



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Barnmorskans erfarenheter och upplevelser kring preventivmedelsrådgivning till kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning

Midwives experiences of contraceptive counselling to women with a intellectual disability

Författare: Natalie Nilsson och Sara Widell

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Våren 2022

Antal ord: 8518

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Barnmorskans kompetensområde är reproduktiv, sexuell och perinatal hälsa. De sexuella rättigheterna innebär att alla har rätt att bestämma över sin egen kropp och sexualitet. Att möta och vägleda kvinnor med intellektuella funktionsnedsättningar (IF) kan antas ställa särskilda krav på barnmorskan i preventivmedelsrådgivningen. **Syfte:** Att belysa barnmorskors erfarenheter och upplevelser kring preventivmedelsrådgivning till kvinnor med IF. **Metod:** Som metod valdes semistrukturerade intervjuer och tolv barnmorskor arbetandes med preventivmedelsrådgivning intervjuades. En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats genomfördes. **Resultat:** Barnmorskornas erfarenheter och upplevelser mynnade ut i fyra kategorier, *Att kvinnan behöver anpassad vård och rådgivning*, *Att känna otillräcklighet*, *Att fatta beslut åt kvinnan eller låta henne styra* och *Att ha dubbla känslor med barnet i åtanke*. Studien har visat att det finns olika erfarenheter av att ge preventivmedelsrådgivning till kvinnor med IF. Detta beror bland annat på graden av IF och kvinnornas olika kunskapsnivåer gällande reproduktiv hälsa, men även sex och relationer. Det är viktigt att ha tillräckligt med avsatt tid för att kunna ge individanpassad vård. Detta för att skapa möjlighet att minska kunskapsluckor hos kvinnorna. Barnmorskorna var medvetna om kvinnornas utsatthet och ville stärka kvinnan och hennes rättigheter. Att erhålla fortutbildning inom området hade varit önskvärt bland barnmorskorna. **Konklusion:** Tydligare samhällsinsatser efterlystes för att kunna ge kvinnor med IF bättre förutsättningar för att kunna göra informerade val vad gällande reproduktiv och sexuell hälsa. Sparsam forskning inom området finns, men ytterligare behövs för att stärka barnmorskans roll och därmed rådgivningen.

Nyckelord

Barnmorska, individanpassad vård, intellektuell funktionsnedsättning, kunskap, kvalitativ intervjustudie, preventivmedelsrådgivning.

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	4
Definition, utredning och diagnos	2
Historik.....	3
Tvångsterilisering ur ett historiskt perspektiv.....	3
Barnmorskans roll	6
Nutida sexuella- och reproduktiva rättigheter	7
Preventivmedelsrådgivning	8
Rätten att bilda familj	8
Barnperspektivet.....	9
Tidigare forskning	9
Teoretiskt ramverk	10
Studiens betydelse	11
Syfte	11
Metod	11
Urval.....	12
Datainsamling.....	12
Analys av data.....	13
Förförståelse.....	12
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat.....	16
Att kvinnan behöver anpassad vård och rådgivning.....	16
Att känna otillräcklighet.....	17
Att fatta beslut åt kvinnan eller låta henne styra	17
Att ha dubbla känslor med barnet i åtanke	19
Diskussion	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion.....	23
Konklusion och implikationer	28
Referenser.....	27
Fördelning av arbetet.....	30
Bilaga 1	31

Problemområde

Barnmorskans kompetensområde är reproduktiv, sexuell och perinatal hälsa. De sexuella rättigheterna innebär att alla har rätt att bestämma över sin egen kropp och sexualitet. Det är en reproduktiv rättighet att få bestämma om en vill ha barn, hur många barn personen vill ha och med vilket intervall barnen ska komma i (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Kvinnor med intellektuella funktionsnedsättningar (IF) kan vara i behov av anpassad preventivmedelsrådgivning för att kunna tillgodogöra sig information på ett likvärdigt sätt som personer utan en IF kan. En enkätstudie från 2013 visar att barnmorskor som vårdat kvinnor med IF uppgav att de saknade utbildning och efterlyste evidensbaserad kunskap för att kunna möta kvinnorna (Höglund, Lindgren & Larsson, 2013). Nationella övergripande riktlinjer för barnmorskor som riktar sig mot kvinnor med IF har eftersökts både genom databas- och litteratursökningar, men finns ej enligt författarnas kännedom. Riktlinjer eller styrdokument finns inte heller för hur partnern på bästa sätt kan inkluderas. Att möta och vägleda kvinnor med intellektuella funktionsnedsättningar kan antas ge särskilda etiska och kunskapsmässiga utmaningar för barnmorskan i preventivmedelsrådgivningen. Det känns angeläget att lyfta de erfarenheter barnmorskor har av detta arbete för att belysa såväl svårigheter som goda exempel på hur rådgivningsmötet kan gå till.

Bakgrund

Begreppsutvecklingen kring benämning och kategorisering av funktionsvariationer är en pågående process som förändrats i samhället över tid (Löfgren-Mårtenson, 2016). Historiskt sett har benämningar för personer med kognitiva funktionsnedsättningar varierat med exempel som besatt, vansinnig, galen, sinnessjuk och psykiskt sjuk. Ordval och benämningar har även återspeglat omgivningens bemötande och behandling (Grunewald, 2000). Nedan kommer en förklaring på begreppet intellektuell funktionsnedsättning.

Definition, utredning och diagnos

Enligt Socialstyrelsen är en funktionsnedsättning en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga (Socialstyrelsen, 2019). Kognitiv funktionsnedsättning är ett paraplybegrepp och kan bero på olika funktionsstörningar, sjukdomar eller skador men som alla påverkar hjärnan, till exempel genom neuropsykiatrisk sjukdom, förvärvad hjärnskada eller IF (Region Uppsala, 2019). Föreliggande arbete fokuserar på intellektuella funktionsnedsättningar och inte neuropsykiatriska diagnoser som också kan påverka människans kognition. IF har sin begynnelse under utvecklingsperioden och påverkar både de intellektuella och adaptiva förmågorna (Region Stockholm, 2022). Funktionssvårigheter inom kognitiva, sociala och praktiska domäner kan uppstå genom genetiska defekter eller förlossningsskador. Diagnoskriterier enligt DSM-5 är bland annat bristande slutledningsförmåga, bristande abstrakt tänkande, bristande problemlösningsförmåga och nedsatt sociokulturell anpassningsförmåga. Nedsatt kognitiv förmåga kan leda till svårigheter att ta emot, lagra, bearbeta och hantera information (Socialstyrelsen, 2019). Svårigheterna påverkar förmågan att samspela, kommunicera och utföra praktiska aktiviteter vilket kan leda till inlärningsproblem och sämre möjligheter att delta och integreras i samhället. Svårigheten av IF delas upp i 4 olika svårighetsgrader: lindrig, medelsvår, svår och mycket svår.

Uppskattningsvis har 1,5 % av Sveriges befolkning en lindrig IF (SFOG, 2016). Beroende på hur omfattande den intellektuella funktionsnedsättningen är blir problemen synliga i olika skeden i livet (Region Uppsala, 2019, 1177 Vårdguiden, 2016). En kritisk punkt är vid skolstarten men ibland är det tydligt redan från födseln. Det förekommer även att unga och vuxna som har svårigheter blir utredda och får en diagnos. Svårigheterna kan yttra sig genom tal- och språksvårigheter samt hörselnedsättningar. En intellektuell funktionsnedsättning kan även leda till sekundär problematik, så som psykiska och/eller sociala problem. IF kan ibland vara synlig som vid till exempel Mb Down men ofta är funktionsnedsättningen osynlig. Vid osynlig funktionsnedsättning kan omgivningen ha svårare att förstå olika utmaningar som personen ställs inför och ställer lättare för höga krav på personen. Detta kan i sin tur bidra till att personen löper större risk att drabbas av psykisk ohälsa (Region Uppsala, 2019, 1177 Vårdguiden, 2016).

Historik

För att kunna få en uppfattning om det stigma och den utsatthet personer med kognitiva funktionsnedsättningar tidigare, och till viss del fortfarande, utsätts för kommer nedan historik kring hur förändringarna sett ut (Verlenden, Bertolli & Warner, 2019).

Tvångssterilisering ur ett historiskt perspektiv

Under 1800-talet ur Darwinismen blev rashygienen ett ämne som diskuterades av både politiker och medicinska experter (Runéus, 2014). Det talades inte bara om ärftlighet kring hud- och hårfärg utan även om intellekt. År 1915 förbjöds giftermål för så kallade sinnessjuka och sinnesslöa för att förhindra barnafödande, med förhoppningen till att utveckla ett bättre samhälle. Några år senare kom lagens effektivitet att ifrågasättas då personerna fortfarande kunde skaffa utomäktenskapliga barn. När frågan om tvångssterilisering blev aktuell på 1920-talet användes argumentet att barnet hade rätt till en lämplig vårdnadshavare och att barnet själv hade rätt till en god uppfostran och uppväxt och 1935 tog Sveriges första tvångssteriliseringslag form. År 1975 sågs lagen över och sterilisering blev frivilligt med argumentet att alla har rätt att bestämma över sin egen kropp (Runéus, 2014).

Mycket har hänt sedan dess. Personer med IF har idag rätt till individuellt anpassade stödinsatser och det åligger kommunen att utvärdera behovet av stöd och erbjuda stödinsatser (Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade [LSS], 1993:387). Personen, barn som vuxen, har rätt att få information så att hen förstår och kan ta till sig informationen men det kan också handla om ledsagarservice, kontaktperson, särskilt anpassat boende med särskild service.

Barnmorskans roll

Barnmorskans etiska kod är baserad på den internationella etiska koden för barnmorskor och syftet med de etiska riktlinjerna är att förbättra vården som erbjuds kvinnor, spädbarn och familjer genom utveckling, utbildning och rätten att nyttja barnmorskans kompetens (Svenska Barnmorskeförbundet, 1999). Betoning läggs vid alla kvinnors fundamentala mänskliga rättigheter att ha tillgång till jämlik hälsovård och den ska baseras på tillit, ömsesidig respekt och att ta hänsyn till varje människas värde. Barnmorskan ska respektera kvinnans informerade val, bevara hennes integritet samt arbeta aktivt för att göra henne delaktig och

beslutsfattande i sin egen vård (Svenska Barnmorskeförbundet, 1999). Även Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) betonar vikten av att vården skall vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet och kontinuitet (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], 2017:30). Vården ska också vara lättillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och främja god kontakt med mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal.

Nutida sexuella- och reproduktiva rättigheter

Enligt World Health Organization (WHO) har alla oavsett kön, etnicitet, könstillhörighet, ålder, sexualitet och funktionshinder rätt att bestämma över sin kropp och sexualitet. Möjligheten att kunna nyttja preventivmedel, abort eller mödravård bedöms vara en mänsklig rättighet (WHO, 2019).

Sexualitet och sexuella uttryck kan påverkas av sjukdom, skada och funktionshinder (Hulter, 2004). Personer med IF tycks vara sårbara för att utveckla avvikande sexuella beteenden och öppet sexuellt utforskande kan väcka starkt negativa och dömande åsikter i samhället. Personer med IF har även en ökad risk för att utnyttjas sexuellt, särskilt de med en lindrig intellektuell funktionsnedsättning. Personer med en IF kan ha svårare att förstå, sortera och tolka sexualundervisning och sin egen sexualitet. Särskilt individ- och begåvningsanpassad sexualundervisning krävs så att massmedia, sociala medier och pornografi inte blir den enda informationskällan (Hulter, 2004).

Den bristande sexualundervisningen riktad mot ungdomar inom särskolan problematiseras i en kvalitativ intervjustudie från 2012 (Löfgren-Mårtenson, 2012). Lärarnas och boendepersonalens oro för oönskade graviditeter, sexuellt utnyttjande och sexuellt riskbeteende gör dem osäkra för hur de ska hantera ämnet. Vidare skriver författarna att stereotypa könsnormer och sexuella script kan försvåra ytterligare för personer med IF att utforska sin sexualitet. Studien visade att ungdomarna upplevde att sexualundervisning främst fokuserade på risker och negativa aspekter av sexualitet och att information om lust, njutning, intimitet och närhet uteblev. Studien visade också att genom nödvändig pedagogik kunde personalen utveckla en adekvat undervisningsmodell och bättre strategier för sexualundervisning av unga med IF (Löfgren-Mårtenson, 2012).

Preventivmedelsrådgivning

Sedan 1974 är preventivmedelsrådgivning gratis i Sverige (SFOG, 2016). Mödrahälsovårdens familjeplaneringsarbete är att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar samt att skapa utrymme för ett planerat föräldraskap. Det sker på individnivå men även genom utåtriktat arbete, så kallat folkhälsoarbete. Sverige har en lång tradition av upplysningssarbete där sexualupplysning är en viktig del för att bidra till bättre folkhälsa. Preventivmedelsrådgivning är således inte enbart förskrivning av preventivmedel utan innefattar något mycke större.

Idag finns det inga rekommendationer eller riktlinjer gällande rådgivning eller förskrivning av preventivmedel specifikt riktat till kvinnor med IF. Läke-medelsverket rekommenderar att ta upp frågan angående antikonception i samband med puberteten för att undvika oönskad graviditet (Läke-medelsboken, 2015). Läke-medelsverket (2014) uppmanar också att kvinnans aktuella och tidigare livssituation ska beaktas vid förskrivning av antikonception. Information om fertilitet, menstruationscykel, de olika preventivmedlens verkan och effekt skall anpassas efter kvinnans ålder och förkunskaper (Läke-medelsverket, 2014).

Rätten att bilda familj

Alla, oavsett sjukdom eller funktionsnedsättning, har idag laglig rätt att skaffa barn i Sverige (Förenta Nationerna, 2022). Årligen föds cirka 225 barn per 100 000, till kvinnor med IF (SFOG, 2016). Tidigare forskning och inventering har visat på att ca 3000 barn i åldrarna 0-18 har en mamma med en IF (Hindberg, 2003). Blivande föräldrar med kognitiv funktionsnedsättning behöver uppmärksammas av vården då det väntade barnet har risk för hereditet för eget funktionshinder men också avseende risk för omsorgssvikt (SFOG, 2016).

Förmågan att utveckla sitt föräldraskap påverkas av graden av funktionsförmågan. Personer med erfarenheter av social isolering, begränsad arbetsmarknad, trakasserier, misshandel, institutionsuppväxt och avsaknad av förebild för föräldraskap och familjeliv är överrepresenterade inom gruppen med kognitiva funktionsnedsättningar. Barn till föräldrar som har en kognitiv funktionsnedsättning löper större risk att utsättas för omsorgssvikt men det är också vanligare med nedsatt språklig, kognitiv och emotionell utveckling. Statistik över hur många barn som tvångsomhändertas på grund av bristande omvårdnad av föräldrar med en IF har ej hittats. Samarbete mellan barnmorskemottagningar (BMM), barnavårdscentraler

(BVC) och socialtjänsten är av vikt och skall initieras före förlossning i syfte att ge stöd till de blivande föräldrarna, utvärdera och tillgodose barnets behov och ombesörja utvecklingsbefrämjande insatser (SFOG, 2016). Kvinnor med IF bör erbjudas extra besök och anpassad vård under graviditet. Några av de stödinsatser föräldrar med en IF kan få hjälp med är ekonomisk avlastning, kontaktpersoner och- eller kontaktfamilj samt kuratorskontakt (Hansen, 2010).

Barnperspektivet

Enligt barnkonventionen (Unicef, 4 maj 2022) har alla barn lika värde och samma rättigheter, oavsett barnets eller föräldrarnas hudfärg, kön, språk, religion, funktionsnedsättning eller ställning i övrigt. Barnets bästa ska alltid tas i beaktning i beslut som rör dem. Barnets föräldrar eller annan vårdnadshavare ansvarar för barnets utveckling och uppfostran, och ska stötta barnet i att få sina rättigheter tillgodosedda. Barn ska inte skiljas från sina föräldrar, förutom i de fall där myndigheter bedömer att det är för barnets bästa, till exempel vid vanvård från föräldrarnas sida (Unicef, 4 maj 2022). Barn har således alltid rätt till sina föräldrar, men föräldrar har inte alltid rätt till sina barn (Hansen, 2010).

Tidigare forskning

Höglund och Larsson gjorde 2019 en intervjustudie där 19 barnmorskor intervjuades med syfte att fördjupa förståelsen för de etiska dilemma som kan finnas vid preventivmedelsrådgivning med kvinnor som har en IF. Flera av barnmorskorna uttryckte en oro för kvinnorna och deras ökade risk för sexuellt utnyttjande. De strävade efter att bygga en tillitsfull relation i hopp om att kvinnorna skulle våga berätta om de blivit sexuellt utnyttjade. De ville bevara kvinnornas autonomi och låta kvinnorna själva få vara delaktiga i valet kring preventivmedel i hopp om att följsamheten skulle öka. Vissa barnmorskor upplevde att de valde mellan att övertala kvinnorna till att ha ett effektivt preventivmedel, eller acceptera en framtida oplanerad graviditet. Vissa upplevde en oplanerad graviditet som ett misslyckande. När kvinnorna själva tog upp sterilisering som ett alternativ upplevde några av barnmorskorna det som oetiskt att skriva remiss vidare med tanke på historien om tvångssterilisering. Barnmorskorna hade även erfarenhet av att anhöriga eller vårdpersonal försökte övertala kvinnorna om preventivmedel (Höglund & Larsson, 2019a).

I en enkätstudie från 2013 i Sverige undersöktes 375 barnmorskors kunskaper, erfarenheter och upplevelser av att vårda gravida och födande kvinnor med IF. De barnmorskor som hade vårdat kvinnor med IF uppgav att de saknade utbildning och efterlyste evidensbaserad kunskap för att kunna möta kvinnorna. Barnmorskorna kände sig osäkra i hur de skulle anpassa information och rådgivning och önskade mer och djupare kunskap. I studien framkom att 70 % av barnmorskorna inte ansåg att kvinnorna var lämpliga mödrar och 36 % ansåg att de inte borde vara gravida eller föda över huvud taget (Höglund, Lindgren & Larsson, 2013).

I en amerikansk litteraturöversikt med studier mellan 1999 och 2019, i syfte att summera den reproduktiva vården och preventivmedelsrådgivningen för kvinnor med IF framgick det att det fortfarande finns stora skillnader gällande unga kvinnor med IF och rättigheter kopplat till sexuell och reproduktiv hälsa (Verlenden et al., 2019). Artikeln tar upp betydelsen av hormonell preventivmedelsbehandling både i syfte att minska humörsvängningar, dysmenorré och menorrhagi, men även för att upphäva menstruationen och därmed förhindra graviditet. Studien tog hänsyn till läkarnas och vårdpersonalens perspektiv inom området medan kvinnornas upplevelser inte berördes. I litteraturöversikten framgick att kvinnor med IF i högre grad hade steriliserats och i en lägre ålder jämfört med den övriga populationen. I studien framkom att föräldrar till minderåriga med IF inte sällan begärde sterilisering trots lagar som skyddade mot tvångsterilisering. Studien belyste bristen på kunskap inom området hos såväl läkare som övrig vårdpersonal, men också problematiken kring de lagliga och etiska avvägningarna i samband med sexuell och reproduktiv rådgivning till kvinnor med IF (Verlenden et al., 2019).

Teoretiskt ramverk

Genom att skapa ett partnerskap mellan vårdpersonal och patienter kan hälsa effektivt främjas (Courtney, Ballard, Fauver, Gariota & Holland, 1996). Partnerskapet kräver att vårdpersonalen, i det här fallet barnmorskan, förändrar sin roll från mästare och chef till partner, och patienten sin roll från passiv mottagare till partner. Särskilt viktigt är partnerskapet när barnmorskan arbetar med sårbara minoritetsgrupper då sjukvården och andra beslutsfattare länge har förvisat dem till passiva roller. Partnerskap som modell, den så kallade Partnershipmodellen, utformades i utsatta latinamerikanska områden i USA 1995 och med fokus på att motivera och stärka vårdpersonalen och klienten/partnern. När strategier för att stärka individen tillämpades på högstadiееlever återgav dessa att de kände sig stolta,

stärkta och upplevde en känsla av att bli bemötta som jämlika vuxna. Genom att som vårdgivare vara nyfiken, inbjudande och lägga fokus på att skapa en öppen och respektfull dialog till vårdragaren kan ett starkt partnerskap etableras.

Studiens betydelse

Som tidigare forskning visat ses flera utmaningar och svårigheter för barnmorskan kring arbetet med preventivmedelsrådgivning riktat till kvinnor med IF. Det är viktigt att barnmorskan har rätt kunskap och känner trygghet i att kunna erbjuda jämlik vård och stöd till alla på lika villkor. Att synliggöra barnmorskans eventuella sårbarhet känns viktigt, då barnmorskan lämnas utan stöd och riktlinjer att förhålla sig till. Viss forskning finns, men är blygsam till omfattningen. Med tanke på att riktlinjer saknas i ämnet känns det relevant att lyfta. Författarna vill med den här studien öka förståelsen och belysa de svårigheter och utmaningar som barnmorskan ställs inför i samband med preventivmedelsrådgivning.

Syfte

Att belysa barnmorskors erfarenheter och upplevelser kring preventivmedelsrådgivning till kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning.

Metod

För att besvara studiens syfte användes en empirisk kvalitativ forskningsmetod. Kvalitativ design har sitt ursprung i den holistiska traditionen och syftar till att studera och belysa en persons levda erfarenhet av ett fenomen (Henricson & Billhult, 2012). Induktiv ansats valdes, vilket innebär att författarna så förutsättningslöst som möjligt studerade barnmorskornas upplevelser. Kvalitativ induktiv ansats lämpar sig väl för områden där förkunskapen är begränsad (Burnard, Gill, Stewart, Treasure och Chadwick, 2008).

Urval

Inklusionskriterier var barnmorskor som under sin yrkeskarriär arbetat kliniskt med preventivmedelsrådgivning, och som haft minst en erfarenhet av preventivmedelsrådgivning till en kvinna med IF. Om två olika barnmorskor hade träffat samma patient gjorde det ingenting eftersom deras upplevelse av situationen fortfarande kunde skilja sig åt. Graden av IF förväntades vara svårbedömt av barnmorskorna på grund av att det sällan står uttalat i journalen, och togs därför ej i beaktning under urvalet. Avsikten var inte att hitta ett representativt urval utan fokus och intresse låg på att identifiera nyanserna och upplevelserna hos barnmorskorna. De intervjuade barnmorskorna hade mellan 2-40 års erfarenhet av preventivmedelsrådgivning. Informanterna arbetade alla vid intervjutillfället på barnmorskemottagningar, sammanlagt nio olika arbetsplatser. Ingen av de 12 barnmorskorna uppfattades tala om samma patienter.

Datainsamling

Efter godkännande av verksamhets- och enhetschefer på barnmorskemottagningar i Skåne, fick vi kontakta mottagningar för att rekrytera deltagare. Dessvärre var det endast få mottagningar vi fick godkännande av och på grund av rådande coronapandemi fick vi ej besöka mottagningarna för att rekrytera deltagare.

Verksamhetscheferna kunde ej bistå med kontaktuppgifter till enhetschefer eller arbetande barnmorskor på respektive mottagningar, vilket försvårade rekryteringsprocessen. Det gjorde att författarna istället fick använda sig av ett bekvämlighetsurval. I ett bekvämlighetsurval väljs de informanter ut som av praktiska skäl är enklast att rekrytera (Olson & Sörensen, 2011). Bland annat togs kontakt med tidigare- och nuvarande handledare, lärare upprättade kontakt med tidigare kollegor, samt att förfrågan om deltagande publicerades via Facebook i en sluten grupp för barnmorskor efter godkännande av Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN). Alltså tillfrågades barnmorskor endast i ett led, det vill säga att ingen informant ledde till en ny informant. Genom detta förfarande kunde elva barnmorskor tillfrågas om deltagande i studien, samt en deltagare rekryteras genom sociala medier. Samtliga tackade ja och totalt intervjuades 12 barnmorskor.

Semistrukturerade, enskilda intervjuer tillämpades som metod. En utformad intervjuguide (bilaga 1) med öppna frågor användes som stöd under intervjuerna. Genom öppna frågor och stödfrågor gavs möjlighet att upprätthålla en struktur men samtidigt bibehålla en flexibilitet

och lyhörddhet beroende på vad som framkom under intervjun. På så vis behövdes inte alla frågorna ställas i exakt ordning, detta för att inte störa interaktionen under samtalet (Danielson, 2012).

Datansamlingen utfördes mellan jan-april 2022 i Malmö på barnmorskornas arbetsplatser och via zoom. Intervjuerna utfördes utanför arbetstid och i avskild miljö. Information om studiens syfte och genomförande gavs till barnmorskorna i samband med förfrågan om deltagande, samt innan intervjustart. Samtycke inhämtades muntligt och deltagarna informerades även om frivilligt deltagande och möjlighet till avbrytande, samt om aidentifiering vid sammanställande av data.

Relevant litteratur i intervjuteknik studerades inför intervjuerna för att optimera dess utfall. En pilotintervju utfördes tillsammans för att kunna utvärdera intervjuguiden och för att hitta ett likvärdigt sätt att utföra intervjuerna på. Eftersom data från pilotintervjun svarade på syftet gjordes inga förändringar i intervjuguiden. Ytterligare en intervju utfördes tillsammans för att göra intervjuerna mer konsekventa och likvärdiga, de resterande intervjuerna gjordes av författarna var för sig. Vardera fem resterade intervjuer utfördes enskilt. Intervjuerna spelades in för att möjliggöra transkribering och bearbetning av data. Intervjuerna varade mellan 20-55 min, i genomsnitt 32 min.

Analys av data

Inför och under analysprocessen fördes en kontinuerlig diskussion med handledande lärare och ett arbetsseminarium hölls som ledde till djupare förståelse. Materialet bearbetades och analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys, Burnards så kallade 4-stegsmodell (Burnard, 1996). Steg 1 innebär att materialet läses igenom och korta notiser skrivs i marginalen, vilket kallas för öppen kodning. Under steg 2 kondenseras koderna och grupperas efter liknande innebörd och kategorierna börjar formas. Steg 3 innebär att det transkriberade materialet färgmarkeras och sätts under respektive kategori. Under steg 4 ska författarna ställa sig frågan om huruvida det utvalda materialet svarar mot syftet.

Ljudinspelningarna lyssnades igenom tillsammans direkt efter inspelning, och majoriteten av inspelningarna transkriberades i nära anslutning till intervjuerna. Inför start av analys lyssnades och lästes samtliga intervjuer igenom tillsammans. Tillsammans bearbetades det

transkriberade materialet och koder, kortare notat, antecknades i marginalen. Det blev tydligt att en del av koderna gick under samma namn, och att det under slutet av bearbetningen inte framkom några nya koder. Därefter fördes alla koder in i ett dokument, som sedan skrevs ut. Koderna klipptes ut separat för att kunna grupperas under överordnade kategorinamn. Koder med liknande innebörd delades in i olika kategorier som ej ännu hade namngivits. Kategorinamnen växte fram under analysprocessen. Initialt kunde 12 olika kategorier identifieras, men efter diskussion och djupare analys reducerades de 12 kategorierna till slutligen fyra olika. Det transkriberade materialet klipptes därefter ut och sorterades in under respektive kategori. Frågan om huruvida materialet svarade mot syftet ställdes i slutet av analysprocessen för att bekräfta att rätt material valts ut.

Tabell 1. Exempel på bearbetning av material från koder till kategorier, förtydligande citat.

Koder	Kategorier	Citat
Kvinnans behov Individanpassa Ge kvinnor verktyg Kvinnors rättigheter Se kvinnors styrkor Självbestämmande Praktiska lösningar Förståelse för nedsättning Kvinnans val i centrum	Att kvinnan behöver anpassad vård och rådgivning	<i>"Barnmorskeriet är ett skådespel för mig, ibland behövs en barnmorska som är en mamma, pushande, eller bekräftande. Jag bildar snabbt en uppfattning om vem jag har framför mig och möter kvinnan där hon befinner sig." (6).</i>
Känsla av maktlöshet Förlust av kontroll Saknar redskap Frustration Önskan om förändring	Att känna otillräcklighet	<i>"Det hade varit bra om vi fick något PM för hur vi ska hantera dom här kvinnorna. Sexualitet och så... det har ju dom också, men ingen pratar om det. Den här gruppen är bortglömd." (4).</i>
Barnmorskans val Fatta beslut åt kvinnan Pliktkänsla Moderlig försiktighet Göra gott-principen Ansvar	Att fatta beslut åt kvinnan eller låta henne styra	<i>"Det är inte min sak att bestämma om hon kan ta hand om ett barn, nej så utmaningen för mig blir att bedöma eller gemensamt komma fram till vilket preventivmedel som passar bäst."</i>
Dubbla känslor Etiskt dilemma Ofödda barnet vs kvinnans vilja Barnperspektiv Oro för barnet	Att ha dubbla känslor med barnet i åtanke	<i>"Så jag tycker faktiskt att det här med samråd är mer att... absolut att man ska respektera att den personen ska få bestämma själv men det är inte barnets bästa. Det tycker jag känns jättejobbigt." (10).</i>

Förförståelse

En av författarna till studien hade förförståelse i form av att ha upplevt ett rådgivningsmöte inkluderande spiralinsättning till en kvinna med IF på sin första barnmorskemottagningspraktik. Den komplexa och svåra situationen och erfarenheten ledde författarna in på att studera området vidare. Vidare förståelse erhöles i samband med litteratursökning när projektplanen utformades. Genom diskussion under arbetes gång försökte förståelsen medvetandegöras och i syfte att hindra den från att påverka intervjuerna, analysen och resultatet. Även fördomar och etiska dilemman synliggjordes av samma anledning.

Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen beskriver etiska principer och regler inom medicinsk forskning som involverar människor. Det är ytterst ett krav att transparent och utförlig information ges till informanter i en studie så att personen kan avgöra om hen vill delta och ge ett informerat samtycke (World Medical Association, 2020). Ansökan om tillstånd från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) inhämtades innan studien inleddes samt tillstånd från berörda verksamhetschefer för de aktuella barnmorskemottagningarna. Innan intervjuerna inleddes gavs de medverkande tydlig information muntligen, samt informerades om att deltagandet kunde avslutas när som helst under intervjun utan att skäl behövde anges (Trost, 2010). Deltagarna fick även information om att deras medverkan och det som sades skulle behandlas anonymt och konfidentiellt. Möjlighet att ställa frågor fanns både i början och slutet av varje enskild intervju. Namn på deltagare, patienter och arbetsplatser har ej namngivits för att ej kunna härleda till ursprungskällan. Inhämtat material sparades på en USB-sticka på en lösenordsskyddad dator och öppnades endast i samband med transkribering och analys av det inhämtade materialet. Inspelningarna och materialet kommer att raderas efter godkänd uppsats.

Resultat

Analysen resulterade i fyra kategorier; *Att kvinnan behöver anpassad vård och rådgivning, Att känna otillräcklighet, Att fatta beslut åt kvinnan eller låta henne styra och Att ha dubbla känslor med barnet i åtanke.*

Att kvinnan behöver anpassad vård och rådgivning

I samband med preventivmedelsrådgivning framgick det att barnmorskorna försökte ta hänsyn till kvinnornas uppfattade mognadsgrad. Barnmorskorna beskrev kvinnornas nedsättning genom att jämföra med personer utan IF, liksom att någon var som deras barnbarn, eller att de var som en 7-åring. Barnmorskorna upplevde att det var viktigt att kunna individanpassa vården utefter kvinnans förutsättningar. Barnmorskorna försökte skapa sig en uppfattning om kvinnans förkunskaper och styra samtalet efter kvinnans aktuella livssituation.

”Dom kanske inte alls har samma tanke som dig, jag pratar ganska mycket sex och samlevnad om det är en person som behöver preventivmedel. Vi kanske inte bara kan prata om preventivmedel utan vi behöver prata om samlivet, om samtycke. Vad tycker du? Vad är viktigt för dig? Vill du ha sex? Så det är hela tiden att anpassa sig för vem man har framför sig, som vi ju alltid ska göra.” (Informant, 1).

Skämt och humor användes som verktyg för att avdramatisera situationer. De anpassade språket och använde sig av metaforer för att lättare nå fram med sin information till kvinnan. Ett exempel var hur en spiral benämndes liksom en städare, när det städades fick kvinnan en blödning. Anpassat bildstöd, anatomiska modeller och preventivmedelsattrapper beskrev barnmorskorna som viktiga hjälpmedel och besökslängden utökades vid preventivmedelsrådgivning till kvinnor med IF. Barnmorskorna var frikostiga med återbesök och kvinnorna fick ibland komma på fler besök om det behövdes för att uppnå förtroende och kunna göra ett informerat val. Stödpersoner välkomnades och de ansågs vara till gagn för kvinnan. De beskrevs som en trygghet för både kvinnan och för barnmorskan. Stödpersonerna lät kvinnan vara i centrum och tog ej över samtalet. I de fall där barnmorskan tyckte att en stödperson eller förälder tog för mycket plats, var barnmorskorna noga med att få ensamtid med kvinnan.

Att känna otillräcklighet

Upplevelserna i den här kategorien präglades av en känsla av otillräcklighet och avsaknad av resurser, kunskap och redskap. Riktlinjer och styrdokument efterfrågades av barnmorskorna för att kunna ge jämlik vård. Bristande sexualundervisning till kvinnor med IF togs upp som ett problem, samt samhällets snäva normer kring kvinnornas sexualitet då de inte förväntades vara sexuellt aktiva. Barnmorskorna lämnades med en känsla av ansvar för att försöka kompensera för den bristande kunskap som kvinnorna hade. Barnmorskorna upplevde att det var svårt att på så kort tid under besöket försöka ge individanpassad och jämlik information som de ansåg att kvinnorna hade rätt till.

Insikten och kunskapen om att kvinnor med IF är en grupp som löper större risk för sexuellt våld fanns. Barnmorskorna såg kvinnornas utsatthet, men uppfattade att kvinnorna inte alltid såg det själva. Kvinnorna kunde beskriva relationer där barnmorskorna uppfattade det som att kvinnorna blev utnyttjade. Det försvårade samtalet för barnmorskorna och lämnade dem med en känsla av maktlöshet och otillräcklighet. Barnmorskorna brottades med dilemmat hurvida det var till gagn för kvinnan att upplysa henne om hennes utsatthet när hon inte förstod det själv då samtycke fanns.

”Hon pratade jättemycket om sin pojkvän och om hur kära dom var /.../ och säger till mig, är det sant att man måste knulla för att må bra? /.../ Sambon hade hört på sitt jobb att man måste göra det varje dag, annars mår man inte bra. Det ville hon inte, men om hon sa nej så blev han arg /.../ Det är så dubbelt det här att man kan bli utsatt och man kan utsätta andra för övergrepp, alltså i sitt oförstånd.” (Informant, 5).

Att fatta beslut åt kvinnan eller låta henne styra

Det fanns olika sätt att se på preventivmedelsrådgivning hos barnmorskorna, att fatta beslut gällande preventivmedel åt kvinnan eller låta henne styra. Gemensamt för de båda synsätten var att de ej präglades av något direkt etiskt dilemma. Utifrån det ena synsättet blev bästa utfallet i rådgivningen om barnmorskan fick bestämma. Det andra synsättet handlade om att i rådgivningen fokusera på kvinnans självbestämmanderätt. Barnmorskornas synsätt och arbetssätt kunde variera från möte till möte beroende på hur graden av kvinnornas IF uppfattades. Barnmorskorna beskrev att de i vissa möten kunde vara mer aktiva i sitt

beslutsfattande, och ibland mer passiva under rådgivningen, alltså pendla mellan de olika synsätten.

Vid ett mer aktivt beslutsfattande åt kvinnorna beskrevs en vilja och önskan om att kvinnorna skulle ha ett preventivmedel som var ett effektivt skydd mot graviditet. Ibland berodde det på barnmorskans insikt om kvinnans nedsatta förmåga till att fatta ett informerat val, och ibland fanns stora intellektuella nedsättningar som gjorde det nödvändigt för barnmorskan att aktivt välja åt kvinnan.

”Hon kom med nalle i famnen. Jag pratade mycket med mamman, hon hade berättat för mig att det var jobbigt med mensen. Nej men efter samtalet med mamman så var vi överens om att det här är ju ingen kvinna som ska ha barn.” (Informant, 12).

Det kunde röra sig om fysiska besvär så som menstruation och humörsvängningar som gjorde att vissa preventivmedel valdes framför andra. Samma aktiva beslutsfattande kunde även ses i de fall där kvinnorna inte hade en grav IF. Barnmorskorna problematiserade inte att de fattade beslut åt kvinnorna, utan upplevde känslor likt ansvar och plikt i att underlätta menstruationsbesvär och undvika graviditeter, önskade, så som oönskade.

”Så satte vi i alla fall p-staven, och då var jag nästan euforisk här på mottagningen. Alltså det kändes bara som en lättnad för annars hade hon blivit gravid igen ganska snabbt.” (Informant, 10).

Barnmorskan fattade ibland beslut kring val av preventivmedel i samråd med kvinnans föräldrar eller stödpersoner. Det fanns dock preventivmedel som exkluderades i rådgivningen av olika skäl. Spiral ansågs vara oetisk och olämplig på grund av proceduren vid insättningen. Dels på grund av smärtan men också på grund av den blottande situationen. Barnmorskorna var osäkra på om kvinnorna kunde tillgodogöra sig information om proceduren. Spiral var ej ett alternativ för de kvinnor som inte tidigare genomgått en gynekologisk undersökning. Biverkningar och förmåga till följsamhet togs i beaktning vid val av preventivmedel. Barnmorskorna problematiserade preventivmedel som kunde ge mellanblödningar och det fanns en önskan om att hitta rätt preventivmedel direkt för att minska risken för att kvinnan skulle tappa motivationen och sluta med sitt preventivmedel.

Den andra synsättet på preventivmedelsrådgivning, där val av preventivmedel utgick från kvinnans egna önskemål och behov, med självbestämmandet i fokus, fanns en utpräglad tilltro för kvinnans förmåga till delaktighet i besluten. Barnmorskan antog en mer passiv roll och ansåg att om kvinnan själv kunde bestämma, var det det bästa för kvinnan. Relationen med kvinnan beskrevs som essentiell och barnmorskan såg sin möjlighet att kunna stärka kvinnan i beslutsfattandet. Stor vikt lades vid vid compliance, och samtalen betraktades likt vilket annat samtal som helst.

Genom att sätta kvinnan i fokus och sträva efter ett förutsättningslöst förhållningssätt underlättade det för barnmorskorna att bejaka kvinnans självbestämmande. Bemötandet och informationen försökte anpassas utefter kvinnans nivå, precis som vid sedvanlig rådgivning. Barnmorskornas förmåga att anpassa sig skedde per automatik. Barnmorskorna beskrev att de försökte lägga sina förutfattade meningar åt sidan vad gällande kvinnans förmåga att inte kunna ta hand om ett barn vid en önskad eller oönskad graviditet. Barnmorskorna gav uttryck för att de kunde se kvinnornas styrkor och gjorde en individuell bedömning av deras resurser. Det kunde innebära att kvinnornas barnlängtan normaliserades och att deras förmåga att bli kompetenta mammor ej fördömdes.

“Vid preventivmedelsrådgivning, nej jag tror inte jag hade bedömt hennes förmåga att ta hand om ett barn, för det är något helt annat. Det är inte min sak att bestämma. Då hade hon inte kommit för prev, då hade hon kommit som gravid”. (Informant, 3).

Att ha dubbla känslor med barnet i åtanke

Barnmorskorna beskrev ett tydligt barnperspektiv som skapade etiska dilemman i samband med preventivmedelsrådgivningen. Oro för att barn skulle fara illa och ej få samma förutsättningar som andra barn präglade barnmorskornas inställning till preventivmedelsrådgivningen.

”Nej men om hon hade blivit gravid igen, man vill ju ändå... det är både och liksom. Man vill ju inte ta bort... Man vill ju unna henne att få barn. Eller vill man det? Vill man unna henne att... Det är ju också fruktansvärt om barnet far illa i hemmet liksom.” (Informant, 2).

Det fanns en känsla av att barnmorskan var det enda hindret mellan en graviditet eller inte. Barnmorskorna kände ett stort ansvar gentemot det ännu ej födda barnet. Känslorna ställdes mot kvinnans rättigheter till sin egen kropp och självbestämmande. Resultatet visade att barnmorskorna upplevde etiskt dilemma då de även kände empati för kvinnornas inneboende barnlängtan och önskan om att bilda familj. Trots kvinnans starka känslor kunde barnmorskorna ibland medvetet undvika att tala om familjeplanering och barnlängtan i hopp om att inte behöva ta ställning. Barnmorskor som hade erfarenheter av att ett barn blivit omhändertaget från en mamma med IF, påverkades av det vid nästa konsultation. De var således mer försiktiga att uppmuntra till framtida graviditeter och kände starkt att kvinnorna skulle ha ett säkert preventivmedel. Resultatet visade att barnmorskorna var öppna mot sig själva och till författarna med sina farhågor och hade ett kritiskt men ambivalent förhållningssätt till kvinnans rätt till att skaffa barn. Barnmorskorna övervägde och resonerade med sig själva under intervjuerna om vad kvinnans bästa faktiskt var; att stötta kvinnans beslut i att få barn, men att riskera att barnet blir omhändertaget, eller att inte skaffa barn och på så vis bespara henne den smärtan. Barnmorskorna nämnde tvångssterilisering, och var noga med att poängtera att det är historia och ett förlegat sätt att se på mänskliga rättigheter.

”Och där var dilemman, ska vi ta ut p-staven, klarar hon av att ta hand om ett barn? Men å andra sidan den här etiska frågan, det är ju inte vi som ska bestämma över hennes liv ju.” (Informant, 4).

Diskussion

Metoddiskussion

Till studien valdes kvalitativ design för att belysa barnmorskornas erfarenheter inom området. Kvalitativ metod kan ge en djupare förståelse för en grupp eller ett problemområde när insikten saknas om vilken kunskap som är viktig (Olsson & Sörensen, 2011). Syftet med att fokusera på ett specifikt område är att förstå den djupare meningen av informantens livsvärld. Målet var att uppnå en djup och fyllig redogörelse av en upplevelse, och trots endast 12 intervjuer, upplevdes innehållet uppnå detta. Det är författarnas uppfattning att liknande

information tillkom i slutet av analysprocessen. Det kan ha berott på intervjutekniken, intervjuguiden eller att fler informanter hade behövts.

För att utvärdera hur trovärdigt resultatet är inom kvalitativ forskning, är bland annat begreppen giltighet, överförbarhet och tillförlitlighet viktiga att beakta. Nedan beskrivs begreppen och hur författarna i föreliggande studie har förhållit sig till dem för att öka studiens trovärdighet. Giltighet innebär bland annat att informanten ska förstå frågorna som ställs av intervjuaren och därmed kunna besvara de ställda frågorna (Olsson & Sörensen, 2012). För att uppnå giltighet i föreliggande studie försökte intervjufrågorna ställas på ett enkelt och tydligt sätt med studiens syfte nära till hands. Enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2012) är överförbarhet hur väl resultatet kan överföras till andra grupper. Studiens resultat skulle kunna vara överförbart på en liknande population, alltså andra barnmorskor arbetande med preventivmedelsrådgivning till kvinnor med IF. För att uppnå tillförlitlighet krävs det bland annat att författarna metvetandegör sin förförståelse under forsknings- och analysprocessen, samt tydligt redovisar det (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Slutligen är det upp till läsaren att avgöra huruvida studiens resultat uppfattas vara trovärdigt eller inte.

Urvalets storlek var begränsat i studien, 12 barnmorskor intervjuades. Målet var att intervju 12-20 barnmorskor men pandemin gjorde det som ovan nämnt svårt att rekrytera informanter. Bekvämlighetsurvalet underlättade den svåra rekryteringen och minskade bortfallet. En nackdel med bekvämlighetsurval kan vara att urvalet blir homogent och kan därmed påverka överförbarheten av studien och således även trovärdigheten (Olsson & Sörensen, 2011). Endast barnmorskor från Skåne ingick i urvalet, det skulle kunna påverka resultatet om arbetssättet skiljer sig åt. Den enskilda barnmorskans upplevelse bör inte skilja sig avsevärt utifrån ett geografiskt perspektiv.

Fokusgruppsintervjuer skulle kunna ha varit ett alternativ till individuella intervjuer då gruppen hade kunnat hjälpas åt att beskriva sina upplevelser och erfarenheter och generera mer levande samtal och diskussioner (Wibeck, 2012). Det gick ej att genomföra på grund av pandemin, så därmed hölls individuella intervjuer. Fördelar med enskilda intervjuer kan vara att barnmorskorna möjligtvis kände sig mer bekväma med att tala enskilt och att deras upplevelser inte färgades av andras upplevelser eller åsikter. Att intervjuerna hölls via zoom kan ha påverkat kvalitén på intervjuerna då flödet i samtalet kan ha påverkats av ljud och

bilduppkoppling. Barnmorskorna kan också ha blivit hämmade i sina återberättelser i vetskap om att de spelades in. Då intervjuerna inte hölls på arbetstid kan det ha påverkat barnmorskornas återberättelser både positivt och negativt. Positivt var att barnmorskorna inte behövde känna att andra arbetsuppgifter väntade, och negativt kunde vara att barnmorskorna hade privata saker som som väntade.

Intervjuguiden var uppbyggd med semistrukturerade frågor. Tanken var att det skulle underlätta för barnmorskan att få tala fritt om sin upplevelse men också tillåta fördjupade följdfrågor beroende på vad som kom upp under samtalet. Enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2012) kan trovärdigheten påverkas när mer än en person utför intervjuerna. Därför utfördes en pilotstudie och en andra intervju tillsammans för att skapa samstämmighet i intervjutekniken. Det kan ses som en kompenserande faktor för att intervjuerna utfördes separat. Författarna hade bristande erfarenhet av att utföra intervjuer och i efterhand uppmärksammades att viktiga och intressanta spår missats under samtalet. Intervjutekniken förbättrades under studiens gång då författarna blev mer trygga.

Det framgick att barnmorskorna ibland inte hade korrekta benämningar inom funktionsnedsättningar och kunde blanda ihop en grav IF med ADHD. För att försöka minska detta bias ställdes följdfrågor om kvinnans nedsättning, och författarna fick uppfattningen om att det ändå rörde sig om en IF. Graden av kvinnornas IF kunde variera, ibland fanns inte heller någon diagnos i journalen utan tolkningen gjordes av den enskilda barnmorskan i respektive fall. Detta kan ses som en svaghet med studien och kan ha påverkat resultatet, då kvinnans grad av IF ej framgick. Samtidigt är det den verklighet som barnmorskorna befinner sig i och vad de har att utgå ifrån i samband med preventivmedelsrådgivningen. Författarna i föreliggande studie uppfattade en stor spridning i graden av IF. Det kunde vara allt ifrån att kvinnan inte kunde hantera sin menstruation självständigt, till att kvinnan bedömdes kunna ha hand om ett barn. Innan intervjustart hade diskussion kring detta bias tagits upp av författarna men någon lösning kunde ej utvecklas. Kvinnornas olika grad av IF har säkert påverkat barnmorskornas upplevelse och förhållningssätt till rådgivningen och därmed resultatet.

Enligt Burnard (1996) lämpar sig 4-stegsmodellen väl vid analys av semistrukturerade intervjuer då datan inte förväntas vara lika strukturerad som vid strukturerade intervjuer. Burnards analysmodell lämpades sig väl genom att initialt se till helheten för att därefter kunna bryta ner innehållet och se sammanhang och kategorier. Burnards 4-stegsmodell var

tydligt beskriven vilket underlättade processen och minskade risken för feltolkningar. Avsteg i form av att kategorierna inte färgkodades bör ej ha påverkat analysen och studiens utfall. Kategorierna var få och ansågs ej behöva färgmarkeras för att särskilja åt. Att intervjuerna lyssnades igenom och transkriberades i nära anslutning till intervjutillfället gjorde att varje enskild intervju befästes i minnet. Småprat och icke relevant material, till exempel, tips angående fördjupad litteratur eller hemsidor, analyserades och sorterades som dross, det vill säga ovidkommande för studiens syfte. En styrka av analysprocessen var att materialet granskades flertal gånger gemensamt vilket ledde till nya infallsvinklar. Initialt fanns det en rädsla för att övertolka materialet. Under analysens gång tog handledaren del av processen för att omformulera kategorier och för att hjälpa till med att analysera materialet djupare.

Resultatdiskussion

I föreliggande studie framkom att en viktig del av barnmorskans erfarenhet och upplevelse, var att vården till kvinnor med IF behövde individanpassas med kvinnans självbestämmanderätt i fokus. Liknande resultat framkom i Höglund et al's. enkätstudie från 2013 där barnmorskorna också problematiserade hur de bäst skulle möta och anpassa rådgivningen till kvinnorna. En av få riktlinjer i preventivmedelsrådgivning som barnmorskorna faktiskt har att lita sig mot är Läkemedelsverkets (2014) rekommendationer om att individanpassa vården genom att generellt bemöta kvinnor utifrån livssituation, ålder och förkunskaper. Föreliggande studies resultat stärks då liknande upplevelser tidigare beskrivits i en kvalitativ fokusgruppsintervjustudie gjord i Sverige, där barnmorskors erfarenheter av preventivmedelsrådgivning till kvinnor med IF belystes (Höglund, 2019b). I den studien framgick det att barnmorskorna var väl medvetna om Svensk lagstiftning, såväl kvinnans rättigheter som vårdens skyldigheter. Resultatet är samstämmigt med föreliggande studie där barnmorskorna försökte förhålla sig till sina förpliktelser men ändå upplevde behov av och efterfrågade riktlinjer och styrdokument.

En utmaning och risk med att ta fram riktlinjer för preventivmedelsrådgivning till kvinnor med IF kan vara att deras utmaningar och behov kan skiljas åt. Det går inte att generalisera och applicera styrdokument på en hel grupp, i det här fallet kvinnor med IF. Alla människor oavsett funktionsnedsättningar har olika förkunskaper och förutsättningar och därmed olika behov. Vården behöver därför alltid individanpassas för att möta behoven hos den enskilde individen för att efterfölja Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30).

Barnmorskornas erfarenheter och upplevelser var att det fanns kunskapsluckor och en utsatthet hos kvinnorna med IF. Även bristande sexualundervisning nämndes. Resultatet i föreliggande studie stärks av en rapport från Folkhälsomyndigheten (2020). Genom flera kvalitativa intervjustudier har en rapport sammanställts om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland målgruppen unga vuxna (16-31 år) med IF. De flesta var nöjda med sin allmänna och sexuella hälsa. Den sexuella erfarenheten varierade allt ifrån att de upplevt kyssar till samlag. Personerna beskrev att de erhållit sex- och samlevnadsundervisning i skolan men hade upplevt den som bristfällig eller irrelevant. En del av informanterna hade uppenbara kunskapsluckor inom ämnet. De använde sig av internet för att uppsöka information om sexualitet men även för att träffa vänner, nya partners och för att använda pornografi. En del hade erfarenheter av sexuella trakasserier, kränkningar, våldtäkt och grooming (Folkhälsomyndigheten, 2020). Det är inte bara kvinnor med IF som upplever sexualundervisningen som bristfällig. I en svensk enkätstudie tillfrågades 225 unga kvinnor i åldrarna 13-25 huruvida de hade upplevt sexualundervisningen i skolan (Ekstrand, Engblom, Larsson & Tydén, 2011). Resultatet visade på att mellan 80-96% av deltagarna upplevde att de fått bristande information gällande sexuellt våld, pornografi, abort och postcoital antikonception. Resultatet visade även att 59% upplevde att de hade fått bristande information angående graviditet. Det kan tyda på att ämnet är lågprioriterat i samhället i stort, men kan bli extra problematiskt för personer med IF som redan är en utsatt grupp även gällande sexuella övergrepp.

Vid ett preventivmedelsrådgivningssamtal är det upp till barnmorskan att bestämma hur tiden ska förvaltas. Upplägget kring information gällande sexualitet, samtycke, val av preventivmedel och familjeplanering styrs till stor del av barnmorskan oavsett om rådgivningen riktar sig till en kvinna med IF eller inte. Resultatet kan ha påverkats då barnmorskornas upplevelse om vad som ingår i preventivmedelsrådgivning kan variera. Som tidigare nämnts kan preventivmedelsrådgivning innebära så mycket mer än endast antikonception (SFOG, 2016). Barnmorskorna benämnde samhällets snäva normer kring kvinnornas sexualitet och de uttryckte behov av anpassad utbildning och informationsmaterial till kvinnorna med IF. Även när Höglund & Larsson (2019a) undersökte barnmorskans arbete och attityder kring preventivmedelsrådgivning hos kvinnor med en intellektuell funktionsnedsättning fann de i sin fokusgruppintervjustudie att barnmorskor efterfrågade mer utbildning inom sexualkunskap för de här kvinnorna. De ansåg att mer anpassad

sexualkunskap behövs som kan möta deras mentala och fysiska utmaningar. I Höglund och Larssons (2019a) studie framgick det att kvinnorna inte förväntades vara sexuellt aktiva enligt samhällets normer, liknande resultat belystes av barnmorskorna i föreliggande studie.

Konsekvensen av detta blir att preventivmedelsrådgivning och samtal om familjeplanering till de här kvinnorna uteblir. Vården kan därmed inte garanteras bli lika för alla trots lagstiftning enligt HSL (2017:30) och rekommendationer från SFOG (2016). I studien från 2019 kunde författarna även dra slutsatser om att utebliven preventivmedelsrådgivning och familjeplanering till patientgruppen kunde leda till sämre vårdupplevelse, compliance och rädsla för att tala om barnlängtan.

I föreliggande studie framkom det att barnmorskor ibland upplevde lättnad över att inte behöva samtala om kvinnans eventuella barnlängtan och därmed undvika etiska ställningstagande och dilemman. Att inte väcka den björn som sover, kan beskriva förhållningssättet att undvika samtal kring barnönskan. Vår uppfattning är att detta i förlängningen riskerar att förstärka stigmat och upprätthålla normen kring att kvinnor med IF inte ska prata om sin sexualitet, barnlängtan och eventuell familjeplanering. Enligt SFOG´s (2016) rekommendationer ska det inom preventivmedelsrådgivning ingå familjeplaneringsarbete. Dels för att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar, men också för att ge kvinnan och/eller paret möjligheter att planera sitt föräldraskap (SFOG, 2016). Kvinnor oavsett förutsättningar och begåvningsnivå har rätt att få möjlighet att diskutera och att erhålla information om familjeplanering. Barnmorskor och läkare inom mödrahälsovården ska ha goda kunskaper om sexuell hälsa och säkert sex (SFOG, 2016). De ska kunna föra en motiverade och informativ dialog med patienten. Detta innebär att det är upp till varje enskild barnmorska att hålla sig uppdaterad gällande sexuell risktagande, utsatthet samt att identifiera kunskapsluckor för att möta SFOG:s rekommendationer. Arbetsgivaren bör därför vara lyhörd för barnmorskornas behov av kompetensutveckling för att kunna möta de lagstiftade skyldigheter som finns.

Det var viktigt för barnmorskorna att försöka ge kvinnorna en jämlik och rättvis vård. Avsaknaden av förkunskaper inom reproduktiv och sexuell hälsa hos kvinnorna med IF försvårade barnmorskornas arbete med preventivmedelsrådgivningen och gav dem en känsla av otillräcklighet. Precis som sexualundervisningen kan brista för kvinnor med IF (Folkhälsomyndigheterna, 2020, Löfgren-Mårtenson, 2012) tycks sjukvården brista i sitt ansvar att stötta och möta kvinnornas behov och rättigheter genom att inte erbjuda dem den

anpassade informationen de har rätt till enligt LSS (1993:387). Frågan är hur de här kvinnorna som redan är en utsatt grupp och extra sårbara, ska kunna fatta ett informerat val om preventivmedel och familjeplanering när de saknar basala kunskaper om sin kropp, sin sexualitet och sina rättigheter. När sexualundervisningen brister redan under skolgången, förskjuts problematiken och ännu större ansvar läggs på den enskilde barnmorkan i mötet med kvinnor med IF.

Barnmorskornas synsätt på rådgivningen kunde variera utefter uppfattningen av kvinnans grad av IF. När barnmorskorna tillämpade synsättet där de var mer aktiva i sitt beslutsfattande har författarna funderat på om barnmorskorna var mer befriade från etiska dilemman då de lutade sig mot göra gott-principen. Principen innebär att fokus ligger på att försöka hjälpa patienten genom att tillgodose dens medicinska och medmänskliga behov (Region Östergötland, 2022). Autonomiprincipen kommer således i andra hand när det här synsättet tillämpas. De barnmorskorna som använde sig av synsättet där kvinnan fick styra rådgivningen premierade autonomiprincipen, även om göra gott-principen också var närvarande. Barnmorskorna beskrev att det det bästa för kvinnan var när kvinnans självbestämmande beaktades. De var fortfarande professionella och kunde avråda kvinnorna från olämpliga preventivmedel och i likhet med Höglund & Larssons (2019a) ville de låta kvinnorna vara delaktiga i preventivmedelsvalet i hopp om att följsamheten skulle öka. Graden av IF kunde försvåra självbestämmandet trots barnmorskans intention om att upprätthålla det. Istället försökte barnmorskan hitta andra sätt att stärka och lyfta fram kvinnans roll i besöket. Det teoretiska ramverket för studien, partnershipmodellen, speglar barnmorskans arbetssätt och syn på relationen med kvinnan (Courtney et al., 1996). Barnmorskor i föreliggande studie såg sig själva stå på kvinnans sida och vara allierade med kvinnan oavsett vilket synsätt som tillämpades under rådgivningen, vilket är andemeningen med partnershipmodellen. Resultatet samstämmer med Höglund & Larssons (2019a) resultat där det framkom att barnmorskorna strävade efter att kvinnorna skulle kunna fatta ett informerat beslut när möjligt fanns. Barnmorskorna efterlyste i den studien, i likhet med föreliggande studie, större och mer övergripande gränsöverskridande samarbete mellan olika vårdinstanser och myndigheter.

Under kategorin *att ha dubbla känslor med barnet i åtanke* framkom att barnmorskorna uppfattade att de var det enda hindret mellan en graviditet eller ej. Liknande resultat framkom i Höglund & Larssons (2019a) intervjustudie där barnmorskorna upplevde att de valde mellan

att övertala och bestämma ett preventivmedel åt kvinnorna eller att acceptera en oplanerad graviditet, och att en graviditet sågs som ett misslyckande. Vid preventivmedelsrådgivning i samband med graviditetsönskan hos kvinnor med IF kunde barnmorskorna känna etiska dilemman och dubbla känslor. Det blev tydligt att om en barnmorska hade preventivmedelserfarenhet där en kvinna med IF fått barn, där barnet blivit omhändertaget, speglade och präglade det sättet att se på nästa konsultation. De barnmorskorna var även mer öppna med sina etiska dilemman och hade ett mer kritiskt förhållningssätt till kvinnans rätt till att skaffa barn. Resultatet stärks av en svensk kvalitativ intervjustudie från 2013 som beskrev hur barnmorskors tidigare erfarenheter och kunskap av preventivmedelsrådgivning till kvinnor utan IF kunde påverka den framtida rådgivningen (Wätterbjörk, Häggström-Nordin & Hägglund, 2013). De kunde se att barnmorskans personliga strategier och åsikter färgade rådgivningen. Risken med att arbeta på det sättet ansågs vara att kvinnans behov inte sattes i första hand. Barnmorskorna var i föreliggande studie ambivalenta i vad som faktiskt var kvinnans bästa och ville bespara kvinnorna från onödig smärta.

Frågan om huruvida kvinnor med IF uppfattades vara lämpliga mödrar eller ej, fanns inte med i intervjuguiden men benämndes spontant av barnmorskorna. Barnmorskorna uppfattades inte ha speciellt starka åsikter om kvinnornas potentiella mödraskap, utan förhöll sig neutrala till ämnet, eller var ambivalenta och påverkade av sina etiska tvivel. Höglund et al. (2013) fann i sin enkätstudie att 70% av barnmorskorna ansåg att kvinnor med IF inte var lämpliga mödrar. Det är möjligt att barnmorskorna i föreliggande studie förskönade sina svar eftersom det är ett tabubelagt område med en mörk historia kring tvångssterilisering och institutionalisering. Genom att barnmorskan blir medveten om sina fördomar, kan hen lättare lägga dem åt sidan och motarbeta hierarkiska strukturer i relationen med kvinnan, vilket är essensen av Partnershipmodellen (Courtney et al., 1996). Fördomar är oundvikliga, då de skapas genom uppfostran och socialisation och blir för individen sedan en självklarhet (Olsson & Sörensen, 2011). Fördomar behöver nödvändigtvis inte vara ett bekymmer i barnmorskan yrkesutövning så länge hen har insikt och kan förhålla sig kritiskt till dem. När fördomar blir synliggjorda uppstår en förståelseprocess som i sin tur kan verka brobyggande (Olsson & Sörensen, 2011).

Erfarenheter och åsikter kan vara en drivkraft för utvecklingsmöjligheter inom yrket.

Barnmorskans etiska kod (Svenska Barnmorskeförbundet, 2020) menar också att barnmorskan aktivt ska söka personlig, intellektuell och professionell tillväxt genom hela yrkeslivet och tillämpa det i sin yrkesverksamhet. Att som barnmorska lägga sina värderingar

och personliga erfarenheter åt sidan för att stötta kvinnan framför sig är kanske något av det svåraste men också något av det viktigaste inom barnmorskeprofessionen.

Barnmorskorna beskrev att de ibland medvetet undvek samtal kring familjeplanering då de ville undvika svåra samtal. Det kan vara ett känsligt ämne att prata om familjeplanering och extra stödinsatser under graviditeten, eftersom kvinnan inte sällan har tidigare erfarenheter av kontakt med socialtjänsten. Det krävs fingertoppskänsla och empati för att kvinnan ska förstå att insatserna som eventuellt behöver initieras under tidig graviditet är för kvinnan och det kommande barnets skull (SFOG, 2016). Genom att följa SFOG´s rekommendationer har kvinnan rätt till samtal om familjeplanering under preventivmedelsrådgivningen. Detta för att kunna öka chanserna till ett gott föräldraskap med möjlighet att få det stöd och de insatser som kvinnan själv, hennes partner och det blivande barnet har rätt till. Sedan lagstiftningen om tvångssteriliseringen upphävdes, tillkom rekommendationer från bland annat SFOG att i samband med graviditet hos en kvinna med IF, tidigt upprätta samarbete mellan BMM, BVC och Socialtjänst. Detta för att stötta kvinnan och/eller föräldrarna, men också för att kunna utvärdera och tillgodose barnets behov och rättigheter.

Ett samarbete instanser emellan efterlystes även i studien gjord av Höglund & Larsson (2019a), där de utforskade barnmorskors upplevelse av preventivmedelsrådgivning till kvinnor med IF. Det som finns är endast rekommendationer, önskar kvinnan ej stödinsatser under graviditeten så har inte socialtjänsten någon makt över det ännu ofödda barnet, eftersom det ej ännu är en juridisk person (SFOG, 2016). Finns oro för barnet blir socialtjänsten först inkopplade när kvinnan är på förlossningen eller på BB. En enkel lösning finns ej, då alternativet skulle vara att byta ut ett tvång mot ett annat.

Konklusion och implikationer

Studien har visat att det finns olika erfarenheter av att ge preventivmedelsrådgivning till kvinnor med IF. Detta beror bland annat på den uppfattade graden av IF och kvinnornas olika förkunskaper avseende reproduktiv hälsa men även sex och relationer. Det är viktigt att ha tillräckligt med avsatt tid för att kunna ge individanpassad vård. Detta för att skapa möjlighet

att minska kunskapsluckor hos kvinnorna. Att erhålla fortbildning inom området hade varit önskvärt bland barnmorskorna. Tydligare samhällsinsatser efterlystes för att kunna ge kvinnor med IF bättre förutsättningar. Sparsam forskning inom området finns, och ytterligare forskning behövs för att stärka barnmorskans roll och därmed rådgivningen.

Referenser

- Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today* (16), 278-281. [https://doi.org/10.1016/s0260-6917\(96\)80115-8](https://doi.org/10.1016/s0260-6917(96)80115-8)
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal* 204, 429-432. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.292>
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M., Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 31-50). Studentlitteratur.
- Courtney, R., Ballard, E., Fauver, S., Gariota, M. & Holland, L. (1996). The Partnership Model: working with individuals, families, and communities toward a new vision of health. *Public Health Nursing*, 13(3), 177-186.
- Ekstrand, M., Engblom, C., Larsson M. & Tydén, T. (2011) Sex education in Swedish schools as described by young women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 16(3), 210-224, DOI: 10.3109/13625187.2011.561937
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Sexuell och reproductiv hälsa och rättigheter bland unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning. En kvalitativ studie om erfarenheter av och reflektioner om sexualitet, relationer och internet.*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/pubreader/pdfview/display/68874?browserprint=1>
- Förenta Nationerna. (10 maj 2022). *Allmän förklaring av de mänskliga rättigheterna.*
<https://FN.se/wp-content/uploads/2016/07/Allmanforklaringomdemansligarattigheterna.pdf>
- Grunewald, K. (2000). Den psykiatriska vårdens historia. I Grunewald (Red.), *Psykiska handikapp* (upplaga 2 s. 12-20). Liber AB.
- Hansen, K. (2010). *Vem ser barnen? En rättsvetenskaplig uppsats om barn till intellektuellt funktionshindrade föräldrar.* [Examensarbete, Lunds Universitet].
- Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M., Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 31-50). Studentlitteratur AB.
- Hindberg, B. (2003). *Barn till föräldrar med utvecklingsstörning.* Gothia Förlag.
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa.* Studentlitteratur.
- Hälso- och sjukvårdslag, (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- Höglund, B., & Larsson, M. (2019a). Midwives' work and attitudes towards contraceptive counselling and contraception among women with intellectual disability: focus group interviews in Sweden. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24(1), 39-44. DOI:<https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1555640>

Höglund, B., Lindgren, P. & Larsson, M. (2013). Midwives' knowledge of, attitudes towards and experiences of caring for women with intellectual disability during pregnancy and childbirth: A cross-sectional study in Sweden. *Midwifery* 29(8), 950-955. DOI:<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.midw.2012.12.002>

Höglund, B., & Larsson, M. (2019b). Ethical dilemmas and legal aspects in contraceptive counselling for women with intellectual disability-Focus group interviews among midwives in Sweden. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(6), 1558–1566. DOI:<https://doi.org/10.1111/jar.12651>

Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade. (1993:387). Hämtad från Riksdagens webbplats https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387

Lundman, B. & Hällgren- Graneheim, U. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.159-188). Studentlitteratur

Lundman, B. & Hällgren- Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2.1 uppl., s. 187- 201). Studentlitteratur

Läkemedelsboken. (2015). *Läkemedel hos personer med utvecklingsstörning*. Läkemedelsverket.

https://lakemedelsboken.se/kapitel/lakemedelsanvandning/lakemedel_hos_personer_med_utvecklingsstorning.html

Läkemedelsverket. (2014). *Antikonception - behandlingsrekommendation*. Läkemedelsverket. <https://www.lakemedelsverket.se/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation/behandlingsrekommendation-antikonception.pdf>

Löfgren-Mårtenson, L. (2012). “I Want to Do it Right!” A Pilot Study of Swedish Sex Education and Young People with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability* 30(2), 209-225. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9239-z>

Löfgren-Mårtenson. (2016). Unga med intellektuella funktionsnedsättningar och sexualitet. I P. O, Lundberg & L, Löfgren-Mårtenson (Red.), *Sexologi* (s. 368-372). Liber AB.

Markström, U. (2014). Avinstitutionalisering och post-avinstitutionalisering. I D, Brunt & L, Hansson (Red.), *Att leva med psykisk funktionsnedsättning* (s. 47-63). Studentlitteratur.

Olsson, H & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen, Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3uppl.). Liber AB.

Priebe, G. & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M., Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 31-50). Studentlitteratur.

Region Stockholm. (25 maj 2022). *Diagnoskriterier för intellektuell funktionsnedsättning*. Diagnoskriterier för IF (habilitering.se)

Region Uppsala. (20 december 2019). *Vad är intellektuell funktionsnedsättning (IF)?*
<http://www.lul.se/sv/Kampanjwebbar/Infoteket/Funktionsnedsattningar/Utvecklingsstoring1/Vad-ar-utvecklingsstoring/>

Region Östergötland. (5 maj 2022). *Etik & bemötande inom hälso- och sjukvård. Etik och bemötande 19.pdf* (regionostergotland.se)

Runéus, A. (2014). *Tvångssterilisering: En rättshistorisk studie om motiven till den svenska steriliseringsregleringen*. [Magisteruppsats, Lunds Universitet]. Lund University publications.
<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=4449338&fileOid=4460184>

Sandlund, M. (2014). Vad är psykisk funktionsnedsättning? I D, Brunt & L, Hansson (Red.), *Att leva med psykisk funktionsnedsättning* (s. 21-45). Studentlitteratur.

SFOG. (2016) *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa* (Nr 76).
<https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Socialstyrelsens termbank*. Socialstyrelsen.
<https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>

Svenska Barnmorskeförbundet. (4 maj, 2022). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf (storage.googleapis.com)

Svenska barnmorskeförbundet. (4 maj, 2022). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., uppl.). Studentlitteratur AB.

Unicef. (4 maj 2022). *Barnkonventionen*. Läs hela Barnkonventionen - UNICEF Sverige

Verlenden, J., Bertolli, J. & Warner, L. (2019). Contraceptive Practices and Reproductive Health Considerations for Adolescent and Adult Women with Intellectual and Developmental Disabilities: A Review of the Literature. *Sexuality and Disability* 37(113), 541-557. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09600-8>

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 194-214). Studentlitteratur AB.

World Health Organization. (2019). *Sexual Health*. World Health Organisation.
https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Wätterbjörk, I., Häggström-Nordin, E. & Hägglund, D. (2013). Provider strategies for contraceptive counselling among Swedish midwives. *British Journal of Midwifery*, 19(5), 291-296. <https://doi.org/10.12968/bjom.2011.19.5.296>

Fördelning av arbetet

Abstrakt, bakgrund, metod, resultat, diskussion och referenslista har sammanställts tillsammans av Natalie Nilsson och Sara Widell. Av totalt 12 intervjuer gjordes fem intervjuer var separat. Referenshantering har både Natalie Nilsson och Sara Widell ansvarat för. Båda studieansvariga är lika insatta i det slutgiltiga arbetet och är gemensamt ansvariga för alla delar.

Bilaga 1

Intervjuguide

1. Öppningsfrågor

Vill ni berätta var ni jobbar och hur länge ni arbetat som barnmorskor?

2. Inledande frågor

Berätta vad ni tänker en intellektuell funktionsnedsättning kan innebära för utmaningar för er som barnmorskor?

3. Nyckelfråga

Vill ni berätta om er upplevelse av preventivmedelsrådgivning till kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning?

4. Avslutande frågor

Är det något annat ni har kommit att tänka på under intervjuens gång?