



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Att arbeta med sena inducerade aborter

-barnmorskans upplevelser, känslor samt
behov av stöd

Författare: Charlotta Medin Joelsson
Annika Möller

Handledare: Eva Persson

Magisteruppsats

Januari 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Att arbeta med sena inducerade aborter

-barnmorskans upplevelser, känslor samt behov av stöd

Författare: Charlotta Medin Joelsson
Annika Möller

Handledare: Eva Persson

Magisteruppsats

Januari 2014

Abstrakt

Barnmorskan möter kvinnor i många olika situationer. En av dessa situationer kan vara när kvinnan gör abort, antingen på grund av en oönskad graviditet, missbildning eller intrauterin fosterdöd. Sena aborter är något som kan påverka barnmorskans känslor. Syftet med studien var att belysa barnmorskans upplevelser och känslor i samband med omhändertagandet av kvinnan som genomgår en sen inducerad abort, samt barnmorskans behov av stöd i denna arbetssituation. En kvalitativ metod med induktiv ansats användes där 15 barnmorskor intervjuades. Insamlat material bearbetades med innehållsanalys. Resultat: Fyra kategorier framkom; Att vara professionell; Att uppleva det svårt och tungt; Att ha behov av stöd; Att hantera det aborterade fostret. Slutsats: Alla barnmorskorna i studien var positiva till fri abort och de ansåg att detta är viktigt. De barnmorskor som själva hade valt att arbeta med aborter ansåg inte att arbetet var lika betungande som de barnmorskor som blivit ålagda. Behovet av handledning varierade och ansågs av de flesta barnmorskor att det inte var lika viktigt som det kollegiala stödet.

Nyckelord

Barnmorska, sen abort, upplevelse, känslor, stöd

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	3
Bakgrund	3
Historik och den svenska lagen	3
Definitioner	5
Omhändertagande av foster i samband med abort	5
Barnmorskans känslor samt handledning och behov av stöd	6
Syfte	9
Metod	9
Urval av undersökningsgrupp	9
Genomförande av datainsamling	10
Genomförande av databearbetning	10
Förförståelse	11
Etisk avvägning	11
Resultat	12
Att vara professionell	13
Att ha en grundläggande positiv syn på fri abort	13
Att finnas tillhands och stödja	13
Att uppleva det svårt och tungt	15
Att ställa om sig mentalt	15
Att hantera sina känslor	15
Att själv få välja	16
Att ha för tung arbetsbörda	17
Att uppleva skillnad mellan olika anledningar till abort	17
Att ifrågasätta Socialstyrelsens regler	19
Att ha behov av stöd	20
Att få kollegialt stöd	20
Att få handledning	20
Att hantera det aborterade fostret	21
Att fostret visar livstecken	21
Att praktiskt omhänderta fostret	22
Att se fostret som ett foster och inte som ett barn	22
Diskussion	24
Diskussion av vald metod	24
Diskussion av framtaget resultat	25
Halldorsdóttirs och Karlsdóttirs barnmorsketeori	28
Slutsats	29
Implikation till förändring	30
Referenser	31
Bilaga 1 (5) - Informationsbrev till verksamhetschef	34
Bilaga 2 (5) - Informationsbrev till avdelningschef	36
Bilaga 3 (5) - Informationsbrev till undersökningsperson	38
Bilaga 4(5) - Intervjuguide	40
Bilaga 5(5) - Analysschema	41

Problembeskrivning

Barnmorskan möter kvinnor i många olika situationer. En av dessa situationer kan vara när kvinnan gör abort, antingen på grund av en oönskad graviditet, missbildning eller intrauterin fosterdöd. En sen abort, det vill säga från vecka 12 + 0 till vecka 22 + 0, innebär att kvinnan måste föda fram sitt foster i likhet med en förlossning på sjukhus (Statens Offentliga Utredningar [SOU 2005:90], 2005). Sena aborter kan påverka barnmorskans känslor eftersom det är barnmorskan som får hantera det aborterade fostret. Mycket arbete görs för att kvinnan ska slippa se fostret men ingen tänker på att barnmorskan måste ta hand om det (Lipp, 2008; Nicholson, Slade & Fletcher, 2010). Studier om barnmorskors erfarenheter av abort är ofta daterade ett till tre decennier tillbaka i tiden och handlar huvudsakligen om att vara för eller emot abort samt viljan att delta i abortverksamhet (Jacobsson, Román & von Schoultz, 1973; Jacobsson, von Schoultz, Lalos & Björk, 1983; Hammarstedt, Jacobsson, Wulff & Lalos, 2005). Det finns få studier om de känslor och upplevelser som barnmorskor, som arbetar med aborter har, och det finns relativt få nyare studier där barnmorskors erfarenheter undersöks (Hammarstedt et al, 2005; Lindström, Wulff, Dahlgren & Lalos, 2011).

Denna studie avser att belysa barnmorskans upplevelser och känslor i mötet med den abortsökande kvinnan. Detta är viktigt eftersom barnmorskan har ett ansvar mot kvinnan, men även mot sig själv och sina egna känslor. Det är också viktigt att belysa behov av handledning och stöd till barnmorskor för att bearbeta sina egna känslor i mötet med kvinnor som gör en sen abort.

Bakgrund

Historik och den svenska lagen

Att avbryta en oönskad graviditet sker och har skett i alla tider och kulturer vare sig det varit legalt eller inte (SOU 2005:90). Fria aborter har blivit tillgängliga i många länder tack vare de politiska debatter som inletts av kvinnorörelser. Varje kvinna ska ha rätt att bestämma över sin egen kropp och huruvida hon vill eller inte vill vara gravid (Alex & Hammarström, 2004).

Tillgång till legala och säkra aborter är av stor betydelse för kvinnors reproduktiva hälsa. I de länder där det är svårt att få legal abort förekommer en omfattande illegal abortverksamhet (SOU 2005:90). Så var det även i Sverige innan abortlagen trädde i kraft. Fosterfördrivning har i svensk rätt betraktats som en otillåten gärning sedan landskapslagarna på 1200-talet. Enligt 1734 års lag stadgades livsstraff- samma straff som för dråp vid fördrivning av foster. Även försök till fosterfördrivning straffades. Den kvinna i Sverige som önskade en abort före år 1939 då lagen om avbrytande trädde i kraft, var hänvisad till kvacksalvare eller mindre nogräknade läkare som utförde illegala aborter (ibid). När Sverige fick sin första lag tilläts abort på mycket begränsade medicinska indikationer efter prövning av Medicinalstyrelsen. Från 1946 kunde abort beviljas på socialmedicinsk indikation. Under 1960-talet skedde en succesiv förändring i samhället, där synen på sexualitet och även abort blev mer liberal. Detta ledde bland annat till att allt fler ansökningar om abort beviljades och antalet aborter ökade (Socialstyrelsen, 2011).

Den 1 januari 1975 trädde den nuvarande Svenska abortlagen (SFS 1974:595 med senare ändring i SFS 1995:660) i kraft och innebär fri abort, det vill säga att till och med 18:e graviditetsveckan tillåter lagen kvinnan att själv bestämma om abort (Socialstyrelsen, 2011). När graviditeten har passerat den 18:e veckan måste en prövning av Socialstyrelsen göras innan någon abort får ske. Antalet ansökningar till Rättsliga rådet om att få tillstånd till abort efter den 18:e graviditetsveckan har varierat mellan 350 och 500 per år under perioden 2006-2010. Cirka 75-95% av ansökningarna beviljades under samma period. De huvudsakliga anledningarna till ansökan om abort efter graviditetsvecka 18 är sociala problem samt fosterskador eller kromosomavvikelser. Genom den medicinsktekniska utvecklingen kan fosterskador nu säkrare diagnostiseras vilket betyder att fler kvinnor väljer att ansöka om abort än tidigare. Abort eller avbrytande av havandeskap enligt 6 § ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som inspektionen för vård och omsorg har godkänt (ibid).

Abort är idag en del av den svenska hälso- och sjukvården och är en av de tjänster som landstingen har skyldighet att erbjuda den egna befolkningen (SOU 2005:90). Den 1 januari 2008 fick Sverige en ny abortlag. Det blev då tillåtet för utländska kvinnor att komma till Sverige för att göra en abort. Sverige är därmed det enda landet i Europa dit det går att åka och göra abort fram till och med graviditetsvecka 18, utan att prövning görs (Socialstyrelsen, 2010).

Definitioner

Begreppet abort har olika betydelser i olika sammanhang. Detta arbete belyser framkallade (provocerade) aborter till skillnad från spontana aborter, missfall. Medicinskt betyder provocerad abort ett avbrytande av en graviditet. Tidiga aborter utförs före vecka 12 och därefter kallas det sena aborter (SOU 2005:90). För att avbryta en graviditet kan medicinska eller kirurgiska metoder användas. Medicinsk abort innebär att hormoner används för att avbryta graviditeten. Mifepristone (Mifegyne[®]) är en steroid som intas per oralt (1-3 st.) och åstadkommer progesteronbrist vilket leder till att graviditeten avbryts. Två dygn därefter ges ett prostaglandinpreparat Misoprostol (Cytotec[®]) vaginalt som mjukar upp cervix. Det kliniska förloppet vid medicinsk abort liknar det vid ett spontant missfall. Kirurgisk abort innebär att en vacuumaspiration av uterus genomförs. Cervix dilateras mekaniskt varefter uterus töms. Ingreppet utförs vanligen under narkos. Abortmetod väljs med utgångspunkt från aktuell graviditetslängd och kvinnans eget önskemål. Upp till vecka 12 + 0 kan kirurgisk eller medicinsk abortmetod väljas. Från vecka 12 + 0 till vecka 22 + 0 används enbart medicinsk metod som framkallar missfall. Detta på grund av att med stigande graviditetslängd blir det allt svårare att åstadkomma en tömning av uterus genom vacuumaspiration. Vid sen abort intas tre tabletter Mifepristone per oralt, två dygn därefter läggs kvinnan in på sjukhus för behandling med antingen vagitorium Gemeprost (Cervagem[®]) eller tablett Misoprostol (Cytotec[®]) vaginalt var tredje timme tills aborten är fullbordad, vilket ibland kan ta flera dygn. Ingreppet kan liknas vid en förlossning (ibid).

Omhändertagande av foster i samband med abort

Omhändertagandet av fostret är ungefär detsamma på alla kvinnokliniker i Sverige, med små skillnader i rutiner. På många håll finns kombinerade kvinnoavdelningar där gynekologi, förlossning och BB finns integrerade i varandra medan det på andra håll finns enbart abortkliniker.

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1990:8) styrde tidigare omhändertagandet av aborterade foster. Dessa allmänna råd är upphävda men ligger fortfarande till grund för omhändertagandet på de flesta kliniker. Orsaken till att råden är upphävda är enligt Socialstyrelsen att vården idag har välfungerande rutiner och enskilda PM för hur det

praktiska omhändertagandet ska ske. Behovet av de allmänna råden ansågs därför i denna del inte längre kvarstå. Beträffande omhändertagandet menar Socialstyrelsen att inget hindrar att sjukhusen fortsätter att använda sig av de rekommendationer som finns i SOSFS 1990:8.

Vidare anser Socialstyrelsen att även om de allmänna råden har upphävts förändras inte rättsläget för vad som gäller om kvinnan har önskemål som avviker från sjukhusets rutiner.

Följande gäller även fortsättningsvis:

Om kvinnan till exempel inte vill att fostret efter en sen abort, spontana och provocerade, (från vecka 12 till vecka 22) ska kremas bör hennes önskan om att det i stället bränns som biologiskt avfall, höras. Om kvinnan vill ha en särskild ceremoni bör hon få detta. Det finns möjlighet till gravsättning alternativt jordbegravning om kvinnan önskar detta. Den tredje varianten, att kvinnan vill ta med sig fostret hem, måste också accepteras, så länge det inte rör sig om smittförande material (särskild lagstiftning gäller för detta). (SOSFS1990:8).

Barnmorskans känslor samt handledning och behov av stöd

Att arbeta som barnmorska i samband med en sen abort kan väcka många frågor kring existens samt tankar om livet (Cignacco, 2002). Å ena sidan är barnmorskans roll att hjälpa till vid barnafödandet, å andra sidan kan det vara att hjälpa till vid avslutandet av ett nytt liv. Barnmorskan kan känna en obalans mellan de två motstridiga arbetsuppgifter de är skyldiga att utföra. I denna kvalitativa studie av Cignacco (2002) med 13 respondenter framkom att mötet med den abortsökande kvinnan kan riva upp barnmorskans egna oönskade känslor och frågor, känslor som kan vara tunga att bearbeta själv. Barnmorskan kan uppleva en inre konflikt mellan kvinnans rätt att bestämma själv och barnets rätt till liv. Denna konflikt kan orsaka en inre stress och problem i yrkesprofessionen (ibid). Lindström et al. (2011) kvalitativa studie med 25 gynekologer och 15 barnmorskor/sjuksköterskor visade att i samband med sena aborter uttryckte barnmorskor och sjuksköterskor, tydligare än gynekologer, att dessa var svåra att hantera. Detta förklarades av att barnmorskor och sjuksköterskor troligen är mer nära kvinnan under hela abortprocessen. De hade dock inga tvivel om att delta i aborter, trots att de hade upplevt komplexa och svåra situationer, såsom upprepade och sena aborter. Arbetet upplevdes paradoxalt och frustrerande men också som utmanande och givande (ibid). Utvecklingen av de medicinska aborterna, som till stor del ersatt de kirurgiska, har gjort att läkare i ökad omfattning delegerar arbetet med aborter till barnmorskan. Detta medför att barnmorskan i sin tur fått ökat ansvar och ökad arbetsbörda

(SOU 2005:90). Själva administreringen av läkemedlen och utförande av aborter faller numera på barnmorskans roll och kan sätta henne i en besvärlig etisk situation (Cignacco, 2002; Huntington, 2002).

Huntingtons (2002) samt Garel, Etienne, Blondel och Dommergues (2007) studier visade att då det aborterade fostret föds och försöker röra sig och andas, utsätts barnmorskan för en enorm känslomässig påfrestning. Många barnmorskor uppgav att de var oroliga för att fostret skulle leva då det föddes. De upplevde det även svårt att röra och bada fostret, samt att klä på det, dock ansågs det ändå viktigt att visa fostret för föräldrarna. Enligt Huntington (2002) är vårdens uppgift att hjälpa människor att klara av svåra och traumatiska händelser och det förväntas av barnmorskan att hon ska hantera dessa situationer. Barnmorskan kan som människa bli negativ utan stöd och hjälp till bearbetning av de känslor som hon upplever. Huntington (2002) visade också att barnmorskorna ansåg att de hade för lite stöd för att klara av sitt arbete. Att få tala om sina upplevelser och att ta hand om den egna personalen ansågs vara lika viktigt som att ta hand om patienterna. Nyutexaminerade barnmorskor önskade få stöd i sin nya yrkesroll genom handledning av en mer erfaren kollega.

Hyrkäs studie (1999) visade att handledning bidrar till ökad personlig utveckling och yrkesidentitet, ökad vårdkvalitet och dokumentation, ökad arbetsmotivation, minskad utbrändhet, ökad bekräftelse, samt förbättrad relation mellan patient och personal. I en annan studie av Hyrkäs (2002) framkom att deltagarna genom handledning förändrade sin syn på sig själva både i arbetet och i gruppen. Enligt Severinsson och Borgenhammar (1997) stärker handledningsprocessen den handleddes yrkesidentitet och kompetens. Deltagarna utvecklas genom handledningen från novis till expert. Detta genom att tro på sig själv och att känslan av osäkerhet avlägsnas. Deltagarna blev bättre på att hantera sina känslor i omvårdnadssituationer.

Barnmorskor erbjuds sällan fortlöpande handledning och kontinuerlig utbildning (Lindström et al., 2011). Tidigare studier (Hammarstedt et al., 2005; Hammarstedt, Lalos & Wulff, 2006; Lindström, Jacobsson, Wulff & Lalos, 2007) har visat att personal inom abortvård har en önskan om detta. Enligt Lindström et al. studie (2011) kunde ett sådant stöd ha gjort både individen och teamet mer positiva till utveckling och mer öppna för nya insikter i sitt arbete. Studien visade också att det fanns en brist på bredare och djupare kunskap om personalens erfarenheter och det informella samspelet som råder inom abortvården.

Halldorsdóttir och Karlsdóttir (2011) beskriver fem komponenter i sin barnmorsketeori som är viktiga för en god omvårdnad; *Professional caring*: barnmorskan bemöter kvinnan och hennes partner på ett professionellt sätt. Detta individualiserande bemötande är kärnan i barnmorskeyrket. *Professional wisdom*: barnmorskan har erfarenhet och vet hur hon ska använda den. *Professional competence*: barnmorskan har kompetens inom sitt yrke och företräder kvinnans rättigheter då det är nödvändigt. *Interpersonal competence*: barnmorskan har förmågan att visa intresse för kvinnan, samt bygga upp ett förtroende dem emellan. *Personal and professional development*: barnmorskan vet hur hon skall utvecklas i sitt yrke genom fortbildning men även hur hon personligen skall utvecklas som person. Dessa fem komponenter i Halldorsdóttirs och Karlsdóttirs (2011) barnmorsketeori är av yttersta vikt i barnmorskeyrket då barnmorskan ofta möter kvinnan i sårbara situationer, till exempel i samband med en abort.

Inom varje religion finns flera olika uppfattningar om hur den religiösa traditionen ska tolkas. Detta innebär att det inom varje religion finns en mångfald av ståndpunkter och argument i fråga om sexualitet och abort (SOU 2005:90). Enligt Lindström et al. (2007) var barnmorskor med religiös tro mer bekymrade för sena aborter än de som inte var religiösa. I en dansk kvantitativ studie (de la Fuente Fonnest, Söndergaard, Fonnest & Vedsted-Jacobsen, 2000) tillfrågades 993 respondenter. Svarefrekvensen var 76 procent och resultatet visade att vårdpersonalens trosuppfattning och hur stark deras övertygelse var, påverkade deras syn på abort. Det framkom i studien att det fanns en diskrepans mellan de rekommendationer som det danska Etikrådet gav och de attityder som uttrycktes bland vårdpersonalen.

I abortfrågan finns en intressekonflikt mellan fostrets skyddsvärde och den gravida kvinnans rättighet. Sverige har valt att ge kvinnans rätt företräde då kvinnan har rätt till sin kropp (Statens Medicinsk-Etiska Råd [SMER], 2008). Kvinnans rätt att göra abort är fastställd genom lagen, men för att lagen ska vara en realitet för kvinnor krävs det att barnmorskan står bredvid kvinnan under denna process. Allmänheten kan distansera sig från detta svåra arbete och förväntar sig helt enkelt att barnmorskan uppfyller denna service (Huntington, 2002). Från ett vårdande feministiskt perspektiv är det viktigt att betona att barnmorskan kan behöva stöd för att hantera denna känslomässiga påverkan av sitt arbete. Feminister har gjort det möjligt för kvinnan att själv få bestämma över sin fertilitet. Något som de kanske dock inte tänkte på var att det huvudsakligen är kvinnor som då vårdar andra kvinnor (Alex & Hammarström, 2004; Huntington, 2002).

Syfte

Syftet med studien var att belysa barnmorskans upplevelser och känslor i samband med omhändertagandet av kvinnan som genomgår en sen inducerad abort, samt barnmorskans behov av stöd i denna arbetssituation.

Metod

Intervjustudien har genomförts med induktiv ansats och kvalitativ metod, vilket innebär att förstå den sociala verkligheten sådan som intervjupersonerna själva upplever den (Kvale & Brinkmann, 2009). Induktiv ansats innebär en förutsättningslös analys av texter, som bland annat kan vara baserade på människors berättelser om sina upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Information samlas in, analyseras och utifrån det dras slutsatser. Kvalitativa undersökningar syftar till att undersöka *hur-* och *varför-*frågor (Kvale & Brinkmann, 2009).

Urval av undersökningsgrupp

Muntlig och skriftlig kontakt togs med både verksamhetschefer och avdelningschefer på kvinnokliniker i södra Sverige. Detta för att få information om underlag till intervjuer och godkännande för att få genomföra studien. Därefter skickades projektplan samt samtyckesblanketter till respektive klinik. Avdelningscheferna informerade barnmorskorna om studien och de som var intresserade skrev på samtyckesblanketter som skickades till författarna före intervjuerna. Vid en klinik skrevs samtyckesblanketterna på vid intervjutillfället. Inklusionskriterierna för respondenterna var att de skulle vara barnmorskor samt arbeta med sena aborter. Femton respondenter intervjuades under tiden augusti till november 2013. Motivet för val av antalet respondenter var att femton deltagare bedömdes vara tillräckligt många för att få variation i textmaterialet och samtidigt ge en hanterbar textmassa att analysera.

Genomförande av datainsamling

Skriftlig information om studien skickades via mail till verksamhetschefer och avdelningschefer för att få ett godkännande att göra intervjuerna. Information om studien, konfidentialitet och rätten att avbryta sitt deltagande gavs skriftligt till barnmorskor på respektive klinik. Intervjuerna har varit narrativa. En intervjuguide konstruerades och användes (Bilaga 1). Narrativa intervjuer innebär att intervjupersonerna fritt berättar om sin upplevelse och erfarenhet av det fenomen som studeras. Genom att stimulera berättandet blir författarna medskapare till texten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Respondenterna har fritt fått berätta om sina upplevelser, erfarenheter och känslor relaterat till mötet med kvinnor som gör abort mellan vecka 12 + 0 och vecka 22 + 0. Vid behov har klagörande frågor ställts.

Intervjuerna genomfördes på respektive kvinnoklinik och alla intervjuerna utom en spelades in. Denna intervju skrevs ut förhand under intervjun och respondenten fick i efterhand före analys godkänna utskriften. Intervjuerna var mellan 15 och 45 minuter långa och avslutades när inget nytt framkom. Båda författarna deltog i samtliga intervjuer. En av författarna ledde intervjun medan den andre författaren skötte inspelningen, samt observerade och kom med stödfrågor.

Genomförande av databearbetning

Vid analys av det insamlade materialet har författarna utgått ifrån innehållsanalys enligt Burnard, Gill, Stewart, Treasure och Chadwicks (2008) fyra steg. De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant. Därefter läste båda författarna varje utskrift och gjorde anteckningar i marginalen av ord, teorier eller korta fraser som sammanfattade vad som sagts i texten, så kallad öppen kodning. Det andra steget innebar att författarna samlade ihop de ord och fraser som uppkom under den öppna kodningen och strök eventuella dubletter. Detta för att minska antalet koder. Därefter sammanfördes liknande koder i underkategorier. I det tredje steget har överlappande och liknande underkategorier grupperats för att ytterligare minska antalet underkategorier. Det fjärde och sista steget innebar att bilda kategorier och underkategorier (ibid). Ett schema över exempel på citat, koder, underkategorier och

kategorier utformades (bilaga 2). En kodlista gjordes där respondenternas namn ersattes med siffror vid citaten, för att kunna bevara konfidentialiteten av respondenterna.

Förförståelse

Med förförståelse menas dels vad forskaren i förväg tror sig finna i en undersökning, dels forskarens syn på hur världen är, och bör vara (Forssén & Carlstedt, 2008). Forskaren bär med sig en förförståelse av det han vill studera och varför detta är intressant att studera (Rosberg, 2008). I kvalitativa studier är forskaren delaktig genom att i samspelet under intervjun vara medskapare av texten. Detta innebär att resultat av en intervjustudie inte kan ses som oberoende av forskaren (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Det kan ha påverkat resultatet att den ena författaren har arbetat som sjuksköterska på en gynekologisk avdelning och själv har erfarenhet av att arbeta med sena aborter, dock har inga intervjuer gjorts på det sjukhuset. Dahlberg, Drew och Nyström (2001) påpekar att det är både positivt och negativt med förförståelse. Positivt då förförståelsen ger en grund till att förstå, men negativt då det kan göra att forskaren inte är öppen för det som visas (ibid). Författarna har valt att den som inte arbetat på en gynekologisk avdelning har varit den som genomfört intervjuerna och den andra har skött inspelningen och försökt hålla sig i bakgrunden. Genom hela studien har författarna försökt att sätta sin förförståelse åt sidan genom att ha ett objektivt förhållningssätt.

Etisk avvägning

Vid forskning skall hänsyn tas till autonomiprincipen, godhetsprincipen, rättvisepincipen och principen om att inte skada (World Medical Association, 2009). Autonomiprincipen handlar om att respektera andras förmåga till autonomi och integritet. Hänsyn bör tas till olika personers möjlighet till självbestämmande. Det innebär att respekt ska ges för människors förmåga att ta ställning till information och handlingsalternativ. Den information som ges inför studien ska vara förståelig och tillräcklig. Godhetsprincipen innebär att var och en ska sträva efter att göra gott och förebygga/förhindra skada. Nyttan av en studie ska alltid vägas mot vad den innebär för de som deltar i den. Rättvisepincipen handlar om att respektera

varandras lika värde som människor. Urval av människor måste göras enligt vetenskapliga normer. Principen att inte skada innebär att sträva efter att inte utsätta någon för skada. Skada behöver inte vara fysisk utan det kan också handla om att utsätta andra för situationer som de kan uppleva som obehagliga (ibid).

Barnmorskorna deltog frivilligt i studien och lät sig bli intervjuade. Att bli intervjuad om sina upplevelser i samband med känsliga frågor kan upplevas svårt och barnmorskorna har när som helst kunnat välja att avbryta sin medverkan i studien utan att ange orsak. De inspelade intervjuerna förvaras inlåsta så att endast författarna har tillgång till dem och så även det skrivna materialet.Handledaren har ingen kännedom om respondenternas identitet då alla namn och arbetsplatser har aidentifierats. Allt material förvaras och behandlas konfidentiellt och förstörs efter godkänd examination.

En ansökan om rådgivande yttrande för att få genomföra studien gjordes till Vårdvetenskapliga etiknämnden vid Lunds Universitet VEN 63-13. Rekryteringen av barnmorskor påbörjades därefter.

Resultat

Studiens resultat baseras på 15 intervjuer av barnmorskor som arbetar med sena aborter. Barnmorskornas ålder varierade mellan 25 och 62 år och de hade arbetat som barnmorskor mellan 1,5 och 37 år.

Efter analys av intervjuerna framkom 4 kategorier: *Att vara professionell*, *Att uppleva det svårt och tungt*, *Att ha behov av stöd* och *Att hantera det aborterade fostret*, samt 13 underkategorier (Tabell 1).

Tabell 1. Framtagna kategorier utifrån intervjuer med barnmorskor

Kategori	Underkategori
Att vara professionell	Att ha en grundläggande positiv syn på fri abort
	Att finnas tillhands och stödja
Att uppleva det svårt och tungt	Att ställa om sig mentalt
	Att hantera sina känslor
	Att själv få välja
	Att ha för tung arbetsbörda
	Att uppleva skillnad mellan olika anledningar till abort
	Att ifrågasätta Socialstyrelsens regler
Att ha behov av stöd	Att få kollegialt stöd
	Att få handledning
Att hantera det aborterade fostret	Att fostret visar livstecken
	Att praktiskt omhänderta fostret
	Att se fostret som ett foster och inte som ett barn

Att vara professionell

Att ha en grundläggande positiv syn på fri abort

En positiv inställning till fri abort och att det är kvinnans fria val att söka abort, fanns hos alla. Det ansågs att ibland kunde abort vara väl motiverat och att det är viktigt att det finns tillgång till aborter. Det var självklart att kvinnor inte ska behöva riskera sina liv för att ta bort en oönskad graviditet. Att arbeta med abortsökande kvinnor kunde upplevas givande. Det positiva i arbetet med aborter övervägde allt det svåra.

”Att inte ha fri abort, det vore förfärligt”(15)

Att finnas till hands och stödja

Ett professionellt bemötande gentemot den abortsökande kvinnan var mycket viktigt. Oavsett anledning till abort åsidosatte barnmorskorna sina egna värderingar för att kunna tillgodose kvinnans behov, både när det gällde smärtlindring och emotionellt stöd, även om de upplevde

det svårt att arbeta med aborter. Det ansågs viktigt att vara neutral i mötet med kvinnan och inte ifrågasätta anledning till aborten. Enligt barnmorskorna i studien var de abortsökande kvinnorna ofta rädda för att de skulle möta personal med fördömande attityd och kvinnorna blev många gånger förvånade när de blev bemötta med empati, vänlighet och värme. Att vara fördomsfri och inte döma kvinnan utan visa respekt för hennes val ingick i barnmorskornas syn på ett professionellt bemötande. Kvinnornas välmående var det viktigaste och det var där fokus skulle ligga.

”Och jag hoppas att jag gör ett bra jobb med det också, att det inte lyser igenom att jag tycker att det är svårt.”(14)

Många möten är korta och intensiva och ställer höga krav på barnmorskans bemötande men de upplevdes ändå som givande. Själva mötet med kvinnan var det primära. Det kändes positivt att ge kvinnan stöd oavsett anledningen till aborten. Att hjälpa och värna om kvinnan i den här svåra stunden var självklart, samt att finnas till hands och att stödja. Kunna ha tid till kvinnan och att vara närvarande på rummet ansågs viktigt samt att ta reda på hur kvinnan önskade ha det. Att genom tacksamhet få bekräftelse från kvinnorna gav barnmorskorna känslan av att ha gjort ett bra jobb. Det var något de bar med sig, att de varit på arbetet och gett precis det de skulle.

”Man stöttar kvinnan genom processen, man vill att hon ska må så bra som möjligt. Man vill finnas till som barnmorska.”(13)

”Det är inte en krävande patientgrupp utan dom är mer tacksamma för hjälpen dom får.”
(1)

Att uppleva det svårt och tungt

Att ställa om sig mentalt

Arbetet med flera olika patientkategorier under samma arbetspass kunde upplevas som splittrande hos barnmorskorna. Att växla mellan sorg och glädje blev för stora kontraster. Barnmorskan kunde gå från gravida eller nyförlösta lyckliga kvinnor med friska barn till ett annat rum med en ångestfylld aborterande kvinna. Det upplevdes mentalt påfrestande att som barnmorska ställa om sig mellan de olika rummen.

”...här ligger hon och ska bevara sin graviditet och här ligger hon och vill göra sig av med sin. Det är ju också kollision i hjärnan nästan eller så...”(3)

Att hantera sina känslor

Barnmorskorna blev känslomässigt påverkade på olika sätt. Att stänga av, tränga undan, trycka ner, undvika ytterligare patientkontakt, att ha en fasad utåt, att bara göra-det är en arbetsuppgift, var olika sätt för barnmorskorna att hantera sitt arbete i samband med sena aborter. Medvetenheten fanns om att det inte var hälsosamt att förtränga sina känslor, men det var många gånger nödvändigt för att orka med.

”Sen tror jag också att jag som många utav mina kolleger vi trycker ner det, stänger till. Och det är inte bra.” (14)

Arbetet med aborter var det tyngsta barnmorskan kunde göra inom barnmorskeyrket. Det var ingen barnmorska som tog lätt på dessa arbetsuppgifter utan det kunde vara både svårt och tungt emellanåt. Att möta andra människors sorg kunde kännas tungt oavsett anledning till aborten. Genom åren erhöles en erfarenhet av att hantera dessa känslor och att de kunde lämna arbetet bakom sig när arbetspasset var slut.

Att själv få välja

Det var en skillnad mellan barnmorskornas arbetsuppgifter beroende på var de arbetar och hur kliniken var uppbyggd. De barnmorskor som själva valt att söka sig till abortverksamhet var nöjda med sina arbetsuppgifter och var positiva till abortsökande kvinnor. De upplevde det inte som en börda utan som ett stimulerande, engagerande arbete. Utvecklingen av medicinska aborter har lett till att barnmorskans arbetsuppgifter har utökats från att ha assisterat läkarna till att självständigt sköta det mesta från ultraljud till genomförandet av aborterna.

”...har personal som ska vara där, för att man själv vill vara där. Så tror jag att det är det som alltid blir bäst. Att man är där för att man själv sökt sig dit. Inte för att man har blivit placerad där.”(4)

Andra barnmorskor var inte lika nöjda med att arbeta inom abortverksamhet, men det ingick i avdelningens arbetsuppgifter. Om de hade fått välja själva hade de valt bort arbetet med aborter. Det var en arbetsuppgift som de blivit ålagda att göra. Det fanns dock en acceptans hos en del av barnmorskorna att det ingick abort i deras arbetsuppgifter och då fick de ta det onda med det goda. Det beskrevs att vi har en lag att följa i Sverige och som barnmorska finns en skyldighet att arbeta utefter den.

”...det är ju inte den patientkategorin som man jublar över och se på beläggningslistan när man kommer och ska jobba. Det är det ju inte.” (7)

”...det känns som om man bara håller på med aborter, istället för man ville ju bli barnmorska och förlösa barn.” (9)

Missnöjet att arbeta med aborter var större hos de barnmorskor som hade abortpatienter på förlossningsavdelningen. Barnmorskorna ansåg att aborterande kvinnor inte hörde hemma där, men att de kände sig tvungna på grund av tillgängligheten till smärtlindring samt att det inte alltid fanns andra bra lokaler för att kunna ge tillfredställande omvårdnad.

Barnmorskorna på en gynekologisk avdelning kände ibland en frustration över bristen på tillgång till lustgas men ansåg ändå att abortpatienterna mer hörde hemma där än på en förlossningsavdelning.

”Jag tycker egentligen inte att dom patienterna alls hör hemma här på förlossningsavdelningen. Det är inte bra för dom att komma hit. Så jag tycker egentligen inte det är riktigt etiskt korrekt att dom är här. Men nu är det som det är och då får man göra det bästa av situationen.” (15)

Åsikter från omgivningen om barnmorskornas val av arbetsuppgifter kunde upplevas som kränkande. Kommentarer kunde komma både från kollegor och av andra i omgivningen. Förståelsen var liten för att en barnmorska hade valt att arbeta med aborter istället för att förlösa.

”...försöker jag bli befriad från de värderingar som finns i sjukhusets struktur eller i samhället när det gäller aborter.” (2)

Att ha för tung arbetsbörda

De barnmorskor som själva valt att arbeta med aborter upplevde inte att arbetet var betungande. De var stolta över sin yrkesroll och kände att de gjorde något bra för kvinnorna. Däremot kunde de barnmorskor som var ålagda att arbeta med aborter uppleva att arbetsbördan emellanåt blev för stor. Att ha någon abort då och då kunde kännas helt acceptabelt men att ha flera stycken i veckan under en längre period blev för mycket. Det var viktigt att få andrum mellan de sena aborterna och att fördela dessa tunga arbetsuppgifter kolleger emellan. De barnmorskor som hade lång erfarenhet av aborter uppgav att sena aborter idag är lättare att praktiskt genomföra än tidigare, dock har antalet sena aborter ökat betydligt på senare år. Detta har lett till större arbetsbörda för barnmorskorna.

”Så det kan väl vara då att man kanske tycker att jag haft flera på rad, att det varit lite tungt, att man...jag tror att vi delar det rätt så bra.” (12)

Att uppleva skillnad mellan olika anledningar till abort

Det fanns en större acceptans för ett avbrytande av graviditeten på grund av missbildning. Sorgen hos de blivande föräldrarna var lättare att förstå när det var ett önskat barn som

förlorades. Denna patientkategori upplevdes kräva mer stöttning och närvaro av barnmorskan, vilket många gånger kunde kännas betungande. Barnmorskorna kunde mötas av aggressivitet och förtvivlan vilket inte var ovanligt men ändå förståeligt i situationen. Att skapa kontakt och känna empati för kvinnan vid missbildningar var många gånger lättare, då kvinnan ofta hade ett större behov av närhet och samtal. Barnmorskorna gav uttryck för att vilja göra denna sorgliga stund till något så positivt som möjligt.

”Men när det är medicinska skäl kan jag ibland tycka att det känns lättare, eller jag tycker det är lättare för det känns som om det är en mer sorg hos de blivande föräldrarna. Det är ett barn som är sörjt.” (1)

Acceptansen var lägre för sena avbrytande på grund av sociala skäl eller slarv med preventivmedel. Det kunde ändå vara lättare att hantera dessa kvinnor då de flesta kvinnorna bara ville ha aborten överstökad. Barnmorskorna upplevde dock att det fanns mycket skuld och skam men även sorg vid dessa aborter. Det uttrycktes att en abort kunde ses som en kärleksförklaring till det ofödda barnet då det inte var rätt att låta barnet födas oönskat eller till ett liv utan livskvalitet. De kvinnor som flertalet gånger återkom för sena aborter upplevdes som frustrerande för barnmorskorna då de kände att de misslyckats med informationen om preventivmedel. Slarvet med preventivmedel kunde upplevas som en nonchalans mot det ofödda fostret men även mot kvinnans egen hälsa. Att mötas av negativ inställning till preventivmedel upplevdes provokativt och oansvarigt.

”Jag tycker synd om dessa tjejer som inte är rädda om sig, men som barnmorska kan man inte ta på sig hela bördan.” (13)

Några av barnmorskorna i studien hade uppmärksammat att efter fosterdiagnostikens utveckling är det fler kvinnor som gör abort på grund av mindre missbildningar så som klumpfot och läpp/gomspalt, små missbildningar som inte har någon betydelse för barnets livskvalitet.

”...kan ju vara lätta missbildningar som man kan göra nånting åt, läpp/gom-spalt och sånt som...det tycker jag berör en, det är en sån sak som man kan åtgärda utan några problem idag.” (9)

Det förekom att kvinnor från andra länder sökte abort i Sverige eftersom vi har liberalare abortgränser. Andelen utländska kvinnor som sökte aborter av olika anledningar föreföll variera mellan de studerade sjukhusen. Ibland kom kvinnor direkt från rutinultraljudsbesöket till abortmottagningen för att boka tid till en abort på grund av fostrets kön, vilket berörde dem mycket illa.

”Det är det som känns värst med detta jobbet just då, att ett friskt barn bara ska kastas bort på grund av sitt kön. Och kvinnan i familjen nedvärderar ju sig själv och sina döttrar. De är ett offer för sin kultur anser jag.” (13)

Att ifrågasätta Socialstyrelsens regler

Barnmorskorna uttryckte irritation över Socialstyrelsens regler. Dessa regler upplevdes som för vidlyftiga, att alltför många fick sena aborter godkända på vida indikationer.

Barnmorskorna menade att Rättsliga Rådet som beviljar aborter inte träffar kvinnorna i fråga och att de många gånger saknar insikt i vad de beviljar. Gränserna för abort diskuterades då några barnmorskor tyckte att vecka 18 är för sent för ett avbrytande. Det som Socialstyrelsen beslutat ska bara utföras, något som ibland kunde upplevas etiskt fel när det gällde mycket sena aborter.

”Och jag skulle vilja att dom som sitter på Socialstyrelsen också får titta...jag vet inte hur dom resonerar” (11)

Ibland kunde klinikens läkare påskynda abortprocessen efter rutinultraljudet. Detta gjordes för att slippa ansöka till Socialstyrelsen för ett avbrytande, då graviditetslängden var nära graviditetsvecka 18. Barnmorskorna upplevde det som allvarligt att regler kunde kringgås så lätt.

”Socialstyrelsen sitter och bestämmer, men vet dom egentligen vad det handlar om?” (9)

Att ha behov av stöd

Att få kollegialt stöd

Det kollegiala stödet var mer viktigt än att få handledning utifrån. Det kollegiala stödet beskrevs av respondenterna som att det fanns ”här och nu” till skillnad från organiserad handledning som erbjöds enbart vid enstaka tillfällen.

”...du vet kolleger är ju liksom här och nu, som jag känner, och jag behöver det nu när jag håller på med detta. Så det är jätteviktigt. Det är absolut det viktigaste, det tycker jag.” (6)

Att känna sig trygg och säker i arbetslaget gjorde att barnmorskorna vågade öppna sig och delge kollegerna sina tankar vilket medförde att de vågade be om stöd när det behövdes. Det var tryggare att vara två barnmorskor hos kvinnan vid själva aborttillfället, framförallt i svåra situationer såsom mycket ångestfyllda eller smärtpåverkade kvinnor. Att då ha en kollega vid sin sida gjorde att arbetet kändes lättare, men även att arbetet kunde delas upp kollegorna emellan då en barnmorska kunde stödja kvinnan och den andra kunde hantera fostret.

”...man kan ju va två vid själva aborterandet, för det har jag hämtat nån ibland när jag känner att det här blir jättetufft, och då ber jag nån va med när det själva aborten kommer då. För det känns jättebra.”(10)

Att få handledning

Endast ett fåtal av barnmorskorna hade fått professionell handledning. På någon arbetsplats skulle handledning införas vilket ansågs både positivt och negativt. Vissa var tveksamma till nyttan av handledning utifrån då de tidigare hade upplevt att handledaren inte hade någon egen erfarenhet av abortverksamhet och inte kunde förstå barnmorskans arbetsuppgifter och se tyngden i arbetet. Avdelningens egen kurator hade använts vid något tillfälle vilket inte ansågs vara optimalt då hon var en kollega. Det var viktigt att gruppkonstellationen och handledaren blev rätt så att deltagarna kunde känna trygghet i gruppen och våga ventilera sina känslor.

”Jag kan inte se att handledning utifrån hjälper mig ett dugg.” (11)

Andra barnmorskor upplevde att det hade varit bra med stöd utifrån av en opartisk person. Ålder och yrkeserfarenhet föreföll inte ha något samband med behovet av handledning utan behovet varierade från person till person. Några uttryckte att de personligen inte behövde handledning då de var klara i sin yrkesroll och med vad de tyckte och tänkte. De reflekterade själva och ansåg att det räckte och hade utvecklat andra sätt att personligen bearbeta sina känslor genom till exempel skogspromenader. Dock påpekades det att de tyckte att handledning nog hade varit bra för deras kollegor. Det ansågs att debriefing borde vara obligatoriskt. Vikten av kontinuerlig utbildning och stöd till personalen poängterades för att de skulle orka arbeta med abortverksamhet.

”Jag tycker att handledning alltid är bra att ha självklart, för det är ju en strukturerad form av samtal och terapi och där man kan ta fram saker på olika sätt som man kanske inte kan göra när man bara sitter med kompisar eller med arbetskamrater, när man strukturerar upp ett samtal och får det mesta utav det. Självklart är det ju det bästa om man skulle kunna få fram handledning, så tycker jag att det är det allra bästa. Nummer två är ju arbetskamraterna, om man nu inte har tillgång till det.” (4)

Att hantera det aborterade fostret

Att fostret visar livstecken

Alla barnmorskor upplevde att det var skillnad på vilken graviditetsvecka som kvinnan aborterade i. Ju närmare graviditetsvecka 18 desto svårare blev det att hantera fostret då det blivit så stort att det ibland kunde visa livstecken. När fostret visade livstecken så som ryckningar, gasping eller att hjärtslagen syntes genom bröstkorgen tyckte de flesta att det var obehagligt. Det upplevdes etiskt oförsvarbart att bara lägga ut fostret i sköljen, lägga locket på och inte göra något utan bara att vänta. Detta berörde dem mycket illa.

”Åååh, ja det är det som är jobbigt i de här sena veckorna, det är mer än en gång alltså som man liksom ut i sköljen och lagt det och sen får man gå in och titta och man ser ju att det andas, rör sig ju inte men det andas kanske upp till en timme men du skall inte göra något.” (11)

Att praktiskt omhänderta fostret

Hantering av foster upplevdes olika. Det fanns ett obehag över att hantera fostret efter aborten, där känslan av ett dött foster satt kvar i händerna en lång stund efteråt. Själva framfödandet av fostret kunde av barnmorskorna ibland upplevas som obehagligt, framför allt om fostret fastnade eller blev hängande i navelsträngen en stund. Det kunde kännas ovärdigt att fostret aborterades i en skål på toaletten. Det uttrycktes att det var tur att det var barnmorskan och inte kvinnan som såg detta. Andra menade att detta ingick i deras arbetsuppgifter och de lade inga känslomässiga värderingar i hanteringen. Själva det praktiska omhändertagandet av fostret försökte alla barnmorskor göra så värdigt som möjligt trots att de många gånger tyckte det var obehagligt. Fostret packades i små lådor beroende på vilken vecka det aborterats i. Detta förfarande var en arbetsuppgift som bara skulle utföras.

”Det är ju svårare ju senare det är...man lägger det i lådan så går det till förbränning det som ska bli ett barn...” (15)

Alla barnmorskorna ville göra visningen av fostret inför föräldrarna så värdigt som möjligt. De lade handdukar eller gröna dukar som ett täcke över och visade de fina delarna först vid missbildningar. Det skadade skyldes över. När föräldrarna velat ha fostret påklätt upplevdes det som mycket svårt och obehagligt.

Att se fostret som ett foster och inte som ett barn

Många gånger valde barnmorskorna, för att mentalt skydda sig själva, att se fostret som ett foster och inte som ett barn som aborteras. Att se det som ett barn skulle ge fostret livsstatus där barnmorskan blev den som släckte dess liv och det skulle bli för svårt att hantera.

Barnmorskorna belyste dock att de blivande föräldrarna ser fostret som ett barn redan i tidig

graviditet. Då gränsen mellan foster och livsdugligt barn idag ligger så nära, med bara en veckas mellanrum, kunde detta skapa ett dilemma för barnmorskorna. Det upplevdes svårt när abortgränsen och neonatalgränsen nästan sammanföll med varandra.

”Och det kunde beröra mig att det skilde en vecka kanske med intensivvård här och där var man bara i sköljen för man ville inte ha det. Det var jobbigt. Från den ena dan till nästa...det handlar om liv...” (9)

”Men på nåt vis får man ju stänga av och tänka att det är, visst är det ett foster men det är ett foster, det är inte ett barn. Men det är svårt att se det här.” (15)

Vid ett av sjukhusen hade barnmorskorna fått utbildning om fostrets medvetenhet där forskning visar att foster inte kan känna smärta eller förnimmelse före vecka 24 då hjärnan inte är färdigutvecklad. Dessa barnmorskor kände sig tryggare vid hanteringen av fostret samt kände sig lugnare inför kvinnan.

”Att ta hand om foster i efterhand när det finns de foster som kanske har de här reaktionerna när man tycker att de kanske andas eller så kan kännas obehagligt men det vet vi ju att så är det inte. De känner ingen smärta utan det är ju bara reflexer...” (8)

Barnmorskor på andra sjukhus hade önskat mer utbildning och information om abort och hantering av foster. Eftersom detta inte ingår i utbildningen till barnmorska upplevde en del att det bara förväntades av dem att de skulle kunna detta och de fick själva lära sig dessa arbetsuppgifter utan handledning.

”...vem stöttar någon i detta och vem lär oss detta?” (5)

Diskussion

Diskussion av vald metod

Då syftet med studien var att belysa barnmorskans upplevelser och känslor samt behov av stöd i arbetet med sena inducerade aborter, ansåg författarna att en kvalitativ metod var bäst lämpad för studien. När det gäller att ta reda på vad olika personer upplever anses intervjuer vara det mest effektiva sättet att samla in information på (Polit & Beck, 2012). En intervjuguide innehållande en ingångsfråga skapades och användes under intervjuerna. Enligt Polit och Beck (2012) utgår kvalitativ metod från det naturalistiska paradigmet och kvalitativa forskares strävan är att förstå människan ur ett holistiskt perspektiv. Genom redovisning av datainsamlingsmetod, analysmetod och tillvägagångssätt stärks studiens tillförlitlighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Studien genomfördes på tre olika sjukhus i södra Sverige. Respondenterna bestod av 14 barnmorskor och en sjuksköterska. Resultatet från intervjun med sjuksköterskan skiljde sig inte nämnvärt från de övriga intervjuerna. Författarna benämner alla respondenter som barnmorskor i arbetet. Kvinnoklinikernas organisation var uppbyggd på olika sätt, vilket gav en bra bredd i studiens intervjuer. Intervjuerna genomfördes under fyra månaders tid, vilket gav författarna tid till att reflektera och få en djupare förståelse för sin studie. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) kan tillförlitligheten påverkas av intervjuarens skicklighet i att utföra intervjuer samt intervjuarens förmåga att betrakta budskapet objektivt under både bearbetning och inhämtning av datamaterial. En svaghet i denna studie kan vara att författarna var ovana vid att intervju. Båda författarna deltog vid alla intervjuer för att säkerställa att intervjuerna blev så likvärdiga som möjligt. Alla intervjuer utom den som inte var inspelad, transkriberades ordagrant. Från början gjordes detta tillsammans men på grund av tidsbrist och geografiskt avstånd fick författarna transkribera några intervjuer var för sig. Alla transkriberade intervjuer lästes, analyserades och kodades gemensamt vilket ökade trovärdigheten i resultatet. Genom att använda citat från intervjuerna i resultatet ökade trovärdigheten ytterligare. Då urval, antal deltagare, datainsamling och analys redovisats finns det en överförbarhet till att andra kan genomföra en liknande studie (Polit & Beck, 2012).

Diskussion av framtaget resultat

Det fanns delade meningar om att arbeta med sena aborter. Alla barnmorskorna i studien var positiva till fri abort i Sverige och de ansåg att detta är viktigt. Lindström et als. (2007) studie visade att de som arbetar med aborter tyckte att deras arbete gav dem positiva erfarenheter. Detta kan kanske förklaras av det faktum att ta hand om kvinnor i sårbara livssituationer både är utmanande och meningsfullt.

Att vara professionell i sitt bemötande oavsett anledning till abort var ändå det mest viktiga. Genomgående var att barnmorskorna försökte vara neutrala i mötet med kvinnan och att visa respekt för hennes val. Att sätta kvinnan i fokus och ge henne allt stöd hon behövde ansågs höra till barnmorskans profession. Detta framkom även i Lindström et als. (2007) studie. De som arbetar i abortvård tycks ställa höga krav på sig själva att stödja sina patienter, vilket i sin tur bedömdes avslöja mycket empati för kvinnorna. Att barnmorskorna ställer höga krav på bemötandet har även framkommit under analysen. Trots många korta och intensiva möten upplevde barnmorskorna det positivt att finnas till hands och att ge kvinnan stöd. Alex och Hammarström (2004) menade att barnmorskor måste vara medvetna om kvinnors svåra val inför en abort för att kunna stödja och stärka abortsökande kvinnor. Huntington (2002) beskrev att barnmorskan bör vara emotionellt närvarande för kvinnan, för att stödja henne och att barnmorskan har en stor roll i hur kvinnan upplever själva avbrytandet av graviditeten.

Något som framkom var att behöva skifta mellan patientkategorier och olika känslor under samma arbetspass, ansågs mentalt påfrestande. Cignacco (2002) menar att dessa motsättningar kan upplevas så starkt etiskt att det kan leda till en identitetskris hos barnmorskan. Barnmorskorna i föreliggande studie hanterade ofta sina känslor genom att förtränga dessa, vilket de flesta var medvetna om inte var hälsosamt. Författarna upplevde att detta var en sorts skyddsmekanism för barnmorskorna att skydda sig själva i svåra arbetssituationer, vilket även styrks i Lipps (2008) studie.

Arbetet med aborter upplevdes som det tyngsta de kunde göra inom barnmorskeyrket. De barnmorskor som själva hade valt att arbeta med aborter ansåg inte att arbetet var lika betungande som de barnmorskor som blivit ålagda. En del barnmorskor önskade att de inte varit tvungna att arbeta med aborter utan att detta skulle varit frivilligt. Enligt Cignaccos

(2002) studie fanns en osäkerhet hos barnmorskorna huruvida aborter verkligen var en del av deras arbetsuppgifter, men om det inte var barnmorskans uppgift, vem skulle göra det då? I föreliggande studie fanns delade åsikter om var abortsökande kvinnor bäst hörde hemma. De barnmorskor som arbetade på en abortklinik var nöjda med sitt omhändertagande, då de ansåg att en renodlad abortklinik var att föredra. Att ha abortverksamhet placerad på en gynekologisk avdelning upplevdes som bättre än att ha verksamheten på en förlossningsavdelning. Även i Garel, et als. (2007) studie förekom delade meningar om placering av abortverksamhet.

De flesta barnmorskorna upplevde en skillnad beroende av orsaken till varför kvinnan gjorde abort. Genomgående var att acceptansen för avbrytande av graviditeten på grund av missbildningar var högre än acceptansen för avbrytande på grund av sociala skäl eller slarv med preventivmedel. Det fanns en större förståelse för sorgen hos de blivande föräldrarna om det var missbildningar. Omhändertagandet av dessa kvinnor kunde dock upplevas som tyngre, då de krävde mer stöttning och närvaro av sin barnmorska. Det framkom att abort kunde ses som en kärleksförklaring till det ofödda barnet. Enligt Kero, Högberg, Jacobsson och Lalos (2001) kan en abort vara ett etiskt välgrundat beslut att inte föda ett barn som man inte kan ta hand om. SMER (2008) menar att det är varje barns rätt att vara älskat och välkommet. Författarna anser att varje abortsituation är unik och att abort inte är ett lätt beslut. Det kan vara familjesituationen som avgör om det finns möjlighet att till exempel ta hand om ett svårt handikappat barn. Abort är varken svart eller vitt utan det finns ett otal olika nyanser av grått emellan.

Några barnmorskor hade uppfattat att aborter på grund av mindre missbildningar har ökat då fosterdiagnostikens utveckling förbättrats. I Garel et als. (2002) studie framkom att fosterdiagnostik och abort reste viktiga etiska dilemman vid smärre avvikelser hos fostret. Författarna till föreliggande studie fann under intervjuerna att det ibland förekom att kvinnor gjorde abort på grund av att det väntade barnet var en flicka, något som enligt lag i Sverige inte är tillåtet att göra. Dock sker detta ändå ibland då kvinnan tagit reda på könet antingen utomlands eller genom privat regi. Enligt Europarådet beror ökningen av könsselektiva aborter på att ultraljud och aborter blir alltmer tillgängliga och ekonomiskt överkomliga. Förbud mot aborter på grund av kön hjälper föga. Par tar reda på vilket kön barnet har och ljuger sedan om skälen för abort (Sveriges Riksdag. Motion 2013/14:So530). Enligt uppskattningar från World Health Organization (WHO, 2005) saknas det 134 miljoner

kvinnor och flickor i världen på grund av könssselektiva aborter och flickor som dödas efter födseln, något som författarna tycker är upprörande. Eftersom vi saknar kunskap i hur det är att leva i andra kulturer känns det för oss helt etiskt ofattbart att abortera ett barn på grund av dess kön. Vi kan dock ha en förståelse för olika kulturskillnader och hur det kan bli för en flicka att födas diskriminerad och ovälkommen till världen.

Barnmorskorna upplevde en frustration då kvinnor flertalet gånger återkom för abort. Detta kändes som ett misslyckande med preventivmedelsinformationen. Liknande resultat beskrevs i studien av Lindström et al. (2011) där fenomenet upprepade aborter upplevdes som svårt att förstå. Något som författarna funderar på är att detta inte borde vara ett problem i Sverige som har så god tillgång till ungdomsmottagningar, sexualundervisning samt subventionerade preventivmedel. Sverige borde egentligen ha en lägre abortfrekvens, men abortstatistiken ger ändå en indikation på att preventivmedelsrådgivningen har lyckats mindre bra. Kan det ändå föreligga en okunskap hos svenska ungdomar om när och hur preventivmedel bör användas och eventuellt hur en graviditet påverkar kroppen? Mer fokus borde i samhället ligga på att förbättra sexualundervisningen i skolan. Ungdomsmottagningarna borde bli mer tillgängliga med öppettider på till exempel kvällar och helger.

Något som framkom i studiens resultat var att det kollegiala stödet ansågs viktigare än handledning. Detta resultat hade författarna inte förväntat sig utan trodde att handledning skulle efterfrågas mer. Även Huntington (2002) beskrev att det kollegiala stödet ofta är det enda stödet i dessa situationer som finns tillgängligt, då kollegor delar samma erfarenheter. Några barnmorskor i föreliggande studie menade att det kändes tryggt att vara två kollegor vid själva aborttillfället. Enligt Garel et al. (2007) kunde det vara svårt att ge psykologiskt stöd till de par som aborterade, eftersom barnmorskan ibland upplevde känslor av ensamhet när de utförde en abort. Huntington (2002) och Lindström et al. (2011) menade att barnmorskor sällan erbjuder handledning något som även framkommit i föreliggande studie. Behovet av handledning föreföll variera mellan både barnmorskor och kliniker. Tidigare studier (Hammarstedt et al., 2005; Hammarstedt et al., 2006; Lindström et al., 2007) har visat att personal inom abortvård har en önskan om handledning. Detta framkom inte lika tydligt i föreliggande studie då önskan om handledning var individuell. Även om där fanns en tvekan om behovet av handledning påpekades det dock att det nog varit bra. Hyrkäs (2002; 1999) samt Severinsson och Borgenhammar (1997) menade att handledning bidrar till personlig utveckling och stärkt yrkesidentitet. Det poängterades i föreliggande studie att kontinuerlig

utbildning och stöd till personalen var viktigt för att orka arbeta inom abortverksamhet. Några barnmorskor ansåg att debriefing borde vara obligatoriskt, något som även Huntington (2002) påpekade. Enligt en studie av Garel et al. (2002) behövdes fler tillfällen till diskussioner och stödgrupper.

Att hantera ett foster som visade någon form av livstecken upplevdes obehagligt av alla barnmorskorna. Det kändes oetiskt att bara placera och lämna fostret i sköljen. Själva det praktiska omhändertagandet hanterade barnmorskorna olika, där de uttryckte allt från djupt obehag till en ren klinisk observation. Detta stämmer väl överens med tidigare studier (Huntington, 2002; Garel et al., 2007). Alla barnmorskorna i föreliggande studie poängterade dock att hanteringen av fostret skulle ske så värdigt som möjligt. Enligt Socialstyrelsen (SOU 2005:90) är det tillåtet att göra abort fram till vecka 22+0. Om barnet föds prematurt i vecka 23+0 erbjuds neonatalvård i syfte att rädda barnets liv, då det börjar räknas som livsdugligt. Av resultatet framkom det tydligt att barnmorskorna ansåg att abortgränsen skulle varit lägre då detta upplevdes som ett etiskt dilemma då gränserna låg så nära varandra. Detta styrks av andra studier (Hammarstedt et al., 2005; Lindström et al., 2011). Författarna kan se ett behov av att Socialstyrelsen borde se över gränserna då utvecklingen av neonatalvård hela tiden förfinas och fler och fler barn räddas i tidiga veckor. Således borde kanske abortgränsen sänkas för de aborter som görs på grund av sociala skäl.

Författarna lade märke till att de barnmorskor i föreliggande studie som fått utbildning inom abortverksamhet och fosterutveckling upplevdes tryggare i sin yrkesroll än de som inte fått någon likvärdig utbildning. Detta framkom även i studien av Garel et al (2007) att barnmorskor som fått särskild abortutbildning uppgav att deras yrkesroll underlättades.

Halldorsdóttirs och Karlsdóttirs barnmorsketeori

Enligt Halldorsdóttir och Karlsdóttir (2011) menas med *Professional caring* att barnmorskan bemöter den abortsökande kvinnan och hennes partner på ett professionellt sätt. Detta individualiserande bemötande är kärnan i barnmorskeyrket. Barnmorskorna i föreliggande studie uttryckte att oavsett anledning till abort åsidosatte de sina egna värderingar, var neutrala och fördomsfria samt att de visade respekt för kvinnans val. Detta ingick i deras syn på professionellt bemötande. *Professional wisdom* innebär att barnmorskan har erfarenhet och

vet hur hon ska använda den. Resultatet visade att då erfarenhet saknades, sökte barnmorskan stöd hos mer erfarna kolleger. Enligt *Professional competence* har barnmorskan kompetens inom sitt yrke och företräder kvinnans rättigheter då det är nödvändigt. Alla barnmorskorna i studien menade att fri abort var viktigt och att kvinnan har rätt till sin egen kropp.

Interpersonal competence belyser barnmorskans förmåga att visa intresse för kvinnan, samt bygga upp ett förtroende dem emellan. Det framkom ur intervjuerna att själva mötet med kvinnan upplevdes som det viktiga. Att finnas till hands och att stödja den abortsökande kvinnan samt att ta reda på hur kvinnan önskade ha det ansågs självklart. I *Personal and professional development* vet barnmorskan hur hon skall utvecklas i sitt yrke genom fortbildning men även hur hon personligen skall utvecklas som person. Det framgick i föreliggande studie att behovet av handledning varierade mellan barnmorskorna. Det fanns en viss tveksamhet till handledning och dess nytta och detta skiljer sig då från ovanstående teori. En önskan om mer utbildning inom abortverksamhet efterfrågades dock.

Slutsats

Resultatet visar att upplevelsorna av att arbeta med sena aborter varierar men alla barnmorskorna var i grunden positiva till fri abort. De barnmorskor som själva valt att arbeta med abortverksamhet var överlag nöjda och stolta över sitt arbete. Barnmorskor som var ålagda dessa arbetsuppgifter upplevde i större utsträckning att arbetet med aborter var tyngre och att de mådde sämre av att hantera det aborterade fostret. De hade också större behov av att ventiler sina känslor med kolleger. Behovet av handledning var individuellt men det påpekades att det dock hade varit bra med både handledning och utbildning. Det kollegiala stödet ansågs vara det mest viktiga.

Implikation till förändring

Med utgångspunkt av resultatet skulle det vara mer gynnsamt för alla barnmorskors arbetssituation om det fanns speciella abortkliniker där de barnmorskor som arbetade där själva hade valt sin arbetsplats. Författarna anser att alla som arbetar inom abortverksamhet bör få utbildning inom detta. För både den personliga utvecklingen och den professionella yrkesrollen borde handledning/debriefing vara obligatorisk för alla barnmorskor. Även barnmorskeutbildningen kunde ha mer undervisning om abort och erbjuda klinisk utbildning på abortmottagning/gynekologisk avdelning för att få en större förståelse för abortverksamhet. Barnmorskan kan möta kvinnor i olika situationer både innan, under och efter en abort och kunskap är då av stor vikt.

En mer omfattande studie med betydligt fler respondenter krävs för att få ett mer rättvist resultat om hur barnmorskor upplever att arbeta med sena aborter. En nationell kvantitativ studie kan med fördel utföras på landets kvinnokliniker för att få ett utförligare resultat och en vidare förståelse för barnmorskans arbetssituation.

Referenser

Alex, L. & Hammarström, A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 18(2), 160-168.

Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E. & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204, 429-432. doi:10.1038/sj.bdj.2008.292

Cignacco, E. (2002). Between Professional Duty and Ethical Confusion: midwives and selective termination of pregnancy. *Nursing Ethics*, 9(2), 179-191.
doi: 10.1191/0969733002ne496oa

Dahlberg, K., Drew, N. & Nyström, N. (2001). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.

de la Fuente Fønne, I., Söndergaard, F., Fønne, G. & Vedsted-Jacobsen, A. (2000). Attitudes among health care professionals on the ethics of assisted reproductive technologies and legal abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79(1), 49-53.

Forssén, A. & Carlstedt, G. (2008). Feminism. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (sid. 57-72). Lund: Studentlitteratur.

Garel, M., Etienne, E., Blondel, B. & Dommergues, M. (2007). French midwives' practice of termination of pregnancy for fetal abnormality. At what psychological and ethical cost? *Prenatal Diagnosis*, 27(7), 622-628.

Garel, M., Gosme-Seguret, S., Kaminski, M. & Cuttini, M. (2002). Ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives. *Prenatal Diagnosis*, 22, 811-817. doi:10.1002/pd.427

Graneheim, UH. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Halldorsdóttir, S. & Karlsdóttir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 807-817.

Hammarstedt, M., Jacobsson, L., Wulff, M. & Lalos, A. (2005). Views of midwives and gynecologists on legal abortion – a population-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84, 58-64.

Hammarstedt, M., Lalos, A. & Wulff, M. (2006). A population-based study of Swedish gynecologists' experiences of working in abortion care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85, 229-235.

Huntington, A. (2002). Working with women experiencing mid-trimester termination of pregnancy: the integration of nursing and feminist knowledge in the gynaecological setting. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 273-279.

- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K. & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Expert supervisors' views of clinical supervision: a study of factors promoting and inhibiting the achievements. *Journal of Advanced Nursing*, 38(4), 387-397.
- Hyrkäs, K., Koivula, M. & Paunonen, M. (1999). Clinical supervision in nursing in the 1990s-current state of concepts, theory and research. *Journal of Nursing Management*, 7(3), 177-187.
- Jacobsson, L., Román, O. & von Schoultz, B. (1973). Legal abortion and the attitude of hospital staff. *Läkartidningen*, 70(4), 273-275.
- Jacobsson, L., von Schoultz, B., Lalos, A. & Björk, IB. (1983). Health personnel in the matter of legal abortion: physicians and other personnel should have the right to refuse to perform abortions. *Läkartidningen*, 80(39), 3541-3545.
- Kero, A., Högberg, U., Jacobsson, L. & Lalos, A. (2001). Legal abortion: a painful necessity. *Social Sciences Medicin*, 53, 1481-1490.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Likis, F E. (2009). With Woman: Midwifery Care of Women With Unintended Pregnancies. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(1), 1-3. doi:10.1016/j.jmwh.2008.11001
- Lindström, M., Jacobsson, L., Wulff, M. & Lalos, A. (2007). Midwives' experiences of encountering women seeking an abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(4), 231-237.
- Lindström, M., Wulff, M., Dahlgren, L. & Lalos, A. (2011). Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25, 542-548.
- Lipp, A. (2008). A woman centred service in termination of pregnancy: A grounded theory study. *Contemporary Nurse*, 31(1), 9-19.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (sid. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Nicholson, J., Slade, P. & Fletcher, J. (2010). Termination of Pregnancy Services: experiences of gynaecological nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2245-2256.
- Polit, DF. & Beck, CT. (2012). *Nursing research. Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice* (9 ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rosberg, S. (2008). Fenomenologi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (sid. 85-105). Lund: Studentlitteratur.

Severinsson, E I. & Borgenhammar, E V. (1997). Expert views on clinical supervision: a study based on interviews. *Journal of Nursing Management* 5(3), 175-183.

Socialstyrelsen. (1990). *Socialstyrelsens allmänna råd rörande omhändertagande av foster efter abort* (SOSFS 1990:8). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 4 april, 2013, från http://www.sos.se/sosfs/1990_8/1990_8.htm. Publicerat/1990-07-24

Socialstyrelsen. (2009). *Socialstyrelsens föreskrifter om abort* (SOSFS 2009:15). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 4 april, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/1990-8> (upphävd).

Socialstyrelsen (2010). *Utländska kvinnors aborter i Sverige 2009*. (SFS 2007:998). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 6 december, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-2-11>

Socialstyrelsen (2011). *Aborter 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 4 april, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18877/2012-11-6.pdf>

Statens Medicinsk-Etiska Råd. (2008). *Etik-en introduktion*. Stockholm: Hämtad 7 december, 2013, från <http://www.smer.se/wp-content/uploads/2012/05/Etik-en-introduktion1.pdf>

Statens Offentliga Utredningar. (2005). *Abort i Sverige*. (SOU 2005:90). Stockholm: Regeringen. Hämtad 7 december, 2013, från <http://www.regeringen.se/sb/d/5140/a/52638>

Sveriges riksdag. (2013). Motion 2013/14:So530. *Könsselektiva aborter*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 18 december, 2013, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Motioner/Konsselektiva-aborter_H102So530/?text=true

World Health Organization. (2005). *The World Health Report, 2005: Make every mother and child count*. Hämtad 7 december, 2013, från <http://www.who.int/whr/2005/en/>

World Medical Association. (2009). *Medical Ethics Manual*. World Medical Association. Hämtad 7 april, 2013, från <http://www.wma.net/en/10home/index.html>.

Intervjuguide

Övergripande information

Berätta om upplevelsen... erfarenheter.... känslor

Kan du berätta om en specifik situation?

- stöd
- handledning
- det ni får
- det du önskar få
- stöd från familjen
- din profession

Stödjande frågor: Vad menar du med det? Kan du berätta mer om det/den situationen? Kan du förtydliga? etc.

Kategori	Underkategori	Kod	Citat
Att vara professionell	Att ha en grundläggande positiv syn på fri abort	Fri abort	<i>"Att inte ha fri abort, det vore förfärligt."</i> (15)
	Att finnas tillhands och stödja	Stödja	<i>"Man stöttar kvinnan genom processen, man vill att hon ska må så bra som möjligt. Man vill finnas till som barnmorska."</i> (13)
Att uppleva det svårt och tungt	Att ställa om sig mentalt	Mental omställning	<i>"...här ligger hon och ska bevara sin graviditet och här ligger hon och vill göra sig av med sin. Det är ju också kollision i hjärnan nästan eller så..."</i> (3)
	Att hantera sina känslor	Skyddsmekanism	<i>"Sen tror jag också att jag som många utav mina kolleger vi trycker ner det, stänger till. Och det är inte bra."</i> (14)
	Att själv få välja	Ålagd	<i>"...det är ju inte den patientkategorin som man jublar över och se på beläggningslistan</i>

			<i>när man kommer och ska jobba. Det är det ju inte.”(7)</i>
	Att ha för tung arbetsbörda	Tungt	<i>”Så det kan väl vara då att man kanske tycker att jag haft flera på rad, att det varit lite tungt, att man...jag tror att vi delar det rätt så bra.” (12)</i>
	Att uppleva skillnad mellan olika anledningar till abort	Skillnad missbildning/socialt	<i>”Men när det är medicinska skäl kan jag ibland tycka att det känns lättare, eller jag tycker det är lättare för det känns som om det är en mer sorg hos de blivande föräldrarna. Det är ett barn som är sörjt.” (1)</i>
	Att ifrågasätta Socialstyrelsens regler	Socialstyrelsen- okunskap	<i>”Socialstyrelsen sitter och bestämmer, men vet dom egentligen vad det handlar om?” (9)</i>
Att ha behov av stöd	Att få kollegialt stöd	Kollegialt stöd	<i>” ...du vet kollegor är ju liksom här och nu, som jag känner, och jag behöver det nu när jag håller på med detta. Så det är</i>

			<i>jätteviktigt. Det är absolut det viktigaste, det tycker jag.” (6)</i>
	Att få handledning	Handledning	<i>”Jag tycker att handledning alltid är bra att ha självklart, för det är ju en strukturerad form av samtal och terapi och där man kan ta fram saker på olika sätt som man kanske inte kan göra när man bara sitter med kompisar eller med arbetskamrater, när man strukturerar upp ett samtal och får det mesta utav det. Självklart är det ju det bästa om man skulle kunna få fram handledning, så tycker jag att det är det allra bästa. Nummer två är ju arbetskamraterna, om man nu inte har tillgång till det.” (4)</i>
Att hantera det aborterade fostret	Att fostret visar livstecken	Livstecken	<i>”Åååh, ja det är det som är jobbigt i de här sena veckorna,</i>

			<p><i>det är mer än en gång alltså som man liksom ut i sköljen och lagt det och sen får man gå in och titta och man ser ju att det andas, rör sig ju inte men det andas kanske upp till en timme men du skall inte göra något.”</i></p> <p>(11)</p>
	Att praktiskt omhänderta fostret	Hantera foster	<p><i>”Det är ju svårare ju senare det är...man lägger det i lådan så går det till förbränning det som ska bli ett barn...”</i>(15)</p>
	Att se fostret som ett foster och inte som ett barn	Olika syn på foster/barn	<p><i>”Att ta hand om foster i efterhand när det finns foster som kanske andas eller så kan kännas obehagligt men det vet vi ju att så är det inte. De känner ingen smärta utan det är ju bara reflexer...”</i>(8)</p>