga att ta stegen och söka hjälp.”* [Informant 3]

Flera barnmorskor tyckte att samhällets ideal påtvingade normer på kvinnorna, som de förväntades följa och därför begränsades i deras valmöjligheter. Det kunde handla om hur kvinnorna skulle klä sig och se ut, samt vilka beslut om sin kropp som är ”rätt” att fatta. Barnmorskorna kände att kvinnorna blev påverkade av bland annat medias kroppsideal och pornografi i hur de skulle agera sexuellt, och att det då handlade mer om att kvinnan fanns till för att behaga mannen.

*”Ja men det här med kvinnans ideal. Att man ska vara så smal och snygg.”* [Informant 2]

*”För en del kvinnor har föreställning, en idévärld, så här om man pratar om sex, man har en föreställning hur sex ska vara, hur ofta man ska ha sex, samlag, för det är också det som mycket tas i median, hur man ska ha samlag, att man ska ha lust o såna saker.”* [Informant 3]

### ***Kultur, religion och familjeförhållanden***

Barnmorskorna kunde ibland se att det uppstod konflikt mellan kvinnan och hennes partner gällande beslut rörande vården av kvinnan. Även om barnmorskorna kunde förstå partnerns perspektiv så värnade barnmorskorna först och främst om kvinnans rätt att själv bestämma över sin kropp och vård. Barnmorskorna uppfattade även att en kvinnans kulturella bakgrund samt samhällets kvinnosyn och normer kunde påverka hennes valmöjligheter.

*”Jag tänker, att vi tror att vi bestämmer så mycket över sin egen kropp men vi är så styrda över vår omgivning, och då tänker jag inte precis på vår närmaste utan den kontexten vi lever i, att den styr oss otroligt mycket fast vi inte är medvetna om det.”* [Informant 3]

De kvinnor som kom från andra kulturer och hade religiös tro ansågs av barnmorskorna vara mest begränsade i sitt självbestämmande. Det kunde vara starka åsikter från familj och anhöriga som påverkade kvinnan, så som vid abort, omskärelse, samt preventivmedel och familjeplanering. Just abortsituationen nämndes ofta av barnmorskorna där de beskrev att kvinnorna var tvungna att göra abort eller införskaffa preventivmedel i smyg, alternativt genomgå en graviditet mot sin vilja då de annars kunde finnas en risk för utanförskap eller i värsta fall bli dödad. Barnmorskorna uppfattade att det också förekom att dessa kvinnors anhöriga förde kvinnans talan under till exempel en förlossningssituation och ”pratade över huvudet” på henne samt att familjens och anhörigas åsikter gick före kvinnans.

*”...kvinnor från andra kulturer och länder med helt annan syn på saker och lagar också, och enligt svensk lag så har de rätt men inte enligt familjelagen och kulturlagen och den är oftast starkare, för kvinnan blir direkt drabbad om hon inte lyder den.”* [Informant 3]

I många vårdmöten kände barnmorskorna att kvinnans anhöriga, specifikt mannen, stod i vägen för kvinnans självbestämmande. Barnmorskorna uppfattade ibland att om kvinnan var av invandrarbakgrund och hade svårigheter med det svenska språket var kvinnans man ofta med under vårdtillfället för att agera som tolk. Barnmorskorna uppfattade att han på så vis kunde styra vilken information som kvinnan skulle få ta del av. Barnmorskorna upplevde stundvis att de var begränsade i sitt arbete och att de inte kunde ställa vissa frågor när mannen var med.

*”Man kanske är beroende av tolkar, av sina familjemedlemmar, som ska tolka, de är beroende av vad familjemedlemmar anser sig tycka är lämpligt för en kvinna att säga ”ja eller nej” till. Alltså hur mycket vi än frågar ”vill du?” och erbjuder, så upplever jag att de har tryck på sig från ett annat håll.”* [Informant 6]

Barnmorskorna kunde också uppfatta att partnern eller anhöriga till kvinnor med annan kulturell bakgrund ibland hade en misstro mot barnmorskans profession. De kunde se barnmorskan som ett hot och tro att hen inte hade goda avsikter. Barnmorskorna upplevde då att de i större utsträckning behövde bevisa sina kunskaper och avsikter innan hen på riktigt fick tillåtelse att närma sig kvinnan.

Ett annat problem som barnmorskorna ibland upplevde var att de visste att kvinnan hade önskemål utifrån sin tro som vården tyvärr inte kunde tillgodose på grund av medicinsk eller administrativ orsak, till exempel om kvinnan inte ville ha en manlig läkare.

Det fanns tillfällen då barnmorskorna kom i kontakt med väldigt unga kvinnor och då kunde känna att familjen gick in och tog beslut åt henne och där hade hon inte samma möjlighet att bestämma själv över sin kropp på grund av sin ålder.

*”Det klart för unga personer vid abort, det kan ju också vara påtryckningar och förväntningar från familjen, vilket stöd de har, bestämma själv när man är 15 år. Vilka möjligheter har man då?”* [Informant 6]

### ***Språk***

Barnmorskorna upplevde att de kvinnor som hade språksvårigheter hade mindre utrymme att kunna ta informerade beslut som rörde dem själva. Dels för att barnmorskorna ibland kände att de inte kunde nå fram med all information eller enkla ja och nej-frågor men också för att de kände osäkerhet kring vilken information som tolken förde vidare. Även om en professionell tolk tillämpades upplevde barnmorskorna ibland att information inte framkom ordentligt.

*”... Och man vet inte vilket förtroende den här kvinnan känner för en och det är en annan aktör med som tolkar för kvinnan, man vet inte vad, vad säger tolken, det vet jag faktiskt inte.”* [Informant 5]

På grund av tidsbrist eller brist på professionell tolk, kunde ibland anhöriga användas som tolkar även fast barnmorskorna visste att det fanns en risk att informationen förvrängdes eller att information kunde utebli.

### ***Personliga förutsättningar***

Barnmorskorna uppfattade att den enskilda individens sociala förmågor ibland var avgörande för att kvinnans vilja skulle bli respekterad i vården. Kunde kvinnan föra sin talan om önskemål så hade hon större chans att få dem genomförda samt att kunde protestera när hon kände sig förbisedd. I en vårdsituation där kvinnan var allvarligt sjuk eller hade svårigheter att förmedla sig så hade hon minskad chans att få igenom sin vilja.

*”Men jag tror att man får kanske kämpa för det (att få sin vilja igenom) och då är det frågan om vilka som orkar kämpa, vilka som är mer verbala.”* [Informant 6]

Barnmorskorna uppfattade att kvinnornas kunskap ibland kunde bli en barriär eftersom många kvinnor idag är så välutbildade och välinformerade att de ställer orimliga krav på sjukvården. En barnmorska uttryckte att vissa kvinnor förstör för sig själv då de ställer krav som inte går att genomföra rent medicinskt, tekniskt eller personalmässigt.

*”... och den här kvinnan har som önskemål att göra på ett särskilt sätt... Samtidigt som kvinnorna kräver en säker förlossningsvård så det är ju en svår avvägning. Man kräver det, men då vet man ju inte vad man kräver.”* [Informant 1]

Några barnmorskor uttryckte att okunskap och folkstro, kunde missleda kvinnorna och begränsa deras möjligheter att bestämma över sin egen kropp. En barnmorska ansåg att vissa

kvinnor hade svårt att tillgodogöra sig av informationen relaterat till bristande förkunskap eller nedsatta kognitiva förutsättningar

*”om du är ung eller har något speciellt behov så, ADHD eller Asperger eller så, den gruppen ökar ju... Jag menar, en normalbegåvad kvinna ka ju ta emot mer information”* [Informant 7]

Barnmorskorna upplevde även att kvinnans individuella ekonomiska förutsättningar kunde hindra henne från att bestämma över sin situation fullt ut. Till exempel kunde det gälla beslutet att genomgå en abort på grund av att kvinnan hade svårt att klara den ekonomiska påfrestningen som ett barn innebär.

### **Hälsoekonomiska barriärer**

Hälsoekonomi handlar om vårdorganisationens prioriteringar och resurser. Kategorin innefattar subkategorierna *Personal- och tidsbrist* samt *Kostnader och resurser*.

#### ***Personal- och tidsbrist***

Barnmorskorna uttryckte att bristande tid med kvinnorna ledde till att de inte hann känna in och tillgodose kvinnans alla behov i vårdmötet och ge tillräckligt med information för att kvinnan skulle veta sina rättigheter och kunna göra ett informerat val. På grund av tidsbrist och stressad personal fanns en risk att barnmorskan till slut inte orkar bry sig om kvinnan i det långa loppet.

*”Gränserna är skarpa för hur och med vad vi ska jobba. Och det står i bjärt kontrast till hur vi skulle behöva arbeta för att nå individen, personen”* [Informant 5]

Flera barnmorskor efterfrågade en mer individuellt anpassad vård där möjlighet finns att ge mer tid och utrymme till de kvinnor som behöver det. Barnmorskorna upplevde att sjukvården är väldigt styrd och generaliserande där alla ska få samma tid och vård trots olika personliga behov. Till exempel kan en kvinna med språkbarriär behöva mer tid gentemot en svensktalande kvinna. Barnmorskorna ansåg att det är viktigt att kvinnorna får den tid de behöver i vårdmötet för att säkerställa att informationen gått fram och att kvinnan får möjlighet att ta informerade beslut angående sin egen kropp.

*”Så där skulle man ju behöva satsa oerhört mycket på längre tid och flera besök och mer information om hur vi är skapta och vilka rättigheter vi kvinnor har i det här landet tycker jag.”* [Informant 5]

### ***Kostnader och resurser***

Barnmorskorna upplevde att brist på resurser inom organisationen begränsade kvinnornas valfrihet och i förlängningen också deras rätt till självbestämmande. Det uppmärksammades också att det fanns skillnader på var i landet kvinnorna bodde gällande resurser och alternativ och att små möjligheter fanns att söka sig till andra vårdgivare. De beskrev att många av de alternativa klinikerna har stängts ner och få kliniker utöver sjukhusen finns kvar.

*”ja vad gäller förlossningar, det vore fantastiskt kul om vi fick fler alternativ och det är ju så sorgligt med klinker som läggs ner i Stockholm som har stått för det här.”* [Informant 5]

Barnmorskorna ansåg att det är mindre prioriterat med kvinnosjukvård än övrig vård och att kvinnor får vänta längre på vård och har färre alternativ gällande sin vård. En barnmorska upplevde att sjukvårdens rationaliseringar kan innebära en begränsning för kvinnorna när det gäller att bestämma över sin vård, som till exempel att få stanna kvar på sjukhuset efter en förlossning där allt har varit normalt medicinskt sett.

*”Det enda val man har är att gå på tidig hemgång om barnet har sugit och allt har gått bra, och mamman är frisk och inte äter några mediciner och sådär.”* [Informant 7]

För en kvinna med specifika önskemål om sin vård, uppfattade en barnmorska att kvinnans möjligheter var begränsade, även om hon hade vilja att betala för den, på grund av det svenska vårdssystemet.

*”Sen vet jag också att resurserna är begränsade inom sjukvården men man borde kunna få hjälp även utanför de här ramarna om man är beredd att betala.”* [Informant 5]

## **Diskussion**

### **Sammanfattning av huvudresultat**

Denna studies syfte var att undersöka vilka *professionella, sociokulturella och hälsoekonomiska* barriärer barnmorskor upplever och uppfattar hindrar kvinnors rätt till att bestämma över sin kropp.

Ur det *professionella* perspektivet upplevde och uppfattade barnmorskorna att de lagar och riktlinjer vårdpersonalen var ålagda att följa, var den största barriären för kvinnors

självbestämmande. Även personalens personliga åsikter och kunskapsbrist uppfattades ibland begränsa kvinnors valmöjligheter.

Utifrån det *sociokulturella* perspektivet framkom det att barnmorskorna upplever och uppfattade det svenska samhällets rådande normer och ideal som påverkande och begränsande för kvinnor i deras självbestämmande. Dock dominerades kategorin av barnmorskorna uppfattningar av att en annan kulturell bakgrund var ett av de största hindren för kvinnans självbestämmande på grund av starka patriarkala strukturer i kvinnans kulturella sammanhang. Språk och politiska strömningar samt personliga och ekonomiska förutsättningar ansågs också kunna begränsa kvinnors möjligheter att ta autonoma beslut.

Det *hälsoekonomiska* perspektivet berörde barnmorskors upplevelser och uppfattningar om att tid-, personal- och resursbrist inverkar negativt på kvinnans valmöjligheter i vården.

Barnmorskorna uppmärksammade att den allmänna vårdorganisationens uppbyggnad kunde hindra kvinnors möjlighet till val av vård.

## **Resultatdiskussion**

### ***Professionella barriärer***

Ur ett professionellt perspektiv framkommer i föreliggande studie att barnmorskorna uppfattar att de lagar och riktlinjer de måste följa ibland hindrar kvinnan att fullt ut kunna ta beslut om sin kropp och vård. Trots denna medvetenhet kände barnmorskorna en djupare skyldighet att följa vetenskapligt belagda riktlinjer, etablerade för kvinnans medicinska säkerhet, än att prioritera kvinnans autonomi.

Enligt den internationella etiska koden är barnmorskan både skyldig att utföra en medicinskt säker vård samtidigt som hen värnar om kvinnans rätt till ett eget val gällande sin vård (International Confederation of Midwives, 2014). Detta kan resultera i ett etiskt problem för barnmorskan. När kvinnan har specifika önskemål om sin vård eller förlossning som inte kan tillgodoses, upplever barnmorskorna i föreliggande studie ibland att de utför ett övergrepp gentemot kvinnan vilket kan medföra ett moraliskt dilemma. Detta beskrivs även i en studie utförd i Storbritannien där barnmorskor upplevde en känsla av ambivalens, stress och oro när kvinnorna valde att fatta beslut som inte korresponderade med gällande riktlinjer och rutiner. Samtidigt kunde vissa av barnmorskorna i samma studie uppleva att det var positivt att

kvinnorna värnade om sitt självbestämmande och att barnmorskorna kunde hjälpa dem genom att företräda kvinnornas åsikter (Thompson, 2013).

Enligt Declercq et al. (2013) är bristande information en av de största anledningarna till att kvinnor känner sig utsatta i vårdmötet, specifikt i förlossningssituationer. En kvinnas upplevelse under graviditet och förlossning kan påverka hennes psykiska och fysiska hälsa och välbefinnande i ett långsiktigt perspektiv (White Ribbon Alliance, 2010). Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) är det vårdpersonalens skyldighet att ge patienten relevant och individanpassad information i vårdsituationen. Detta innefattar det förväntade vård- och behandlingsförloppet samt risker för komplikationer och biverkningar. Barnmorskan måste arbeta för att skapa en vård där kvinnan kan känna delaktighet och trygghet, vilket bidrar till en positiv vårdupplevelse. Patienter som fått information upplever en större känsla av sammanhang och förståelse för sin situation (Antonovsky, 1991; Borghei et al., 2016). För att överkomma barriären som lagar och riktlinjer kan utgöra för kvinnans självbestämmande bör barnmorskan tillgodose kvinnans behov av information rörande hennes vård samt fokusera på att belysa de valmöjligheter hon har i situationen.

Vidare uppfattar barnmorskorna att brist på kunskap inom barnmorskekåren och andra vårdyrken påverkar kvinnornas möjlighet till informerade val och optimal vård. Det är viktigt att vårdpersonal vågar och har kunskap för att ta upp frågor gällande kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa för att på så vis kunna stärka kvinnan och ge henne de verktyg som behövs för att ta egna beslut om sin kropp och sin vård (D'Souza et al., 2013). Sexualitet är ett komplext och tabubelagt ämne som ofta undviks. Särskilt svårt kan det vara att ta upp frågor angående sexuell läggning eller annan kulturell bakgrund för att på så vis riskera att blotta sin egen okunskap. Barnmorskor och övrig vårdpersonal måste ha organisationens stöd och resurser för att kunna utveckla sin kunskap och förbättra sin kommunikationsförmåga för att kunna ta upp svåra och tabubelagda ämnen (Wendt, Marklund, Lindell, Hildingh & Westerståhl, 2011).

Barnmorskeyrket kan vara emotionellt påfrestande och det framkommer i Wendt et al's (2011) studie att barnmorskor upplever en brist på utbildning och tydliga riktlinjer angående



känslomässigt svåra situationer. Det finns ofta medicinska riktlinjer som tydligt styr hur barnmorskan ska agera, medan det finns brister i information kring hur barnmorskan ska hantera och ta upp svåra frågor om till exempel sexualitet och livssituation. Barnmorskan behöver verktyg för att kunna bemöta svåra frågeställningar, och för att få kraft att utöva sin profession ur ett långsiktigt perspektiv (Wendt et al., 2011). Det framkom i föreliggande studie att vissa barnmorskor som arbetat länge, inte längre orkade kämpa för kvinnan i alla lägen. En förändring inom organisationen är nödvändig för att hjälpa vårdpersonal, och däribland barnmorskor för att öka sin kompetens gällande kvinnofrågor och öka personalens känsla av att kunna utföra ett tillfredsställande arbete (Utriainen & Kyngäs, 2009). Att ha fasta rutiner för vårdpersonal där ”obekväma” frågor ställs till alla kvinnor, kan göra att tabubelagda ämnen avdramatiseras och minskar känslan av skam och rädsla för både personal och patienten (Laisser, Nyström, Lindmark, Lugina & Emmelin, 2011).

### ***Sociokulturella barriärer***

Brist på jämställdhet mellan könen genomsyrar hela den sociokulturella aspekten i likhet med det underliggande ramverket (Filby et al., 2016), trots skilda kontexter. I föreliggande studie framkom uppfattningen om att en förminskande kvinnosyn påverkar kvinnans valmöjligheter.

I ett flertal svenska studier menar barnmorskor att patriarkala strukturer är starkare inom vissa invandrarkulturer (Akhavan, 2012; Arousell, Carlbom, Johndotter, Larsson & Essén, 2017). Många kvinnor med invandrarbakgrund har dessutom ytterligare barriärer på grund av språkförbistring samt kulturella olikheter och traditioner. I en svensk studie genomförd av Akhavan (2012) framkom det att barnmorskor uppfattade att just språkbarriären kan bidra till att information kan förvrängas eller utebli. Det kan även göra att kvinnan kan ha svårigheter eller undviker att söka vård över huvud taget, samt har svårigheter att etablera ett förtroende för vårdgivaren. Att använda sig av professionella tolkar, skriftligt översatt material och bildstöd kan vara sätt att minska språkbarriären och ge fullgod information (Akhavan, 2012).

Det är viktigt att i så stor utsträckning som möjligt respektera kvinnans kulturella och religiösa traditioner. I de fall där detta ej är möjligt är det av stor vikt, att kvinnan informeras om anledningen bakom. Barnmorskorna i denna studie uppfattade att kvinnorna de möter som

har en annan kulturell bakgrund oftare var styrda av sin familj eller av sin man i konkreta beslutstaganden, vilket tidigare beskrivits på liknande sätt av Arousell et al. (2017). I linje med Elmerstig et al. (2008) uppfattade barnmorskorna i föreliggande studie att kvinnor med svensk bakgrund däremot styrdes av en övergripande kvinnoförtryckande samhällssyn i form av normer och ideal. Barnmorskorna i föreliggande studie uppfattade att en kvinna med invandrarbakgrund ofta hade fler och mer omfattande faktorer som hindrade hennes självbestämmande. Den svenska kulturen som barnmorskorna själva levde i ansågs däremot i mindre utsträckning som hindrande. Att det är lättare att uppmärksamma problematik i en främmande kultur gentemot det egna sammanhanget, är ett fenomen som beskrivs av Arousell et al. (2017) i en studie bland svenska barnmorskor.

Enligt Van Herk, Smith och Andrew (2011) ställer vårdmötet krav på vårdpersonalens kompetens och förståelse för intersektionalitet. Detta innebär att en individs identitet och uttryck består av flera samverkande strukturer, som till exempel kön, etnicitet, ålder, sexualitet, socioekonomi, trosuppfattning och tidigare erfarenheter. Dessa strukturer och egenskaper överlappar och förstärker varandra, vilket skapar en helhet (Van Herk et al., 2011). För ett gott vårdmöte är det viktigt att som vårdpersonal och medmänniska förstå denna komplexitet, och inte lägga fokus på enbart en enskild aspekt såsom exempelvis etnicitet, samt att förstå att en individ inte hör till endast en enhetlig och statisk grupp. Att som vårdpersonal själv inse att man är en del av en kulturell kontext och formad av dess normer och ideal och att detta präglar sättet att bedöma andras livssituation och beslut är viktigt. Förmågan att tänka utanför dessa ramar krävs för att kunna ge lika vård för alla individer (Van Herk et al., 2011). Enligt Arousell (2017) måste vårdpersonal för att få ett så objektivt förhållningssätt som möjligt se kritiskt på vad de själva uppfattar som "problem" och ställa sig frågorna: *Varför tycker jag att det är ett problem, vad är det problemet egentligen handlar om och för vem är det ett problem?*

Sociala aspekter är bidragande faktorer till ojämställdhet i samhället. Sämre förutsättningar inom de här områdena innefattar ofta en lägre kunskaps- och utbildningsnivå (Folkhälsomyndigheten, 2016), vilket barnmorskorna i denna studie uppfattade kunde påverka kvinnans beslutsfattande. Att kvinnor som är välutbildade ställer krav kan förhoppningsvis bidra till att organisationen fortsätter att förändras och förbättras för att möta människors

behov. Det ställer även krav på vårdpersonalen att fortsätta utöka sin kunskap och kompetens. För att öka jämställdheten och kvinnors självbestämmande behövs förändring på en individuell och samhällelig nivå, både nationellt och globalt. Trots den positiva utveckling som förekommit det senaste århundradet angående kvinnors rätt, så har strömningar de senaste åren bidragit till inskränkningar gällande kvinnors rättigheter (Europarådet, 2017). Politiska beslut som främjar kvinnors rättigheter måste tas för att förändringar ska ske. Det är viktigt att jämställdhet mellan könen diskuteras i tidig ålder, och ett tillvägagångssätt att nå ut med detta kan vara genom skolans sex- och samlevnadsundervisning.

### *Hälsoekonomiska barriärer*

Barnmorskorna i föreliggande studie efterfrågar mer resurser till kvinnosjukvården. Det gäller allt från grundbemanning till ökad tid för varje enskild patient. Enligt Kääriäinen och Kyngäs (2010) har vårdpersonal beskrivit att bristen på tid påverkar kvaliteten och kvantiteten på patientinformationen, vilket även barnmorskorna i föreliggande studie uppfattade. Det framkommer i en svensk studie från 2010 att vårdpersonalen upplevde att brist på tid resulterade i att patienter inte inkluderades i sin vård i samma utsträckning som de ville. Även patienterna som tillfrågades i studien upplevde att stressad vårdpersonal inte var lika lyhörd för deras önskemål och behov (Höglund, Winblad, Arnetz & Arnetz, 2010). Pressen på att hålla ner kostnader och krav på ökad effektivitet hos vårdpersonalen kan leda till stress och dåliga arbetsförhållanden, samt att patientens behov ej tillgodoses.

Utifrån hälsoekonomiska uträkningar skapas struktur för hur vårdpersonal ska arbeta för kvalitetssäkring och kostnadseffektivitet. Barnmorskorna i föreliggande studie upplevde ibland denna struktur som begränsande, vilket även framkommer i Bahtsevani, Willman, Stoltz och Östman's (2010) studie där upprättade föreskrifter ansågs kunna begränsa vårdpersonalens egna kritiska tänkande och självständighet. Tyngdpunkten i Bahtsevani et al's (2010) studie ligger dock på de positiva aspekterna med upprättandet av strukturerade riktlinjer, då det säkrar vetenskapligt baserad vård med fokus på patientsäkerhet. Detta anses ge ökad kunskap och självförtroende hos vårdpersonalen samt ger en kostnadseffektiv vård.

I Sverige investeras sedan 2016 mer pengar i förlossningsvården för att till exempel öka bemanningen, minska förlossningsskador, erbjuda kostnadsfria preventivmedel för unga kvinnor, samt öka kunskapen om kvinnosjukdomar. Det är önskvärt med personcentrerad vård, med fokus på respekt och patientens självbestämmande (Regeringen, 2015). Personcentrerad vård kan enligt svensk forskning öka patienters deltagande i vården och patientens känsla av självbestämmande, samt bidra till en mer kostnadseffektiv vård (Svanström, Andersson, Rosén & Berglund, 2016; Sahlen, Boman & Brännström, 2016). Regeringens åtgärder skall utvärderas inom de närmaste fem åren. Däremot saknas i detta åtgärds paket, åtgärder som ser till att kvinnan har tillgång specifikt till kvinnosjukvård. Det framkom i föreliggande studie att barnmorskorna uppfattar att kvinnosjukvården inte prioriteras i samma utsträckning som männens vård. I en kanadensisk studie genomförd 2015, upplevde kvinnliga patienter oftare än män att de inte fick tillgång till sjukvård när de kände ett behov av det (Sociás, Koehoorn & Shoveller, 2015).

Det är tydliga skillnader på tillgången till vård, beroende på var i Sverige en individ bor (Socialstyrelsen, 2017a; Näverlo, Carson, Edin-Liljegren & Ekstedt, 2016). Det har även framkommit att den medicinska säkerheten på förlossningsvården varierar beroende på var i landet den gravida kvinnan bor (Socialstyrelsen, 2017b). Fler och fler kvinnokliniker läggs ner på grund av brist på personal, resurser och en ständig strävan efter att kostnadseffektivisera vården, i likhet med vad som beskrivs av Avdic (2016). I Stockholm har alternativa kliniker avvecklats och de kvarvarande klinikerna blir överbelagda och personalen överarbetad vilket orsakar en ohållbar arbetssituation för barnmorskor. I glesbygden får födande kvinnor längre avstånd till närmsta förlossningsklinik när avdelningar läggs ned utan att nya etableras. Att akutvårdsverksamheter läggs ned kan påverka patientsäkerheten (Avdic, 2016).

### **Metod- och etikdiskussion**

Syftet med studien var att undersöka vilka barriärer barnmorskan uppfattar hindrar kvinnor att bestämma över sin kropp utifrån professionella, sociokulturella och hälsoekonomiska perspektiv. Studien är av kvalitativ metod vilket enligt Backman (2016) kan tillämpas för att beskriva hur en individ uppfattar, upplever och tolkar en situation utifrån sina erfarenheter och kunskaper. Författarna valde att genomföra en studie utifrån en deduktiv ansats på redan

befintlig kvalitativ data, för att testa om ramverket baserat på Filby et al's studie från 2016, är tillämbart på ett material om barnmorskors upplevelser och uppfattningar om barriärer för kvinnors självbestämmande över sina kroppar.

Att tillämpa Filby et al. (2016) som ramverk för denna studien kan diskuteras då ramverket bygger på studier genomförd i låg- och medelinkomstländer med fokus på barriärer barnmorskan möter i sitt arbete. Filby et al's (2016) studie kan fungera som en vägledning för vilka aspekter som kan fokuseras på gällande barriärer inom fältet sexuell- och reproduktiv hälsa, vilket är barnmorskans arbetsområde. Författarna till föreliggande studie ansåg att huvudkategorierna i Filby et al's (2016) studie dock behövde modifieras för att tillämpas i ett höginkomstland som Sverige. Detta kan kritiseras då de tre ursprungliga kategorierna ännu inte testats konkret för att se om de går att tillämpa även i Sverige i sin ursprungliga form. Ramverkets fokus byts även från att ha barnmorskan i fokus till att undersöka vad barnmorskans uppfattar att kvinnor har för barriärer angående självbestämmande kring sina egna kroppar.

Att använda redan befintlig data tror författarna bidrar till ökad objektivitet, då intervjuerna från början är genomförda med ett annat men närliggande syfte i åtanke. Syftet i föreliggande studie kunde besvaras med hjälp av befintlig data, dock hade det möjligtvis blivit mer uttömmande svar om frågor hade ställts utifrån denna studies specifika syfte. Med en deduktiv ansats finns risk att viss data som inte faller inom ramverket sorteras bort (Elo & Kyngäs, 2008). Författarna till den föreliggande studie kunde dock placera in *alla* meningsenheter som tolkades innehålla barriärer i någon av de tre huvudkategorierna. Detta stärker att de tre modifierade huvudkategorierna går att tillämpa i denna kontext.

Innehållsanalys kan användas för att beskriva ett fenomen, kondenserat ur en större kontext. För att en innehållsanalys skall anses trovärdig ska den enligt Elo och Kyngäs (2008) vara tillförlitlig, giltig och överförbar. Med tillförlitlighet menas det att analysen är utförd på ett tillvägagångssätt som svarar på studiens syfte, vilket författarna till denna studie tillgodosåg genom att analysera data var för sig och sedan tillsammans granska att analyserna överensstämde. Med giltighet menas att tillräckligt med data finns för att kunna svara på

studiens syfte. Citat används i texten för att stärka studiens trovärdighet (Elo & Kyngäs, 2008). Författarna till den föregående studien (Chiragli & Larsson, 2017) utförde åtta intervjuer vilket ansågs vara tillräckligt för att svara på den föreliggande studies syfte. Då generaliserbarhet ej eftersträvas i en kvalitativ studie kan ej heller resultatet förväntas vara generaliserbart. Däremot har denna studies överförbarhet säkerhetsställt genom att analysmetoden beskrivits detaljerat, för att studien skall kunna replikeras och användas återigen i en liknande kontext.

Att beskriva hur *barnmorskan* upplever och uppfattar att kvinnor hindras i sitt självbestämmande kan problematiseras då det blir en andrahandsreferens. En positiv aspekt med detta är att kunna få en utomståendes perspektiv, då det är svårt att se problemen i sitt eget sammanhang. En negativ aspekt är att barnmorskan själv påverkas av sin egna sociala kontext, kunskap och normer. Dock ska de intervjuade barnmorskorna tillskrivas förståelse för det kvinnliga perspektivet, i egenskap av att själva vara kvinnor.

Författarna i denna studie gjorde ett etiskt övervägande innan studien påbörjades. En genomgång av den föregående studien genomförd av Chiragli och Larsson (2017) avseende datainsamlingsmetod och etiskt övervägande har utförts för att säkerställa att den är genomförd på ett etiskt försvarbart sätt. Konfidentialitet av data har iakttagits av föregående författare vilket stärks, då informanterna förblir helt anonyma för författarna till denna studie. Informanterna var väl informerade om studien och att data skulle tillämpas i vetenskapligt syfte, vilket även motiverar re-analys ur ett annat vetenskapligt perspektiv.

## **Slutsats**

Denna studie visar att barnmorskorna upplever och uppfattar att det finns professionella, sociokulturella, och hälsoekonomiska barriärer för kvinnans självbestämmande i Sverige. Ur ett professionellt perspektiv finns en konflikt mellan kvinnans egna vilja och organisationens lagar och riktlinjer. Detta kan överbryggas genom att barnmorskan delger kvinnan information om varför dessa rutiner bör tillämpas, samt vilka valmöjligheter hon faktiskt har. Det sociokulturella perspektivet genomsyras av brist på jämställdhet mellan könen samt uppfattningar av att kvinnor med invandrabakgrund ofta lever under förhållanden där starka

kulturella och patriarkala strukturer dominerar. Det är viktigt att som vårdpersonal ha förståelse för olikheter och att vi alla tillhör en kulturell kontext. Orättvisor och ojämställdhet bör dock inte accepteras, och barnmorskan måste fortsätta kämpa för kvinnors rättigheter. Ur ett hälsoekonomiskt perspektiv kan brist på resurser och personal påverka vårdkvaliteten, och i förlängningen patientens valmöjligheter. Resurser och en mer personcentrerad vård inom kvinnosjukvården bör eftersträvas för en ökad patientsäkerhet, känsla av självbestämmande och välbefinnande hos kvinnorna.

### **Klinisk tillämpning**

Denna studie belyser hinder som barnmorskor upplever och uppfattar när det gäller kvinnors rätt att bestämma över sin kropp. Detta kan bidra till att olika yrkeskategorier inom vården kan öka sin förståelse och kompetens i mötet med kvinnor och därmed få bättre förutsättningar att hjälpa kvinnan att stärka sin position, personligen och samhälleligt. Studien kan även ge en bättre förståelse för barnmorskans roll när det gäller att stödja individer i en utsatt situation, genom att stärka deras autonomi och känsla av självbestämmande. Studien kan få vårdpersonal att tänka kritiskt kring att de själva är en del av en kulturell kontext med en förförståelse inför mötet med andra individer. Att undersöka vad kvinnor själva upplever som hinder i deras självbestämmande är av intresse för att kunna stärka eller förkasta denna studie.

## Referenslista:

Akhavan, A. (2012). Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 11:47. doi: 10.1186/1475-9276-11-47.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium* (2:a uppl.) Stockholm: Natur och Kultur.

Arousell, J., Carlbohm, A., Johnsdotter, S., Larsson, E.C. & Essén, B. (2017). Unintended Consequences of Gender Equality Promotion in Swedish Multicultural Contraceptive Counseling: A Discourse Analysis. *Qualitative Health Research*, 27(10), 1518–1528. doi.org/10.1177/1049732317697099

Avdic, D. (2016). Improving efficiency or impairing access? Health care consolidation and quality of care: Evidence from emergency hospital closures in Sweden. *Journal of Health Economics*, 48, 44-60. doi: 10.1016/j.jhealeco.2016.02.002

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

Bahtsevani, C., Willman, A., Stoltz, P., & Östman, M. (2010). Experiences of the implementation of clinical practice guidelines – interviews with nurse managers and nurses in hospital care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 514-522. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00743.x

Borghei, N. S., Taghipour, A., Roudsari, R. L., Keramat, A. & Noghabi, H. J. (2016). Predictors of Prenatal Empowerment Among Iranian Pregnant Women. *Electron Physician*, 20;8 (9), 2962-2969. doi: 10.19082/2962

Byrskog, U., Olsson, P., Essén, B. & Klingberg-Allvin, M. (2015). Being a bridge: Swedish antenatal care midwives' encounters with Somali-born women and questions of violence; a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15:1. DOI: 10.1186/s12884-015-0429-z.

Chiragli, N. & Larsson, L. (2017). *Kvinnors rätt att bestämma över sin egen kropp - En intervjustudie om hur yrkesverksamma barnmorskor i Sverige främjar kvinnors rätt*. Hämtad 2017-01-30 från: [http://du.diva-portal.org/smash/record.jsf?dswid=4209&pid=diva2%3A1078758&c=1&searchType=SIMPLE&language=sv&query=chiragli&af=%5B%5D&aq=%5B%5B%5D%5D&aq2=%5B%5B%5D%5D&aqe=%5B%5D&noOfRows=50&sortOrder=relevance\\_sort\\_desc&sortOrder2=title\\_sort\\_asc&onlyFullText=false&sf=all](http://du.diva-portal.org/smash/record.jsf?dswid=4209&pid=diva2%3A1078758&c=1&searchType=SIMPLE&language=sv&query=chiragli&af=%5B%5D&aq=%5B%5B%5D%5D&aq2=%5B%5B%5D%5D&aqe=%5B%5D&noOfRows=50&sortOrder=relevance_sort_desc&sortOrder2=title_sort_asc&onlyFullText=false&sf=all)

Dahl Spidsberg, B. & Sörlie, V. (2011). An expression of love – midwives' experiences in the encounter with lesbian women and their partners. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 796-805. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05780.x.

Declercq E.R., Sakala C., Corry M.P., Applebaum S. & Herrlich A. (2013). *Listening to Mothers<sup>SM</sup> III: Pregnancy and Birth*. New York: Childbirth Connection

Dey, I. (1993). *Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists*. London: Routledge.



D'Souza, M. S., Karkada, S. N., Somayaji, G. & Venkatesaperumal. (2013). Women's well-being and reproductive health on Indian mining community: need for empowerment. *Reproductive Health*, 10 (14). doi: 10.1186/1742-4755-10-24.

Elmerstig E., Wijma B. & Berterö C. (2008). Why do young women continue to have sexual intercourse despite pain? *Journal of Adolescent Health*, 43(4), 357-63. doi: 10.1016

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Europarådet. (2017). *Women's sexual and reproductive health and rights in Europe*. Hämtad 2017-12-07 från: <https://rm.coe.int/women-s-sexual-and-reproductive-health-and-rights-in-europe-issue-pape/168076dead>

Filby, A., McConville, F. & Portela, A. (2016). What Prevents Quality Midwifery Care? A Systematic Mapping of Barriers in Low and Middle Income Countries from the Provider Perspective. *Public Library of Science One*, 2,11(5). doi: 10.1371/journal.pone.0153391.

Folkhälsomyndigheten (2016). *Folkhälsa i Sverige 2016*. Hämtad 2017-12-18 från; <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cc89748e004743c39ff4c03fec24c570/folkhalsan-i-sverige-2016-16005.pdf>

Forsberg, M. (2016). Blodiga lakan och one-night-stands. I E. Häggström-Nordin & C, Magnusson (Red)., *Ungdomar, sexualitet och relationer*. (s.175-184) Lund: Studentlitteratur

Henngan, J., Redshaw, M. & Kruske, S. (2015). Another country, another language and a new baby: A quantitative study of the postnatal experiences of migrant women in Australia. *Women and Birth*, (28), 124-133. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00554.x

Hoang, H.T., Le, Q. & Kilpatrick, S. (2009). Having a baby in the new land: a qualitative exploration of the experiences of Asian migrants in rural Tasmania, Australia. *Rural and Remote Health*, 9(1), 1084.

Holm, U. (2001). *Empati*. (2 ed.) Stockholm: Natur och kultur.

Häggström-Nordin, E. Magnusson, C. & Berg, L. (2016). Inledning. I E. Häggström-Nordin & C, Magnusson (Red)., *Ungdomar, sexualitet och relationer*. (s.25-38) Lund: Studentlitteratur

Häggström-Nordin, E. & Mattebo, M. (2016). Ungdomars sexualvanor. I E. Häggström-Nordin & C, Magnusson (Red)., *Ungdomar, sexualitet och relationer*. (s.55-71) Lund: Studentlitteratur

Hälso- och sjukvårdslag. (SFS 1982:763). Hämtad 2017-02-09 från Riksdagens webbplats: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--ochsjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/?bet=1982:763](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--ochsjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763)

Höglund, A.T., Winblad, U., Arnetz, B. & Arnetz, J.E. (2010). Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 482-489. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00738.x

International confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*  
Hämtad 2017-02-08, från:  
[http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008\\_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf)

Internationell Planned Parenthood Federation. (2008). *Sexual rights: an IPPF declaration*. London, United Kingdom. Hämtad 2017-02-08 från;  
[http://www.ippf.org/sites/default/files/sexualrightsippfdeclaration\\_1.pdf](http://www.ippf.org/sites/default/files/sexualrightsippfdeclaration_1.pdf)

Kittelsen, S.A.C., Anthun, H.S., Goude, F., Huitfeldt, I.M.S., Häkkinen, U., Kruse, M., Medin, E., Rehnberg, C. & Rättö, H. (2015). Costs and quality at the hospital level in the nordic countries. *Health Economics*, 24(2), 140–163. DOI: 10.1002/hec.3260

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. (2010). The quality of patient education evaluated by the health personnel. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(3), 548-556. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00747.x

Laisser, R.M., Nyström, L., Lindmark, G., Lugina, H.I. & Emmelin, M. (2011). Screening of women for intimate partner violence: a pilot intervention at an outpatient department in Tanzania. *Global Health Action*, 4. doi: 10.3402/gha.v4i0.7288.

Latifnejad Roudsari, R., Javadnoori, M., Hasanpour, M. Hazavehei, S. M. & Taghipour, A. (2013). Socio-cultural challenges to sexual health education for female adolescents in Iran. *Iran Journal of Reproductive Medicine*, 11(2), 101-10.

Lundberg, P.C. & Gereziher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24(2), 214-25. DOI: 10.1016/j.midw.2006.10.003

Mattebo, M., Larsson, M., Tydén, T. & Häggström-Nordin, E. (2013a). Professionals' perceptions of the effect of pornography on Swedish adolescents. *Public Health Nursing*. doi: 10.1111/phn.12058

Mattebo, M., Tydén, T., Häggström-Nordin, E., Nilsson, KW. & Larsson, M. (2013b). Pornography consumption, sexual experiences, lifestyles and self-rated health among male adolescents in Sweden. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(7), 460-468.

Migrationsinfo. (2016). *Sverige*. Hämtad 2017-11-28 från;  
<https://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/>

Momeni, P., Jirwe, M. & Emami, A. (2008). Enabling nursing students to become culturally competent – a documentary analysis of curricula in all swedish nursing programs. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22(4). doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00554.x

Myers, D. (2013). *Social Psychology*. (11. ed.). New York: McGraw-Hill Companies.

Nationalencyklopedin. (2017). *Professionalism*. Hämtad 2017-12-18 från:  
<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/professionalism>

Näverlo, S., Carson, D.B., Edin-Liljegren, A. & Ekstedt, M. (2016). Patient perceptions of a Virtual Health Room installation in rural Sweden. *Rural Remote Health*, 16(4), 3823.

Patientlagen. (SFS 2014:821). Hämtad 2017-12-18 från Riksdagens webbplats:  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Patientsäkerhetslagen. (SFS 2010:659). Hämtad 2017-12-10 från Riksdagens webbplats:  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research – Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9 ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Prop. 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Hämtad 2017-02-09 från;  
<http://www.regeringen.se/contentassets/04207325e75943408c69a55643ea1d3e/mal-for-folkhalsan>

Regeringen. (2015). *En förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa*. Hämtad 2017-12-19 från:  
<http://www.regeringen.se/4ae55d/contentassets/29d6bf47c7b94b1282bfbc20303c3d9f/overenskommele-se-om-en-forbatrad-forlossningsvard-och-insatser-for-kvinnors-halsa.pdf>

Regeringskansliet. (2011). *FN:s konventioner om mänskliga rättigheter*. Hämtad 2017-12-06 från;  
<http://www.regeringen.se/contentassets/d6d5653029e14e338a4b86f5f4b34c6b/fns-konventioner-om-manskliga-rattigheter>

Regeringskansliet. (2017). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)*. Hämtad 2017-12-06 från;  
<http://www.manskligarattigheter.se/sv/de-manskliga-rattigheterna/vilka-rattigheter-finns-det/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-srhr>

Sahlen, K-G., Boman, K. & Brännström, M. (2016) A cost-effectiveness study of person-centered integrated heart failure and palliative home care: Based on a randomized controlled trial. *Palliative Medicine*, 30(3), 296–302. doi: 10.1177/0269216315618544.

SBU. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. (2 uppl.) Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Schölmerich, V. L. N., Ghorashi, H., Denktas, S., & Groenewegen, P. (2016). Caught in the middle? How women deal with conflicting pregnancy-advice from health professionals and their social networks. *Midwifery*, 35, 62-9. doi: 10.1016/j.midw.2016.02.012.

Socialstyrelsen. (2017a). *Öppna jämförelser 2016. En god vård? – Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat*. Hämtad 2018-01-08 från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20472/2017-1-22.pdf>

Socialstyrelsen. (2017b). *Öppna jämförelser 2016. Säker vård – En indikatorbaserad uppföljning*. Hämtad 2018-01-08 från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20464/2017-1-16.pdf>

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2017-02-09, från:  
<http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBEKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>

Socias, M.E., Koehoorn, M. & Shoveller, J. (2015). Gender Inequalities in Access to Health Care among Adults Living in British Columbia, Canada. *Women's Health Issues*, 26(1), 74-79.  
doi:10.1016/j.whi.2015.08.001

Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Ekonomiska och sociala förutsättningar: Kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport*. Stockholm: Distributionstjänst.

Sudbury, H. & Robinson, A. (2016). Barriers to sexual and reproductive health care for refugee and asylum-seeking women. *British Journal of Midwifery*, 24(4).  
Doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2016.24.4.275>

Svanström, R., Andersson, S., Rosén, H. & Berglund, M. (2016). Moving from theory to practice: experience of implementing a learning supporting model designed to increase patient involvement and autonomy in care. *BMC Research Notes*, 9(363). doi: 10.1186/s13104-016-2165-5.

Thompson, A. (2013). Midwives' experiences of caring for women whose requests are not within clinical policies and guidelines. *British Journal of Midwifery*, 21(8), 564-570.

United Nation Population Fund. (2016). *Gender equality*. Hämtad 2017-02-08 från;  
[http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/)

Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2009). Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. *Journal of Nursing Management*, 17(8), 1002-10. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01028.x.

Van Herk, K.A., Smith, D. & Andrew, C. (2011). Examining our privileges and oppressions: incorporating an intersectionality paradigm into nursing. *Nursing Inquiry*, 18(1), 29-39.  
doi:10.1111/j.1440-1800.2011.00539.x

Vetenskapsrådet. (2015). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. ISBN:91-7307-008-4 Utgivare: Vetenskapsrådet Copyright © Vetenskapsrådet Tryck: Elanders Gotab <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wambach, K. (2016). The Cultural Context of Breastfeeding. I K.Wambach & J. Roirdan (Red.), *Breastfeeding and Human Lactation*. (s.895-913). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Wendt, E.K., Marklund, B.R.G., Lidell, E.A.-S., Hildingh, C.I., Westerståhl, A.K.E. (2011). Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse - midwives' and clinicians' experiences. *Midwifery*, 27, 539–546. doi:10.1016/j.midw.2010.05.001

White Ribbon Alliance. (2010). *Respectful maternity care: The universal rights of childbearing women*. Hämtad 2017-12-19 från: [https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Final\\_RMC\\_Charter.pdf](https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Final_RMC_Charter.pdf)

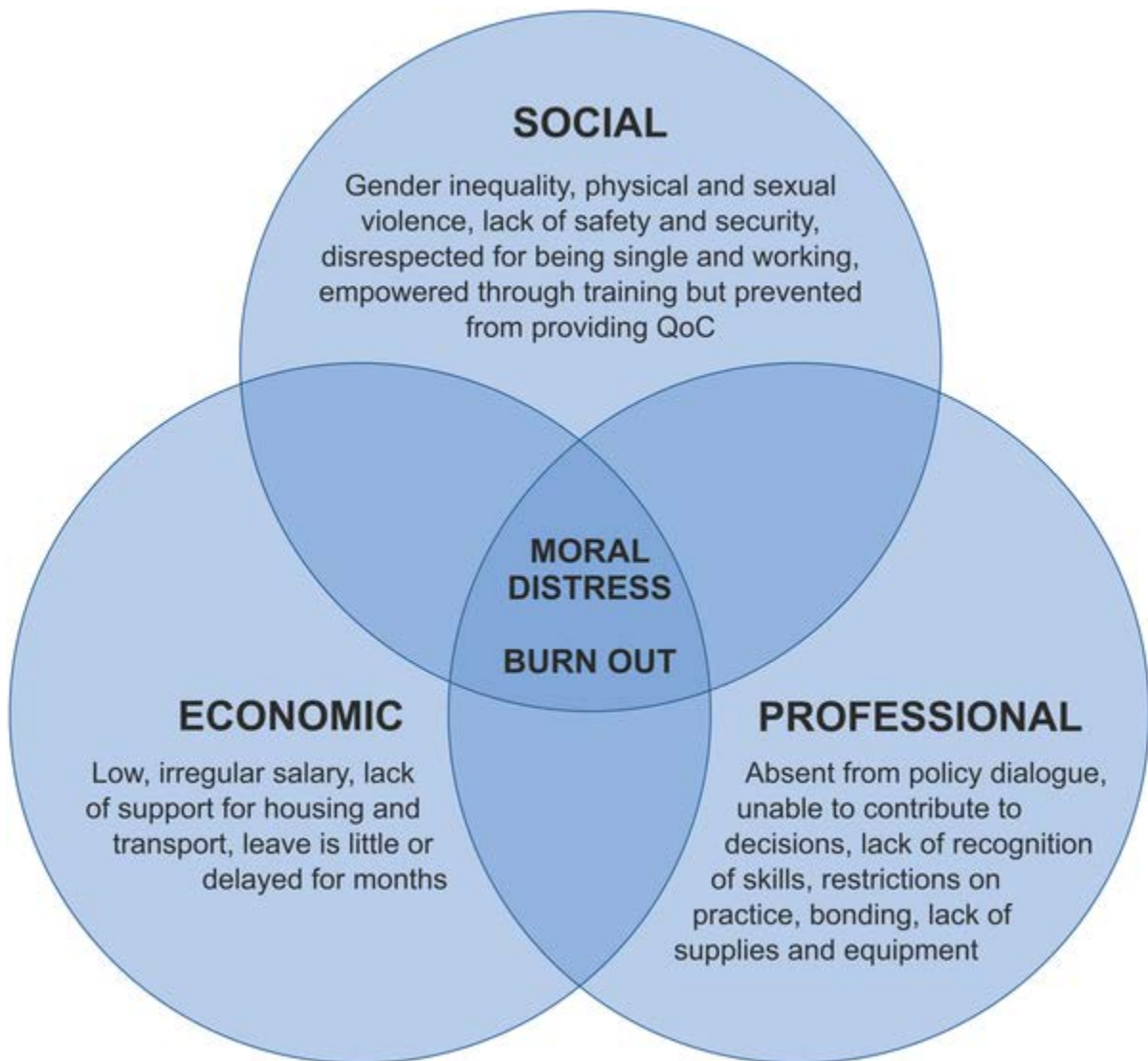
World Health Organization. (2017a). *Sexual Health*. Hämtad 2017-02-08 från: [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/en/](http://www.who.int/topics/sexual_health/en/)

World Health Organization. (2017b). *Reproductive Health*. Hämtad 2017-02-08 från: [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/)

Åkerman, E., Essén, B., Westerling, R. & Larsson, E. (2016). Healthcare-seeking behavior in relation to sexual and reproductive health among Thai-born women in Sweden: a qualitative study. *Culture, Health & Sexuality*, (19)2, 194-207. DOI: 10.1080/13691058.2016.1214746

## Bilaga 1

*Figur från Filby et al. (2016)*



## **Bilaga 2.**

### **Intervjufrågor**

1. Hur länge har du arbetat som barnmorska?
2. Vilka arbetsplatser har du haft?
3. Hur gammal är du?
4. När du hör orden ”kvinnors rätt att bestämma över sin egen kropp” Vad tänker du då på för situation du har varit med om i ditt arbete som barnmorska?
5. Vilka valmöjligheter skulle du säga att kvinnan har över att bestämma över sin egen kropp?
6. På vilket sätt ser du att kvinnor i dag har möjlighet att bestämma över sin egen kropp?
7. På vilket sätt ser du att kvinnor idag är förhindrade att bestämma över sin egen kropp?
8. Finns det några kulturella skillnader i kvinnans rätt över att bestämma över sig själv
9. Om du tänker på de här kvinnorna som du möter, hur har du i mötet med dem främjat kvinnornas rätt att bestämma över sin egen kropp, t ex medvetandegöra deras möjligheter i deras situation, utifrån lagar...?
10. Vilka hinder har du stött på att främja kvinnors rätt att bestämma över sin egen kropp?
11. Hur skulle du säga att du anpassar ditt arbete att främja kvinnors rätt att bestämma över sin egen kropp om man tänker utifrån kulturell bakgrund, ålder kön, sexuell läggning.
12. Du har ju jobbat ett tag. Kan du se att ditt arbete att främja kvinnors rätt att bestämma över sin egen kropp har ändrats över tid?
13. Hur tänker du kring ”strömningar i samhället.... Hur det ändrar din möjlighet i arbete med att främja kvinnors rätt att bestämma över sin egen kropp?
14. Hur känner du att det påverkar dig i arbetet?
15. Kan du se några hinder med strömningar i samhället i ditt arbete?