



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Kvinnors upplevelser av barnmorskans preventivmedelsrådgivning i samband med abort

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Ulrika Oskarsson och Pinar Dal

Handledare: Maria Ekelin

Magisteruppsats

Hösten 2016

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Kvinnors upplevelser av barnmorskans preventivmedelsrådgivning i samband med abort

## En kvalitativ intervjustudie

Författare: Ulrika Oskarsson och Pinar Dal

Handledare: Maria Ekelin

Magisteruppsats

Hösten 2016

## Abstrakt

I samband med abort ska preventivmedelsrådgivning erbjudas. God rådgivning är en förutsättning för preventivmedelsanvändningen ska kunna optimeras. Studiens syfte var att beskriva kvinnors upplevelse av barnmorskans preventivmedelsrådgivning i samband med abort. En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats genomfördes och analyserades med innehållsanalys vilket resulterade i fyra kategorier: *Att vara i fokus*, *Att behöva bli sedd*, *Att känna förtroende* samt *Att få möjlighet att ta till sig information*. Resultatet tyder på att upplevelsen beror på flera olika faktorer såsom barnmorskans bemötande och förmåga att identifiera kvinnans individuella behov och anpassa rådgivningen därefter. Preventivmedelsrådgivningen upplevs som bra när kvinnorna ges förutsättning att fatta välinformerade beslut medan upplevd tidsbrist kan vara ett hinder för att få och ta till sig information. Upplevelsen av preventivmedelsrådgivningen kan förbättras om barnmorskan har ansvar för hela besöket på mottagningen.

## Nyckelord

Abort, barnmorska, kvinnor, upplevelse, preventivmedelsrådgivning

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

<b>Introduktion</b>	<b>4</b>
<i>Bakgrund</i>	4
Rådgivning	4
Preventivmedelsrådgivning	5
Preventivmedelsrådgivning i samband med abort	6
Teoretiska perspektiv och utgångspunkter	7
<i>Syfte</i>	8
<b>Metod</b>	<b>9</b>
<i>Urval</i>	9
<i>Datainsamling</i>	10
<i>Analys av data</i>	11
<i>Forskningsetiska avvägningar</i>	12
<b>Förförståelse</b>	<b>13</b>
<b>Resultat</b>	<b>14</b>
<i>Att vara i fokus</i>	14
Att uppleva närvaro i mötet	14
Att få individanpassad rådgivning	15
Att preventivmedelsrådgivning sker i samråd	16
<i>Att behöva bli sedd</i>	17
Att uppleva tidsbrist	17
Att sakna information	17
Att få klara sig själv	18
<i>Att känna förtroende</i>	18
Ett lärande möte	19
Ett gott bemötande	19
<i>Att få möjlighet att ta till sig information</i>	20
Organisationens inverkan	20
Att bli avledd	20
<b>Diskussion</b>	<b>21</b>
<i>Metoddiskussion</i>	21
<i>Resultatdiskussion</i>	24
Att vara i fokus	24
Att inte bli sedd	25
Att känna förtroende	26
Att få möjlighet att ta till sig information	27
Barnmorskans roll	28
<i>Konklusion och implikationer</i>	28
<b>Referenser</b>	<b>29</b>
<b>Arbetsfördelning</b>	<b>32</b>
<b>Bilaga 1 (1)</b>	<b>33</b>

## Introduktion

Barnmorskans kompetensområde är “sexuell och reproduktiv hälsa” där bland annat information om preventivmedel, preventivmedelsrådgivning, uppföljning av preventivmedelsanvändning samt förskrivning av preventivmedel ingår (Barnmorskeförbundet, 2006; SOSFS 1996:15). Bristande preventivmedelsrådgivning kan leda till att kvinnor erhåller ett preventivmedel som de inte själva har önskat, vilket kan leda till bristande följsamhet. Bristande följsamhet vid preventivmedelsanvändning kan leda till oönskad graviditet (Aneblom, 2006; Larsson, Aneblom, Odling & Tydén, 2002).

I Sverige är det tillåtet att genomföra abort fram till och med graviditetsvecka 17+6 och därefter begärs särskilt tillstånd av Socialstyrelsen till och med v 21+6 (SOSFS 2009:15). Under 2015 genomfördes ca 38 000 aborter i Sverige (Socialstyrelsen, 2016). I samband med en rådgivning inför abort utförs ett vaginalt ultraljud för att bestämma graviditetslängden och för att välja abortmetod (Cederholm & Marions, 2006). Ultraljudsundersökningen kan utföras antingen av en läkare eller en barnmorska med specialistkompetens (Kopp Kallner et al., 2014). Besökets upplägg kan variera mellan och inom mottagningarna, det vill säga att det kan vara en läkare som gör ultraljudet och bestämmer abortmetod medan barnmorskan bokar tider för abort och ger preventivmedelsrådgivningen men det kan också vara så att en barnmorska med specialistkompetens ansvarar för hela besöket.

I samband med en abort ska preventivmedelsrådgivning erbjudas (SOSFS 2009:15). Om aborten genomförs på grund av att kvinnan blivit oönskat gravid är det viktigt att kvinnan får god rådgivning så att hon kan optimera sin preventivmedelsanvändning (Larsson et al., 2002). Med detta som bakgrund är det viktigt att få ökad kunskap om kvinnors upplevelser av barnmorskans preventivmedelsrådgivning i samband med abort.

## Bakgrund

### *Rådgivning*

Faktorer som kan påverka förmågan att ta till sig information vid rådgivning inom hälso-och sjukvården kan t ex vara känsla av otillräcklighet eller skam (Barth & Näsholm, 2009). Det är därför av stor vikt att förmedla faktakunskaper på ett neutralt sätt för att optimera patientens

förmåga att ta till sig information vilket görs genom att inte blanda in egna värderingar. Detta görs enklast genom att ta reda på vad patienten själv har för kunskaper kring ämnet, om de vill ha mer information samt ge informationen på olika sätt; skriftligt eller muntligt (Arborelius, 2013).

Under ett rådgivningstillfälle är det av stor vikt att ta reda på vad patienten har för egna föreställningar och synpunkter på det som ska diskuteras för att effektivisera rådgivningen och öka patientens tillfredsställelse. Syftet med detta är att uppmuntra patienten att själv väga för- och nackdelar mot varandra för att kunna ta ett välinformerat beslut (Arborelius, 2013).

### *Preventivmedelsrådgivning*

Barnmorskor förskriver preventivmedel självständigt till friska kvinnor (Läkemedelsverket, 2014) och är den yrkesgrupp som i första hand ger preventivmedelsrådgivning (Ramström & Langmo, 2008). Målet för preventivmedelsrådgivningen är att kvinnan ska erhålla en preventivmetod som hon är nöjd med och använder på rätt sätt (Läkemedelsverket, 2014). Vid preventivmedelsrådgivning ska en noggrann kartläggning göras som förutom hälsoanamnes innehåller information om kvinnans livsstil, tidigare erfarenheter av preventivmedel, sexualanamnes och förväntningar på preventivmedlet. Vid rådgivning ska kvinnan erhålla såväl skriftlig som muntlig information om olika preventivmetoders verkningsmekanismer, effektivitet, positiva hälsoeffekter och biverkningar. Det är viktigt att beslut om preventivmedel fattas av barnmorskan och kvinnan tillsammans för att kvinnan ska använda det förskrivna preventivmedlet (Ramström & Langmo, 2008). Forskning har visat att kvinnor ställer större krav på självbestämmande när det gäller beslut om preventivmedel, jämfört med beslut i övrig sjukvård (Dehlendorf, Diedrich, Drey, Postone & Steinauer, 2010).

Eftersom preventivmedelsrådgivning kan upplevas som en intim situation har studier visat att kvinnor önskar en nära och kompisliknande relation till barnmorskan (Dehlendorf, Krajewski & Borrero, 2014). För att skapa en god relation till kvinnan är det viktigt att barnmorskan framstår som trovärdig, vilket kan uppnås genom att barnmorskan visar respekt och genuint intresse för att förstå kvinnans problem samt inte drar sig för att informera om biverkningar, risken finns annars att kvinnan inte använder preventivmedlet (Dehlendorf et al., 2014)

### *Preventivmedelsrådgivning i samband med abort*

I samband med en abort ska preventivmedelsrådgivning erbjudas (SOSFS 2009:15). Enligt Socialstyrelsen (SOSFS 2009:15) ska vårdgivaren säkerställa att det finns rutiner för att erbjuda kvinnor preventivmedelsrådgivning i anslutning till en abort. Forskning har också visat att majoriteten av de som genomfört en abort ansåg att det var mest lämpligt att erhålla preventivmedelsrådgivning på abortmottagningen i samband med aborten och önskade också lämna mottagningen med ett preventivmedel (Kavanaugh, Carlin & Jones, 2011).

Bra preventivmedelsrådgivning är en viktig del i arbetet att förebygga aborter och vid preventivmedelsrådgivning i samband med abort bör alla preventivmetoder övervägas (Odlind, 2006). Oavsett abortmetod eller graviditetstid kan alla hormonella metoder, utom hormonspiral, påbörjas samma dag som aborten. Oavsett graviditetstid kan spiral sättas in en vecka efter medicinsk abort eller i samband med kirurgisk abort (Läkemedelsverket, 2014).

Kvinnor som genomför aborter har ofta dålig erfarenhet av olika preventivmedel eller helt avstått preventivmedel, exempelvis på grund av biverkningar (Odlind, 2006). Många kvinnor som genomför en abort har försökt använda preventivmedel men inte lyckats (Rasch et al., 2007). Orsaker till misslyckad antikonception bör diskuteras vid rådgivning i samband med abort för att minska risken att misstag upprepas och att missförstånd uppstår. Genom att ta hänsyn till tidigare erfarenheter av preventivmedel kan ett preventivmedel som möter kvinnans specifika behov väljas och rutinmässig förskrivning undvikas (Falk, Brynhildsen & Ivarsson, 2009).

Tidsbrist i abortverksamheten kan utgöra ett hinder för att preventivmedelsrådgivning av god kvalitet ska kunna erbjudas (Aneblom, 2006; Kilander et al., 2016). I en norsk intervjustudie framkom att kvinnor upplevde tidsbrist i rådgivningen vilket ledde till att kvinnorna upplevde att de inte fick tillräcklig information om exempelvis preventivmedlens olika biverkningar och risker. Detta ledde i sin tur till bristande följsamhet (Sundby, Svanemyr & Maehre, 1999).

I forskningen har olika studier identifierat att preventivmedelsrådgivningen i samband med abort bör anpassas efter kvinnornas behov av rådgivning och information (Kavanaugh, Carlin & Jones, 2011; Moreau, Trussell, Desfreres & Bajos, 2010; Larsson et al., 2002). Studier har visat att kvinnor som genomgår abort ofta upplever svårigheter att lyckas med sin antikonception (Larsson et al., 2002) men är mycket motiverade att använda preventivmedel

efter abort (Larsson et al., 2002; Mackenzius, Tydén, Darj & Larsson, 2013). Det därför viktigt att ta till vara denna motivation och särskilt att ge god preventivmedelsrådgivning som är anpassad efter individen så att svårigheter i användningen av preventivmedel kan minskas (Larsson et al., 2002).

Ekstrand, Tydén, Darj och Larsson (2009) fann i en svensk intervjustudie att en del kvinnor som erhållit preventivmedelsrådgivning i samband med abort känt sig tvingade av sjukvårdspersonalen att välja en särskild preventivmetod, vilket även bekräftats i en amerikansk enkätstudie (Kavanaugh, Carlin & Jones, 2011). Det förekommer också att kvinnor upplever att deras tidigare negativa erfarenheter av ett visst preventivmedel samt oro för biverkningar inte tagits på allvar (Ekstrand et al., 2009). Ekstrand et al. (2009) menar att rådgivningen måste baseras på en god dialog mellan vårdgivaren och kvinnan så att den preventivmetod som kan ge bäst följsamhet hos den enskilda kvinnan erhålls.

I en fransk studie (Moreau et al., 2010) där sjukvårdspersonal i abortvård och kvinnor som genomgått abort tillfrågats om preventivmedelsanvändning före och efter abort framkom att sjukvårdspersonalen uppgav att de i 99.2% givit preventivmedelsrådgivning i samband med aborten. Dock uppgav 18.5% av kvinnorna att de inte fått preventivmedelsrådgivning vid detta tillfälle. Enligt Moreau et al. (2010) kan detta bero på brister i sjukvårdspersonalens förmåga att ge information. De menade att detta bör leda till att preventivmedelsrådgivningen som ges i samband med abort bör anpassas efter kvinnors behov och de omständigheter som de befinner sig i. Vidare efterfrågade Moreau et al. (2010) mer forskning som undersöker hur preventivmedelsrådgivningen i samband med abort kan förbättras och hur sjukvårdspersonalen anpassar sin rådgivning för att hjälpa kvinnor att undvika de faktorer i preventivmedelsanvändningen som lett till oönskad graviditet.

### *Teoretiska perspektiv och utgångspunkter*

Preventivmedelsrådgivning ska anpassas till kvinnans behov, förkunskaper och erfarenheter vilket ställer krav på rådgivarens kunskap i samtalsmetodik (Ramström & Langmo, 2008). Av kompetensbeskrivning för barnmorskor framgår att barnmorskans kompetensområde omfattar “sexuell och reproduktiv hälsa”, “forskning, utveckling och utbildning” samt “ledning och organisation”. Enligt FN:s “Guidelines on Reproductive health” har människor rätt till information om och tillgång till preventivmedel som är säkra, effektiva,

tillfredsställande och prisvärda. Området "reproduktiv hälsa" innefattar även förekomsten av oönskade graviditeter. Det är genom lättillgängliga verksamheter, där information, utbildning, rådgivning och prevention kan tillhandahållas, som den reproduktiva hälsan kan stärkas (FN, 1994).

Sedan 1996 har barnmorskor formell rätt att förskriva preventivmedel i antikonceptionellt syfte (SOSFS 1996:15). För att erhålla förskrivningsrätt av Socialstyrelsen krävs barnmorskelegitimation samt inskolning i preventivmedelsrådgivning under handledning av erfaren barnmorska eller läkare (SOSFS 1996:15).

Enligt den internationella etiska koden för barnmorskor (ICM, 2008) ska en barnmorska arbeta för att stödja kvinnan i att aktivt delta i beslut kring sin egen vård samt bekräfta hennes önskemål, ge henne korrekt och uppdaterad information samt uppmuntra henne att kunna driva fram sina egna tankar och föra sin talan. Det är viktigt att barnmorskan respekterar kvinnans val och gör henne medveten om hennes eget ansvar för resultatet av sina val (Barnmorskeförbundet, 2006).

Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) menar att en kompetent barnmorska kan skraddarsy sitt bemötandet genom att veta hur den teoretiska kunskapen och den beprövade erfarenhet ska kunna användas i möten med olika patienter. Barnmorskan måste ha en ickedömande samt ickemoraliserande inställning till kvinnans önskemål och inte lägga in sina egna värderingar eller känslor i sin rådgivning. Detta innebär att barnmorskan ska ha den professionella kompetensen att bemöta alla typer av önskemål/viljor hos kvinnor med stöd i vetenskap och evidens (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). För att möta kvinnans önskemål vid preventivmedelsrådgivning bör därför barnmorskan samarbeta med kvinnan, stödja och aktivt lyssna på henne för att kunna ge henne information och stöd så som hon behöver.

## **Syfte**

Studiens syfte var att beskriva kvinnors upplevelser av barnmorskans preventivmedelsrådgivning i samband med abort.



## Metod

För att besvara syftet användes empirisk kvalitativ forskningsmetod med semistrukturerade intervjuer. Kvalitativ forskningsmetodik syftar till att beskriva den nyanserade upplevelsen hos de personer som ingår i undersökningen. Syftet med kvalitativ undersökning är inte att, genom siffror, beskriva ett problem utan genom ord och olika teman försöka förmedla mångfalden, skillnaden och variationen i urvalsgruppens upplevelser (Kvale & Brinkman, 2014).

Ansatsen var induktiv vilket innebär att materialet analyserades förutsättningslöst. Syftet var att beskriva upplevelser hos en viss grupp och att sedan utifrån detta dra slutsatser som eventuellt kan överföras på andra situationer som liknar den som studerats (Priebe & Landström, 2012).

## Urval

Deltagarna till studien rekryterades genom konsekutivt urval (Sörensen & Olsson, 2011) med hjälp av barnmorskor som var mellanhänder. Deltagarna rekryterades från sex abortmottagningar i Skåne under tidsperioden september - november 2016. Barnmorskorna tillfrågade kvinnor löpande om att delta i studien i samband med att de sökte sig till en av de sex abortmottagningar som studien omfattade.

Under rekryteringsperioden utökades urvalsmetoden till att även omfatta subjektivt urval, vilket innebär ett slumpmässigt urval där den intresserade själv anmäler sitt intresse att delta (Sörensen & Olsson, 2011). Affischer med reklam för studien samt informationsbrev och intresseanmälningar lades ut i väntrummet på två av de största mottagningarna. Genom det subjektiva urvalet kunde intresserade själva anmäla sitt intresse till barnmorskan på mottagningen genom att lämna in blanketten för vidarebefordran till handledaren. Inga deltagare rekryterades genom subjektivt urval.

För att inkluderas i studien krävdes att kvinnan var svensktalande, över 18 år samt att hon under de senaste 12 månaderna genomfört en eller flera aborter vid någon av de sex kliniker i Skåne som ingick i studien och i samband med detta erhållit preventivmedelsrådgivning av en barnmorska.

Totalt rekryterades 13 deltagare från tre av de sex abortmottagningar som ingick i studien. Av dessa 13 personer valde sex att genomföra intervjun. Av de sju som inte genomförde intervjun avböjde fem deltagande vid förfrågan och två personer kunde inte nås. Författarna har inte efterfrågat anledningar till att intresserade deltagare valt att avböja deltagande eftersom det var frivilligt att delta i studien.

## **Datainsamling**

Innan studien påbörjades inhämtades Vårdvetenskapliga etiknämndens (VEN) rådgivande yttrande (diarienummer VEN 42-16) och berörda verksamhetschefers godkännande. Verksamhetscheferna, enhetschefer och barnmorskor på abortmottagningarna på respektive sjukhus informerades därefter om studien via mail. Fem av mottagningarna besöktes och erhöll ytterligare information av författarna personligen. I samband med ett besök på abortmottagningen frågade mellanhänderna de kvinnor som uppfyllde inklusionskriterierna om de var intresserade av att delta i studien. Kvinnorna erhöll ett informationsbrev och om de godkände att författarna kontaktade dem, angav de namn, mailadress och/eller telefonnummer på en särskild blankett för intresseanmälan. Intresseanmälningarna vidarebefordrades löpande till författarnas handledare. De som anmält intresse kontaktades därefter via telefon eller mail.

Intervjuerna genomfördes med hjälp av intervjuguide utformad för att täcka in de intresseområden som författarna ville beröra (Trost, 2011). Intervjuguidens följdfrågor hade inspirerats av en intervjuguide av Oscarsson och Räthel (2014). Intervjun inleddes med en öppen fråga “skulle du vilja berätta för mig om dina upplevelser av att ha erhållit preventivmedelsrådgivning av en barnmorska i samband med abort?” som gav respondenterna möjlighet att fritt reflektera över sina upplevelser (Polit & Beck, 2014). En pilotintervju genomfördes för att testa och utvärdera intervjuguiden (Trost, 2011). Pilotintervjun genomfördes med båda författarna närvarande men den ena författaren intervjuade i huvudsak. Efter intervjun justerades intervjuguiden genom att ett par följdfrågor lades till. Denna pilotintervju har inkluderats i studien. De andra intervjuerna i studien har genomförts med en intervjuare och fördelades lika mellan författarna.

Innan intervjuerna påbörjades gavs skriftlig och muntlig information och deltagarna gavs möjlighet att ställa frågor. Därefter inhämtades deltagarnas informerade samtycke, det vill säga att deltagaren efter att ha informerats om studien intygar att hon frivilligt går med på att

delta i den (Helsingforsdeklarationen, 1964). Det informerade samtycket inhämtades genom att deltagaren, samt en av författarna, undertecknade en samtyckesblankett.

Deltagarna fick möjlighet att välja en plats för intervjun där den kunde utföras ostört. Intervjuerna utfördes i Lunds universitets lokaler, Folkuniversitetets lokaler samt hemma hos deltagare. En intervju genomfördes per telefon. Intervjuerna spelades in med deltagarnas samtycke och transkriberades. En kodlista upprättades där varje intervju tilldelades en siffra och vid transkription anonymiserades materialet för att upprätthålla konfidentialiteten. Skriftligt och inspelat material förvarades inlåst så att obehöriga inte kunde ta del av innehållet. Efter att uppsatsen är examinerad kommer det insamlade materialet att förstöras. Transkriberingen utfördes av den som intervjuat. Varje intervju tog 20-35 minuter och varade i genomsnitt ca 28 min. Materialet är insamlat under november månad 2016.

## **Analys av data**

För att analysera intervjuerna gjordes kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). De transkriberade intervjuerna genomlästes flera gånger av båda författarna för att få en helhetsbild av innehållet. Författarna lyfte tillsammans ut de meningsbärande enheter som var relevanta för uppsatsens syfte (Granheim & Lundman, 2004).

De meningsbärande enheterna fördes över i ett annat dokument och kondenserades gemensamt av författarna. För att kunna göra en textnära kondensering, där den centrala meningen ändå bevarades, lästes de meningsbärande enheterna i sitt sammanhang i det transkriberade materialet och författarna diskuterade olika formuleringar sinsemellan (Granheim & Lundman, 2004).

Författarna utförde en gemensam kodning av de kondenserade enheterna. Koderna sammanfattade andemeningen i de meningsbärande enheterna med enstaka ord eller en mening. Dessa jämfördes sedan med de meningsbärande enheterna både för sig själva och i sitt sammanhang i det transkriberade materialet (Granheim & Lundman, 2004). Efter att de två första intervjuerna kodats lämnades dessa till handledaren för granskning och kommentar.

Därefter ordnades koderna i subkategorier genom att koder som behandlade samma ämnesområde sorterades upp i olika grupper som sedan bildade 10 subkategorier. I de fall då osäkerhet rådde om var koden passade in gick författarna tillbaka till de meningsbärande enheterna och den transkriberade datan för att få en bild av kodens innebörd. Under denna process sållades koder ut som inte ansågs besvara studiens syfte. För att skapa kategorierna gjordes en mindmap för att kartlägga vilka subkategorier som behandlade samma ämnesområde och i denna process ombildades subkategorierna och kategorierna för att göras internt homogena och externt heterogena. Subkategorierna bildade sedan de slutliga fyra kategorierna (Granheim & Lundman, 2004), se tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analys

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Ja det vore ju bättre att få nånting som man kunde alltså läsa efteråt och tänka efter eh...just där och då så är man ju inte så jätte samlad liksom. (1)	Vore bättre att få ngt att läsa och kunna tänka efter, just då är man inte så samlad.	Behöver kunna tänka efter.	Att uppleva tidsbrist	Att behöva bli sedd
...när man är osäker på det vill man ju gärna veta om allting och inte bara de som man själv har hört talas om.....så jag hade nog velat veta generellt om alla. (4)	När man är osäker vill man gärna veta om allting och inte bara det man själv hört talas om.	Önskar mer information vid osäkerhet.	Att sakna information	

## Forskningsetiska avvägningar

När en intervju genomförs kan tankar och minnen väckas till liv (Trost, 2011).

Preventivmedelsrådgivning stod i centrum i intervjun men trots det var det var möjligt att känslor och tankar kring den genomförda aborten väcktes i samband med den. Dessa känslor och tankar kan vara motstridiga och innehålla såväl lättnad som sorg eller skuld (Helström, 2006). Att få dela med sig av sina erfarenheter och synpunkter kan kännas värdefullt för de som deltar i en studie och de kvinnor som redan innan studien upplevde att det är svårt eller påfrestande att prata om omständigheter kring aborten kunde avböja att delta. Kuratorerna vid de olika sjukhusens kvinnokliniker informerades om att studien pågick och deltagarna

informerades om att de var välkomna att kontakta kuratorerna om de skulle känna ett behov av en samtalskontakt efter intervjun.

Deltagande i studien var frivilligt och deltagarnas informerade samtycke inhämtades innan intervjun påbörjades. Deltagarna i studien gavs möjlighet att ställa frågor före intervjun. Respondenterna garanterades konfidentialitet. Det framgick av såväl skriftlig som muntlig information att deltagarna kunde avbryta sitt deltagande när som helst utan att ange orsak (Kvale & Brinkmann, 2014).

I en intervjusituation är det viktigt att intervjuaren är medveten om den maktposition som hen befinner sig i gentemot den som intervjuas. Intervjun styrs av den som intervjuar, intervjupersonen svarar på frågor som intervjuaren valt och intervjuaren kan också anses ha ett vetenskapligt och kunskapsmässigt övertag i den specifika situationen (Kvale & Brinkmann, 2014). Det var endast pilotintervjun som genomfördes med båda författarna närvarande där den ena intervjuade och den andra fick möjlighet att ställa kompletterande frågor. Att två personer intervjuade kan ha inneburit en känsla av underläge för den person som intervjuas, dock kan de som intervjuar stödja varandra och resultatet kan bli bättre när intervjun utförs av två personer med ett gott samarbete (Trost, 2011). En medvetenhet om denna maktförskjutning ger intervjuaren möjlighet att reflektera över vilken effekt den har på insamlandet av information i intervjun. Att intervjuas är för intervjuaren en avvägning mellan att skapa en miljö där den intervjuade känner sig bekväm att tala fritt (och därmed ge ny kunskap) och att respektera den intervjuades integritet (Kvale & Brinkmann, 2014). Med detta avses att det kan hända att den som intervjuas berättar mer än hen egentligen hade tänkt att berätta och kan därför känna sig obekvämt i efterhand, vilket den som intervjuar bör ha i åtanke.

## Förförståelse

Författarna har ingen erfarenhet av preventivmedelsrådgivning i samband med abort.

## Resultat

Sex intervjuer genomfördes ca 2-4 veckor efter rådgivningstillfället med kvinnor i åldrarna 25 till 41 år. Vid analys av materialet framkom 10 subkategorier som bildade fyra kategorier; *att vara i fokus, att inte bli sedd, att känna förtroende och förmåga att ta till sig information* (se tabell 2).

Tabell 2. Sammanställning av subkategorier och kategorier.

<b>Kategori</b>	Att vara i fokus	Att behöva bli sedd	Att känna förtroende	Att få möjlighet att ta till sig information
<b>Subkategori</b>	Att uppleva närvaro i mötet  Att få individanpassad rådgivning  Att preventivmedelsrådgivning sker i samråd	Att uppleva tidsbrist  Att sakna information  Att få klara sig själv	Ett lärande möte  Ett gott bemötande	Organisationens inverkan  Att bli avledd

### Att vara i fokus

Det framkom att respondenterna var mer nöjda med preventivmedelsrådgivningen om de upplevde att det var de och deras behov som sattes i främsta rummet genom att barnmorskan tog sig tid, gav dem individanpassad information och när preventivmedelsrådgivningen gavs i samråd med barnmorskan.

### *Att uppleva närvaro i mötet*

Respondenterna kunde uppleva att barnmorskan upplevdes som närvarande när hon var fokuserad och närvarande i mötet. Barnmorskan visade detta genom att ställa frågor som inte bara rörde preventivmedel utan också respondentens livssituation. Genom att inte vara upptagen med annat, till exempel att titta i datorn under rådgivningen, upplevde respondenterna att barnmorskan fokuserade helt och hållet på dem.

*“...hon var väldigt landad där hon var, det var full fokus på mig och det var full fokus på det vi pratade om.” (2)*

### *Att få individanpassad rådgivning*

Upplevelsen av att ha fått individanpassad information präglades av att barnmorskan hade identifierat det enskilda informationsbehovet och respondenternas förkunskaper för att kunna skraddarsy informationen: i vissa fall efterfrågades information om samtliga preventivmedel och i andra fall uppskattades att informationen var inriktad på ett fåtal metoder som överensstämde med kvinnans önskemål. Det framkom också att det var viktigt att få svar på sina frågor vilket gjorde att respondenterna kände sig trygga i sitt beslut. Respondenterna upplevde att de fått individanpassad information när de kunde välja ett preventivmedel som de var nöjda med baserat på den information de fått av barnmorskan.

*“...jag upplevde att de gav mig rätt information så att jag inte behövde känna mig osäker...så jag valde rätt.” (6)*

Upplevelsen av att inte få preventivmedelsrådgivning som var anpassad efter den enskilda individens behov bestod av två komponenter, den ena var upplevelse av att preventivmedelsrådgivningen var rationaliserad, den andra var att barnmorskan upplevdes som oengagerad. Preventivmedelsrådgivningen upplevdes som rationaliserad då respondenterna upplevde att rådgivningen skedde på löpande band. Denna upplevelse grundade sig i att kvinnorna upplevde att de erbjöds ett färdigt koncept där enbart de vanligaste och säkraste alternativen erbjöds utan att hänsyn tagits till vilket behov kvinnan hade eller vilket slags preventivmedel som hade efterfrågats. Det förekom att barnmorskans förslag på preventivmedel upplevdes som helt fel vilket gav intryck av att barnmorskan inte förstått respondentens önskemål och behov.

*“...det här är de två vanligaste så nu får du välja någonting. Och gå hem. Lite så ja.” (3)*

Respondenterna kunde uppleva att barnmorskan ville få preventivmedelsrådgivningen gjord och att den var något som bara skulle genomföras för sakens skull, detta gav ett oengagerat intryck och respondenterna upplevde att barnmorskan glömt bort att hon var där för kvinnans skull. Respondenterna önskade mer dialog i rådgivningen och att barnmorskan skulle visa mer engagemang. Barnmorskan upplevdes som oengagerad om hon inte frågade mer än hon absolut behövde och inte tog reda på varför ett preventivmedel inte fungerat. Då respondenterna upplevde att det fanns en diskrepans mellan deras behov och barnmorskans

rådgivning uppstod en känsla att inte alls ha erhållit rådgivning och av att vara oviktig, vilket gjorde att respondenterna ville gå därifrån och att de var lättade när det var över.

*“det får ju en att känna att de bara ställer de frågor de måste liksom sen har de gjort vad de ska typ” (1)*

### **Att preventivmedelsrådgivning sker i samråd**

Om barnmorskan bjöd in till dialog där respondenten fick komma till tals upplevde respondenterna att barnmorskan var lyhörd för den enskilda individens önskemål om preventivmedelsmetod. Respondenterna uttryckte en önskan om att få prata om sina erfarenheter av preventivmedel och om möjligt få veta varför de blivit oönskat gravida trots att preventivmedel använts. På så sätt kunde de få bättre stöd av barnmorskan i valet av preventivmedel.

*“Ja så det var ju lite som alltså så att man bara frågar om det [preventivmedlet] funkade så sa jag ja och sedan var det ju inte så mycket mer med det /.../ ...så om man hade gått in lite mer djupare på att “funkade det verkligen?” liksom och varför funkade det då inte denna gången...” (1)*

Genom att barnmorskan ställde frågor om tidigare erfarenheter av preventivmedel gavs en känsla av att barnmorskan ville förstå vilket preventivmedel som skulle kunna vara optimalt för kvinnans behov. Det förekom att rådgivningen utgick ifrån att barnmorskan efterfrågade om kvinnan funderat på eller hade önskemål om ett särskilt preventivmedel, detta upplevdes som ett bra sätt att göra kvinnan delaktig i rådgivningen om det kompletterades med frågor om varför kvinnan önskade just det preventivmedlet. När barnmorskan sedan gav förslag på preventivmedel som respondenten upplevde vara ett bra alternativ ökades den positiva upplevelsen eftersom detta gav intryck av att barnmorskan vägt in individens synpunkter. När rådgivningen skedde i samråd var upplevelsen att valet av preventivmedel var respondenternas eget beslut.

*“Hon var väl nyfiken själv på varför det inte funkade för mig, så det var verkligen toppen!”*  
(2)



*“Hon tog ju fasta på vad det var som var mitt huvudargument, just att jag inte vill hamna i den sitsen igen och när hon då, det var det hon utgick ifrån och visade mig de olika alternativen...” (5)*

### **Att behöva bli sedd**

Även om upplevelsen av preventivmedelsrådgivning i samband med abort överlag var positiv var det vissa faktorer som upplevdes försämra den. Upplevelsen av att inte bli sedd i rådgivningssituationen grundades i att respondenterna fick ett intryck att det fanns en tidsbrist. Detta påverkade preventivmedelsrådgivningen i sin helhet vilket gav känslan av att inte ha fått tillräckligt med information utifrån behoven, när mötet avslutades.

### *Att uppleva tidsbrist*

Det förkom att respondenterna upplevde att det fanns tidsbrist vid preventivmedelsrådgivningen men att barnmorskan ändå gjorde det bästa av situationen. Barnmorskans förmåga att förmedla lugn uppfattades som professionellt då hon lyckades behålla en samlad fasad i vad som uppfattades vara en stressig arbetsmiljö. Respondenterna upplevde inte att barnmorskorna visade stress utåt men fick ändå en känsla av att mötet skulle gå snabbt. Tidsbristen upplevdes bland annat genom att barnmorskan hade ett avhugget bemötande vilket gav intryck av det inte fanns tid att ge utförlig information eller svara på frågor. Det uttrycktes förvåning över att rådgivningen gick snabbt och respondenterna upplevde att de varken hann reflektera under rådgivningen eller fick tid att tänka över preventivmedelsvalet, vilket de hade önskat. Eftersom det inte fanns tid för reflektion och de svar som gavs var kortfattade kände respondenterna inte att det fanns tid att ställa fler frågor eller be om mer utförlig information.

*“...alltså man ställer en fråga och så får man ett snabbt svar, det är inte så mycket mer än så... så går man vidare till nästa...” (3)*

### *Att sakna information*

Respondenterna uttryckte en önskan om att få ta del av barnmorskans kunskaper om preventivmedel men upplevde att de ibland fick bristfällig och kortfattad information. Informationen var begränsad till att innefatta de vanligaste preventivmedlen och i vissa fall

gavs enbart muntlig information vilket innebar att respondenterna då saknade skriftlig information att läsa hemma i lugn och ro. Det förekom också att respondenterna inte fått den information de blivit lovade eftersom det råkade otydlighet under besöket om det var läkaren eller barnmorskan som skulle ge preventivmedelsrådgivningen. Därför trodde de inte att det var rätt tillfälle att ställa frågor. När barnmorskan inte gav tillräckligt med information fick respondenterna istället ställa frågorna men detta gav ändå en känsla av att ha fått otillräckligt med information eftersom respondenterna var osäkra på om de fått veta allt de borde fått veta av barnmorskan. Trots preventivmedelsrådgivning upplevde en del att de fortfarande saknade information och kunskap kring det valda preventivmedlet.

*“Ja så kunde de ju berättat mer för det är jättesvårt att fråga när man inte vet någonting.../.../och de är ju experter på det...alltså så...de borde tala mer utförligt om själva grejen eller själva varje preventivmedel och inte bara säga nä men det är inget för dig alltså lite så...”(4)*

### ***Att få klara sig själv***

Om respondenterna upplevde att de själva behövde vara drivande i att få barnmorskan att diskutera de olika preventivmedlen och att ge information försökte de få information genom att ställa frågor om biverkningar, verkningsmekanism och användning. Däremot upplevde de då att det var ett dilemma att efterfråga information eftersom de saknade adekvata kunskaper i ämnet. Om den information som respondenten behövde inte gavs under preventivmedelsrådgivningen upplevde de att de själva fick söka information via internet eller annan barnmorska som de hade förtroende för, till exempel på barnmorskemottagning, eller genom att prata med vänner.

*“Och jag kommer ihåg att jag tänkte att jaja, jag får nog läsa på sen när jag kommer hem.”*  
(3)

### **Att känna förtroende**

I rådgivningssituationen var det viktigt för kvinnan att känna förtroende för barnmorskan för att skapa en relation. Kvinnans förtroende för barnmorskan baserades på barnmorskans egenskaper och bemötande. En god relation skapade förutsättningar för att barnmorskan och kvinnan skulle kunna ha en god dialog och ett gott samarbete.

### ***Ett lärande möte***

Respondenterna kunde uppleva att barnmorskan var pedagogisk genom att hen bemötte argument på ett lyhört sätt, lade fram fakta, hade förmåga att förmedla kunskap och anpassade hur hen förmedlade denna kunskap efter den enskilda individens behov. Respondenterna uppskattade om barnmorskan hade ambition att dela med sig av sin kunskap så att kvinnan skulle kunna fatta ett välinformerat beslut om preventivmedelsmetod. Egenskaper som gav ett förtroendeingivande intryck hos respondenterna var att barnmorskan utstrålade kompetens genom att vara kunnig, påläst och erfaren.

*“Hon var proffsig i att hon var... hon var kunnig, henne kompetens, det tyckte jag var jätteviktigt, att hon kunde se de olika, hon kunde möta mina argument och ändå så var hon lyhörd” (5)*

### ***Ett gott bemötande***

Besöket kunde upplevas som en emotionellt påfrestande situation men genom att barnmorskan agerade professionellt och gav ett vänligt och välkomnande bemötande underlättades mötet. Det framkom att skamkänslor över att ha blivit oönskat gravid kunde framkallas när barnmorskan initierade preventivmedelsrådgivningen men om barnmorskan hade ett respektfullt bemötande försvann skamkänslorna och respondenterna kunde ta till sig rådgivningen.

*“Så när hon började prata om preventivmedel så blev jag först lite puff och tänkte att ”oj... usch vad ansvarlös jag har varit, det är klart att hon måste diskutera det med mig för det är klart att hon tänker att jag inte har skyddat mig”... jag tog det lite så.” (5)*

Ett professionellt bemötande innebar för respondenterna att barnmorskan inte stigmatiserade eller skuldbelade kvinnan. Detta visade barnmorskan genom att ge rådgivning utan att döma eller värdera valet av preventivmedel eller orsaken till att kvinnan var där. Därmed skapades en trygg miljö som gjorde det lättare att framföra åsikter och önskemål.

*“Hon hade liksom lite humor, grejer hon sa, hon gjorde det lättsamt och ja hon var väldigt trygg människa kändes det som och hon gjorde ju så att, det smittade av sig, precis som ett leende. Hon ska ju ha all credit till att jag mådde bra när jag var där” (2)*

### **Att få möjlighet att ta till sig information**

Besökets upplägg, avseende undersökning och i vilken ordning information gavs, kunde variera både mellan och inom klinikerna. Detta kunde i sin tur påverka kvinnornas förmåga att ta till sig den givna informationen.

### *Organisationens inverkan*

Av intervjuerna framkom att hur besöket på abortmottagningen är upplagt har effekt på upplevelsen av preventivmedelsrådgivningen och förmågan att ta till sig information. De som erhöll preventivmedelsrådgivningen tillsammans med planering av abort efter att ha gjort datering av graviditeten med ultraljud upplevde att de hade svårt att fokusera på preventivmedelsrådgivningen och att det blev för mycket att ta in på en och samma gång. Tankarna kretsade istället exempelvis kring beslutet att göra abort, vad kvinnan sett på ultraljudsbilderna och hur aborten skulle genomföras rent praktiskt.

*“Det var precis efter att jag kommit ut från... läkaren och jag, då hade de precis gjort ultraljud och då var jag, då tänkte fortfarande jag på det med men ska jag verkligen göra aborten nu.” (3)*

De som erhöll preventivmedelsrådgivningen före att barnmorskan utförde dateringen av graviditeten och planering av aborten upplevde att de bättre kunde ta till sig informationen och fokusera på preventivmedelsrådgivningen.

*“Jag uppskattar att vi tog det innan för jag tror inte att jag hade varit mottaglig efteråt... faktiskt.” (5)*

### *Att bli avledd*

Samtidigt som det kunde upplevas som svårt att fokusera på preventivmedelsrådgivningen var det uppskattat att erhålla rådgivningen i samband med besöket på abortmottagningen. Dock uttryckte respondenterna att de inte var beredda på att de skulle få rådgivning. En av orsakerna till att det uppskattades att få preventivmedelsrådgivning var att oro inför aborten och tankarna kring den kunde avledas eftersom det upplevdes som ett bekant ämnesområde som var lättare att förhålla sig till. Detta i sig ökade känslan av delaktighet eftersom respondenterna lättare kunde ta till sig det som sades.

*“...men just preventivmedel hade jag nog inte ens i tankarna så när hon tog upp det så liksom jaha, var det något sånt här enkelt vi skulle prata om, dåså, alltså det var nästan lite alltså, det lugnande ner även min oro för det andra lite grann...” (2)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

I denna studie har konsekutivt urval använts och fördelen med detta är att urvalet blev precist eftersom deltagarna rekryterades i samband med att de sökte vård för att genomföra en abort. Metoden kan vara mindre lämplig då variationer i populationen som ska undersökas kan bli begränsad (Olsson & Sörensen, 2011). Denna studie hade som syfte att skildra upplevelsen av preventivmedelsrådgivning i samband med abort utan att jämföra upplevelserna i relation till exempelvis ålder, geografiskt område eller utbildningsnivå varför metoden kan anses vara acceptabel (Olsson & Sörensen, 2011).

En svaghet i inklusionskriterierna var att kvinnor som inte talar svenska och kvinnor under 18 år exkluderades ur studien vilket kan ha inneburit ett bortfall av respondenter. Detta kan ha påverkat resultatet eftersom det är möjligt att de skulle ha kunnat bidra med en ökad variation av upplevelser. Syftet med inklusionskriteriet att aborten skulle ha genomförts de senaste 12 månaderna var att ge de mindre klinikerna, utan en separat abortmottagning, större möjlighet att rekrytera deltagare men alla intervjuer genomfördes kort efter rådgivningen. Till denna studie rekryterades 13 personer som var intresserade av att delta varav sju valde att inte fullfölja deltagande. Kvinnor som genomfört en abort kan känna sorg, skuld och nedstämdhet efteråt (Kero, Högberg, Jacobsson & Lalos, 2001) vilket kan vara en anledning till att deltagarna valt att inte genomföra intervjun. Det är dock svårt att uttala sig om ifall fler hade kunnat tänka sig att delta i studien om intervjun genomförts längre tid efter aborten. Risken finns att om längre tid går mellan rådgivning och intervju kan minnen blekna och det är möjligt att resultatet påverkas av att respondenternas minnen från rådgivningen bearbetats eller tolkats (Troost, 2011).

Den semistrukturerade intervjun är lämplig som metod när avsikten är att beskriva upplevelser och med hjälp av intervjuarens frågor få klarhet i hur den intervjuade ser på sin omvärld. Dessa nyanserade beskrivningar använder sedan forskaren för att tolka vilken innebörd upplevelserna har (Kvale & Brinkmann, 2014). Då relativt få studier gjorts på hur kvinnor upplever barnmorskans preventivmedelsrådgivning i samband med abort var en kvalitativ metod i form av semistrukturerade intervjuer en lämplig metod för att få fram ny kunskap inom området. Denna kunskap kan sedan läggas till grund för fortsatt forskning, exempelvis kvantitativa studier (Kvale & Brinkmann, 2014).

För att rekrytera deltagare till studien användes mellanhänder, i detta fall barnmorskor på abortmottagningarna på sex sjukhus i södra Sverige. Rekrytering med hjälp av mellanhänder kan försvåras på grund av tidsbrist i verksamheten (Trost, 2011). Ett par av mellanhänderna i den här studien har uppgivit att det har varit högt tryck på flera av mottagningarna i området där urvalet gjorts, varför hög arbetsbelastning och tidsbrist hos barnmorskorna kan vara en orsak till att så få deltagare rekryterats till studien. Det är möjligt att fler deltagare hade kunnat rekryteras om författarna personligen tillfrågat kvinnor när de besökte mottagningen men detta bedömdes inte vara genomförbart på grund av tidsbrist.

I samtal med några av mellanhänderna framkom att en del av dem kände sig obekväma med att tillfråga om deltagande i studien eftersom det var de själva som ansvarade för preventivmedelsrådgivningen. Det framkom också att några tyckte att det var olämpligt att fråga om deltagande i studien med hänsyn till särskilda omständigheter som rörde aborten. Detta kan innebära att personer som uppfyllde inklusionskriterierna inte tillfrågats om deltagande i studien. Varken det totala antalet kvinnor som uppfyllde inklusionskriterierna eller hur många som har erbjudits att delta i studien men avböjt har inte registrerats. Det kan innebära en risk att mellanhänderna styrkt urvalet vilket utgör en felkälla i urvalsprocessen och är en möjlig orsak till att så få deltagare rekryterats (Trost, 2011). Det finns också en risk att rådgivningen påverkats av att barnmorskorna kände till att studien pågick. Vetskapen om studien kan ha påverkat resultatet på liknande sätt som vid en observationsstudie där medvetenheten om att en studie pågår kan leda till att beteenden förändras (Malterud, 2015) och att de därför givit annorlunda rådgivning än de annars brukar. En styrka i studien är att det, från författarnas sida, inte efterfrågades från mellanhänderna från vilken ort intresseanmälningarna har inkommit eller vem som har givit preventivmedelsrådgivningen.

Alla abortmottagningar har kunnat rekrytera deltagare men endast deltagare från tre abortmottagningar har visat intresse.

När det gäller antalet intervjuer i en intervjustudie kan få intervjuer vara mer fördelaktigt än många (Trost, 2011). Då det insamlade materialet till denna studie var innehållsrikt hade ett större antal intervjuer gjort datan svåröverskådlig och det hade blivit svårare att se detaljer som förenar och skiljer sig i materialet (Trost, 2011). Det är dock möjligt att en större variation av upplevelser hade framkommit om urvalet hade varit större (Kvale & Brinkmann, 2014).

Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) valdes då den ansågs vara lämplig i egenskap av att vara en vedertagen metod för sjukvårdsforskning (Granheim & Lundman, 2004).

Trovärdigheten i resultatet stärks av att datainsamlingen har varit relevant för syftet vilket testades med hjälp av en pilotintervju (Trost, 2011). Som ett led i att göra resultatet trovärdigt har citat redovisats från flera olika intervjuer. Trovärdigheten ökas också av att kategorierna skapats under analysprocessen är ömsesidigt uteslutande vilket innebar att ingen textmassa som är relevant för syftet hamnade utanför en kategori eller passade in i flera (Granheim & Lundman, 2004).

För att öka tillförlitligheten i den genomförda analysen har författarna beskrivit processen och givit exempel på analysförfarandet (se tabell 1). För att öka resultatets tillförlitlighet har analysen och bearbetningen av datan utförts gemensamt av författarna (Granheim & Lundman, 2012). Intervjuerna genomfördes under en kort tidsperiod innan eller strax efter att analyserna påbörjats vilket ökar tillförlitligheten i materialet eftersom det minskar risken för att datainsamlingen påverkats av det resultat som författarna fått fram (Granheim & Lundman, 2004).

Resultatets överförbarhet stärks av att respondenterna rekryterades från tre olika kliniker. Överförbarheten kan begränsas av antalet deltagare men eftersom det förekommer variationer i upplevelserna i de genomförda intervjuerna anser författarna att det finns en viss möjlighet att överföra resultatet på andra kvinnor som erhåller preventivmedelsrådgivning i samband med abort.

I syfte att öka resultatets giltighet har författarna under hela processen återvänt till de transkriberade intervjuerna för att minska risken att respondenternas berättelser missuppfattats. Utöver detta har handledaren haft tillgång till de transkriberade intervjuerna samt granskat kodningen av de första två intervjuerna och kontinuerligt följt och kommenterat analysarbetet i syfte att validera resultatets giltighet (Granheim & Lundman, 2004; Granheim & Lundman, 2012).

## **Resultatdiskussion**

### *Att vara i fokus*

I studien uttrycks vikten av att känna att barnmorskan är närvarande och fokuserar på kvinnan och att saker som att inte bläddra i papper eller arbeta med datorn samtidigt gör skillnad för hur kvinnan upplever rådgivningen. Det kan vara lätt att glömma att så enkla detaljer kan påverka upplevelsen av rådgivningen. Därför är det viktigt att barnmorskan är medveten om vad hen gör under rådgivningen och är väl förberedd inför mötet så att störande moment minimeras.

Respondenternas olika önskemål om preventivmedelsrådgivningens omfattning, det vill säga om den skulle innehålla information om alla tillgängliga preventivmedel eller bara ett fåtal som var aktuella för kvinnan, visar på vikten av att individanpassa rådgivningen. Genom att aktivt efterfråga vad kvinnan vill ha information om menar Arborelius (2013) att förmågan att ta till sig information optimeras genom att kvinnans kunskaper kring ämnet och önskemål om information kartläggs.

Som ett led i att ge preventivmedelsrådgivning i samråd med kvinnan kan barnmorskan utgå ifrån kvinnans önskemål, ett så kallat “foreclosed approach” eller “uteslutande förhållningssätt” (Dehlendorf, Kimport, Levy & Steinauer, 2014), och ge information om de preventivmedel kvinnan själv nämnt. Dock kan kvinnans önskemål vara baserade på en felaktig föreställning eller information och är kanske i själva verket inte lämplig för hennes behov. Det kan öka risken för att kvinnan erhåller ett preventivmedel som hon sedan i praktiken inte trivs med eftersom det inte motsvarar de föreställningar hon hade om det. I studien framkom att barnmorskan kan undvika detta genom att be kvinnan berätta varför just



det preventivmedlet tilltalar henne. På så sätt får barnmorskan kunskap om vilka egenskaper hos preventivmedlet som kvinnan anser vara viktiga och hennes syfte med att använda det. Med denna information som grund kan barnmorskan, om det föreligger en missuppfattning, ge råd om ett mer lämpligt preventivmedel. Detta kan då leda till att rådgivningen blir mer av en dialog, vilket Ekstrand et al. (2009) menar kan förbättra rådgivningen. Studiens resultat tyder på att rådgivningen då också kan göra kvinnan mer inkluderad i valet av preventivmedel vilket bekräftas av Dehlendorf et al. (2014) samt leda till att den anpassas efter kvinnans behov såsom Moreau et al. (2010) efterfrågat.

### *Att inte bli sedd*

En stor del av respondenternas berättelser präglades av upplevelsen av att det fanns tidsbrist, detta kunde vara alltifrån till att rådgivningen gick snabbt till en känsla av att barnmorskorna var stressade fastän de inte ville visa det. Resultatet bekräftas av att sjukvårdspersonal anser att preventivmedelsrådgivning ges för lite tid och utrymme vid abortrådgivning (Kilander et al., 2016). Effekten av tidsbristen blev att det upplevdes att barnmorskorna inte hade tid att ge information eller att svara på frågor, en upplevelse som bekräftas av Sundby, Svanemyr och Maehre (1999).

I de fall då respondenterna upplevt att barnmorskan erbjudit dem ett färdigt förslag på preventivmedel eller givit få alternativ att välja mellan är det möjligt att barnmorskan gjort en egen bedömning utifrån kvinnans önskemål och lagt fram de preventivmedel som hon bedömt varit mest lämpliga för kvinnan. Genom att barnmorskan är tydlig med hur hon resonerar och hur hon kommit fram till de förslag hon ger kan kvinnan få en bättre inblick i varför just de preventivmedel som föreslagits är passande. På så sätt kan också kvinnors eventuella fördomar och missuppfattningar om varför en preventivmetod är mer eller mindre lämplig för dem utredas. Liksom en tidigare studie visat (Dehlendorf, Diedrich, Drey, Postone & Steinauer, 2010) framkom i denna studie att kvinnor efterfrågade delaktighet i rådgivningens utformning och val av preventivmedel.

En barnmorska som ger preventivmedelsrådgivning måste vara beredd på och bekväm med att ge information om alla preventivmedel för att kunna tillmötesgå kvinnornas behov, särskilt med hänsyn till att många av de kvinnor som genomgår abort upplever att de har dåliga erfarenheter av preventivmedel (Odlind, 2006). Detta ställer krav på att barnmorskor är

kreativa när de ger kvinnorna förslag, har en bred kunskap om preventivmedel och att de ges förutsättningar i verksamheten att hålla sina kunskaper uppdaterade.

I studien framkom att respondenterna önskade ta del av barnmorskans kunskaper och få information av henne i egenskap av expert på preventivmedel. Om informationen ansågs bristande vände sig kvinnorna till andra källor som de hade förtroende för, såsom vänner och internet. Enligt Tiihonen, Heikkinen, Leppänen och Ahonen (2010) är släktingar, vänner och internet den främsta källan för att få information om hormonella preventivmedels biverkningar och risker. Författarna till föreliggande studie anser att risken med det, är att kvinnor får felaktig och onyanserad information och att förtroendet för vården kan minskas eftersom informationen riskerar att inte vara samstämmig.

### *Att känna förtroende*

Ett led i att bygga förtroende är att barnmorskan är trovärdig när hon ger preventivmedelsrådgivning. Kunskap och erfarenhet värderas högt av respondenterna vilket ställer krav på att barnmorskan håller sin kunskap uppdaterad och kan ge svar som baseras på evidens och beprövad erfarenhet. Däremot är enbart gedigna kunskaper hos barnmorskorna inte tillräckligt för att kvinnorna ska kunna ta till sig informationen. Studiens resultat visar att kvinnan behöver känna sig trygg med barnmorskan för att hon ska kunna ta till sig av det som sägs under rådgivningstillfället. Kvinnan måste också känna sig bekväm att prata och ställa frågor till barnmorskan. Dessa resultat överensstämmer med en tidigare studie av Dehlendorf, Krajewski och Borrero (2014) som visat att kvinnor känner sig mer avslappnade i en rådgivning när barnmorskan inte upplevs som formell i sitt bemötande, vilket i sin tur gör att kvinnorna blir mer nöjda med sin rådgivning.

I studien framkom att respondenterna känt skam över att de blivit oönskat gravida och att denna känsla förstärktes när barnmorskan började prata om preventivmedel. Dessa upplevelser måste sjukvårdspersonalen vara medvetna om (Kilander et al., 2016) och de kan dämpas av att barnmorskan har ett vänligt och öppet bemötande som inte skuldbelägger eller dömer kvinnan.

Respondenterna betraktade barnmorskan som en expert som skulle ge den information som behövdes så att ett informerat val av preventivmedel kunde göras. I resultatet framkom att kvinnor trots rådgivning och information upplevde att det inte fått tillräcklig information och

lämnat rådgivningen utan att ha kunskaper om det preventivmedel de valt. Enligt Patientlagen (SFS2014:821) ska vårdpersonal så långt det är möjligt försäkra sig om att den som fått information förstått denna och kunnat ta till sig innebörden (SFS 2014:821). Därför är det viktigt att barnmorskan är tydlig i sin kommunikation genom att anpassa sitt språk och underlätta för kvinnan att ta till sig informationen så att den blir mer förståelig så att risken för missförstånd minimeras. Som ett led i att försäkra sig om att kvinnan tar till sig informationen är återkoppling under samtalets gång av vikt.

### *Att få möjlighet att ta till sig information*

Informationen som ges under besöket på mottagningen rör dels själva aborten, dels information om preventivmedel. Resultatet tyder, i likhet med resultatet i studien av Moreau et al. (2010), på att det finns utrymme för att förbättra vårdens utformning i samband med abortrådgivning för att förbättra kvinnors möjlighet att ta till sig information. I föreliggande studie uttryckte respondenterna att det var svårt att ta till sig information och att fokusera på preventivmedelsrådgivningen. Detta skulle kunna vara en orsak till den skillnad som Moreau et al. (2010) fann vilket var att kvinnor i lägre utsträckning ansåg att de fått preventivmedelsrådgivning jämfört med i vilken utsträckning sjukvårdspersonalen ansåg att de givit preventivmedelsrådgivning.

Att fokusera på preventivmedelsrådgivningen i samband med abort försvåras ytterligare om preventivmedelsrådgivningen ges efter ultraljudsundersökningen där graviditeten dateras. Istället ansågs det lättare att fokusera på rådgivningen innan ultraljudsundersökningen. Om det är barnmorskan som ansvarar för hela mottagningsbesöket har hon möjlighet att lägga upp rådgivningen på ett sätt så att informationen blir lättare att fokusera på, genom att exempelvis inleda med preventivmedelsrådgivning och sedan genomföra ultraljudsundersökningen och planering av abortens genomförande. Enligt en svensk studie är det lika säkert men mer effektivt att låta barnmorskor utföra ultraljudsdatering vid en abortrådgivning än om besöket delas upp mellan gynekolog och barnmorska (Kopp Kallner et al., 2014). Genom att barnmorskan ges större ansvar i abortvården kan kompetensen i professionen ökas samtidigt som vården får en ökad kontinuitet.

Studiens resultat beskriver att kvinnor inte varit beredda på att de skulle få preventivmedelsrådgivning då deras primära syfte med besöket har varit att få

abortrådgivning. Detta överensstämmer med sjukvårdspersonalens upplevelse att sjukvårdspersonalen har två uppgifter under abortbesöket medan kvinnorna endast har aborten i tankarna (Kilander et al., 2016). Studiens resultat kan tyda på att det finns utrymme för sjukvårdspersonalen att bli bättre på att förbereda kvinnorna på att preventivmedelsrådgivning kommer att erbjudas i samband med besöket på mottagningen så att rådgivningen kan optimeras.

### ***Barnmorskans roll***

Studios resultat tyder på att kvinnors upplevelse av preventivmedelsrådgivning beror på flera olika faktorer såsom barnmorskans bemötande och förmåga att identifiera vilka behov som finns hos kvinnan och anpassa rådgivningen därefter vilket bekräftar Halldorsdottirs och Karlsdottirs (2011) teori om att barnmorskan ska kunna skraddarsy sitt bemötande utifrån patienten som sitter framför en. För att göra detta krävs det enligt Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) att barnmorskan har en teoretisk kunskap och att hen har förmåga att anpassa hur hen delar med sig av sin kunskap efter kvinnors olika förutsättningar. Vikten av denna kompetens visade sig i föreliggande studie genom att kvinnorna var mer nöjda med rådgivningen när barnmorskan gav dem förutsättningar att fatta välinformerade beslut.

### **Konklusion och implikationer**

Tidsbrist upplevs vara ett hinder för att få och ta till sig information vilket kan få konsekvensen att kvinnor upplever att de får klara sig själva och söker information hos mindre tillförlitliga källor. Resultatet tyder på att kvinnans upplevelse av rådgivningen kan förbättras om barnmorskan ansvarar för hela besöket inklusive det vaginala ultraljudet. Kontinuiteten ger en bättre förutsättning för barnmorskan att skapa en relation till kvinnan vilket kan förbättra rådgivningen och underlättar för kvinnan att ta till sig den omfattande information som ges. Förhoppningen är att barnmorskor genom den här studien kan få förståelse för vad som påverkar upplevelsen av preventivmedelsrådgivning så att kvinnor kan ges en ökad möjlighet att välja det bästa preventivmedlet för henne.

## Referenser

- Aneblom, G. (2006). Bemötande och omhändertagande vid abort. I Lars-Åke Mattsson (Red.), *SFOG Rapport nr 54 Inducerad abort* (s. 17-26). Stockholm: SFOG.
- Arborelius, E. (2013). Att tala med patienter om levnadsvanor. I B. Klang-Söderqvist (Red.), *Patientundervisning* (s. 189-207). Lund: Studentlitteratur.
- Barnmorskeförbundet. (2006). *Kompetensbeskrivning för barnmorska*. Hämtad 22 december 2016 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBEKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>
- Barth, T. & Näsholm, C. (2009). *Motiverande samtal - MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Cederholm, M. & Marions, L. (2006). Ultraljud och abort. I Lars-Åke Mattsson (Red.), *SFOG Rapport nr 54 Inducerad abort* (s. 75-78). Stockholm: SFOG.
- Dehlendorf, C., Diedrich, J., Drey, E., Postone, A. & Steinauer, J. (2010). Preferences for decision-making about contraception and general health care among reproductive age women at an abortion clinic. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 343-348.
- Dehlendorf, C., Krajewski, S. & Borrero, S. (2014). Contraceptive Counseling: Best Practices to Ensure Quality Communication and Enable Effective Contraceptive Use. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57 (4), 659–673.
- Dehlendorf, C., Kimport, K., Levy, K., and Steinauer, J. (2014). A Qualitative Analysis of Approaches to Contraceptive Counseling. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(4), 233–240.
- 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), 173-180.
- Falk, G., Brynhildsen, J. & Ivarsson, A. B. (2009). Contraceptive counselling to teenagers at abortion visits – A qualitative content Analysis. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 14(5), 357-364.
- Förenta Nationerna. (1994). *Guidelines on Reproductive Health*. Hämtad 22 december 2016 från <http://www.un.org/popin/unfpa/taskforce/guide/iatfreph.gdl.html>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Halldorsdottir S & Karlsdottir S. The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, (4), 806–817.

Helsingforsdeklarationen. (1964). Hämtad 22 december 2016 från <https://www.slf.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf>

Helström, L. (2006). Känslor och reaktioner hos abortsökande och personal. I Lars-Åke Mattsson (Red.), *SFOG Rapport nr 54 Inducerad abort* (s. 85-90.). Stockholm: SFOG.

ICM. (2008). *International Code of ethics for Midwives*. Hämtad 4 april 2016 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)

Kavanaugh, M.L., Carlin, E.E. & Jones, R. K. (2011). Patients' attitudes and experiences related to receiving contraception during abortion care. *Contraception*, 84, (6), 585–593.

Kero, A., Högberg, U., Jacobsson, L & Lalos, A. (2001). Legal abortion: a painful necessity. *Social Science & Medicine*. 53(11), 1481-1491.

Kilander, H., Salomonsson, B., Thor, J., Brynhildsen, J. & Alehagen, S. (2016). Contraceptive counselling of women seeking abortion – a qualitative interview study of health professionals' experiences. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 30, 1-8.

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 An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122 (4), 510-517.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun (3 uppl.)* (S.-E. Torhell, övers.). Lund: Studentlitteratur.

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

Läkemedelsverket. (2014). Antikonception - Behandlingsrekommendation. Hämtad 6 december 2016 från [https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Antikonception\\_rek.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Antikonception_rek.pdf)

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion (3 uppl.)* (P. Larson övers.) Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 2011).

Moreau, C., Trussell, J., Desfreres, J. & Bajos, N. (2010). Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*, 82, 337–344.

Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E. & Larsson, M. (2013). Autonomy and dependence-experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian Journal of Sciences*, 27, 569-579.

Odlind, V. (2006). Preventivmedel efter abort. I Lars-Åke Mattsson (Red.), *SFOG Rapport nr 54 Inducerad abort* (s. 57-60). Stockholm: SFOG.

Olsson, H & Sörensen, S. (2011). Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv (2 uppl.). Stockholm: Liber.

Oscarsson, U. & Räthel, K. (2014). Upplevelser av bemötande bland i somatisk vård bland personer med egen erfarenhet av förstämningssyndrom. En kvalitativ intervjustudie. (Kandidatuppsats vid sjuksköterskeprogrammet. Lunds universitet, Institutionen för hälsovetenskaper, 222 41 Lund.) Hämtad 22 december 2016 från <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=4250151&fileOid=4250160>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Priebe, G. & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricsson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 31-52). Lund: Studnetlitteratur.

Rasch, V., Knudsen, L.B., Gameltoft, T., Christensen, J.T., Erenbjerg, M., Platz Christensen, J.J., & Sörensen, J.B. (2007). Contraceptive attitudes and contraceptive failure among women requesting induced abortion in Denmark. *Human Reproduction*, 22, 1320–1326.

Ramström, E. & Langmo, E. (2008). Preventivmedelsrådgivning och förebyggande av sexuellt överförbara infektioner. I Lars-Åke Mattsson (Red.), *SFOG rapport nr 59 Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv hälsa*. Stockholm: SFOG.

SFS 2014:821 Patientlagen

SOSFS 1996:21. *Rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte*. Hämtad 22 december 2016 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/13167/1996-10-21.pdf>

SOSFS 2009:15. *Abort*. Hämtad 22 december 2016 från: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-15>

Sundby, J., Svanemyr, J. & Maehre, T. (1999). Avoiding unwanted pregnancy - the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women. *Patient education and counselling*, 38, 11-19

Socialstyrelsen. (2016). *Abortstatistik 2015*. Hämtad 22 december 2016 från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20204/2016-5-20.pdf>

Tihonen, M., Heikkinen, A.M., Leppänen, H.M. & Ahonen, R. (2010). Information sources used by women in Finland who use hormonal contraceptives. *Pharmacy World & Science* (32), 66-72.

Trost, J. (2011). Kvalitativa intervjuer (4 uppl). Lund: Studentlitteratur.

## Arbetsfördelning

Författarna har i lika utsträckning bidragit till samtliga delar av uppsatsen.



Intervjuguide  
(Inspirerad av Oscarsson & Räthel, 2014)

### **Inledning**

#### *Syfte*

Studiens syfte är att beskriva kvinnors upplevelser av barnmorskans preventivmedelsrådgivning i samband med abort.

#### *Information*

Ge skriftlig och muntlig information.

Inhämta informerat samtycke och underskrift.

### **Intervju**

#### *Bakgrundsfrågor*

Hur gammal är du?

När erhöll du preventivmedelsrådgivning i samband med abort?

#### *Intervjufråga*

Vill du berätta för mig om dina upplevelser av att erhålla preventivmedelsrådgivning av barnmorskan i samband med abort?

*Tänkbara följdfrågor som kan leda samtalet framåt och utveckla informantens berättelse*

Hur kände du då?

Hur upplevde du det?

Hur reagerade du då?

Hur påverkades du?

Hur fick det dig att känna dig?

Vad hände?

Vad gjorde du då?

Hur hanterade du det?

Vad har/hade du för tankar...?

Vad har/hade du för förväntningar på...?

Vad har/hade du för föreställningar om...?

Vad hade kunnat göras annorlunda?

Hur tänker du idag om det du berättat om?

Har jag förstått dig rätt...?

Finns det något annat du skulle vilja berätta?

Vill du tillägga något?

## **Avslutning**

Finns det något du tycker jag glömt att fråga om?

Är det något speciellt du vill att jag ska ta med oss från detta samtal?