



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

SAMVETSFRIHET OCH ABORT

Hör "samvetsfrihet" hemma i abortvården?

Mozhgan Jalali

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	master i Reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/2019
Handledare:	Elisabeth Jangsten
Examinator:	Ingela Lundgren

Innehåll

INLEDNING	4
BAKGRUND	6
Abort	6
Ett historiskt perspektiv.....	7
Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter	8
Samvetsfrihet	9
Barnmorskans kompetensområde	10
Professionalitet.....	10
Personcentrerad vård.....	11
Samvetsfrihet vid abort	12
PROBLEMFÖRMULERING	16
SYFTE	16
METOD	17
Ansats.....	17
Urval och genomförandet av studien.....	18
Datainsamling.....	19
Dataanalys.....	19
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	21
RESULTAT	22
Risk för negativa konsekvenser för abortsökande kvinnor	23
Inskränkning av kvinnors självbestämmande.....	23
Skuldbeläggande av abortsökande kvinnor.....	24
Risk för patientsäkerhet hos abortsökande kvinnor.....	26
Risk för negativa konsekvenser inom abortvården	27
Problem att planera abortverksamheten.....	27
Negativ påverkan på arbetsmiljön.....	29
Professionellt förhållningsätt i arbetet med abortsökande kvinnor	31
Att se hela kvinnan och hennes behov.....	31
Att vara objektiv.....	32
Att ha ett likvärdigt bemötande.....	33
DISKUSSION	34
Metoddiskussion.....	34
Resultatdiskussion.....	36

SLUTSATSER	39
REFERENSER	41
BILAGA 1	49
BILAGA 2	51

SAMMANFATTNING

Introduktion: Lagen om samvetsfrihet tillämpas i många länder runt om världen. I Europakonventionens artikel 9 står att envar har rätt till tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet, och att inskränkningar bara är lagliga om rättigheten strider mot den allmänna säkerheten eller till skydd för allmän ordning, hälsa eller moral eller till skydd för andra personers fri- och rättigheter. I Sverige är dock vårdpersonalens och barnmorskors rätt till samvete ej reglerad enligt lag. Lagen är däremot tydlig vad gäller läkare och abort vilket innebär att läkare ej har rätt att neka kvinnor abortvård. De senaste åren har det väckts debatt om samvetsfrihet som en mänsklig rättighet för vårdpersonal inom abortvården. En del studier pekar på att i flera länder som har en tillämpning av samvetsfrihet inom abortvården, har det begränsat kvinnors tillgång och rätt till abortvård. Det saknas dock studier från Sverige i ämnet. Därför är det viktigt att undersöka vad barnmorskor och läkare i Sverige har för uppfattningar, tankar och erfarenheter av samvetsfrihet. **Syfte:** Att beskriva barnmorskors och läkares uppfattningar, tankar och erfarenheter av samvetsfrihet inom den svenska abortvården. **Metod:** Intervjuer med sex barnmorskor och en läkare verksamma inom abortvården. Datamaterialet analyserades med innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet presenteras i tre huvudkategorier med underkategorier. Huvudkategorierna är; risk för negativa konsekvenser för abortsökande kvinnor, risk för negativa konsekvenser inom abortvården och ett professionellt förhållningsätt i arbetet med abortsökande kvinnor. **Slutsats:** Resultatet visar att det enligt läkare och barnmorskor skulle innebära negativa konsekvenser både för abortsökande kvinnor och vården om en tillämpning av samvetsfrihet inom abortvården skulle införas. Även det professionella förhållningssättet hos den vårdande personen riskerade att bli påverkat.

Nyckelord: Samvetsfrihet, Samvete, Abort, Abortsökande kvinnor, Barnmorskor, Abortvården, Professionellt förhållningsätt.

ABSTRACT

Introduction: The law of conscientious objection is applied in many countries around the world. Article 9 of the ECHR states that everyone has the right to freedom of thought, conscience and religious freedom, and that restrictions are only legal if the right is contrary to public security or to the protection of public order, health or morals or to the protection of other people's freedoms and rights. In Sweden, however, conscientious objection of nursing staff and midwives is not regulated by law. The law, on the other hand, is clear with regard to doctors and abortion, which means that doctors do not have the right to deny women abortion care. In recent years there has been a debate about conscientious objection as a human right for health care professionals in abortion care. Some studies indicate that it has restricted women's access and right to abortion care in several countries that have an application of conscientious objection in abortion care. However, there are no studies from Sweden on the subject. Therefore, it is important to investigate what midwives and doctors in Sweden have for perceptions, thoughts and experiences of conscientious objection. **Aim:** To describe midwives and doctors' perceptions, thoughts and experiences of conscientious objection in Swedish abortion care. **Method:** A qualitative approach, in-depth interviews with six midwives and one doctor working with abortion care. The data was analyzed using content analysis. **Result:** The result is presented in three main categories with subcategories. The main categories are; risk of negative consequences for abortion-seeking women, risk of negative consequences in abortion care and a professional approach in working with abortion-seeking women. **Conclusion:** The result shows that, according to doctors and midwives, there would be negative consequences for both abortion-seeking women and the care provided if an application of conscientious objection in abortion care should be introduced. The professional attitude of the caring person was also at risk of being affected.

Keywords: Conscientious Objection, Conscience, Abortion, Abortion-seeking women, Midwives, Abortion Care, Professional approach.

INLEDNING

Debatten om samvetsfrihet (individens rätt att agera i enlighet med sin moraliska övertygelse) som en mänsklig rättighet har aktualiserats i Sverige de senaste åren. Särskilt uppmärksammat blev fallet med en barnmorska som, efter det att hon inte fick anställning på ett sjukhus, anmälde sin arbetsgivare för diskriminering i och med att det skulle ingå i hennes tjänst att hjälpa kvinnor med abort. Barnmorskan uppgav att hon inte kunde medverka till abort med hänvisning till sitt samvete.

I den internationella konventionen om ”medborgerliga och politiska rättigheter” - artikel 18.1 - garanteras rätten till tanke-, samvets- och religionsfrihet (1). Abort är också en laglig rätt sedan många år för kvinnor i Sverige (2). I den svenska abortlagen nämns inte samvetsfrihet vilket har tolkats som att samvetsfrihet inte gäller inom abortvården. Frågan om var gränsen ska dras mellan individens rätt att utöva sin frihet och andras rätt att slippa påverkas av densamma, är högaktuellt idag.

BAKGRUND

Inom huvudområdet ”reproduktiv och sexuell hälsa” med hänsyn till valt problemområde väljs fyra begrepp; ”abort”, ”samvetsfrihet”, ”sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter” och ”barnmorskans kompetensområde” att definieras som uppsatsens referensram.

Abort

Abort inom medicinsk terminologi betyder avbrytande av graviditet. Detta kan ske genom att fostret avgår spontat, så kallade missfall eller att graviditeten avbryts genom att fostret avlägsnas från livmodern; inducerad abort (3) vilket betyder att avbrytandet av graviditeten är framkallad (4). Beroende på när under graviditeten aborten utförs delas abort in i tidig abort

och sen abort. Tidig abort är beteckningen för abort ända till slutet av graviditetsvecka 12. Abort som utförs därefter kallas sen abort. I denna uppsats används begreppet abort för inducerad abort på kvinnans begäran upp till 18 veckor.

Medicinska eller kirurgiska metoder används för att avbryta en graviditet. Medicinsk abort används till slutet av vecka 12 och metoden anses vara både enkelt och mer riskfri (5). Vid en medicinsk metod avbryts graviditeten genom att kvinnan erhåller ett preparat som hämmar graviditeten och därefter framkallas sammandragningar i livmodern och utstötande av fostret sker. I vissa fall är aborten inte fullständig och måste kompletteras med operation vilket innebär en skrapning av kvarvarande rester från livmodern. Kirurgisk abort utförs under lokalbedövning eller narkos och innebär att livmodern töms med hjälp av vakuumaspiration (5).

Abortlagen i Sverige (1974:595) innebär att kvinnor till och med graviditetsvecka 18 har rätt till legal abort. Det krävs speciella skäl och en ansökan hos Socialstyrelsen om kvinnan önskar avbrytande av graviditeten efter graviditetsveckan 18. Stödsamtal till kvinnan ska erbjudas innan avbrytande av graviditeten utförs. Aborten ska genomföras på sjukhus eller en vårdinrättning som är godkänd av Socialstyrelsen samt utföras av legitimerad läkare (2). Barnmorskor distribuerar läkemedel, deltar i arbetet och vårdar kvinnor under abort (6).

Ett historiskt perspektiv

Genom historien har kvinnor alltid valt att avsluta en oönskad graviditet oavsett om det har inneburit livsfara eller varit olagligt (7). Frågan om abort ska vara laglig har diskuterats över världen utifrån två olika ståndpunkter. Det ena vilket är för abort vill ge kvinnan rätt att bestämma över sin kropp och den andra betraktar ett ägg efter befruktning som en fullvärdig människa med rätt till liv är därmed emot abort (7). Eduard (8) skriver att det har funnits fyra olika synsätt på abort i svensk historia; som en kriminell handling, som en medicinsk angeläget ifall kvinnan var svårt sjuk, en moralisk fråga om den oföddes rätt och en feministisk inställning med kvinnors rättigheter som utgångspunkt (8).

Genom historien har kyrkan i en del kristna länder haft störst makt att avgöra huruvida abort ska legaliseras eller kriminaliseras. Den förste kristna romerska kejsaren Konstantin som tillträdde år 305 e. Kr. förbjöd kvinnor att genomgå abort vilket fick till följd att inom de

flesta kristna samfund har avbrytande av graviditet betraktats som barnamord. Något som bestraffats genom konfiskation av kvinnans ägodelar eller att hon dömts till döden. En ogift kvinna som blev gravid tvingades därtill att göra offentlig avbön i kyrkan medan mannen som gjort kvinnan gravid aldrig straffades. För många ogifta kvinnor som blivit gravida har illegal abort eller självmord de enda alternativen (9).

På 1600-talet i Sverige infördes dödsstraff för kvinnor som genomgått abort och flera hundra kvinnor avrättades till följd av det. Under 1600- och 1700-talen utfördes många illegala aborter och många kvinnor dog till följd av osäkra abortmetoder (10). Under 1900-talet började kvinnors roll och rättigheter i samhället att förändras och stärkas. 1921 - samma år som kvinnor fick rösträtt, mildrades straffet för abort till fängelsestraff mellan två och sex år. (5). Synen på sexualitet omprövades under 1960-talet, främst i västvärlden. Det ledde till mer acceptans av sexuella relationer utanför äktenskapet då preventivmedel blev mer tillgängliga för kvinnor. Debattfrågan kring abort lyftes fram och en ny abortlag arbetades fram. Lagen om fri abort anstiftades i Sverige år 1974 vilken gav kvinnorna rätt att bestämma över sin egen kropp (11).

Abortlagstiftningen ser dock olika ut i länder i Europa. Polen och Irland har fortfarande restriktiva abortlagar. Det kan krävas att den gravida kvinnans liv hotas för att en abort ska få genomföras. Men på andra håll i Europa, i Malta, Andorra och San Marino, är abort fortfarande totalförbjudet (12).

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Enligt WHO's definition av reproduktiv och sexuell hälsa krävs en positiv syn på människors sexualitet och även förståelse för faktorer som formar människors sexuella beteende för att uppnå sexuell hälsa. Alla behöver förstå betydelsen av de positiva effekter som sexualiteten innebär i individens liv och arbeta hälsofrämjande för att uppnå bra sexuell hälsa (13).

Kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa liksom rättigheter, avser rätten till kunskap om sexualitet och reproduktion samt tillgång till preventivmedel (14). Målet är att barn ska födas önskade och att kvinnor skyddar sig mot oönskade graviditeter (15).

Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, och inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa är mer än bara ett medicinskt tillstånd (13). Det är även en fråga om jämlikhet och rättigheten att själv välja partner eller tidpunkt för en graviditet och jämlikhet mellan könen. Ingen skall diskrimineras för sin sexuella läggning. Sexuell hälsa bör innebära ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, liksom till möjligheten att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från förtryck, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska uppnås och bibehållas, måste människors sexuella rättigheter respekteras och skyddas (13).

Den sexuella hälsan är komplex och påverkas av såväl individuella, familjära, sociala, miljömässiga och politiska influenser (16). Möjligheten till trygg och säker sexualitet är grundläggande för individens upplevelse av hälsa och välbefinnande. Samhället måste värna om områden som sex- och samlevnadsundervisning, familjeplanering och mödrahälsovård. En trygg sexualitet, fri från fördomar, diskriminering, tvång och våld kan vara hälsofrämjande (17).

Enligt World Association innebär sexuella rättigheter bl.a. att göra fria och ansvarsfulla val vid reproduktion. Det innefattar rätten att välja eller välja bort att skaffa barn samt rätten att bestämma antal barn och intervallerna mellan dessa, dessutom full tillgång till fertilitetsreglering (18). Sexuell hälsa handlar om livskvalitet och personliga relationer, om rådgivning och hälsovård. Sexuella rättigheter innefattar rätten för alla människor att bestämma över sin egen kropp och sexualitet (14).

Samvetsfrihet

Samvetsfrihet enligt Kolars (19) inträder när en yrkesprofessionell person känner mycket förpliktelse att utföra viss handling A, men samtidigt åberopar att denna handling går ut över vederbörandes moraliska övertygelse om A allvarligt strider mot denna moral. Det vill säga att utövaren erkänner skyldigheten som auktoritativ och bindande men hävdar att dennes personliga övertygelse rättfärdigar att inte utföra handlingen, även om det skulle stå i strid mot instruktioner, regler eller lag (19).

Begreppet samvetsfrihet används både i FN:s universella deklaration om de mänskliga rättigheterna och i Europakonventionen. I FN:s deklaration artikel 18 står att envar har rätt till tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet. Samvetsfrihet används även i bland andra USAs och Tysklands grundlag, däremot inte i den svenska (20).

I den internationella konventionen om ”medborgerliga och politiska rättigheter” - artikel 18.1 - garanteras rätten till tanke-, samvets- och religionsfrihet, medan artikel 18.3 uttryckligen tillåter begränsningar av samvetsfriheten när så är nödvändigt för att skydda allmän säkerhet, ordning, hälsa, moral eller andra människors grundläggande rättigheter och friheter (1).

Barnmorskans kompetensområde

Höjeberg (23) skriver att en viktig del av barnmorskans arbete är att bidra till en positiv syn på sexualiteten. Målet är god reproduktiv och sexuell hälsa för hela befolkningen, det vill säga ett tryggt sexualliv, förmåga till fortplantning, frihet att planera sitt barnafödande samt god hälso- och sjukvård så att kvinnan kan genomgå sin graviditet och förlossning med minsta möjliga risk för både henne och barnet. Det handlar framför allt om att ur ett livscykelperspektiv främja sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa samt vårda vid ohälsa och sjukdom (21). Det är grundläggande för barnmorskan att alltid respektera personers eget val och stödja det egna ansvarstagandet för resultatet av det valet. I barnmorskans kompetensbeskrivning ingår både förebyggande och sjukvårdande åtgärder för att främja reproduktiv och sexuell hälsa (22). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) har vårdgivaren en skyldighet att ge vård baserad på respekt för allas lika värde och den enskilda människans värdighet (23).

Professionalitet

Holm (24) skriver att professionalism är det förhållningssätt som utgår från att upprätthålla en yrkesmässig skicklighet inför sina arbetsuppgifter. Professionalism innebär att den enskilde i utövandet av sin yrkesroll åsidosätter sina personliga preferenser och uppfattningar och respekterar att följa för uppgiften givna instruktioner, regler och lagar. Detta förhållningssätt

gäller gentemot såväl uppdragsgivare som medarbetare och tredje part (klient, kund, patient). Professionalismen kan innebära en viss begränsning av den enskilde utövarens samvete vilket motiverar handlingar som strider mot den egna övertygelse, men som inte lämnar utrymme för någon möjlighet till vägran att utföra uppgiften (24).

Holm (24) beskriver vidare att professionalism innebär delvis en förmåga hos vårdaren att hålla distans till patienten genom nödvändiga reflektioner för att kunna erbjuda den bästa vården. Detta utrymme av distans mellan vårdaren och patienten minskar risken för att vårdaren skall agera ut sina egna behov och minskar även risken för överidentifikation. Professionell hållning är en ständig strävan att i yrkesutövandet styras av det som främjar patienten, på kort och långsikt, av patientens berättigade behov - inte av de egna behoven, känslorna och impulserna (24).

I en yrkesprofession vägleds den vårdgivande personen under sin utbildning i vad som ingår i yrkesutövandet och vilka etiska regler som skyddar verksamheten (25). Professionalism har ansetts vara förmågan att sätta patientens intresse inför sig själv. Professionalitet definieras som en yrkeskompetens som bygger på praktisk erfarenhet och teoretiska studier inklusive en samling etiska regler, som är tänkta att vägleda vårdaren. Det är att veta sin egen roll och plats i ett maktförhållande samt självkänedom och mognad hos vårdaren (26).

Personcentrerad vård

Ekman, Norberg och Swedberg (27) skriver att personcentrerad vård har sin utgångspunkt i patientens berättelse, förutsättningar och hinder. Att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt förutsätter att se individen bakom sjukdom eller beteende. Patientberättelsen utgör i sin tur grunden för att uppnå en relation mellan patient och barnmorska. Denna relation eftersträvar en ömsesidig respekt där patienten betraktas som jämlik med hälso- och sjukvårdspersonalen. I praktiken innebär detta att patientens egna perspektiv och upplevelse av hälsa och ohälsa, ges samma utrymme som det professionella perspektivet (27).

Ekman et al. (28) skriver att i relationen mellan barnmorska och patienten, utvärderas olika alternativ gällande hantering och behandling med hänsyn till patienten, dennes värderingar och levnadssätt (28). Personcentrerad vård förutsätter att den yrkesprofessionella har en öppenhet och ett intresse att lyssna till individens egna perspektiv och förståelse av situationen. Vidare kan den vårdgivande personen genom sin professionella bedömning, samt identifiering av individens behov, bidra med kunskap till gagn för patienten (29).

TIDIGARE FORSKNING

Samvetsfrihet vid abort

Fiala och Arthur (30) skriver att samvetsfrihet definieras vanligvist som vårdpersonalens vägran att tillhandahålla en juridisk sjukvård eller behandling som de normalt skulle vara juridiskt ansvariga för. Detta baserat på vårdpersonalens invändning mot behandlingen av personliga eller religiösa skäl (30).

Chavkin, Swerdlow och Fifield (31) har genomfört en studie där man jämförde nationella lagar och policyer i flera länder (England, Italien, Norge och Portugal). Studien visade att, det fanns ett begränsat antal länder som reglerade praktiken för samvetsfrihet trots rapporteringar om samvetsfrihetens konsekvenser på kvinnors tillgång till abort (31). Chavkin et al. (31) skriver att det behövs en standardiserad definition av samvetsfrihet och en reglering i praktiken, där kriterier för att vara behörig för att kunna reservera sig mot abort behöver tas fram (31). En reservation mot abort enligt Chavkin et al. skulle innebära åtföljande skyldigheter, såsom information både till arbetsgivare och patienter. Den vårdgivande personen som reserverar sig mot abort, ska ha skyldighet att tillhandahålla akutvård när så krävs. I många länder, och särskilt i socioekonomisk utsatta områden riskerar kvinnor att drabbas av bristande tillgång till abortvård. Detta p.g.a. bristfällig information om hänvisning till rätt vårdgivare, otillräcklig kunskap om lagen och ett ökade stigma i samband med abort (31).

I en liknande studie som gjordes av Aksel, Kumar och Chavkin (32) utvaldes tjugotvå länder i sex kontinenter för en granskning, i vilka lagen om samvetsfrihet uttryckligen regleras i relation till abort och aborträtten gäller. Alla länder tillämpar även ett nationellt välfärdsystem. Studien visade att majoriteten av de granskade länderna anger behörighet och begränsningar för samvetsfrihet i lagen. Det innebär att den vårdgivande personen ska skaffa behörighet hos sin arbetsgivare för att ha rätt att reservera sig mot abort. I en minoritet av länderna är läkare med reservation mot abort skyldiga att hänvisa kvinnor till en klinik eller läkare som kan utföra abort och i vissa länder har man ett förbud mot samvetsfrihet i nödfall då kvinnans hälsa är i fara (32). Fiala et al. (33) skriver att det i några länders abortlagstiftning (främst i Skandinavien och Östeuropa) inte anges samvetsfrihet, vilket tolkats som att vårdgivaren saknar laglig rätt att reservera sig mot abort (33).

Minerva (34) skriver att lagen som reglerar abort i Italien ger vårdgivande personer möjlighet att reservera sig mot aktiviteter som är specifika och nödvändiga för inblandning i en abort på grund av samvetsfrihet. Samvetshänvisande italienska gynekologer uppgår till cirka 70 procent. Det innebär att endast ett fåtal läkare är tillgängliga för att utföra abort varför tillgången till abort är begränsad (34). Samvetsfrihet i Italien är främst utbredd bland gynekologer i Rom med omnejd. Endast 60 procent av de italienska sjukhusen erbjuder abortvård till kvinnor (35). Bo, Zottii och Charrier (36) skriver om väntetider för abort i Italien. Väntetider för abort var mer än 21 dagar i nio regioner i Italien och arbetsbelastningen var högre hos vårdgivaren p.g.a. tillämpning av samvetsfrihet (36). Giubilini (2016) skriver att samvetsfrihet har använts flitigt av läkare i Italien och Polen. Många läkare där har reserverat sig mot abort med hänvisning till samvetsfrihet och avböjer därför att hjälpa kvinnor på offentliga sjukhus. Detta medan de samtidigt utför abort på sina privata kliniker mot betalning (37).

Requejo (38) skriver att sedan år 2010, när en ny abortlag trädde i kraft i Spanien vilken tillåter fri abort upp till 14 veckor, har en debatt pågått om sjukvårdspersonalens rätt till samvetsfrihet. Lagen föreskriver att vårdpersonal som är direkt involverade i abort har rätt att utöva samvetsfrihet förutsatt att tillgången till offentlig service av abort och dess kvalitet inte undergrävs som en följd av sådan övning. Vägran att utföra abortkirurgi av samvetsgrunder

beskrivs genom lagen som ett individuellt beslut av vårdpersonal som är direkt involverad i abortens utförande, vilket måste uttryckas före abort och skriftligt. Sjukvårdspersonal måste ändå ge läkarvård och behandling till kvinnor som behöver det innan och efter det att aborten utförs. En ny bestämmelse gör gällande att det är ett brott att utföra abort utan att respektera de informationskrav som enligt lag fastställts. Dessa krav innefattar bland annat en skyldighet att tillhandahålla fullständig och specifik förhandsinformation om abortens konsekvenser för kvinnans kropp samt ”en tre dagars väntetid” som ska respekteras mellan det datum då den informationen ges till patienten och aborttiden och möjliga alternativ (38).

Fiala et al. (33) skrivet att i Sverige, Finland och Island tillåts inte läkare att utöva samvetsfrihet för abort på offentliga sjukhus. I Danmark och Norge har varje sjukhus skyldighet att erbjuda abortvård utan väntetider, även om enskilda läkare behåller rätten till samvetsfrihet. I Norge gäller samvetsfrihet men kommunerna har enligt lagen en skyldighet att hjälpa kvinnor med abort (39).

Enligt Harris, Halpern, Prata, Chavkin och Gerds (40) är samvetsfrihet i sig inte är ett problem. Det är istället den politiska, sociala och ekonomiska kontexten som leder till att den vårdgivande personen reserverar sig mot abort. Författarna lyfter vikten av ett systematiskt arbete på en strukturell nivå med långsiktiga sociala och institutionella förändringar för att exempelvis minska stigma om abort. Då kan länderna lyckas minska antalet vårdgivare som reserverar sig, samtidigt som den vårdgivande personens rätt till samvetsfrihet kan skyddas (40).

Giubilini (41) menar att det inte är principiellt möjligt att motivera vårdpersonalens rätt att avböja abortvård genom att göra en udda jämförelse med personalens rätt att avböja behandling med antibiotika. Enligt Giubilini är det i stort sett omöjligt att framställa kriterier som skulle kunna försvara en reservation mot abort likaså med exemplet antibiotika. Han menar vidare att alternativet kan vara att samvetsfrihet skulle tillämpas och att det skulle tillämpas i alla fall, dvs. oberoende av vad det är som vårdpersonal reserverar sig mot (41). Giubilini skriver vidare att reservationer från vårdpersonal ibland kan vara motiverat, men då endast i de fall när den bryter mot praxis som är mot principer och värderingar kopplade till

yrket. Till exempel som att ge medicinsk hjälp till dödsstraff eller invändning mot att flyktingar skickas tillbaka till flyktingläger när detta skulle kunna skada deras hälsa. Det som motiverar invändningarna i sådana fall är något av väsentligt värde eller princip som påverkar yrket, och inte värderingar eller principer som är relaterade till det formella medvetandet om samvete, så som moralisk integritet, värdighet eller samvetsfrihet (41).

Munthe (42) lyfter den svenska modellen att hantera samvetsfrihet som en välfungerande modell. Han menar att inom hälso- och sjukvården händer det att en anställd finner skäl att vägra vissa av de arbetsuppgifter som de instrueras att utföra och i vissa fall abort. Arbetsgivaren kan bevilja denne en omfördelning av arbetsuppgifter eller övergå till en annan del av organisationen där personens kompetens kan komma till god användning. Ibland kan det finnas skäl för arbetsgivaren att tillgodose arbetstagarens begäran utifrån sammanhanget och dess omständigheter (42). Vidare skriver Munthe att inom den svenska arbetsrätten är en grundläggande princip att arbetsgivaren har rätt att bestämma arbetets innehåll och organisation. Det finns emellertid ingen rätt för de anställda att få sina krav tillgodosedda även om det kan finnas rättsliga anspråk för att optimera kvaliteten och effektiviteten i de utförda tjänsterna. Den anställde som insisterar på att bli befriad från föreskrivna arbetsuppgifter kan åberopa tre alternativ: 1) acceptera påföljder (t.ex. nedsatt lön), 2) avskedas på grund av vägran att göra sin plikt eller 3) avgå innan någon av 1 eller 2 inträffar och söka alternativ anställning. Om en sökande till en anställning visar att denne kommer att insistera på att en sådan begäran uppfylls, är detta ett giltigt skäl för arbetsgivaren att inte anställa personen, eftersom denne inte bidrar till en effektiv service. Dessa villkor gäller lika oavsett grunden för begäran (42).

Enligt Lyus (43) har bioetiker som är övertygade om aborträtten misslyckats med att utveckla en diskurs som bygger samförstånd bland de läkare vars rättighet till samvetsfrihet man vill begränsa. Vad som kan vara mer givande, både när det gäller att ta itu med frågan om brist på tillgänglighet för abortvård och fördjupa vår förståelse för hur läkare använder etik i praktiken, är samarbete och tvärvetenskaplig empirisk forskning. Det innebär att man försöker förstå varför vissa läkare tillhandahåller abort och varför andra inte gör det. En del empiriska rapporter visar att det finns legitima problem och farhågor som läkarna står inför när de överväger aborter. Exempelvis att abort på vissa ställen är endast tillåtet om det finns missbildningar eller fara för kvinnans liv. Läkare kan vara oroliga för abortstigma eller att bli

utsatta för våld för anti-abort aktivister. De kan vara oroliga att bli straffad p.g.a. exempelvis en ny lagstiftning. Vad läkare kräver är dialog och stöd, snarare än disciplin och bestraffning (43).

Fleming, Frith, Luyben och Ramsayer (44) utförde en systematisk litteraturundersökning om vilka orsaker som hade rapporterats i argumentbaserad litteratur, för eller mot samvetsfrihet av sjuksköterskor eller barnmorskor verksamma inom abortvården. De skriver att de identifierade absolut inga argument antingen för eller mot samvetsfrihet av barnmorskor eller sjuksköterskor. Fleming et al. skriver vidare att barnmorskor och sjuksköterskor var osynliga i hela debatten om samvetsfrihet vilket visar på en klyfta mellan litteratur och praktiken eftersom dessa professioner förespråkas att handlägga aborter enligt WHO:s rekommendationer (44).

PROBLEMFORMULERING

Barnmorskor och läkare som utbildas inom vården har ett juridiskt ansvar att ge den vård patienten behöver. Varje abortsökande kvinna, som under vissa omständigheter kommit fram till beslutet att avsluta en oönskad graviditet, ska få mötas av en professionell vårdgivare som bemöter med respekt utan att belasta henne ännu mer. Samvetsfrihet är också en mänsklig rättighet som uttrycks i den internationella konventionen om ”medborgerliga och politiska rättigheter”. Frågan är var gränsen ska dras när två rättigheter står mot varandra? Det finns dock begränsat med studier om vad barnmorskor och läkare har för tankar, uppfattningar och erfarenheter om samvetsfrihet och hur vårdgivare ställer sig till samvetsfrihet i Sverige.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva barnmorskors och läkares uppfattningar, tankar och erfarenheter av samvetsfrihet inom den svenska abortvården.

METOD

Ansats

Då syftet med studien var att beskriva barnmorskors och läkares tankar, uppfattningar och erfarenheter av samvetsfrihet inom abortvården i Sverige valdes kvalitativ metod där resultatet har byggts på intervjuer och analyserats med kvalitativ innehållsanalys (45).

Metoden kvalitativ innehållsanalys används för att få veta mer om mänskliga företeelser som uppfattningar, erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar, motiv och attityder (45).

Innehållsanalys är en allmänt använd kvalitativ forskningsmetod. I stället för att vara en enda metod, visar nuvarande tillämpningar av innehållsanalys tre distinkta tillvägagångssätt.

Konventionell (induktiv) ansats innebär att texten tillåts ”tala fritt” och generera teman och kategorier som beskriver innehållet. Styrd (deduktiv) ansats innebär att texten tolkas utifrån ett på förhand bestämt (teoretiskt) kodningsschema. Summerande ansats innebär kartläggning av ordanvändning för att få en översikt över textens innehåll. Alla tre metoderna används för att tolka betydelsen av innehållet i textdata. Konventionell innehållsanalys används generellt med en studiedesign vars syfte är att beskriva ett fenomen. Denna typ av design är vanligtvis lämplig när befintlig teori eller forskningslitteratur om ett fenomen är begränsad. Om uppgifter samlas in via intervjuer, kommer öppna frågor att användas. Frågeställningen ska vara öppen för deltagarnas kommentarer snarare än att utgå från en existerande teori, exempelvis genom att ställa frågan "Kan du berätta mer om det?" (46). Forskare undviker att använda förutbestämda kategorier (47), istället tillåter kategorier och namn för kategorier att flöda från data (46).

Innehållsanalys som vetenskaplig metod används för att samla in och studera ett material. Forskaren kategoriserar och kodar empiriskt data för att synliggöra olika budskap. Det finns två olika ansatser inom innehållsanalysen, den kvantitativa och den kvalitativa. Historiskt har innehållsanalys använts mest för att analysera kvantitativt data. På senare år har innehållsanalysen använts mer inom kvalitativa studier. En kvalitativ ansats fokuserar på tolkningen av innehåll och budskap i det empiriska materialet (48).

I texter finns både ett manifest innehåll och ett latent innehåll. Det manifesta innehållet i en översiktsplan är den synliga texten, det "textnära" som forskaren strukturerar genom olika kategorier. Medan det latent innehåll till en början är det osynliga, det underliggande "dolda" budskapet. Det latent innehåll är det som sägs mellan raderna i empirin som istället struktureras genom teman utefter forskarens egna tolkningar (49).

Syftet är att beskriva informanternas upplevelse vanligtvis genom intervju. Intervjumetoden används för att sätta ord på en känsla, upplevelse eller tanke, " att åskådliggöra den" (50). Denna metod kräver att den som intervjuar kan läsa mellan raderna för att kunna se det underförstådda i berättelsen och ställa följdfrågor, för att komma på djupet, inte misstolka och för att kunna bekräfta det informanter anger (50). Kvalitativ metod handlar om att som forskare kunna se det som är dolt och verbalisera och sätta ord på den tänkta frågeställningen. Det ställs krav på forskaren att kunna hålla distans till forskningsmaterialet, till informanterna och till egna erfarenheter (51).

Urval och genomförandet av studien

Information om studien skickades via e-post till sex enhetschefer på gynekolog- och abortmottagningar (bilaga 1) inom Västra Götalands Regionen. Enhetscheferna godkände att personal skulle få intervjuas på deras enheter. Inklusionskriterier för studien var att informanten skulle vara barnmorska eller läkare verksam på mottagningar där man erbjuder abortvård. De skulle ha minst fyra års erfarenhet av abortvården och kunde tala svenska. Två enhetschefer angav att personalen inte kunde ställa upp på intervju på grund av tidsbrist och avsaknad av tillräcklig lång erfarenhet av abortvården för att ingå i studien. De enhetschefer som godkände att personalen fick vara informanter svarade därefter med en e-post med namn och e-postadress på personer som tackade ja till att delta i studien. En enhetschef svarade inte trots påminnelse på telefon. Deltagarna som bestod av sex barnmorskor och en läkare fick ett brev med inbjudan att delta i studien och information om densamma samt samtycke till deltagande (bilaga 2).

Informanterna var alla kvinnor och hade erfarenhet av att arbeta inom abortvården mellan sex och 18 år. Efter några dagar kontaktades informanterna per e-post eller telefon. Ett datum bestämdes för intervjun med personal som tackat ja till deltagandet. Informanterna informerades även muntligt om studien, dess syfte och fick tillfälle att ställa frågor om studien vid intervjun (52).

Datainsamling

Informanterna valde själva var intervjun skulle ske. Alla informanter förutom en önskade intervjuas i ett rum på deras arbetsplatser. En intervju genomfördes i en kolonistuga eftersom informanten föreslog det. Thomson beskriver detta som en viktig del i en intervju för att informanten ska känna sig trygg och kan uttrycka sina tankar, känslor och upplevelse utan några begränsningar (52). Intervjun inleddes med en öppen fråga: Vad har du för tankar, uppfattningar och erfarenheter av samvetsfrihet inom abortvården? Den öppna frågan gav informanterna möjlighet att med egna ord beskriva sina tankar, uppfattningar och erfarenheter. Informanten fick prata fritt om sin erfarenhet och följdfrågor ställdes för att förtydliga det som kommit fram i berättelsen och för att få en djupare beskrivning av uppfattningen. Intervjuerna tog cirka 45–60 min. Intervjun spelades in med hjälp av en bandspelare och transkriberades ord för ord.

Dataanalys

Analysen av data från intervjuerna genomfördes med kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Graneheim (53). Varje intervju lästes flera gånger för att lära känna texten och få en helhetsbild. Meningsbärande enheter bildades för att skapa struktur och att identifiera innehållet i texten. Dessa kortades ner till s.k. kondenserade meningsenheter. En etikett (kod) sattes på varje enhet. Koderna sorterades till grupper (underkategorier) utifrån ett gemensamt innehåll och de namngavs. Författaren strävade efter att få underkategorierna inklusiva och exklusiva dvs. de gjordes på ett sätt att varje meningsbärande enhet skulle bli placerad i

endast en underkategori. Vidare skulle underkategorier vara horisontella; dvs. en kategori skulle inte vara underkategori till en annan. Till slut formulerades hur de olika underkategorierna förhöll sig till varandra, och de med gemensamt innehåll slogs samman till huvudkategorier (53). De slutliga huvudkategorierna beskriver uppfattningar och erfarenheter av samvetsfrihet inom abortvården så som de framställs av informanterna i datamaterialet.

Nedan kommer ett exempel från varje huvudkategori om hur analysprocessen genomfördes:

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
#1 Om patienten blir gravid och inte vill bli förälder då ska jag som vårdpersonal se till att patienten får den hjälp den har rätt till och med samvetsfrihet finns det risk att vi kränker de rättigheterna.	Om patienten blir gravid och inte vill bli förälder ska jag som vårdpersonal ge patienten vård den har rätt till och med samvetsfrihet kan vi kränker de rättigheterna.	Samvetsfrihet inskränker kvinnans rätt att avsluta en oönskad graviditet	Inskränkning av kvinnors självbestämmande	Risk för negativa konsekvenser för abortsökande patienter
#3 Självklart har man rätt till sitt eget samvete och tycka och välja vad man själv vill men det säger inte att jag har rätt att slippa göra en arbetsuppgift i mitt arbete.	Självklart har man rätt till sitt eget samvete men det säger inte att jag har rätt att slippa göra en arbetsuppgift i mitt arbete.	Samvetsfrihet innebär att man får rätt att slippa göra vissa arbetsuppgifter i sitt arbete.	Negativ påverkan på arbetsklimatet	Risk för negativa konsekvenser inom abortvården
#4 Hon får berätta fritt och jag lägger inga	Jag lägger inga egna värderingar i vad hon	Vårdpersonalen ska vara opartisk	Att vara objektiv	Professionellt förhållningsätt i arbete med

egna värderingar i vad hon berättar. Jag försöker hålla mig opartiskt och neutral. Det är inte jag som bestämmer utan det är hon som ska ta det beslutet.	berättar. Jag försöker hålla mig opartiskt och neutral. Det är kvinnan som ska ta det beslutet.	och neutral till kvinnans beslut.		abortsökande kvinnor
---	---	-----------------------------------	--	----------------------

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studiens etiska överväganden har utgått från Vetenskapsrådets forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. För att skydda individen finns fyra allmänna huvudkrav; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (54). Enligt informationskravet har deltagarna fått muntlig och skriftlig information om studien och studiens syfte. De har även fått information om att deltagandet är frivilligt och att de när som helst skulle kunna avbryta deltagandet utan några förklaringar. Detta förklaras för var och en av informanterna i denna studie både muntligt och skriftligt.

Enligt Malterud är det viktigt att informera informanterna om att materialet kommer att behandlas med sekretess (45). Intervjumaterialet kommer därför inte redovisas eller hanteras så att informantens identitet kan röjas (50). ” Informerat samtycke”, inhämtas av deltagarna i studien enligt samtyckeskravet.

Allt material i studien har behandlats konfidentiellt. De bandinspelade intervjuerna förvaras inlåsta och avidentifieras i samband med transkriberingen. Informantens namn och den information som kan identifiera informanten har tagits bort. Materialet analyseras samlat så att enskilda inte kan identifieras. Ingen obehörig får tillgång till intervjumaterialet. Nyttjandekravet innebär att uppgifter som samlats in endast får användas för studien i vetenskapliga syften. Intervjumaterialet kommer att förstöras efter avslutat studien. Uppgifterna får inte användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller andra ickevetenskapliga syften.

RESULTAT

Analysen resulterade i tre huvudkategorier och elva underkategorier (se tabell 1) som presenteras nedan. Dessa styrks med citat från informanterna.

Tabell 1 Översikt över huvudkategorier och underkategorier

Huvudkategorier	Underkategorier
Risk för negativa konsekvenser för abortsökande patienter	<ul style="list-style-type: none"> - Inskränkning av kvinnors självbestämmande - Skuldbeläggande av abortsökande kvinnor - Risk för patientsäkerhet hos abortsökande kvinnor
Risk för negativa konsekvenser inom abortvården	<ul style="list-style-type: none"> - Problem att planera abortverksamheten - Negativ påverkan på arbetsklimatet
Professionellt förhållningsätt i arbetet med abortsökande kvinnor	<ul style="list-style-type: none"> - Att se hela kvinnan och hennes behov - Att vara objektiv - Att ha ett likvärdigt bemötande

Risk för negativa konsekvenser för abortsökande kvinnor

Denna kategori beskriver de konsekvenser en lag om samvetsfrihet kan få för abortsökande kvinnor enligt informanterna. En lag om samvetsfrihet skulle kunna inskränka kvinnans rätt att bestämma över sin kropp, graviditet och liv. De påpekade vidare att en sådan lag skulle försämra tillgängligheten inom abortvården och därmed inskränka kvinnors rätt till abort. Förekomsten av barnmorskor och läkare som hade reserverat sig till abort skulle bidra till förstärkande känsla av skam och skuld hos abortsökande kvinnor. Samvetsfrihet skulle dessutom riskera patientsäkerheten enligt informanterna.

”Inskränkning av kvinnors självbestämmande”, ”skuldbeläggande av abortsökande kvinnor”, ”risk för patientsäkerhet för abortsökande kvinnor” är tre underkategorier som ligger under ovannämnd kategori.

Inskränkning av kvinnors självbestämmande

Informanterna menade att en tillämpning av en lag om samvetsfrihet skulle riskera att den vårdgivande personen får säga nej till att ge patienten vård och behandling. Om vårdpersonalen säger nej till att ge vård, får inte kvinnan den behandlingen hon behöver. Då blir kvinnan tvungen att fortsätta graviditeten och föda ett barn hon inte vill ha eller kanske inte kan ta hand om. I praktiken skulle det innebära att vårdpersonalen kunde avgöra kvinnans öde genom att bestämma över hennes graviditet. Kvinnors möjlighet att själva välja när och hur de skulle bli föräldrar skulle då begränsas.

”Jag tänker att samvetsfriheten inskränker kvinnors rättigheter till att göra fria val, då går jag som vårdpersonal in och begränsar kvinnan i sitt val.” (intervju 1)

Informanterna beskrev att barnmorskor och läkare har en viktig roll för kvinnorna genom att stötta dem att själva kunna bestämma när i livet de ville bli gravida eller föda barn. Det var även viktigt att kvinnan skulle själv bestämma över sin livssituation utan yttre påtryckningar enligt informanterna. De ansåg att det var kvinnan som skulle leva med sitt beslut och den vårdgivande personens uppdrag var att ge kvinnorna den behandling de har rätt till.

Informanterna menade att kvinnor kunde utsättas för fysiska och psykiska påfrestningar om de inte fick möjligheten att bestämma själva över sin kropp, graviditet och framtid.

Samvetsfrihet inom abortvården i Sverige riskerade att inskränka aborträtten för kvinnor om flera i sjukvårdspersonalen skulle reservera sig mot abort. Informanterna menade att även om kvinnor har laglig rätt att göra abort så skulle abortsökande kvinnor inte få hjälp och det skulle innebära en inskränkning på aborträtten eftersom många i personalen inte ville handlägga aborter.

”Alla kvinnor har olika behov. Jag tycker att det är rätt att kvinnan får bestämma själv, hur hon vill ha det med sin kropp.” (intervju 2)

Skuldbeläggande av abortsökande kvinnor

Informanterna beskrev en känsla av skam och egen skuld hos vissa abortsökande kvinnor över att ta beslutet att avsluta en oönskad graviditet. Vissa abortsökande kvinnor ville gärna förklara för informanterna och motivera varför de sökte abort och det kändes som en svår uppgift för den vårdgivande personen att möta och lindra kvinnors tankar och känslor inför aborten. Vissa kvinnor kände att de hade misskött sig och upplevde en känsla av misslyckande, att inte kunna klara av att skydda sig. Informanterna beskrev vidare att vissa abortsökande kvinnor förväntade sig att bli illa behandlade eller utskällda när de sökte abort. Informanterna tyckte att det då var viktigt att som barnmorska och läkare vara stöttande och inte skapa mer skuld och lidande hos patienten.

”Många kvinnor ringer och tänker att nu kommer de att få känna mer skuld än vad de gjorde när hon lyfte luren. Att vi skulle bemöta henne på ett sätt där hon skulle känna sig mycket mer obekvämt. Många blir glatt överraskade över att de får ett bra bemötande.” (intervju 4)

Informanterna beskrev att ett möte mellan abortsökande kvinnor och läkare eller barnmorskor som hade reserverat sig mot abort skulle kunna skicka signaler till patientgruppen att de var sämre patienter än andra. Detta skulle kunna leda till att kvinnorna blev rädda för att få sämre vård. Informanterna trodde dessutom att känslan av skam och skuld skulle växa hos abortsökande kvinnor ifall samvetsfriheten tillämpades inom abortvården. En reservation mot abort skulle tolkas som ett aktivt val från den vårdgivande personens sida vilket skulle få kvinnorna att känna sig som sämre personer. Det skulle vara en tydlig signal till patienterna att det hon gjorde var fel enligt informanterna.

”De abortsökande kvinnor känner att det är skamligt, det känns som att man har gjort något fel. Om då kvinnan träffar en barnmorska som säger att hon inte vill hjälpa till med abort skulle det förstärka skuld-känslan och skammen.” (intervju 7)

Enligt informanterna skulle kvinnor känna sig osäkra om de vågade berätta vad de sökte för och även otrygga med vilket bemötande de riskerade att utsättas för, ifall de mötte en läkare eller barnmorska som inte var villig att hjälpa dem med abort. Det skulle även växa en oro och frustration hos kvinnorna över att inte kunna få hjälp snabbt. En känsla av otrygghet i kontakt med vården skulle växa hos abortsökande kvinnor eftersom de inte visste vilka som var villiga och vilka som inte kunde tänka sig att hjälpa dem i den situationen enligt informanterna.

”Kvinnor känner redan skuld inför abort. De känner att det jag gör är fel. De är rädda när de kommer hit. De är rädda för att vi inte ska ta hand om dem.” (intervju 3)

Risk för patientsäkerhet hos abortsökande kvinnor

Informanterna beskrev att en tillämpning av lagen om samvetsfrihet skulle resultera i att det blev brist på barnmorskor eller läkare som skulle tänka sig handlägga abort. Det skulle även leda till att abortsökande kvinnor blev tvungna att kontakta olika kliniker för att hitta en barnmorska, läkare som kunde tänka sig handlägga en abort och att det skulle vara svårt att få tid till den vårdgivaren. Informanterna menade att abortsökande patienter riskerade lång väntetid eftersom de behövde kontakta flera mottagningar för att få boka en tid för abort. En informant ger ett exempel på sådana konsekvenser från ett annat land.

”Om man fick välja så valde allt fler att inte handlägga aborter. I Tyskland blev det fler och fler som valde bort utföra abort eftersom de fick välja och då blev det bara få som gjorde det. Patienter fick vänta länge.” (intervju 5)

Patientsäkerheten kunde riskeras om en akut situation skulle uppstå för en kvinna under sin abort ifall man arbetade ihop i ett arbetspass med en kollega som hade reserverat sig mot abort beskrev informanterna. Kollegan som valde att inte utföra aborter, inte hade erfarenhet av att handlägga aborter eller kunde tänka sig att vårda kvinnor som genomgår abort skulle riskera patientsäkerheten enligt informanterna. Kvinnor som genomgick abort kunde då riskera sin hälsa eller sitt liv på grund av komplikationer och brist på hjälp i en akut situation. En informant har egen erfarenhet av en sådan situation från sjukvården i Sverige.

”Jag har jobbat själv i en situation i Sverige där en kollega inte ville hjälpa med abort. Det var inte patientsäker direkt att det var bara hon och jag på natten. Jag var orolig att det skulle hända patienten något och jag hade ingen att fråga eller få hjälp ifrån.” (intervju 6)

Samvetsfrihet inom abortvården kunde leda till fler sena eller olagliga aborter och större risk för komplikationer enligt informanterna. Frågan om abort riskerade att bli en fråga om ekonomi för kvinnorna eftersom det kunde innebära långa resor för att söka vård.

Informanterna menade vidare att abortsökande kvinnor riskerade att vända sig till icke medicinskt utbildade personer som uppgav att de kunde utföra abort till lägre kostnader.

”Det ökar risken för infektioner och komplikationer i samband med abort. Då kanske någon som inte är läkare får utföra detta. Om det blir fler och fler som väljer bort abort finns det risk att kvinnor gör olagliga aborter och riskerar sin hälsa och liv.” (intervju 5)

Risk för negativa konsekvenser inom abortvården

Denna kategori beskriver vad en tillämpning av lagen om samvetsfrihet riskerar att få för negativa konsekvenser för abortvården både för arbetsgivaren och anställda samt hur arbetsmiljön riskerar att påverkas negativt. ”Problem att planera abortverksamheten ” och ”negativ påverkan på arbetsklimatet ” är två underkategorier som ligger under ovannämnd kategori.

Problem att planera abortverksamheten

Informanterna beskrev svårigheter för arbetsgivaren att upprätthålla den vård man hade ansvar för om fler personal skulle välja att inte handlägga aborter. Informanterna var överens om att personalens samvete inte var ett arbetsgivaransvar och arbetsgivaren inte hade möjlighet att ha olika förhållningssätt till anställda så att några skulle kunna slippa utföra vissa arbetsuppgifter.

”Självklart har man rätt till sitt eget samvete och tycka och välja vad man själv vill men det är ingen rättighet att bli barnmorska eller läkare. Det säger inte att jag har rätt att slippa göra en arbetsuppgift i mitt arbete. Det innebär inte att arbetsgivare ska säga att du inte behöver göra det om du inte vill.” (intervju 3)

En tillämpning av samvetsfrihet skulle riskera leda till svårigheter för arbetsgivaren med schemaläggning av personal för att få ihop rätt team enligt informanterna. Det kunde ta mycket tid och energi för arbetsgivaren att sätta ihop personal med olika yrkeskompetens som kunde tänka sig utföra abort. I vissa fall hade det gått så långt så att ledningen på sjukhuset beslutade att upprätthålla ett avtal för nyanställda läkare där det tydligt framgick att de var skyldiga att handlägga aborter på sjukhuset. Informanterna beskrev vidare att arbetsplatser även kunde riskera att bli utpekade och personalen kunde utsättas för hot och mobbning om det skulle visa sig vara enda platsen där man utför abort. En informant beskrev hur på hennes tidigare arbetsplats i ett land där samvetsfrihet gällde enligt lag upplevdes problem med schemaläggning.

”Det var även narkosläkare som sa att de inte vill vara med under abort. Då blev det ganska svår schemafråga att man skulle få ihop rätt team som skulle tänka sig göra aborter.” (intervju 5)

Samvetsfrihet riskerade dessutom att leda till konflikter genom att skapa klyftor mellan vårdpersonalen på en arbetsplats. Personalen skulle kunna uppdelas i två grupper och det kunde bli svårt för arbetsgivaren att samla personalen kring samma mål ansåg informanterna.

”Man måste hjälpas åt och vara ett team och vi ska kunna jobba tillsammans, stötta varandra. Då skapar samvetsfrihet en klyfta på arbetsplatsen mellan individer med olika tankar och tyckande.” (intervju 6)

Informanterna ansåg däremot att det var arbetsgivarens ansvar om någon personal skulle önska avlastas på vissa arbetsuppgifter under en period på grund av privata skäl. De beskrev tillfällen i den vårdgivande personens liv då man kände att det var jobbigt att handlägga aborter av personliga orsaker. Tillfällen då individen själv kanske planerade en graviditet och råkade ut för ett missfall eller att man själv genomgick utredning för barnlöshet.

Arbetsgivaren skulle hitta en lösning för den enskilde barnmorska eller läkare som behövde avlastning för sina arbetsuppgifter då det kändes jobbigt att arbeta med abortsökande kvinnor.

”När man har gjort sin fjärde IVF då är det inte roligt att jobba på abortmottagningen. Då vill man bli omplacerad under viss period och då tycker jag att arbetsgivaren ska möjliggöra det.”
(intervju 1)

Negativ påverkan på arbetsklimatet

Informanterna beskrev att de inte kunde tänka sig arbeta med kollegor som inte ville utföra vissa arbetsuppgifter av samvetsskäl. I yrket som barnmorska och läkare ingick vissa uppgifter som exempelvis att handlägga aborter ansåg de. De hade vetskap om detta faktum när de utbildade sig och om de inte kunde tänka sig det skulle de inte valt barnmorskeyrket utan utbildat sig till något annat. De ansåg vidare att personer har rätt till sitt samvete men att de själva skulle ta ansvar och inte välja ett yrke eller arbetsplatser där detta kunde förekomma. Det finns ett val att inte arbeta på abortmottagningen. Informanterna tänkte att om någon ändå valde att utbilda sig till barnmorska, skulle de ändå välja en arbetsplats som passade. Informanterna ansåg att man inte kunde arbeta på en mottagning där aborter förekom och sedan begära att slippa hjälpa kvinnor med abort.

”Självklart har man rätt till sitt eget samvete och tycka och välja vad man själv vill men det säger inte att jag har rätt att slippa göra en arbetsuppgift i mitt arbete som barnmorska”.
(intervju 3)

Informanterna beskrev hur de kände att det kunde vara att arbeta med en kollega som inte ville handlägga aborter och att det kunde innebära överbelastning i arbetsuppgifter för andra. Då en kollega inte utförde vissa arbetsuppgifter blev de istället tvungen att utföra dem själv. Då gick det inte att dela på arbetsuppgifterna på ett rättvist sätt på en arbetsplats. De menade vidare att det inte var rimligt att på arbetsplatser tillåta att vissa anställdas tro och tyckande skulle lastas över på andra.

”Det är inte möjligt att ha kollegor som inte vill hjälpa kvinnor med abort på gynnningen. Jag skulle få mycket mer att göra och jag tycker att det är konstigt att det i vår legitimation står att det ingår i våra uppgifter och någon säger att den inte vill.” (intervju 7)

Informanterna beskrev även att den värdefulla samhörighet det innebär att arbeta tillsammans med sina kollegor i ett team, skulle kunna försvinna. Det kunde kännas anmärkningsvärt att ha utbildat sig till barnmorska eller läkare för att det var viktigt med kvinnors hälsa och sedan fanns det kollegor på arbetsplatsen som uttryckte att de inte ville hjälpa kvinnor med vissa delar som ingick i utbildningen. En informant beskrev då en period av sitt arbetsliv då hon jobbade på en gynekologmottagning ihop med en kollega som var djupt kristen. Kollegan hade uttalat att hon inte kunde tänka sig handlägga aborter. Informanten beskrev hur känslan av att vara ett team och arbeta mot samma mål för patientens bästa försvann när de jobbade samma arbetspass.

”Jag tycker att man jobbar ihop som ett team. Den känslan försvann för att vi inte jobbade tillsammans. Jag kände mig ensam.” (Intervju 6)

Informanterna beskrev vidare att de som den enda läkaren eller barnmorskan som vårdade kvinnor för abort skulle kunna känna sig utpekade och trivas mindre med sina arbetsuppgifter och sitt arbete. De som hade reserverat sig kunde få mer omväxlande arbetsutgifter och jobba med olika saker inom yrket samtidigt som de som ställde upp för att vårda kvinnor för abort själva skulle bara jobba med abort.

”Jag skulle bli utpekad om alla patienter som vill göra abort skulle bara komma till mig. Jag skulle också tänka att det är väldigt orättvist för mig för då får jag bara göra abort. Jag vill hjälpa kvinnor med abort men jag tycker inte om att göra det ofta.” (intervju 5)

Informanterna beskrev en känsla av att vara utsatt i sin roll som barnmorska om de arbetade med en kollega som inte kunde tänka sig att handlägga aborter och de behövde hjälp. Då

kunde de riskera att göra fel eftersom de inte hade någon kollega att vända sig till. De ansåg att det kändes tryggt att arbeta med mer erfarna barnmorskor som kunde handleda och stötta ifall en akut situation skulle inträffa. Om de jobbade ihop med en kollega som inte kunde tänka sig handlägga aborter, hade de inte någon att vända sig till beskrev informanterna. En informant beskrev situationer då hon behövde fråga och be en kollega om hjälp i handläggning av abort men eftersom kollegan inte hjälpte kvinnor med abort hade kollegan även bristande kunskap om hur man handlägger en akut situation som kunde uppstå i samband med en abort.

”Eftersom hon inte jobbade med den patientgruppen så hade hon inte heller kunskap om gruppen. Det var bara hon och jag på natten. Jag var orolig att det skulle hända patienten något och jag hade ingen att fråga eller få hjälp ifrån.” (intervju 6)

Professionellt förhållningsätt i arbetet med abortsökande kvinnor

Denna kategori beskriver ett professionellt förhållningssätt i arbete med abortsökande kvinnor som enligt informanterna var något grundläggande inom vården. Ett förhållningssätt till sitt arbete, yrke och patienterna som all vårdpersonal skulle sträva efter enligt informanterna. Ett professionellt förhållningssätt beskrevs som att vara professionell i sin yrkesroll och att i sitt yrke utföra alla arbetsuppgifter som ingick i rollen som barnmorska eller läkare. Den vårdgivande personen valde inte bort vissa specifika uppgifter. Informanterna ansåg vidare att barnmorskor och läkare i sin yrkesroll ska arbeta enligt vetenskap och beprövade erfarenhet och med alla delar som berör kvinnans hälsa i olika skeden av livet. ”Att se hela kvinnan och hennes behov”, ”att vara objektiv”, ”att ha likvärdigt bemötande” är tre underkategorier som ligger under ovannämnd kategori.

Att se hela kvinnan och hennes behov

Informanterna beskrev att det som professionell vårdpersonal var viktigt att se kvinnan i sin livssituation, försöka förstå hennes livssituation, respektera hennes beslut och hjälpa henne

med det hon behöver. Enligt informanterna skulle kvinnor känna sig sedda och bli lyssnade på och inte behöva uppleva ännu mer negativa känslor i mötet med vårdpersonalen. Det var även viktigt att kvinnan fick en bra upplevelse vid besöket hos barnmorska eller läkare och känna sig respekterad för det beslutet hon kommit fram till.

”Professionalitet är när man försöker hjälpa kvinnan utifrån hennes behov och vad hon behöver ha hjälp med och respektera hennes beslut. Man ställer upp med vad patienten behöver, pratar och informera kvinnan om alternativ så att hon kan fatta rätt beslut.” (intervju 2)

Att vara objektiv

Ett professionellt förhållningssätt var enligt informanterna att inte lägga egna värderingar i sitt arbete med kvinnor utan att istället förhålla sig neutralt och opartiskt till hennes beslut. Vad man tyckte, kände, hade för åsikter som privatperson skulle inte präglade ens arbete enligt informanterna. Informanterna ansåg att de inte skulle uttrycka sina egna privata åsikter inför patienten och att de egna värderingarna inte skulle påverka patienten, hennes vård eller beslut.

”Hon får berätta fritt och jag lägger inga egna värderingar i vad hon berättar. Jag försöker hålla mig opartisk och neutral. Det är inte jag som bestämmer utan det är hon som ska ta det beslutet.” (intervju 4)

Objektiviteten betydde även att ha rätt inställning till kvinnan, abort och sitt arbete, enligt informanterna. Informanterna ansåg att man skulle ta avstånd från egna känslor och förstå att det inte var vårdtagaren själv som gjorde abort och att man därför inte skulle vara fördömande mot kvinnorna. Vad personen hade för politisk eller religiös övertygelse var inte relevant i ens professionella arbete enligt informanterna. I sitt privatliv kunde de tycka, känna och välja och göra vad de önskade men på arbetsplatsen ska de förhålla sig till sina arbetsuppgifter, ansåg informanterna.

”Jag måste ha klart för mig att det inte är jag som gör abort. det är inte min kropp. Det är inte mitt beslut. Jag tar distans från mina känslor och mina värderingar. Jag tänker att det här är en kvinna som har laglig rätt till att välja abort inom gränser. Jag har ingen rätt att lägga egna värderingar, åsikter i det. Jag måste kunna selektera dessa känslor och lägga det åt sidan. Jag måste vara professionell på min arbetsplats.” (intervju 7)

Att ha ett likvärdigt bemötande

Oavsett vad den vårdgivande personen tyckte privat skulle de som professionella erbjuda likvärdig vård till patienter enligt informanterna. Det spelade ingen roll vad det var för patient och varför de som behövde hjälp var i den situationen, patienten skulle få den vård hon hade rätt till, ansåg informanterna. Ett professionellt förhållningssätt var att ta hand om alla patienter på ett likvärdigt sätt. Det betydde att de inte missgynnade någon eller en grupp patienter. Informanterna ansåg vidare att som sjukvårdspersonal skulle de inte tänka på vem personen var i fråga som behövde hjälp, utan de skulle ge patienten den vård patienten behövde oavsett.

”Vi jobbar ju i vården och vi är där för patienten. Sen måste jag få lov att tycka saker som privatperson men mitt tyckande och min personliga åsikt ska inte gå över patienter. Jag måste vårda narkomaner, missbrukare, mördare. Jag får inte säga nej till någon utifrån det. Varför ska jag få säga nej till abort utifrån min religion och samvete.” (intervju 1)

Vidare beskrev informanterna att som professionell sjukvårdspersonal skulle de hålla sig till lagen, PM och riktlinjer. De ska fatta objektiva beslut utifrån kunskapsläget, gällande medicinska riktlinjer och lagstiftningen enligt informanterna.

”Ett professionellt förhållningssätt är ett lagligt förhållningssätt och ett empatiskt. Jag försöker att förhålla mig till medicinska riktlinjer och lagstiftningen. Kvinnor har aborträtt så jag tycker att det oprofessionellt att neka kvinnor abort.” (intervju 5)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden kvalitativ innehållsanalys användes för att beskriva vad barnmorskor och läkare i Sverige hade för tankar, uppfattningar och erfarenheter av samvetsfrihet inom abortvården (45). Studien inleddes med intervjuer som insamlingsmetod och materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats där texten ”skulle tala fritt” (46). Detta val var mest lämpligt med tanke på syftet, begränsade studier inom ämnet och då studien vill få fördjupad kunskap inom ett ämne (46). Intervjuer utgick från en öppen fråga om vad informanten hade för tankar, uppfattningar och erfarenheter av samvetsfrihet. Detta för att informanterna ska kunna sätta ord på sina känslor, upplevelser eller erfarenheter i syftet att ”att åskådliggöra den” (48). I studien ställs följdfrågor för att kunna se det underförstådda i berättelsen, komma på djupet, inte misstolka och för att kunna bekräfta det informanter anger. Med hjälp av frågor som ”kan du berätta mer?” och ”kan du utveckla det?” fick informanterna möjlighet att utveckla sina tankar och erfarenheter (47). Denna studie ställde stort krav på författaren för att vara medveten om sin förförståelse för ämnet och hålla distans till intervjumaterialet samt informanterna. Författaren har försökt att undvika övertolkningar genom att läsa intervjumaterialet i flera omgångar och utgå från vad informanterna berättat i intervjun och välja ut citat som just stryker resultaten (49).Handledare har tagit del av resultatet. Olika kategorier och underkategorier diskuterades och ändrades i omgångar för att ingen underkategori skulle kunna sammanhöra till annan. Genom att låta handledare inom samma disciplin ta del av materialet och analysarbetet, kan man stärka studiens överförbarhet och trovärdighet (53).

Såväl barnmorskor som läkare hade lång erfarenhet av att arbeta med abortsökande kvinnor och handlägga aborter. Detta gav goda förutsättningar att kunna resonera djupt inom det valda

ämnet. Läsaren och granskaren av studien skulle kunna kritisera den för att det i resultatet endast framgår negativa konsekvenser av samvetsfrihet. Men det är viktigt att påminna om att studien handlar om tankar, uppfattningar och erfarenheter hos de personer författaren intervjuade.

I en kvalitativ studie är begrepp som överförbarhet, trovärdighet och urval centrala begrepp och validiteten påverkas av innehållet och urvalet eftersom innehållet baseras på urvalet (53). Några av informanterna hade egna erfarenheter av att arbeta med kollegor som hade reserverat sig mot abort trots att lagen inte gäller i Sverige. Båda barnmorskor och läkare diskuterade frågorna utifrån påverkan på abortsökande kvinnor, arbetsklimatet och ett professionellt förhållningssätt. Författaren redovisar analysarbetet från material till underkategorier och huvudkategorier genom en tabell. Ett transparent förhållningssätt till materialet och under analysarbetet bidrar till trovärdigheten i en kvalitativ studie (53).

För att få en rättvis helhetsbild om vad barnmorskor och läkare tänkte kring samvetsfrihet, var en kvalitativ metod med djupa individuella intervjuer att föredra eftersom ämnet om religion och tro kan vara känsliga att diskutera i andra former. Möjligheten att intervjua personer som själva reserverat sig mot abort, var begränsad eftersom samvetsfrihet inte gäller i Sverige och läkare inte får neka abort enligt lag.

I studien utgick intervjuerna från en öppen fråga; ” Vad tänker du om samvetsfrihet inom abortvården?” Studien visade att frågan och följdfrågorna till stora delar var relevanta för syftet med studien och bidrog till innehållsrikt data. Innan studien genomfördes fanns det en farhåga med att informanterna inte riktigt skulle våga berätta om vad de har för tankar eller erfarenheter av samvetsfrihet eftersom lagen inte gäller i Sverige men respondenterna som

deltog i studien upplevdes vara öppna med att berätta om sina tankar, uppfattningar och erfarenheter av samvetsfrihet och de var noga med att hålla sig till ämnet.

Resultatdiskussion

Lagen om samvetsfrihet diskuteras flitigt i Sverige men kunskapen om vad barnmorskor och sjuksköterskor har för uppfattningar om samvetsfrihet visade sig vara mycket begränsad (44). Resultatet från föreliggande studie visar att trots att lagen om samvetsfrihet inte gäller i Sverige kunde informanterna beskriva erfarenheter av att arbeta med kollegor som underförstått hade reserverat sig mot abort på sina arbetsplatser i Sverige vilket informanterna beskrev som negativ i relation till abortsökande kvinnor och vården. En informant som ingick i studien hade egna erfarenheter av kollegor som inofficiellt reserverat sig mot abort. De kunde berätta hur detta påverkat deras arbetsklimat.

Resultatet i den här studien visar att barnmorskor och läkare i Sverige ansåg att en tillämpning av lagen om samvetsfrihet på flera sätt skulle ha negativa konsekvenser. De negativa konsekvenserna kunde uppkomma för de abortsökande kvinnorna, för abortvården men även påverka det professionella förhållningssättet. Ingen av intervjupersonerna var direkt emot samvetsfrihet som en rättighet. Alla tyckte att varje individ ska ha rätt till eget samvete och handla därefter. Det de ansåg var att det däremot var oacceptabelt att arbeta på abortmottagningen och med kvinnohälsan när man inte kunde tänka sig att handlägga aborter eftersom säkra aborter räddade liv. Med samvetsfrihet skulle kvinnor som söker vård för abort känna sig skuldbelagda, osäkra, otrygga och mer utsatta. En sådan lag skulle även inskränka kvinnors rätt att bestämma själva. I en studie från 2015 i USA lyftes fram barnmorskans roll att erbjuda så mycket kunskapsbaserad information som möjligt för att säkerställa kvinnans informerade samtycke om de potentiella konsekvenserna, så att patienten kan ta ett informerat beslut utifrån sin situation. I slutändan var det kvinnan som bestämde - inte den vårdgivande

personen. Barnmorskan skulle med respekt för patientens självständighet stödja kvinnor i enlighet med professionen (54). Studien föreslog även att använda begreppet ”oärlig vårdvägran” istället för ”samvetsfrihet” eftersom detta handlade om vägran att tillhandahålla kvinnor vård, som stod i konflikt med den personliga moraliska övertygelsen. Studien föreslog vidare att barnmorskor och läkare som tillkallar samvetsskäl skulle lämna sina reservationer skriftligt till sin arbetsgivare innan sin anställning och betonade vikten av att vården inte fick baseras på personliga preferenser, fördomar, bekvämlighet eller godtycklighet (54).

I resultatet under huvudkategorin ”risk för negativa konsekvenser för abortsökande kvinnor” framkom att en tillämpning av samvetsfrihet skulle riskera patientsäkerheten hos abortsökande kvinnor. Abortsökande kvinnor kunde drabbas av komplikationer i samband med graviditet och alltför sena eller osäkra aborter. Detta som en naturligt följd av sämre tillgänglighet för abortsökande kvinnor om många vårdgivare reserverade sig mot abort. I ett flertal tidigare studier i andra länder där lagen om samvetsfrihet gäller, har sämre tillgång till abortvård beskrivits. Detta äventyrades genom bristande resurser för hälsovård, bristande hälsoinformation, otillräcklig förståelse av lagen och ett stigma i samband med abort enligt tidigare studier (31, 34, 38, 39, 43, 45).

Under huvudkategorin ”professionellt förhållningssätt i arbete med abortsökande kvinnor” lyftes vikten av att ha ett likvärdigt bemötande genom att följa PM och medicinska riktlinjer för olika professioner inom abortvården. Detta för att kunna erbjuda en likvärdig och säker vård till kvinnorna. I en studie från 2015 gjord i USA uppmärksammades ett omdebatterat patientfall från 2013 då drev American Civil Liberties Union en rättegång på uppdrag av en mor till tre barn från Muskegon, Michigan mot det katolska sjukhuset som var det enda sjukhuset i Muskegon. Kvinnan sökte vård i graviditetsvecka arton på grund av vattenavgång, men personalen kunde inte ge henne råd om graviditeten p.g.a. abortrestriktioner på sjukhuset. Kvinnan skickades hem flera gånger varvid hon till slut sökte akut vård på grund av blödning

och sammandragningar. Därefter föddes fostret vilket strax efter födseln dog. I samma studie belystes även vikten av att varje vårdpersonal skulle följa riktlinjer som gällde utifrån medicinsk praxis och vara fri från religiösa påtryckningar ifall man inte ville riskera kvinnors deras hälsa och liv (55).

Under huvudkategorin ”negativa konsekvenser inom abortvården” framkom risker för negativ påverkan på arbetsklimatet då barnmorskor och läkare beskrev farhågor med en ohållbar arbetssituation då vårdpersonal vilka uppgav att de kunde tänka sig handlägga aborter, skulle kunna få en överbelastad arbetssituation. Detta skulle kunna leda till att fler skulle vilja reservera sig. Inte för att det motsatte deras samvete utan bara för att slippa vara de enda som handlägger aborter. De kunde känna sig utpekade och utsatta och riskerade även få mindre omväxlande och stimulerande arbetsuppgifter. En studie gjord i Italien visade också att läkare och vårdpersonal kände sig överbelastade när många kollegor hade reserverat sig mot abort (36, 37).

Under huvudkategorin ”risk för negativa konsekvenser för abortsökande kvinnor” framkom vidare att samvetsfrihet används inofficiellt av läkare även inom svensk sjukvård. Om fler vårdgivare skulle reservera sig mot abort skulle det riskera att få konsekvenser för kvinnors hälsa och liv till följd av sena och olagliga osäkra aborter. I en studie från 2013 som jämförde lagen om samvetsfrihet bland olika länder i Latinamerika påpekades att lagen om samvetsfrihet gav läkare en legitim rätt att avvisa en medicinsk praktik som kränkte den egna moraliska principer. Tillämpningen av den principen användes i många av dessa länder som motivering för att neka säker abortvård till kvinnor, som hade laglig rätt att få tillgång till säker avslutning av en oönskad graviditet. Studien uppmärksammade att samvetsfrihet ofta missbrukades av läkare för deras rädsla att uppleva diskriminering och social stigmatisering ifall de utförde aborter (56).

Under huvudkategorin ”risk för negativa konsekvenser inom abortvården” framkom risker för planering av abortverksamheten och vikten av vårdpersonalens eget ansvar. Resultatet visade att informanterna var eniga om att de vårdgivare som inte kunde tänka sig handlägga aborter hade ett eget ansvar och skulle därför inte välja ett vårdområde där de kan komma i kontakt med abortsökande kvinnor. En studie från 2014 gjord i Storbritannien påpekades att personer som planerade att komma in i hälsovården kunde minimera risken att hamna i situationer som hotade deras moraliska integritet, genom att välja specialtområden där de inte konfronteras med sådant som strider mot deras moraliska övertygelse (57).

Under huvudkategorin ”professionellt förhållningssätt till abortsökande kvinnor” framgick att samvetsfrihet är oförenligt med ett professionellt förhållningssätt inom abortvården. Barnmorskans och läkarens professionalitet kunde ifrågasättas ifall den personliga och religiösa övertygelsen och val skulle ställas före patientens val och behov. En studie från 2009 i USA konstaterade att den medicinska disciplinen borde präglas av professionalism som kräver mindre av egenintresse. Samvetet var enligt studien en börda som tillhörde den enskilde vårdpersonalen och patienterna borde inte behöva axla den. Studien påpekade vidare att patienter behövde information, hänvisningar och behandling baserade på evidens och inte slumpmässigt beroende på den enskilde vårdarens moral. Enligt studien var patienterna i beroendeställning till vårdpersonalens kompetens. De förväntade sig att dessa yrkesprofessioner var neutrala. Läkare borde stödja en etik som tillåter alla rättsliga alternativ, även det som de själva inte skulle välja påpekade studien. Även om lagar kunde skapa utrymme för samvetsfrihet borde vårdgivare avvisa samvetsskäl när patienternas behov så kräver (58).

SLUTSATSER

Samvetsfrihet inom vården har diskuterats flitigt. Dock har det saknats studier om vad svenska barnmorskor och läkare hade för tankar och erfarenheter av samvetsfrihet.

Enligt resultatet för denna studie skulle en tillämpning av lagen om samvetsfrihet riskera att leda till negativa konsekvenser för abortsökande kvinnor och för abortvården och det professionella förhållningssättet. Abortsökande kvinnor riskerar då att möta barnmorskor som inte vill vårda dem för abort vilket skulle kunna resultera i att dessa kvinnor kan känna sig marginaliserade och utsatta. Det riskerade också sända signaler om att det de gjorde var fel och därmed få dem att känna mer skuld och skam. De barnmorskor och läkare som ställde upp för att vårda abortsökande kvinnor riskerade samtidigt att få större arbetsbelastning samt att bli utpekade. Om fler vårdpersonal reserverade sig mot abort kunde det skapa svårigheter i schemalagningen samt ökad arbetsbelastning för dem som utförde abort. Det skulle även riskera att begränsa tillgängligheten till abortvården.

En tillämpning av samvetsfrihet riskerade även påverka abortvården negativt enligt studien. Vårdgivaren riskerade att få problem med schemalagning och planering av abortverksamheten och arbetsklimatet riskerade påverkas negativt. Barnmorskor och läkare som ställde upp att vårda kvinnor för abort riskerade att få en överbelastad arbetssituation samt mindre omväxlande arbetsuppgifter. De riskerade även att bli utpekade och utsatta som de enda som vårdar kvinnor för abort.

Det professionella förhållningssättet hos den vårdgivande personen som vägrar vårda kvinnor för abort riskerade bli ifrågasatt enligt studien. Detta eftersom förhållningssättet förutsätter att vårdaren kan lägga sina egna preferenser och förutfattade meningar åt sidan och ge patienten den vård som vederbörande har rätt till enligt forskning, beprövade erfarenheter och de riktlinjer som är rådande inom vården.

REFERENSER

1. International Covenant on Civil and Political Rights, G.A. Res. (1966). 2200A (XXI).
2. Sveriges Riksdag. Abortlag (1974:595), hämtad 25 feb, 2019, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595_sfs-1974-595.
3. Dunér, A. & Bischofberger, E. & Gustafson, S. (2009). Den svårlösta konflikten – om den ofödda människan. Lund: Veritas förlag.
4. Lindskog, B. I. (1997). Medicinsk terminologi. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag.
5. Janson, P. & Landgren. B-M. (2010). Gynekologi. Lund: Studentlitteratur.
6. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (2017). Hämtad den 16 juni, 2019 från <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/arbetsuppgifter/vem-far-utfora-abort>
7. Munthe. (1992). Livets slut i livets början. Stockholm: Thales.
8. Eduards. (2007). Kroppspolitik. Om moder Svea och andra kvinnor. Stockholm: Atlas Akademi.
9. Davidsson, B & Forsling, C. (1982). Abort förr och nu. En bok om aborträtten. Bokförlaget röda rummet.
10. Kaplan, A. & Hogg, B. & Hildingsson, I. & Lundgren, I. (2009). Lärobok för barnmorskor. Lund: Studentlitteratur.

- 11.** Odland, V. & Bygdeman, M. & Milsom, I. (2008). *Familjeplanering – Preventivmetoder, aborter och rådgivning*. Lund: Studentlitteratur.
- 12.** *Aborträtten runt om i Världen* (2018). Hämtad den 16 juni 2019 från <https://sites.jmk.su.se/laget/953-abortratten-runt-om-i-varlden>
- 13.** WHO (2014). *Sexual and reproductive health*. Hämtat den 23 feb, 2019, från http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/index.html.
- 14.** Regeringskansliet (2005). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Hämtad 3 mars, 2019, från <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2006/02/sveriges-internationella-politik-for-sexuell-och-reproduktiv-halsa>.
- 15.** SMER (2008). *Etik - en introduktion* (Tredje upplagen ed.). Stockholm: Statens medicinsk-etiska råd.
- 16.** Burtney, E. & Duffy, M. (red.) (2004). *Young people and sexual health – individual, social and policy contexts*. New York: Palgrave Macmillian.
- 17.** Statens folkhälsoinstitut 2005:19. *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- 18.** World Association of Sexual Health (WAS) (1999). *Declaration of sexual rights*. Hämtad 25 feb, 2019, från http://www.worldsexology.org/about_sexualrights.asp

- 19.** Kolers, A. (2014). AM I MY PROFESSION'S KEEPER?: Bioethics. 28(1), 1-7.
- 20.** Danelius, H. (1993). Mänskliga rättigheter. (5:1. uppl.) Stockholm: Norstedts Juridik.
- 21.** Höjeberg (Red.) Mödrahälsovård. Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I & Lundgren I. (2001). Lärobok för barnmorskor. I:P. Lund: Studentlitteratur.
- 22.** Barnmorskeförbundet. (2018). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Hämtad den 5 mars, 2019, från <https://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/ny-kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-2/>
- 23.** Sveriges Riksdag. Hälso- och sjukvårdslagen. (1982 :763§2). Hämtad den 23 feb, 2019, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
- 24.** Holm, Ulla (1995). Det räcker inte att vara snäll. Stockholm: Natur och Kultur
- 25.** Yarmolinsky A. (1997). Professionalism vs commercialism in managed care: the need for a national council on medical care. The journal of the American Medical Association. 278(1), 21–22.
- 26.** Johnsson, Lisbeth/Lindgren, Hans (1999). Yrkesroll och professionalitet. Ur: Bernler, Gunnar (red) (1999) Psykosocialt arbete: idéer och metoder. Stockholm: Natur och Kultur

- 27.** Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso-och sjukvård. I A. Ekman (Red.), Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik (s. 69–96). Stockholm: Liber.
- 28.** Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Clinical Nutrition* , 10(4), 248–251.
- 29.** Svensk sjuksköterskeförening (2016). Personcentrerad vård. Hämtad 1 mars 2019 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf
- 30.** Fiala C, Arthur JH. (2017). There is no defence for 'Conscientious objection' in reproductive health care. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* Sep, 216, 254-258.
- 31.** Chavkin W., Swerdlow L., Fifield J. (2017) Regulation of Conscientious Objection to Abortion: An International Comparative Multiple-Case Study. (Special Section: Abortion and Human Rights) *HHR J*, 19(1), 55-68.
- 32.** Aksel S., Kumar B., Chavkin W. (2015). A multinational review of efforts to regulate conscience-based objection to abortion. *Contraception.* 92(4), 402-402. (1p)

- 33.** Fiala C., Danielsson K. G., Keikinheimo O., et al. (2016). Yes we can! Successful examples of disallowing ‘conscientious objection’ in reproductive health care, *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 21(3), 201-206
- 34.** Minerva, F. (2015). Conscientious objection in Italy. BMJ Publishing Group Ltd and Institute of Medical Ethics. *Journal of Medical Ethics*, 41(2), p.170.
- 35.** Italian Ministry of Health, *Relazione Ministro Salute attuazione Legge 194/78 tutela sociale maternita e interruzione volontaria di gravidanza*. (2015).
- 36.** Bo M, Zotti CM, Charrier L. (2015). Conscientious objection and waiting time for voluntary abortion in Italy. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 20(4), 272-82.
- 37.** A. Giubilini (2016). Conscientious objection and medical tribunals. *J Med Ethics.*, 42(2), 78-9.
- 38.** Requejo, María Teresa (2011). The New Regulation of Abortion in Spain. *European Journal of Health Law*, 18(4), 397-412.
- 39.** Fiala C., Arthur J.H. (2014). Dishonourable disobedience –Why refusal to treat in reproductive health care is not conscientious objection
Woman – *Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics*, 1,12-23.

- 40.** Harris L.F., Halpern J., Prata N., Chavkin W., Gerds C. (2018). Conscientious objection to abortion provision: why context matters. *Global Public Health*. 13(5), 556-566.
- 41.** Giubilini, A. (2017) Objection to Conscience: An Argument Against Conscience Exemptions in Healthcare. *Bioethics*, 31(5), 400-408.
- 42.** Munthe, C. (2017). Conscientious refusal in healthcare: the Swedish solution. *Journal of Medical Ethics*; London, 43(4), 257. DOI:10.1136/medethics-2016-103752.
- 43.** Lyus, R. J. (2017). Response to: 'Why medical professionals have no moral claim to conscientious objection accommodation in liberal democracies' by Schuklenk and Smalling. *Journal of Medical Ethics*; London, 43(4), 250. DOI:10.1136/medethics-2015-103643.
- 44.** Fleming V, Frith L., Luyben A. and Ramsayer B. (2018). Conscientious objection to participation in abortion by midwives and nurses: A systematic review of reasons *BMC Medical Ethics* 19(1). doi: 10.1186/s12910-018-0268-3
- 45.** Malterud, K. (1998). *Validitet. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- 46.** Hsieh, Hsiu-Fang, Shannon, Sarah E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- 47.** Kondracki, N.L. & Wellman, N.S. (2002). Contentanalysis: Review of methods and their applications in nutrition education. *JNEB*. 34, 224-230.

- 48.** Kvale, S. (1997). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.
- 49.** Cohen, L. Manion, L. & Morrison, K. (2000). Research methods in education. New York: Routledge Palmer.
- 50.** Thomson, H. (2002). Reflexiva intervjuer. Lund: Studentlitteratur.
- 51.** Lundman, B & Graneheim Hällgren, U. (2008). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård, Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. 159-(72). Lund: Studentlitteratur.
- 52.** Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- 53.** Krippendorff K. (2004). Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. Thousand Oaks California: Sage Publications Inc.
- 54.** Levi A. (2015). Conscientious Objection or Dishonorable Disobedience?
- 55.** RICH, BEN A. (2015). Your Morality, My Mortality: Conscientious Objection and the Standard of Care. Journal Of Midwifery & Women's. Health, 60(5), 483-484. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics: CQ; NewYork, 24(2) 2, 214-230.

56. Anibal Faúndes Graciana Alves Duarte Maria José Duarte Osis (2013).

Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 123(S3), 57–59.

57. Wicclair M.R. (2014). Managing Conscientious Objection in Health Care Institutions. *HEC Forum*, 26(3), 267–283.

58. Julie D. Cantor, M.D., J.D. (2009). Conscientious Objection Gone Awry - Restoring Selfless Professionalism in Medicine. *New England Journal of Medicine*, 360, 1484-1485.

BILAGA 1

Till berörda vårdenhetschefer

Förfrågan om intervjuer med personal

Med anledning av att jag skriver min masteruppsats i reproduktiv och prenatal hälsa vänder jag mig till er. Jag är till professionen barnmorska och i uppsatsen avser jag att studera personalens tankar, uppfattningar och erfarenheter om samvetsfrihet. Studien vänder sig till barnmorskor och läkare på abortmottagningen vilka varit verksamma inom abortvården minst fyra år. Med detta brev önskar jag få er tillåtelse att genomföra studien hos er under vårterminen 2019.

Studiens bakgrund och syfte

Enligt den internationella konventionen om "medborgerliga och politiska rättigheter" ska rätten till tanke-, samvets- och religionsfrihet garanteras, samtidigt som man uttryckligen tillåter begränsningar av samvetsfriheten när så är nödvändigt för att skydda allmän säkerhet, ordning, hälsa eller andra människors grundläggande rättigheter och friheter. Aborträtten är också en lagstadgade rätt för kvinnor i Sverige sedan många år. Syftet med denna studie är att kartlägga och få fördjupad kunskap om vilka uppfattningar och erfarenheter finns hos barnmorskor och läkare verksamma inom abortvården vad gäller samvetsfrihet.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom individuella intervjuer med barnmorskor och läkare verksamma inom abortvården. Beräknad tid för intervjun är cirka 45 minuter. Intervjun kommer att bestå av öppna frågor som berör samvetsfrihet. Samtalet kommer att spelas in på band, och transkriberas ordagrant. Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i forskningssyfte. Endast vederbörande samt handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras enligt EUs dataskyddsförordningen (GDPR)

Samtycke till utförande av studie på berörd enhet/verksamhet

Härmed ger jag mitt samtycke till att studien genomförs enligt beskrivning ovan.

Enhet/Verksamhet:

Datum: _____

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvariga för studien

Mozhgan Jalali

Leg. Barnmorska

mozhganjalali@yahoo.se

mobil 0707981133

Elisabeth Jangsten

Leg. Barnmorska

universitetslektor

elisabet.jangsten@gu.se

BILAGA 2

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund

Enligt den internationella konventionen om "medborgerliga och politiska rättigheter" ska rätten till tanke-, samvets- och religionsfrihet garanteras, samtidigt som man uttryckligen tillåter begränsningar av samvetsfriheten när så är nödvändigt för att skydda allmän säkerhet, ordning, hälsa eller andra människors grundläggande rättigheter och friheter. Aborträtten är också en lagstadgade rätt för kvinnor i Sverige sedan många år. Syftet med denna studie är att få fördjupad kunskap om vilka uppfattningar och erfarenheter finns hos barnmorskor och läkare verksamma inom abortvården vad gäller samvetsfrihet.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer med barnmorskor och läkare verksamma inom abortvården. Beräknad tid för intervjun är cirka 45 minuter och består av öppna frågor som berör samvetsfrihet där Du med egna ord får berätta om Dina uppfattningar och erfarenheter. Intervjun kommer att spelas in på band, transkriberas ordagrant för analys.

Endast intervjuaren samt handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst välja att avbryta medverkandet utan att behöva specificera varför. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

I samband med intervjun kommer Du få underteckna ett formulär om frivilligt samtycke till deltagande i studien. Resultatet av studien kan du ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Samtycke till deltagande i studie

Jag har erhållit muntlig tillika skriftlig information angående en studie om samvetsfrihet. Jag har fått möjlighet att ställa frågor samt har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan välja att avbryta mitt deltagande. Härmed samtycker jag till att bli intervjuad.

Datum: _____

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvariga för studien

Mozhgan Jalali

Leg. Barnmorska

mozhganjalali@yahoo.se

mobil 0707981133

Elisabeth Jangsten

Leg. Barnmorska

universitetslektor

elisabet.jangsten@gu.se