



# Kvinnors upplevelser av inducerad förlossning

En kvalitativ intervjustudie

Women's experience of induction of labor

A qualitative interview study

Författare: Louise de Martignac & Caroline Olofsson

Handledare: Maria Ekelin

Magisteruppsats

Hösten 2022

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

# Abstrakt

**Bakgrund:** Andelen förlossningar som induceras har fördubblats mellan 2019 och 2020. En förklaring till att inductioner har ökat beror på att man i flera regioner ändrat rutinerna för igångsättning för att minska risken för intrauterin fosterdöd. Studier visar att kvinnor som blir igångsatta tenderar att känna mer oro och vara mindre nöjda med sin vård jämfört med kvinnor som kommer igång spontant med sin förlossning. Igångsättning har visats vara associerat med en mer negativ förlossningsupplevelse.

**Syfte:** Syfte med studien var att beskriva kvinnors upplevelser av inducerad förlossning.

**Metod:** Kvalitativ ansats valdes som metod för studien. Datainsamlingen skedde genom att tio kvinnor intervjuades. Materialet analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans innehållsanalys.

**Resultat:** Tre kategorier framkom; *Kunskaper om ramarna men inte om förloppet*; *Behovet av att bli informerad och inkluderad i processen* och *Igångsättning - utmanande upplevelse* samt tillhörande underkategorier.

**Konklusion:** Resultaten visade att det var möjligt att få en positiv förlossningsupplevelse efter igångsättning trots en negativ inställning från början. Information och kommunikation från vårdpersonal framkom som centrala delar för att kvinnor ska känna sig delaktiga i beslutsprocessen kring induction och under förlossning.

**Nyckelord:** Induktion; igångsättning; förlossning; upplevelser; intervjustudie; kvinnor

## Innehållsförteckning

<b>Problemområde</b> .....	<b>4</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>5</b>
Spontan start av förlossning .....	5
Induktion av förlossning.....	5
Risker med induktion .....	7
Förlossningsupplevelse .....	7
Barnmorskans roll – perspektiv och utgångspunkt.....	8
<b>Syfte</b> .....	<b>10</b>
<b>Metod</b> .....	<b>10</b>
Design.....	10
Instrument.....	10
Urval.....	10
Datainsamling.....	11
Analys av data .....	11
Forskningsetiska avvägningar .....	12
Författarnas förståelse.....	13
<b>Resultat</b> .....	<b>13</b>
Kunskaper om ramarna men inte om förloppet.....	14
Önskan om mer förberedelse.....	14
Olika förväntningar om igångsättning.....	15
Behovet av att bli informerad och inkluderad i processen .....	16
Kommunikationens centrala roll vid igångsättning.....	16
Professionellt bemötande kan stärka kvinnan .....	18
Igångsättning – En utmanande upplevelse .....	20
En glädje att få möta sitt barn och mix av känslor .....	20
Ett individuellt och oförutsägbart förlopp .....	21
<b>Diskussion</b> .....	<b>23</b>
Metoddiskussion.....	23
Resultatdiskussion .....	25
<b>Konklusion och implikationer</b> .....	<b>31</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>33</b>
Bilagor.....	37

## Problemområde

Induktion definieras som en artificiell process som stimulerar livmodern till att starta en förlossning, vilket oftast sker genom att administrera hormoner till den gravida kvinnan (WHO, 2011). Andelen förlossningar i Sverige som induceras på sjukhus har fördubblats mellan 2019 och 2020 visar statistik från Socialstyrelsen (2021). Störst ökning av induktioner skedde i graviditetsvecka 41 under 2020 där andelen förlossningar som startades med induktion fördubblades, från 21 procent år 2019 till 42 procent år 2020 (Socialstyrelsen, 2021). En förklaring till att induktioner har ökat i vecka 41 beror på att man i flera regioner ändrat rutinerna för igångsättning för att minska risken för intrauterin fosterdöd. Nya rekommendationer vid komplicerad graviditet har också tillkommit som ökar förekomsten av inducerade förlossningar till exempel vid diabetes och hypertoni sjukdomar (Socialstyrelsen, 2021). Vid dessa tillstånd rekommenderas induktion senast vid beräknat förlossningsdatum (Socialstyrelsen, 2021). I november 2019 kom det nya forskningsresultat från en svensk studie kallad SWEPIs-studien där man visat att dödligheten kring barnets födelse var lägre om kvinnan sattes igång i vecka 41 istället för i vecka 42 (Wennerholm et al., 2019).

Olika interventioner används för att starta en igångsättning. En igångsättning av förlossning tar ofta längre tid och innebär mer kontroller och övervakning som oftare leder till fler medicinska ingrepp under förlossningen (Holzmann & Nordström, 2016). Studier visar att kvinnor som blir igångsatta tenderar att känna mer oro och vara mindre nöjda med sin vård jämfört med kvinnor som kommer igång spontant (Falk et al., 2019). Tidigare studie har associerat igångsättning med en mer negativ förlossningsupplevelse (Henderson et al., 2013).

Eftersom fler kvinnor induceras är det viktigt att få en djupare förståelse för hur kvinnor uppfattar denna metod så att vården kan anpassas och bli mer individuellt anpassat utifrån kvinnors önskemål och behov.

# Bakgrund

## Spontan start av förlossning

En spontan start av förlossningen börjar med värkar som blir mer och mer regelbundna och eller med vattenavgång. Vad som gör att förlossningen sätter igång är inte helt klarlagt, dock finns det data som talar för att det är en inflammatorisk process som inleder förlossningen (Ekman-Ordeberg, 2014). Studier har visat att även barnet har en viss påverkan på start av förlossningen. Barnet producerar vissa hormoner när hen är färdig att födas. Vidare kan fosterhinnorna påverka decidua och myometriet som i sin tur hjälper till att starta förlossningen (Shynlova et al., 2020).

Definitionen av normal förlossning enligt ICM, International Confederation of Midwives (2014), är en förlossning med “ett förlopp med spontan start, progress och spontan förlossning med ett barn som föds i huvudbjudning, i fullgången tid, utan instrumentella, kirurgiska eller medicinska ingrepp”. Enligt WHO (2011) är förlossningen normal när den startar spontant utan några medicinska komplikationer under graviditeten eller under själva förlossningen. Fortsättningsvis att mor och barn ska må bra postpartum och att barnet ska födas mellan vecka 37 och 41 (WHO, 2011; Socialstyrelsen, 2001). För normal förlossning ska barnet födas vaginalt med huvudet först och utan hjälp av tång eller sugklocka (Lindgren & Wiklund, 2016). Lundgren (2010) menar att begreppet “normal birth” används på olika sätt i olika sjukvårdssystem och länder.

## Induktion av förlossning

Ibland kan det finnas anledning till att sätta igång en förlossning och inte vänta in en spontan start (Holzmann & Nordström, 2016). Induktion definieras som en artificiell process som stimulerar livmodern till att starta en förlossning (WHO, 2011). Begreppet är synonymt med termen igångsättning vilket används i officiella blanketter och informationsblad inom förlossningsvården i region Skåne (Region Skåne, 2022). Författarna har valt att använda begreppet igångsättning då den breda användningen i officiell information gör det till ett etablerat och bekant uttryck i samhället. Orsaker till att förlossningen induceras kan bland annat vara på grund av överburenhet, flerbördsgraviditet, oklar blödning under graviditeten, tillväxthämning hos fostret eller sjukdom hos modern som t.ex. havandeskapsförgiftning,

diabetes eller hypertoni (Socialstyrelsen, 2021). Det finns olika metoder för igångsättning och vilken metod man använder beror på cervixmognad och status. Cervix mognadsgrad skattas enligt Bishops score och graderas i poäng från ett till tio, där fem poäng eller mindre motsvarar ett omoget status och sex eller högre poäng indikerar en mogen cervix (Ekman-Ordeberg, 2014). Induktion kan starta med mekaniska eller medicinska metoder. Till de mekaniska metoderna räknas hinnsvepning som innebär att man sveper ett finger runt inre modermunnen som ska frigöra lokala prostaglandiner, amniotomi vilket innebär att ett hål i fosterhinnorna görs med hjälp av ett instrument samt den tredje metoden där man använder en ballongkateter som innebär att en kateter läggs in i cervixkanalen som skapat ett tryck mot cervix. Till de medicinska metoderna räknas prostaglandiner, som påverkar mognad av cervix samt oxytocin som framkallar eller stärker uteruskontraktioner (Ekman-Ordeberg, 2014). Övriga metoder såsom akupunktur, hypnos, bröstvårtsstimulering, samlag och ricinolja har man inte kunnat hitta ett vetenskapligt stöd för att rekommendera som induktions alternativ (Mozurkewich et al; 2011). Inför induktion bör kvinnan/paret informeras om förväntat tidsförlopp beroende på cervixmognad samt eventuella risker med metoderna (Ekman-Ordeberg, 2014). En studie från Storbritannien visar att kvinnor som hade blivit igångsatta saknade information kring för- och nackdelar med induktion och att de inte haft en möjlighet att göra ett informerat val innan ett beslut om induktion var taget (Coates et al., 2019). Resultaten från en dansk studie visade att kvinnor som blev igångsatta hade hoppats på en spontan start av förlossning och de som rapporterade en positiv förlossningsupplevelse med inducerad förlossning betonade god kommunikation, att känna sig trygga och att bli omhändertagna (Lou et al; 2020).

Induktioner i Sverige har ökat i takt med nya forskningsrön som uppmärksammar intrauterin fosterdöd hos kvinnorna. Hösten 2019 publicerades en svensk studie, Swedish Post-Term Induction Study (SWEPIIS) som pågick mellan 2016 och 2018. Målet med studien var att 10 000 friska gravida kvinnor med normal graviditet där graviditeten nått vecka 41 skulle rekryteras till en randomiserad, kontrollerad studie. Hälften av kvinnorna skulle lottas till igångsättning efter 41 veckor och den andra hälften till avvaktande handläggning och igångsättning efter 42 veckor ifall inte förlossningen startat spontant. Resultaten från studien visade att dödligheten kring barnets födelse var lägre i den gruppen som sattes igång i vecka 41 jämfört med kvinnor som sattes igång i vecka 42 (Wennerholm et al., 2019). Dödsfallen i den avvaktande gruppen som inte heller erbjöds extra kontroller ledde till att studien avbröts i

förtid. Då hade bara 2760 av de planerade 10 000 kvinnorna hunnit delta i studien och därför kan det vara svårt att dra några säkra vetenskapliga slutsatser.

Samtidigt menar en del forskare att trots att SWEPIIS avslutades för tidigt finns det god vetenskaplig grund för att erbjuda kvinnor att sätta igång förlossningen i vecka 41 (Almark et al., 2020). En systematisk litteraturstudie har sammanfattat resultat från tre olika studier: den svenska SWEPIIS-studien, den nederländska INDEX-studien och en mindre studie från Turkiet (Almark et al., 2020). Resultaten visar att dödligheten kring barnets födelse, allvarlig perinatal sjuklighet och inläggning av de nyfödda barnen på neonatal intensivvårdsavdelning var signifikant längre hos kvinnor som sattes igång i vecka 41 jämfört med kvinnor som sattes igång i vecka 42. Författarna menar att om resultaten från den systematiska översikten hade applicerats till svenska förhållanden skulle 100 fall per år av svår sjuklighet eller död hos barnet förhindras i Sverige genom igångsättning vid 41 fullgångna veckor istället för 42 veckor (Almark et al., 2020).

## Risker med induktion

Komplikationer vid induktion kan vara överdosering av värkstimulerande medel såsom oxytocin eller prostaglandin, vilket i sin tur kan leda till hyperkontraktilitet i uterus som kan påverka fostret negativt (Ekman-Ordeberg, 2014). Kvinnor som tidigare fött med kejsarsnitt har en ökad risk för uterusruptur därför vidtas ytterligare försiktighetsåtgärder vid induktion av dessa kvinnor (Ekman-Ordeberg, 2014). Ett förlängt förlossningsarbete ökar i sin tur risken för instrumentell förlossning samt postpartum blödning eller infektion i livmodern. Kvinnor över 35 år samt Body Mass Index (BMI) över 25 är faktorer som ger en ökad risk för komplicerad induktion vid överburenhet (Ekman-Ordeberg, 2014). Cervixmognad är den viktigaste faktorn för att förutsäga sannolikheten för en lyckad induktion. Induktioner med mycket omogen cervix, dvs där cervix är fast i konsistens, lång, sakralt riktat och öppningsgraden är mindre än 0,5 cm, redovisas högre andel förlossningar som avslutas med kejsarsnitt (SFOG, 2016).

## Förlossningsupplevelse

Förlossning har beskrivits som en av de mest kraftfulla livshändelser för en kvinna och som hon bär med sig genom livet (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Enligt Deave et al., (2008) innebär graviditeten och framförallt förlossningen en övergång till föräldraskapet. Livet förändras och nya aspekter tas i beaktning. Exempelvis har kvinnan och eventuell partner inte bara ansvar över sig själva och varandra, utan även ett barn, som kommer vara mycket beroende av dem en tid framöver. Det kan uppstå olika känslor och tankar kring den nya rollen (Deave et al., 2008).

Denna stora livshändelse kan påverka kvinnan positivt eller negativt, beroende på hennes erfarenheter (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Det finns olika faktorer som påverkar förlossningsupplevelsen såsom komplikationer, graviditetsutfall, förväntningar, smärta samt vårdens organisation (Lundgren, 2010). För en positiv upplevelse beskriver kvinnor betydelsen av en förtroendefull relation och uppmärksamhet av barnmorskor vilket i sin tur leder till att kvinnor får en känsla av kontroll, trygghet och tillfredsställelse (Nilsson et al; 2013). Förlossningsupplevelsen är multidimensionell vilket innebär tillfredsställelse och lycka men också oro/ångest och smärta (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), 2017). I upplevelsen beskrivs olika komponenter och några av de viktigaste faktorerna är förväntad förlossningsupplevelse, stöd av barnmorskan, delaktighet, smärta, värkarbetets längd, interventioner, komplikationer hos mor och barn (SFOG, 2017). Det är betydelsefullt att kvinnor känner sig trygga och har goda fysiska och psykiska förutsättningar inför inducerad förlossning (Skaget Aas et al., 2014). Varje graviditet och förlossning är unik och det är individuellt hur förlossningen upplevs (Skaget Aas., 2014). Förlossningsupplevelsen kan mätas/värderas med hjälp av validerade skalor. En del förlossningskliniker använder en VAS-skala där kvinnan får skatta sin förlossningsupplevelse från 1 – 10. Det är viktigt att vid utskrivningssamtalet ge kvinnan tid att berätta om sin förlossning och hur hon upplevt den utan att ifrågasätta hennes berättelse (SFOG, 2017).

## Barnmorskans roll - perspektiv och utgångspunkt

Barnmorskan har ett självständigt ansvarsområde inom reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Barnmorskans arbete grundar sig på den internationella etiska koden för barnmorskor. Det innebär att barnmorskan ska tillgodose kvinnans rätt till självbestämmande och delaktighet samt stödja och stärka självbild, värdighet och integritet genom att skapa trygghet och tillit. Barnmorskan bör vara lyhörd för och



respektera kvinnans önskemål och val (International confederation of midwives (ICM), 2014).

Barnmorskan ansvarar över den normala förlossningen och det är hens uppgift att kunna urskilja när ett normalt förlossningsförlopp blir avvikande (Region Skåne, 2021). Om komplikationer, förlopp eller symtom uppstår som ej är normalt ska barnmorskan kontakta läkare, som då får det övergripande ansvaret över både mamma och barn. Induktioner har blivit allt mer vanligt förekommande och avviker från den normala förlossningen, och därmed inte barnmorskans ansvarsområde. Region skåne (2021) har som målsättning att minst 80 % av kvinnorna ska föda spontant och vaginalt. Dessa riktlinjer försöker främja den normala förlossningen. Vidare finns det beskrivet att även om förlossningen avviker har barnmorskan en viktig roll att möta kvinnors behov samt kunna se och lyfta det som är normalt i det komplicerade (Region Skåne, 2021).

Enligt Dahlberg et al. (2015) är en motiverande och närvarande barnmorska viktig för att kvinnan ska få en positiv förlossningsupplevelse, oberoende förlossningssätt. Författarna menar att det främjar kvinnors inre styrka och tro på sin egen kraft av att klara av en förlossning och därmed få en positiv upplevelse (Dahlberg et al; 2015). Skaget Aas et al. (2014) nämner att ett av barnmorskans uppdrag under förlossning är att bygga en relation med kvinnan och ge personcentrerad vård. En förutsättning är att barnmorskan har en egen tillit till sig själv och sin roll. På så sätt kan barnmorskan bli vägledande, inge trygghet och ge självförtroende till kvinnan. De nämner även att barnmorskor har upplevt att deras kontinuerliga närvaro inne på förlossningsrummet kan medföra att färre interventioner behöver användas (Skaget Aas et al., 2014).

Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) har skapat en barnmorsketeori så kallad "The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery" som beskriver hur barnmorskan blir professionell i sitt möte med den födande kvinnan och hennes familj. Enligt författarna ska barnmorskan vara professionell och använda teori samt erfarenhet för att säkerställa att en födande kvinna får rätt vård. Frågan de ställer sig är vilka faktorer som gör en barnmorska till en bra barnmorska. Enligt teorin finns det fem centrala aspekter som definierar en skicklig barnmorska; professionell kompetens, professionell och individuell omvårdnad, professionell visdom, kunskap och erfarenhet, personlig utveckling samt förmåga att stärka kommunikationen och ha kunskap i mellanmänskliga relationer.

Dessa fem faktorer utgör en professionell helhet. För att få en god förlossningsupplevelse behöver barnmorskan ha en förmåga att sätta sig in i kvinnans situation och kunna möta henne med respekt för hennes åsikter och erfarenheter (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Genom denna teori kan barnmorskor skapa tillit och trygghet hos kvinnorna som ska genomgå en igångsättning vilket kan ge goda förutsättningar för att uppnå en positiv förlossningsupplevelse.

## **Syfte**

Syfte med studien är att beskriva kvinnors upplevelser av inducerad förlossning.

## **Metod**

### **Design**

Studien har en empirisk kvalitativ förankring och utgår ifrån intervjuer som forskningsmetod för att besvara studiens syfte. En induktiv ansats tillämpas i studien vilket innebär att data och observationer från intervjuerna samlas in, analyseras och tolkas. Analysen genomförs med hjälp av en integrerad innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

### **Instrument**

Författarna valde att genomföra semistrukturerade intervjuer som utgick från en intervjuguide. Frågorna genomfördes i form av ja och nej svar men även med öppen svar där personen som blev intervjuad med egna ord kunde förklara och motivera fritt (Beck & Polit, 2014).

Intervjuguidens frågor var inspirerad av Gatward., et al (2010). Första frågan som ställdes till deltagarna var *“Beskriv så detaljerat som möjligt om hur din upplevelse av att bli igångsatt var”* och för att få utökade svar ställde författarna även mer vinklade frågor som kunde ge information relaterad till studiens syfte exempelvis *“Kan du utveckla och beskriva hur det kändes att bli igångsatt”* (Beck & Polit, 2014).

### **Urval**

Vid rekrytering av deltagare till studien tillämpades ett bekvämlighetsurval. Deltagarna rekryterades på en BB-avdelning i Södra Sverige med hjälp av vårdpersonal som

mellanhänder. Inklusionskriterierna innefattade gravida kvinnor från 18 år, i graviditetsvecka 41 eller över som fått sin förlossning igångsatt. Både förstföderskor och omföderskor inkluderades i studien. Förlossningar som avslutades med akut kejsarsnitt eller instrumentellt inkluderades också i studien. Exklusionskriterier var; ej svensktalande, tvillinggraviditeter, kvinnor till barn som fötts med låg Apgar (< 7 vid 5').

## Datainsamling

Inför datainsamlingen ansökte författarna verksamhetschefens och enhetschefens samtycke. Vidare besökte författarna avdelningen och informerade muntligt till barnmorskor, sjuksköterskor och undersköterskor om studien. Ett informationsblad delades ut så att det fanns lättillgängligt för berörd personal. Personalen hjälpte till som mellanhänder och tillfrågade kvinnorna som uppfyllde inklusionskriterierna med hjälp av ett informationsbrev. Intresseblanketterna samlades därefter in av författarna. På grund av rådande omorganisation på de två BB-enheterna som skulle inkluderas i studien, deltog ett sjukhus med datainsamling. Detta bestämdes inför rekryteringsprocessen i april 2022.

## Analys av data

Efter ha samlat in ljuddata från intervjuerna, transkriberade författarna detta till text. Detta gjordes var för sig för att få en djupare förståelse för innehållet. Det transkriberade materialet analyserades därefter med hjälp av en innehållsanalys. Författarna använde sig av Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys. Först gjordes en grundlig genomgång av materialet för att identifiera meningsbärande enheter som svarade på studiens syfte. Dessa kondenserades till mindre enheter, kodades och delades in i olika subkategorier. Detta gjorde författarna tillsammans med de två första intervjuerna för att öka förståelsen kring analysprocessen samt för att kunna kartlägga de meningsbärande enheterna som svarade på studiens syfte. Material som inte svarade på studiens syfte togs bort. Denna analysprocess applicerades sedan på resterande intervjuer och vilket författarna valde att göra var för sig. Författarnas slutmaterial jämfördes för vidare analys för att hitta likheter och olikheter. Därefter bildade författarna kategorier utifrån de subkategorierna som skapats och kom att ligga som grund för studiens resultat (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1 Exempel på analys av data

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
<i>“Det var ingen som pratade om just risker och fördelar, alltså mer information, inte liksom en torftig lapp i handen och gå hem och läs utan att man verkligen pratar om det här kommer hända på dagen, det här är biverkningar eller möjliga scenarion liksom”</i>	Ingen som gav information om igångsättning, dess risker, fördelar, biverkningar och scenario. Önskar mer information och att det även sker muntligt.	Bristande information om igångsättning	Kommunikationens centrala roll vid igångsättning	Behovet av att bli informerad och inkluderad i processen

## Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2018) innehåller forskningsetiska rekommendationer för forskning på människor och utgör en grundpelare för forskningsetik inom hälso- och vårdvetenskap. En av de grundläggande principerna i deklarationen är att omsorgen om individen alltid måste gå före vetenskapens och samhällets intressen (Carlsson & Georgsson, 2021). Vår studie grundas på forskningsetiska principer såsom autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen. Principen om autonomi uppfylls genom kvinnors frivilliga val att delta i studien. Godhetsprincipen beaktas genom att studien förhoppningsvis kan leda till ökat välmående och leda till positiv förlossningsupplevelse hos kvinnor som genomgår en inducerad förlossning. Studien ska ske med respekt för individens självbestämmande, nyttan med forskningen ska överväga riskerna, riskerna för att skadas ska minimeras samt att alla deltagare i studierna ska behandlas rättvist och att medverkan i studierna ska ske på lika villkor (Carlsson & Georgsson, 2021). Det ska vara helt frivilligt att delta i forskning som hanterar personuppgifter och för att säkerställa detta måste forskningspersoner lämna ett informerat samtycke via ett samtyckesformulär, vilket författarna tagit hänsyn till i studien. Det innebär att tydlig information om studien där både skriftlig och muntlig information ska erbjudas så att personen kan ta ett beslut om att delta eller inte. Andra viktiga aspekter att få med är information om hur studien går till, eventuella risker och fördelar, hur data och sekretess hanteras. Samtycket är inte bindande och

om personen ångrar sig och vill avbryta har personen rätt till det. För att genomföra studien har tillstånd efterfrågats från verksamhetsansvarig chef samt enhetschef vid det berörda sjukhuset. När projektplanen blev godkänd skickades en ansökan om rådgivande yttrande till vårdvetenskapliga etiknämnden. VEN gav ett yttrande med diarienummer 38-22.

## Författarnas förförståelse

En grundläggande del vid genomförande av studier är bedömningen av tillförlitlighet och trovärdighet. Författarens egna erfarenheter, kunskaper och uppfattningar är olika faktorer som kan påverka resultatet och något som författarna behöver ha i beaktning. Det kan bildas förutfattade meningar om hur resultatet kommer att uppenbara sig. Det finns även en risk för att det verkliga resultatet förbigås (Beck & Polit, 2014).

Båda författarna till den föreliggande studien har viss erfarenhet av vården på den aktuella förlossningsavdelningen där studiens deltagare genomgick sin igångsättning och förlossning. En författare har även några års erfarenheter utav att ha jobbat på BB och har därmed träffat många kvinnor postpartum som har blivit igångsatta med olika metoder.

## Resultat

Totalt deltog 10 kvinnor mellan åldrarna 27–40 år som fått sin förlossning inducerad på en prenatal- eller förlossningsavdelning från v.40+1 till v.42+0. Av deltagarna var hälften förstföderskor och hälften omföderskor. Av de fem kvinnorna som var omföderskor hade tre erfarenheter av igångsättning sedan tidigare. En kvinna uppgav att hon hade fått extra stöd av ett team som arbetade med förlossningsrädsla under graviditeten. De induktionsmetoder som använts varierade och var både läkemedel och mekaniska metoder och kombinerades på olika sätt. De metoder som kvinnorna rapporterade var antingen läkemedel med Cytotec shot, Angusta tablett och Oxytocindropp eller mekaniska metoder som amniotomi, ballongkateter och kombination av dessa. Totalt uppgav 5 av kvinnorna att de blivit inducerade på egen begäran. Utav dessa 5 kvinnor uppgav 3 kvinnor att de själva valde att bli igångsatta efter att ha fått rekommendation av vårdpersonal då de var förstföderskor i v. 41+0. Två av kvinnorna uppgav överburenhet och tre hade antingen högt blodtryck, mindre fostervattenmängd eller misstänkt stort barn som indikation för igångsättning.

Analysen resulterade i tre kategorier och sex subkategorier (Tab 2).

Tabell 2. Presentation av resultatets kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
<b>Kunskap om ramarna men inte om förloppet</b>	Önskan om mer förberedelser Olika förväntningar om igångsättning
<b>Behovet av att bli informerad och inkluderad i processen</b>	Kommunikationens centrala roll vid igångsättning Professionellt bemötande kan stärka kvinnan
<b>Igångsättning – En utmanande upplevelse</b>	En glädje att få möta sitt barn och mix av känslor Ett individuellt och oförutsägbart förlopp

## Kunskaper om ramarna men inte om förloppet

### *Önskan om mer förberedelser*

Förutom att ha fått information via sin mödravård eller annan vårdinstans om igångsättning, valde deltagarna att självmant uppsöka information via internet. Andra källor kunde till exempel vara vänner och anhöriga. Deltagarna hade även en viss kännedom om SWEPIS-studien och resultat från den. De beskrev en oro över att behöva gå över tiden och att bebisen kunde dö i magen. Vidare hade en av deltagarna förberett sig genom att läsa en bok om födsel vilket senare genererade mycket god effekt under förlossningsförloppet. Hon uttryckte att det hade varit en bra förberedelse för henne inför igångsättningen. En omfödelska förberedde sig genom att gå i samtalsterapi, så kallade Klara samtal för att kunna bearbeta tidigare trauma i samband med en induktion. Samtalsterapin hade hjälpt kvinnan att vara tydlig med sina önskemål gällande informerat samtycke inför sin andra förlossning, vilket gav henne en trygg och positiv förlossningsupplevelse.

Några omfödelskor uttryckte att en planerad igångsättning hjälpte dem att planera praktiska åtaganden som till exempel barnpassning, vilket gav dem ett inre lugn. Att ännu inte vara i förlossningsarbete vid intagningen på sjukhuset var också tryggt för deltagarna då detta gav dem tid att förmedla önskemål i lugn och ro till vårdpersonal inför igångsättningen.

*“ I och med att man har blivit igångsatt så kommer du ju inte in i med värkar så du hinner ju prata i lugn och ro innan man får ont . Och det var ju jätteskönt att liksom kunna önska allt redan då allt var så lugnt och städat”  
(nr 5)*

Kvinnorna uppgav att de ville förbereda kroppen i den mån som var möjligt även om igångsättning var planerad. Ett sätt var fysisk aktivitet såsom att gå promenader. De berättade även att hinnsvepning hade genomförts någon dag tidigare innan start av induktion som ytterligare en metod för att försöka få cervix mogen. En kvinna hade fått upp till fyra behandlingar med hinnsvepningar efter egen begäran.

#### *Olika förväntningar om igångsättning*

Rädsla, utdragna processer samt förhoppningar om på att kroppen skulle komma i gång på naturlig väg var kvinnornas främsta respons kring deras förväntningar om en igångsättning. Efter att ha letat information om igångsättning, förknippade kvinnorna en induktion med långdragna, intensiva och smärtsamma värkar. Deltagarna kände också en oro för att förlossningen skulle ske för snabbt vid igångsättningen. Omfödelskor som redan hade blivit igångsatta och haft en negativ förlossningsupplevelse beskrev störst oro över att bli igångsatta på nytt.

*“Mina förväntningar var ganska mörka kan man väl säga och att det skulle bli skit och jobbigt och inte alls bra. Jag bara spottade och fräste så fort jag hörde induktion. Så det var liksom, mina förväntningar var inte så höga och förväntningarna låg väl på ribban utifrån min första förlossning.” (nr 9)*

Trots att en majoritet av kvinnorna hade negativa förväntningar inför sin igångsättning beskrev de att de hade fått en positiv förlossningsupplevelse.

*“Jag har såklart googlat också och då tyckte jag att jag fick läsa mycket negativt. Jag var beredd på det värsta. Jag var väldigt glad att, nu ska hon ju äntligen ut men samtidigt så tänkte jag att det här kommer bli mycket, mycket värre än när det sker naturligt. Så blev det liksom tvärtom” (nr7)*

## Behovet av att bli informerad och inkluderad i processen

### *Kommunikationens centrala roll vid igångsättning*

Deltagare betonade att just kommunikation var en central del. Generellt refererade deltagarna till att just informationen kring igångsättningen var bristfällig. Det gällde både inom mödravården och under vården på förlossningsavdelningen. Kvinnorna beskrev att de saknade information om tex igångsättningsmetoder, förlopp, för- och nackdelar och om de bakomliggande orsaker till igångsättningen. En kvinna berättade även att kommunikationen mellan mödravården och förlossningen sinsemellan var bristfällig då hon hade fått information av sin barnmorska på mödravården att bli igångsatt ett visst datum men att personal på förlossningsavdelningen vid kontrollbesök gav avvaktande besked och det i sig skapade oenighet mellan de olika vårdinstanserna.

*“Jag fick inte så mycket info om igångsättningen, om dess risker och förlopp och så.. Jag vet inte vems ansvar det är, om det är barnmorskan på förlossningens ansvar eller om det är mödravården, eller om det är mitt eget ansvar” (nr 6)*

Fortsättningsvis upplevde en merpart av kvinnorna att personalen på mödravården var bättre på att informera kring igångsättning jämfört med personalen på förlossningsavdelningen. När de väl kom till förlossningen så blev informationen mer direktiv och hade kvinnorna några frågor fick de själva be om svar av personalen.

*”Sen fick jag ju ändå mer information om hur det skulle gå till och det fick jag ju av mödravården, det fick jag inte så mycket på själva förlossningen för då drog dem liksom bara igång det” (nr 7)*

En deltagare upplevde att deras och förlossningspersonalens kommunikation var välfungerande och hade inga invändningar alls kring det.

Information om igångsättning skedde antingen muntligt eller skriftligt. Dock berättade tre av deltagarna att de enbart fått muntlig information. Det framkom att kvinnor önskade att få information både skriftligt och muntligt i tidigt skede för att kunna ta till sig informationen på bästa sätt.



Deltagarna fick därefter svara på om de kände sig inkluderade i själva beslutet att bli igångsatta. De flesta deltagarna kände sig inkluderade, delaktiga och hade fått information om att igångsättning var frivilligt. Några deltagare upplevde att valet av att bli igångsatt var någorlunda informerat men att beslutet låg mer på vårdpersonalen att ta. En kvinna uttryckte att hon inte var inkluderad eller hade ens möjlighet att ändra beslutet om igångsättning.

*“Nej jag kände inte riktigt att jag var delaktig och kunde påverka beslutet om igångsättning” (nr 7)*

Under själva förlossningsförloppet framkom det att kommunikation mellan vårdpersonal och de födande kvinnorna hade kunnat förbättras. Det handlade framförallt om mer beskrivning av olika interventioner och varför de genomfördes. Deltagare berättade att de inte förstod varför exempelvis amniotomi genomfördes, varför värkstimulerande dropp behövdes eller varför de ej hann att få en epiduralbedövning.

*“Jag försökte skjuta på det värkstimulerande droppet liksom..men där fick jag väl inte någon bra anledning till varför det behövdes sättas in. Det lyckades jag inte riktigt förstå” (nr 6)*

De framkom även att omfödorskor som hade blivit igångsatta tidigare hade mer övergripande kunskaper om just igångsättning och kände sig därmed bättre informerade. De upplevde att kommunikationen var mer välfungerande med vårdpersonalen och att informationen skedde mer utifrån kvinnornas egna begäran.

*“Andra gången så sa ju jag ju att jag hade blivit igångsatt innan och att jag visste vad det handlade om så kommunikationen skedde på mina principer skulle jag säga, framförallt den här gången, men det är skillnad som omfödarska”(nr 1)*

Att ej bli lyssnad på, bli tagen på allvar och bemötas av nonchalans av vårdpersonalen beskrevs vid vissa tillfällen. En kvinna berättade att vid ett vårdbesök i v.41+0 på förlossningsmottagnigen gav läkaren rådet att avvakta med igångsättning. Kvinnan hade påtalat stark oro av att behöva vänta fler dagar för att få en spontant start av förlossningen, dels för att ultraljud på mödravården hade visat misstankar om stort barn och dels för att graviditeten kändes utmattande de sista veckorna. Kvinnan upplevde att läkaren inte var insatt i hennes journal eller situation, att de saknade väsentlig information som hade kunnat påverka utfallet. Kvinnan påtalade att det fanns en risk att vaginal födsel inte hade kunnat genomföras då barnet var för stort och att hon blev uppgiven när läkaren inte ville göra någon ny storleksmätning med ultraljud.

*”Jag som pushade på förlossningen om att bli igångsatt. både för att jag sa att barnet var större men också för att jag var rätt så trött på att vara gravid. Det kändes inte som att läkaren hade någon koll eller ville göra någon ny storlekskontroll på barnet “ (nr 8)*

När en deltagare nämnde igångsättning hos mödravården, upplevde hon att var ett “känsligt ämne” att ta upp. Detta då barnmorskan inte var benägen att prata igångsättning mer i detalj under kvinnans graviditet, då graviditeten ansågs vara “normal” och det inte fanns medicinsk indikation för induktion. Kvinnan upplevde att hon nästintill blev avvisad av barnmorskan som ansåg att allt var normalt med graviditeten och att kvinnan skulle invänta kroppens egna spontana start av förlossning. Kvinnan tolkade därmed att barnmorskan kunde ha en negativ inställning till igångsättning och att ämnet undveks eller pratades förbi. Deltagaren berättade att igångsättning som känslig fråga är något många av hennes vänner upplevt hos mödravården. Det var inte förrän kvinnan hade en medicinsk indikation för att få sin förlossning igångsatt som frågan faktiskt togs upp och information kring igångsättning började diskuteras.

*“Jag vet inte om mödravården är vana med att folk vill bli igångsatta eller så. För det det var lite så här ”ja ja det gör man inte i första taget”. Så nej det pratades väl inte jättemycket om det, jag kan nästan känna att det var mer lite tabu eller så. ”Man ska låta kroppen göra det själv”, ja, det förstår ju jag också. Men man kan ju tycka att lite mer information behöver ges. Det och speciellt då som omföderska då var dom så ”ja men det har du inte rätt till förens du har gått två veckor över”. (nr 10).*

### *Professionellt bemötande kan stärka kvinnan*

Andra kvinnor uttryckte ett positivt bemötande inom mödra- och förlossningsvården. De beskriver barnmorskorna som trevliga, snälla, hjälpsamma och duktiga på att inge tillit, trygghet och ett lugn hos kvinnorna. Ett flertal kvinnor upplevde också att barnmorskorna var professionella, kunniga, omhändertagande och hade en förmåga att kunna lyssna in och motivera kvinnorna när de var trötta under förlossningen.

*“barnmorskorna va det finaste jag varit med om...de var SÅ duktiga och SÅ trevliga och väldigt hjälpsamma och liksom peppade och helt fantastiska verkligen....så utan dom hade jag gett upp för länge länge sen” (nr 2)*

Kvinnorna beskrev att barnmorskorna ofta var mycket närvarande hos de födande kvinnorna under igångsättningen och förlossningsförloppet men vissa uppgav att de hade känt sig

ensamma och utelämnade vid enstaka tillfällen under förlossningen. Det var framförallt under latensfasen. Barnmorskan var inte lika mycket närvarande och det kändes som de gick in och ut snabbt från rummet, att de inte ville vara kvar i rummet om det inte var nödvändigt.

*“Det kändes som jag blev lämnad på rummet och så kom dom bara in och kollade till mig då och då för att ge mig tablett. (nr 5)*

Vidare framkom det av kvinnornas berättelser att ett gott samarbete och en bra relation till vårdpersonalen var väsentlig och personkemin beskrevs oftast god mellan barnmorskorna och deltagarna. Dock förekom det att vissa barnmorskor hade varit arroganta och nonchalanta vid bemötandet. Det handlade främst om att barnmorskorna inte verkade pålästa och visade bristande engagemang under mötet. Ett annat exempel var när en barnmorska bad en kvinna att gå och lägga sig igen då hon antog att kvinnan inte var i aktiv fas, trots att kvinnan uttryckte att vattnet hade gått och var smärtpåverkad.

*Men alltså för personalen verkade som att liksom att ”du kommer inte föda idag, du kan gå och lägga dig” och även när vattnet gick och man såg ju ändå på mig att jag hade ont (nr 5).*

Kontinuitet var också något som kvinnorna tog upp. Det var positivt att kunna ha samma vårdpersonal under igångsättningen och förlossningen. På så sätt skapade kvinnorna en relation till vårdpersonalen och behövde ej återberätta förlossningsbrev eller önskemål efter varje skiftbyte. Kvinnorna upplevde att barnmorskorna blev mer insatta och mer tillmötesgående.

*“De hade liksom löst så att de kunde ta vid, så jag fick liksom ha samma personal både på söndagen och på måndagen vilket var fantastiskt. Den här kontinuiteten att dom var vid vår sida hela vägen. Jag behövde liksom inte förklara mig två gånger och vi behövde inte gå igenom förlossningsbrevet fler gånger” (nr 9)*

Trots att en majoritet upplevde gott bemötande av vårdpersonalen påtalades det även från deltagarna att de fanns en del stress hos barnmorskorna som uppenbarade sig både inne på förlossningsrummet och även utanför på avdelningen. Det framgick att det i sig kunde påverka kommunikationen och bemötandet negativt. Exempelvis beskrev kvinnorna att barnmorskorna behövde springa mellan olika rum och patienter då det fanns många som behövde deras hjälp. Kvinnorna upplevde att förlossningsavdelningen var överbelastad med många patienter och få barnmorskor till hands och att vissa patienter behövde prioriteras mer än andra. Enligt kvinnorna kunde det hända att barnmorskan inte hann genomföra olika interventioner i utsatt tid. Det kunde till exempel vara att det tog mer än två timmar emellan

cytotec doser, att en ballongkateter sattes senare än vad som planerades, att amniotomi ej hann att genomföras i tid, att barnmorskan fick avbryta mitt under ett samtal med patient eller att de fick lämna rummet mitt under suturering för att hjälpa någon annan.

*Det va ju väldigt mycket patienter inne så det var ganska så stressigt... men barnmorskan kom aldrig tillbaka, trots att hon sa att hon skulle.(nr 3)*

Enligt kvinnorna hade vissa barnmorskor ej hunnit få överlämning eller läst på i journal innan de behövde hjälpa sina patienter. En kvinna berättade att de fick vänta i flera timmar i ett undersökningsrum från induktionsstart till att hon började aktivt krysta då det ej fanns något tillgängligt rum som var förberett. Även att partnern fick hjälpa vårdpersonalen att förbereda förlossningsrummet. Å andra sidan så påtalade kvinnorna att det även kunde förekomma en behaglig miljö under igångsättningen, att barnmorskorna hade tid att samtala och planera induktionen och förlossningen i samråd med patienten, vilket i sin tur bidrog till en positiv upplevelse.

*“jag fick det här lugnet och bemötandet, de tog sin tid, jag fick liksom en ordentlig... ja men vård på mina villkor. Det tycker jag var helt avgörande för min upplevelse” (nr 9)*

## Igångsättning - En utmanande upplevelse

*En glädje att få möta sitt barn och mix av känslor*

Kvinnorna uttryckte en viss besvikelse och frustration över sin kropp och att förlossningen inte kom igång av sig själv. Det medförde att dom började ifrågasätta sina egna kroppar. Kvinnorna hade därför önskat att ventileras denna fråga med vårdpersonal i efterhand. Att genomgå en igångsättning väckte mixade känslor hos kvinnor i form av oro kring processen, men också lättnad och glädje av att äntligen få möta sitt barn.

*“Jag blev ju lite besviken att det inte kom igång naturligt, det var liksom ingenting som min kropp gjorde själv som gjorde att det funkade eller blev lättare utan det va ju bara mediciner som gjorde att han kom ut....men i slutändan blev jag väldigt nöjd” (nr 3)*

Många beskrev igångsättningen som ett känsloladdat moment att ta sig igenom. Kvinnorna uttryckte oro och rädsla kring smärtans intensitet relaterat till igångsättning. Andra kvinnor uttryckte att de upplevde trygghet av att bli omhändertagna av personal från start innan förlossningen sattes igång. Kvinnorna fick på så vis möjligheten att i lugn och ro skapa en

relation med vårdpersonal och få regelbunden fosterövervakning vilket ledde till ökad trygghet. Att kvinnorna fick ta del av igångsättning innebar också att de slapp tänka på att bli hemskickade av vårdpersonal pga att de inte var i ett aktivt skede av förlossningen.

Igångsättningen fick deltagarna att lämna över ansvaret till vårdpersonalen och på så sätt slippa att tänka på detta själva. De beskrev det som att de även “lämna över sig själva i någon annans händer”, till barnmorskorna. Det var också bekvämt att kunna ringa in vårdpersonal så fort de hade frågor och kunde på så sätt få bekräftelse snabbt om allt var normalt eller avvikande.

*“Jag tror att det var för att jag blev just igångsatt som det blev en sån positiv erfarenhet också, jag kände mig trygg och omhändertagen från första början” (nr 7)*

Kvinnorna uttryckte att ha en bra relation med barnmorskan var viktigt och det främjade för en positiv upplevelse. Utmärkande för kvinnorna var tilliten som de hade till vårdpersonalen. De kände sig sedda och hörda genom hela förlossningen. En förstföderska berättade att hon upplevt igångsättningen som komplicerad och att hon vid en eventuell framtida förlossning skulle föredra att genomföra ett kejsarsnitt på grund av förlossningsrädsla. Kvinna som hade gått i samtalsterapi så kallad “klara samtal” i förberedande syfte för att ta sig igenom förlossningen, hade även haft turen att bli omhändertagen av en “Klara barnmorska”, det vill säga en barnmorska utbildad i samtalsterapi, under förlossningen vilket gav henne en extra trygghet. Många kvinnor blev positivt överraskade över igångsättning som de initialt var skeptiska till. En deltagare uttryckte att det var berikande att ha fått uppleva både en spontan start av förlossning och en igångsättning.

*“Alltså jag har verkligen två helt olika upplevelser av att bli igångsatt. Den ena som var fruktansvärd på alla nivåer, jättemysig personal men skitdåligt i avseende på samtycke och rutiner och tusen skiftbyten, stress och bara ett mischmasch liksom. Och så gång nummer två som bara var jättefin och verkligen världsklass på alla nivåer”*

### *Ett individuellt och oförutsägbart förlopp*

Förlossningsförloppet med igångsättning kunde variera tidsmässigt och kunde ta allt från några enstaka timmar till några dygn. Som mest beskrev en kvinna ett förlossningsförlopp på fyra dygn. Deltagarna betonade att de hellre hade haft ett snabbt men intensivt förlopp än att

få det utdraget.

Deltagarna beskrev hur svårt kroppen hade för att slappna av på grund de intensiva värkarna efter igångsättningen. Värkarna avlöste varandra utan paus vilket skapade panik hos kvinnorna som följaktligen fick svårt att slappna av.

*“När jag väl var tillbaka på rummet kändes det som jag hade värkar konstant och jag knappt visste vart jag skulle bli av. Jag vände och vred mig i sängen. Värkarna avlöste varandra utan någon paus och bara eskalerade. Jag försökte hålla ut men började få smått panik av de intensiva värkarna vilket sedan förvärrades när det konstaterades att förlossningen utvecklades oerhört långsamt. Jag spände hela kroppen och kunde inte slappna av” (Nr 8)*

Olika smärtlindringsmetoder användes under igångsättningen, framförallt epiduralbedövning och lustgas. Smärtan kunde komma under latensfasen och då deltagarna låg på prenatalavdelning fanns det ingen lustgas tillgänglig. Kvinnorna kunde ha svårt att mobilisera eller äta pga smärtan. Deltagarna berättade även att oxytocindropp ökade smärtans intensitet i kroppen, framförallt i mage och rygg men även i benen. Droppet behövdes pausas emellanåt för att kunna hantera smärtan.

Omfödreskor med erfarenhet av igångsättning betonade att många interventioner genomfördes vid första förlossningen utan deras informerade samtycke och att de inte ville att det skulle upprepas vid andra igångsättningen. Deras tidigare erfarenheter av igångsättning hade därmed en inverkan hur de upplevde sin andra igångsättning. De bad exempelvis vårdpersonalen att minska antalet interventioner såsom vaginal undersökning, amniotomi och skalpregistrering.

Kvinnornas fysiologiska respons i samband med en igångsättning inkluderade obehagskänslor vid insättningen av en ballongkateter samt yrsel, kräkningar och illamående som de kopplade till värkstimulerande dropp. Därtill ifrågasatte kvinnorna som hade drabbats av förlossningsskador om dessa hade kunnat undvikas om förloppet hade gått långsammare genom att låta bli att ta den sista värkstimulerande tabletten.

*“Jag ifrågasätter typ att hade jag fått förlossningsskador om det hade gått långsammare typ tänker jag, om det hade gått långsammare hade jag kanske inte fått förlossningsskador eller så...det vet man väl aldrig liksom men det är väl mest det jag ifrågasätter... hade jag inte tagit den andra tabletten och dom bara hade tagit håll på vattnet undra hur det hade...hur förloppet hade sett ut då?” (nr 3).*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka *kvinnors upplevelse av inducerad förlossning*. De flesta respondenterna upplevde igångsättningen som positiv tack vare gott bemötande av vårdpersonal som fick dem att känna sig trygga under förlossningen.

Kvinnor som blivit igångsatta i graviditetsvecka 41 och 42 valdes ut då antalet igångsättningar särskilt ökat i denna grupp. Kvinnor under 18 år exkluderades för att undvika att behöva samla målsmans underskrifter. Deltagande kvinnor var 27-40 år vilket gav en stor variation på deltagarnas ålder och inom det vanligaste åldersspannet att skaffa barn på. Däremot fick inte författarna någon deltagare som var >40 år vilket kan ha begränsat resultatet då denna riskgrupp inte delgett sina upplevelser av igångsättning av förlossning. Att icke-svensktalande kvinnor exkluderades i studien anses också utgöra en svaghet och begränsar resultatet.

Att välja deltagare med olika erfarenheter ökar möjligheten att belysa studiens syfte vilket ger större variation och perspektiv av det som studeras vilket stärker trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna valde därför att ha med både förstfödelskor och omfödelskor. Därutöver inkluderas samtliga förlossningsutfall i studien det vill säga förlossningar som slutade med akut kejsarsnitt eller instrumentellt vilket styrker datainsamlingens variation och bredd. Detta ökar möjligheterna att få området belyst utifrån olika erfarenheter (Graneheim & Lundman, 2004).

Kvinnor vars barn hade apgar <7 var också en grupp som exkluderades i urvalsprocessen. Denna begränsning gjordes av etiska skäl gentemot kvinnorna och detta kan också ha påverkat resultatets utfall. Tvillingfödslar valde författarna att exkludera då detta kategoriseras som en högriskgrupp. Detta kan anses vara en svaghet i den kvalitativa analysen då variationen på förlossningsfall begränsats.

Intervjuerna genomfördes endast via telefon trots att författarna föreslagit fysiska och videointervjuer. Detta gjorde att kroppsspråk under intervjuprocessen inte kunde läsas av och

därmed har författarna kunnat gå miste om relevant information. Telefonintervjuer kan ha underlättat för deltagarna att samtala om känsliga ämnen då de inte behövde synas på bild vilket kunde gynna deltagarnas anonymiteten. Sammanlagt var intervjuerna mellan 30-40 min vardera.

Författarnas mål var att intervjua 12-14 kvinnor från två BB-avdelningar i södra Sverige. På grund av rådande omorganisation på ett av de två BB-avdelningar fick författarna exkludera en avdelning vilket resulterade i färre möjliga deltagare. Totalt intervjuades tio kvinnor. Det kan ses som en svaghet att ha färre deltagare i studien men då kvinnorna gav riklig information och data bedömdes det vara tillräckligt för att svara på studiens syfte. En mättnad kunde konstateras då liknande information från deltagare återkom (Graneheim & Lundman, 2004).

En nackdel är att samtliga deltagare valdes från enbart en BB-avdelning där igångsättningen vanligtvis startar upp på prenatalavdelningen och sedan fortsätter på förlossningsavdelningen. Detta kan anses vara en svaghet då resultatet kunnat bli annorlunda om deltagare från två olika BB-avdelningar hade fått delta eftersom att rutinerna kan skilja sig åt beroende på sjukhus. Trovärdigheten i studien stärks av samtliga citat som författarna hänvisar till under studiens gång (Graneheim & Lundman, 2004).

Enligt Graneheim och Lundman (2004) förstärks trovärdigheten av att vara fler personer som genomför analysen. Detta för att främja kritiskt tänkande och ifrågasättande kring materialanalys och tolkningar. Författarna valde därför att analysera de två första intervjuerna gemensamt och resterande individuellt för att sedan noggrant gå igenom processen gemensamt igen vilket stärker analysens pålitlighet. För att uppnå trovärdighet i analysen gällande de meningsbärande enheter är att välja de mest lämpliga. Det vill säga om enheterna är för breda kommer de vara svåra att hantera eftersom de sannolikt innehåller olika betydelser (Graneheim & Lundman, 2004). Under analysprocessens gång har författarna haft en nära dialog kring vilka meningsbärande enheter som ska inkluderas i studien för svara på syftet. Detta för att minska risken att missa relevant information kopplat till individuella tolkningar och potentiella missuppfattningar. Författarna har under hela studien återgått till det transkriberade materialet för att säkerställa resultatets giltighet.



Då deltagarna rekryterades från endast en BB-enhet kan detta anses vara en svaghet för överförbarheten. Författarna har dock gjort en tydlig beskrivning på hur urvalet, datainsamlingen och analysprocessen har arbetats fram vilket kan underlätta överförbarheten. Att presentera en rikt och kraftfullt resultat med hjälp av lämpliga citat kommer också att förbättra överförbarheten (Graneheim & Lundman, 2004).

En annan aspekt att ta hänsyn till är att forskarens tolkning av det insamlade materialet och påverkas av hans personliga erfarenheter och utbildning. Tillförlitligheten stärks av att författarna använt sig av vedertagen metod för analys (Graneheim & Lundman, 2004).

## Resultatdiskussion

Föreliggande studies resultat visade att deltagarna upplevde olika grad av delaktighet kring beslutet att starta förlossningen med induktion. En del kände sig väl inkluderade och delaktig i beslutet medan några andra upplevde att de enbart till viss del var delaktiga. En kvinna kände precis tvärtom, att hon inte alls var delaktiga i beslutet om igångsättning.

Olika grad av delaktighet i beslut finns också beskrivet i andra studier från andra länder.

Coates et al., (2021) beskriver att kvinnor hade velat undvika igångsättning men att de kände sig tvingade och pressade på grund av att deras barnmorska eller läkare ansåg att det behövde göras. Det förekom att igångsättning ibland var det enda alternativet som presenterades av vårdpersonalen (Coates et al., 2021). Coates et al., (2021) nämner även att kvinnor upplevde att vårdpersonalens omdöme och tyckande var mer överlägsen än de själva och att de därmed sällan ifrågasatte val eller beslut (Coates et al., 2021).

För att kvinnor ska kunna ta välgrundade beslut kring igångsättning behöver de få både muntlig och skriftlig information i tidigt skede för att kunna ta till sig och bearbeta informationen. Vårdpersonalen bör även föra en öppen dialog, inkludera kvinnorna i beslutsprocessen så att de kan känna sig delaktig och slippa känna att beslut tas utan informerat samtycke.

Vidare visade föreliggande studie att kvinnor hade olika förväntningar inför en igångsättning och att de mestadels var negativa. Enligt Coates et al., (2021) känner kvinnor som blir igångsatta, en sorts oro till att fler interventioner kommer behövas. Vidare upplever kvinnor förutfattade tankar om att vid en igångsättning styr inte deras egna kroppar

förlossningsprocessen, jämfört med en normal förlossning där kroppen startar spontant. Coates et al., (2021) fortsätter att beskriva att kvinnor kan känna att det finns en risk att de tappar kontrollen om situationen, att deras egen kropp inte kan påverka eller främja förlossningen. Tankar om att det skulle kunna ske fler beslut under en igångsättning är också något som förekommer hos kvinnor. Tanken att behöva ta massa snabba beslut, ofta med begränsad information i stundens hetta, känns jobbigt och är redan då förknippad som något negativt (Coates et al., 2021).

Resultatet i föreliggande studie visade att just omfödernor tyckte det var praktiskt och fördelaktigt att få en igångsättning då det gav möjlighet att planera privatlivet. På så sätt kunde de göra upp en planering runt familjen. Exempelvis behövdes barnpassning, färdtransport och omhändertagandet av husdjur prioriteras. Igångsättning möjliggjorde att de fick ett fast datum att förhålla sig till. I enighet med dessa fynd har även Murtagh & Folan (2014) genomfört en studie som visar att omfödernor upplever att igångsättning ger mer tid till planering och skapar förutsättningar att parera privatlivet inför förlossningen. Att kunna planera inför förlossningen är något positivt och som gör att kvinnor vill fortsätta med att bli igångsatta på egen begäran (Murtagh & Folan, 2014). Enligt Coates et al., (2021) rapporterade 6% av deras deltagare i en studie att de ville få en igångsättning. Varför kvinnorna ville bli igångsatta kunde till exempel vara på grund av bekvämlighet, olika medicinska tillstånd, tidigare erfarenheter av positiv upplevelse med igångsättning samt rädsla för smärtan. Kvinnorna trodde att smärtan kunde tyglas bättre om förlossningen blev mer planerad (Coates et al., 2021).

Resultatet i föreliggande studie visade att information till kvinnorna om igångsättning var bristfällig och att vårdpersonal ibland gav olika information. Det uppstod två olika läger; mödravården kontra förlossningsavdelning och där informationen som de gav till de gravida kvinnorna varierade. Det var svårt för kvinnorna att avgöra vilken information de skulle ta in och det upplevdes som att mödravården och förlossningsavdelningen inte hade någon vidare kommunikation med varandra. Coates et al., (2021) nämner att det kan förekomma att vårdpersonal sinsemellan uppger motsägande uppgifter gällande information om igångsättning, som i sin tur skapar mer oro och osäkerhet hos kvinnorna (Coates et al., 2021). Fortsättningsvis betonar Coates et al., (2019) att när adekvat information om igångsättning saknas från vårdpersonalen, vänder sig kvinnorna till andra källor för att få information och kunskap. De kvinnor som faktiskt kände sig redo och förberedda var de som hade fått

informationsbroschyrer, fått möjlighet att diskutera och fått sina frågor besvarade av sin barnmorska (Coates et al., 2019). Detta kan ses i föreliggande studie där den deltagaren som hade fått hjälp av en Klara barnmorska poängterade att hon kände sig trygg gällande igångsättningen.

Kvinnorna i föreliggande studie uttryckte att de ibland behövde aktivt ställa frågor till personalen för få ut någon information. Jay et al., (2018) nämner i sin studie att kvinnor som är mer självsäkra som person har också lättare att fråga ut vårdpersonal och kan på så sätt införskaffa nödvändig information. Mindre självsäkra kvinnor kan uppleva det mer jobbigt och svårare att våga ta för sig och visa sina behov (Jay et al., 2018).

Jay et al., (2018) nämner att det förekommer att vårdpersonalen är stressade, blir avbrutna av saker runt omkring och inte har tid att förklara eller svara på frågor i mötet, utan att de ofta får komma tillbaka vid ett annat tillfälle (Jay et al., 2018). Liknande situation presenterades i föreliggande studie där deltagarna kunde få vänta flera timmar på att få ett ledigt rum, behöva vänta för att få en cytotec-dos eller fått flytta fram datum för start av igångsättning.

Bemötandet var också viktigt för deltagarna i föreliggande studie. Många kvinnor beskrev att barnmorskorna var professionella och omhändertagande, att det fanns tillit och en trygghet till personalen. Det fanns dock även kvinnor som vid vissa tillfällen upplevde nonchalans och en nedlåtande ton av vårdpersonal. Någon enstaka deltagare berättade att de även kände sig utelämnade under latensfasen då barnmorskan inte närvarade lika ofta inne på rummet jämfört när de väl var i aktiv förlossning. Kvinnorna beskrev exempelvis att barnmorskan kom in och lämnade cytotec dos, lyssnad kort stund med CTG men gick snabbt ut från rummet igen. Inga längre möten med barnmorskan skedde under latensfasen.

Jay et al., (2018) menar att barnmorskor har en dominerande ställning som vårdpersonal och en viss makt över sina patienter. Kvinnor blir sårbara när de är beroende av sin barnmorska och förlossningsmiljö kan i sig vara främmande och skrämmande (Jay et al., 2018). Det har även förekommit att barnmorskor har avfärdat tex kvinnors kroppsuppfattningar och känslor, en sorts maktutövning. enligt Jay et al., (2018) resulterar det till att kvinnor känner en känsla av kontrollförlust, att blir utelämnade och osäkra (Jay et al., 2018). Å andra sidan så berättade många deltagare i föreliggande studie att det fanns många positiva stunder såsom att

barnmorskorna var duktiga på att motivera och stödja redan på mödravården men även under förlossning samt postpartum.

Det framkom att kvinnorna hade viss kännedom om resultatet från SWEPIs-studien och att det i sig kunde skapa oro om graviditeten skulle gå över v.41 och dess risker som kunde medföras. Kvinnorna hade framförallt sökt på nätet för att hitta information om SWEPIs-studien, men även andra källor på nätet diskuterade riskerna med att gå över v. 41. Kvinnorna var särskilt oroliga över att barnet kunde dö i magen och att varje dag efter v. 41 var jobbig att uthärda och att oron släppte först när de väl blev igångsatta. Wessberg et al., (2017) genomförde en studie där deras resultat visade att kvinnor generellt har en negativ inställning till att behöva fortsätta vara gravid efter v.41 och ju längre tid det går desto mer ökade dessa negativa känslor.

Fortsättningsvis nämner Wessberg et al., (2017) att kvinnor även kan uppleva besvikelse på sin kropp, en sorg över att förlossningen inte ville börja spontant (Wessberg et al., 2017). Den här besvikelsen över kroppen var också en känsla som föreliggande studie identifierade och något som deltagarna saknade stöd för men som önskades.

Deltagarna upplevde även känslor såsom trygghet och tillit till vårdpersonalen och att det var viktigt att ha en bra relation ihop. Det kunde göra att kvinnorna blev mer avslappnade och att oron minskade. Att ha en välfungerande relation är något som också är essentiellt för barnmorskan. Aune et al., (2014) beskriver i sin studie att barnmorskor kände sig tillfredsställda när de fick arbeta utifrån deras ideologi, att kunna ge kontinuitet, stöd, uppfylla kvinnans önskemål och på så sätt ge god omvårdnad och skapa förtroende. Barnmorskorna påtalade även vikten av att vara lugn inombords samt att skapa en behaglig atmosfär inne på förlossningsrummet. Barnmorskorna påtalade även att när de får möjlighet att vara mycket närvarande och ha tid till sina patienter, skulle det eventuellt kunna medföra till mindre interventioner, minskning av epiduralbedövning och oxytocindropp samt främja sannolikheten för att få en så naturlig förlossning som möjligt (Aune et al., 2014).

Deltagarna i föreliggande studie beskrev att förlossningsförloppet med igångsättning var intensivt, både emotionellt och kroppsligt. Kvinnorna valde att prata mycket om känslor och mindre kring den fysiska upplevelse i kroppen under en igångsättning. Varför kvinnorna väljer spontant att dela med sig mer utav vissa områden kan enligt Murtagh & Folan (2014) bero på att minnet hos kvinnorna efter en förlossning bleknar och förändras med tiden. Behov, önskemål, interventioner, förlopp, vilka som var på plats och vem som sa vad, spelar inte så

stor roll då det inte längre är i fokus. Det centrala blir istället deras barn. Att få ett friskt barn överskuggade allt annat runt omkring, inklusive deras upplevelser av en igångsättning (Murtagh & Folan, 2014).

Något som kvinnorna ändå hade ett starkt och tydligt minne av var smärtan. Kvinnorna använde sig av olika smärtlindringsmetoder för att försöka hantera smärtan. Murtagh & Folan (2014) benämner att kvinnor kan uppleva en mer kraftig smärta än vad de förväntade sig vid igångsättning och att den kan vara svårare att hantera. För att kunna klara av smärtan var epiduralbedövning att föredra, i vissa fall nästan som en sista utväg för att kunna klara av en förlossning, även hos kvinnor som var motiverade och inställda på att undvika all typ av analgetika under förlossningen (Murtagh & Folan, 2014).

Det fanns en stor variation kring tidsintervallet av förlossningsförloppet och där kvinnorna i föreliggande studie föredrog att ha ett snabbt och intensivt förlopp än ett utdraget förlopp. Jay et al., (2018) identifiera att de kvinnor som får ett mindre utdraget förlopp får också en mer positiv förlossningsupplevelse. Upplevelse blir även positiv om kvinnans kropp reagera tidigt på igångsättningsmetoder som tex cytotec och kan hädanefter själv fortsätta förloppet utan att några fler igångsättningsmetoder eller värkstimulerande interventioner behövs (Jay et al., 2018).

Fortsättningsvis förekom det i föreliggande studie att de deltagarna som hade långa och intensiva förlossningsförlopp, nu i efterhand, hade hellre velat genomföra ett sectio än att behöva uthärda flera dygn som tärde på kroppen. Det i sig gjorde att en del av förlossningsupplevelse blev negativ.

Det viktigt att vården följer upp kvinnor som har haft en traumatisk eller negativ upplevelse för att kunna fortsätta främja mödrars hälsa. En negativ förlossningsupplevelse kan ge psykologisk ohälsa postpartum och även vara ihållande längre fram i framtiden (Fenech & Thomson, 2014). PTSD, ångest, sorg och anknytningsproblematik är några exempel på komplikationer som kan uppkomma postpartum. Även rädslan att vara med om en liknande händelse i framtiden gör att en del kvinnor väljer att inte skaffa fler barn (Fenech & Thomson, 2014).

Trots att kvinnorna upplevde en del negativa aspekter relaterade till igångsättningen, kunde detta förbises. Överlag rapporterade deltagarna att deras upplevelse av igångsättning, i helhet,

var positiv även om det kunde förekomma negativa faktorer som påverkade exempelvis stressig miljö, stressad personal, avsaknad av tillgängliga rum och intensiv smärta relaterat till oxytocindropp. Kvinnorna uppgav framförallt att en bra relation till vårdpersonalen och god kommunikation var nyckeln till en positiv förlossningsupplevelse. Att känna sig inkluderad i sin egen och barnets vård, från start till slut var viktigt. Många deltagare skulle även kunna tänka sig genomföra en till igångsättning i framtiden samt motivera en vän att genomföra induktion om det skulle bli aktuellt, vilket talar för att tidigare erfarenhet gällande igångsättning spelar stor roll och skapar även nya förväntningar inför nästkommande förlossning.

Det är viktigt att kvinnor får information om igångsättning utifrån evidensbaserad vetenskap som i sin tur kan ge realistiska förväntningar. Det finns mycket information allmänt ute i samhället och folk har många egna och olika åsikter om ämnet som ibland inte är grundade på vetenskap, men som kan tex färga andra människors förväntningar och omdömen. Som mamma vill man göra det bästa för sitt barn och när gravida kvinnor får reda på de negativa utfall och risker som finns med att gå över gestationsvecka 41, blir det lätt en sorts panik och rädsla som tar över. På något sätt är det lättare att ta till sig negativa uppgifter än det positiva, speciellt om de positiva effekterna av att vänta in en spontan förlossning ej nämns i samma utsträckning.

Barnmorskan bör arbeta utifrån ett holistiskt synsätt för att kunna möta kvinnors individuella behov. Detta kan härledas tillbaka till till barnmorsketeorin "The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery" som betonar vikten av att kunna ge professionell och individuell omvårdnad samt stärka kommunikationen mellan patient och vårdpersonal (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Denna studiens innebörd påvisar att en igångsättning av förlossning är en krävande process för kvinnan på många olika plan och som upplevs olika. Kvinnor som genomgår en igångsättning har särskilda behov som än idag inte är helt uppfyllda. Mycket handlar om att kunna eftersträva en god kommunikation men det är även viktigt att barnmorskan får tillgång till den tid som krävs och möjligheter att möta dessa kvinnor.

Förslag på framtida studier skulle kunna inkludera hur man på bästa möjliga sätt sprider information kring inducerad förlossning för att fler kvinnor ska uppleva att de har möjligheten

att göra ett informerat val under processens gång. Därtill, hade en kartläggning om hur vårdprocessen kring induktion av förlossning ser ut samt hur vårdinsatserna samarbetar med varandra varit av intresse för att förbättra kunskapsnivån och rutinerna av igångsättning. Det hade även varit intressant att se hur barnmorskan upplever induktion som förlossningssätt och utifrån deras perspektiv se hur det påverkar kvinnans förlossningsupplevelse men även hur det påverkar barnmorskans arbetssätt. Barnmorskan möter kvinnor med olika bakgrund, anamnes och förutsättningar. Även om barnmorskans ansvarsområde är över den normala förlossningen, arbetar de dagligen med kvinnor med komplicerade förlossningsförlopp. Det hade varit intressant att se om förlossningsupplevelse varierar beroende på olika bakomliggande tillstånd som exempelvis diabetes och preeklampsi. Handläggningen och förberedelserna inför och under en förlossning kring dessa tillstånd varierar, som i sin tur eventuellt kan påverka förlossningsupplevelsen.

## Konklusion och implikationer

Studiens resultat visar att merparten av undersökta deltagare upplevde en förlossning som blivit inducerad som positiv. Trots att många av deltagarna var negativt inställda till igångsättning genererade vårdpersonalens goda bemötande en positiv upplevelse. Information kring induktion samt regelbunden kommunikation från vårdpersonal främjar kvinnors upplevelser kring induktion av förlossning. Hela vårdkedjan, mödrahälsovården och förlossningsvården behöver ge likvärdig information och vara eniga om rutinerna kring igångsättning så att det inte skapas onödig oro hos kvinnorna. Resultaten tyder på att det är viktigt med ett informerat val inför en igångsättning där för- och nackdelar presenteras så att kvinnor kan ta ett välgrundat beslut vilket i sin tur stärker kvinnors delaktighet. Andelen induktioner i Sverige ökar och det blir därför viktigt med ökad kunskap kring kvinnors upplevelser av att få en inducerad förlossning.

## Referenser

Alkmark, M., Bergh, C., de Miranda, E., Duijnhoven, R. G., Hagberg, H., Keulen, J., Kortekaas, J. C., Mol, B. W., Molin, M., Saltvedt, S., van der Post, J., van Dillen, J., Wennerholm, U. B., & Wikström, A. K. (2020). Induction of labour at 41 weeks or expectant management until 42 weeks: A systematic review and an individual participant data meta-analysis of randomised trials. *PLoS medicine*, *17*(12), e1003436.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003436>

Alkmark, M., Bergh, C., Elden, H., Fadl, H., Hagberg, H., Jonsson, M., Ladfors, L., Saltvedt, S., Sengpiel, V., Stephansson, O., Wendel, S. B., Wennergren, G., Wennerholm, U. B., Wessberg, A., Wesström, J., & Wikström, A. K. (2019). Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWedish Post-term Induction Study, SWEPIIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, *367*, l6131. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6131>

Aune, I., Amundsen, H. H., & Skaget Aas, L. C. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, *30*(1), 89–95.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.midw.2013.02.001>

Beck, C., & Polit, D. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (2. Uppl.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, *11*(6), 461–466.

Carlsson, T., & Georgsson, S. (2021). Forskningsetik. I S. Georgsson & M. Oscarsson (Red.), *Etik för barnmorskor* (1 uppl., s. 293-307). Studentlitteratur

Coates, R., Cupples, G., Scamell, A., & McCourt, C. (2019). Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. *Midwifery*, *69*, 17–28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.013>

Coates, D, Donnelly, N, Foureur, M & Henry, A. (2021). Women's experiences of decision-making and attitudes in relation to induction of labour: A survey study. *Women and Birth*. *34*(2)170-177. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.020>



- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A. K., Selboe, S. T., Torvik, H. M., & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 7, 2–7. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
- Deave T, Johnson D, Ingram J, Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 8, 30. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/1471-2393-8-30>
- Ekéus, C., & Lindgren, H. (2016). Induced Labor in Sweden, 1999-2012: A Population-Based Cohort Study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 43(2), 125–133. <https://doi.org/10.1111/birt.12220>
- Ekman-Ordeberg, G. (2014). Förlossningsinduktion. I H. Hagberg, K. Marsal & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (2 uppl., s. 485-489). Studentlitteratur: Lund.
- Falk, M., Nelson, M., & Blomberg, M. (2019). The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth a population based cohort study including 16,000 women. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 494. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2633-8>
- Fenech, G., & Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 30(2), 185–193. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.midw.2013.12.004>
- Gatward H., Simpson M., Stainton MC., & Woodhart L.(2010). Women's experiences of being induced for post-date pregnancy. *Women & Birth*, 23(1), 3–9. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.wombi.2009.06.002>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(4), 806–817. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>

Henderson, J., & Redshaw, M. (2013). Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 92(10), 1159–1167.

<https://doi.org/10.1111/aogs.12211>

Hildingsson, I., Karlström, A., & Nystedt, A. (2011). Women's experiences of induction of labour--findings from a Swedish regional study. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 51(2), 151–157. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2010.01262.x>

Holzmann, M., & Nordström, L. (2016). Induktion av förlossning. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (1 uppl., s.550-554). Studentlitteratur: Lund

International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*.<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitionsfiles/2018/06/english-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>

International Confederation of Midwives. (2014). *Keeping Birth Normal*.

<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf>

Jay, A, Thomas, H & Brooks,F. (2017). In labor or in limbo? The experiences of women undergoing induction of labor in hospital: Findings of a qualitative study. *Birth issues in perinatal care*. 45, 64–70. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/birt.12310>

Lou, S., Carstensen, K., Hvidman, L., Jensen, T. F., Neumann, L., Habben, J. G., & Uldbjerg, N. (2021). "I guess baby was just too comfy in there...": A qualitative study of women's experiences of elective late-term induction of labour. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 34(3), 242–249.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.012>

Lundgren, I. (2010). Vård vid normalt barnafödande. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka* (2 uppl., s.117-138). Studentlitteratur: Lund

Mozurkewich, E. L., Chilimigras, J. L., Berman, D. R., Perni, U. C., Romero, V. C., King, V. J., & Keeton, K. L. (2011). Methods of induction of labour: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 11, 84. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-84>

Murtagh, M & Folan, M. (2014). Women's experiences of induction of labour for post-date pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 22(2), 105-110. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.12968/bjom.2014.22.2.105>

Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., & Ekström, A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing research and practice*, 2013, 349124. <https://doi.org/10.1155/2013/349124>

Region Skåne. (2021). *Regionala riktlinjer för normal förlossning*. Version 2. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/normal-forlossning---regional-riktlinje.pdf>

Region Skåne, (2022), *Regional medicinsk riktlinje Regionalt tillägg Nationell riktlinje för handläggning i graviditetsvecka 41*, Skåne: Region Skåne [https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/handlaggning-i-graviditetsvecka-41\\_riktlinje.pdf](https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/handlaggning-i-graviditetsvecka-41_riktlinje.pdf)

Skaget Aas, L. C., Amundsen, H. H & Aune, I. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30(1), 89–95. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.midw.2013.02.001>

Socialstyrelsen. (2021). Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2020. Hämtad; 2021-12-07 <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-12-7651.pdf>

Socialstyrelsen. (2001). Handläggning av normal förlossning - State of the Art. Hämtad 2021-12-10 [https://www.sfog.se/media/66770/state\\_of\\_the\\_art\\_pn.pdf](https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf)

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. (2017). *Förlossningsrädsla. (ARG rapport nr 77)* [https://www.sfog.se/natupplaga/1005623\\_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf](https://www.sfog.se/natupplaga/1005623_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf)

Shynlova, O., Nadeem, L., Zhang, J., Dunk, C., & Lye, S. (2020). Myometrial activation: Novel concepts underlying labor. *Placenta*, 92, 28–36. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.placenta.2020.02.005>

Wessberg, A , Lundgren, I & Elden, H. (2017). Being in limbo: Women’s lived experiences of pregnancy at 41 weeks of gestation and beyond – A phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 17, 1-12. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12884-017-1342-4>

WMA Declaration of Helsinki. (2018). *Ethical Principles for Medical Research involving human subjects*. Hämtad: 2021-12-16 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

World Health Organization. (2011). *WHO recommendations of Induction of labour*. Hämtad: 2021-12-08 från <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf?ua=1>

## Bilaga 1(1)

Intervjuguide med inspiration av Gatward et al., (2010).

### **Introduktion**

Ge muntlig och skriftlig information om samtycke och deltagande i studien - inhämta godkännande. Berätta om studien, dess syfte; *beskriva kvinnors upplevelser av förlossningsinduktion.*

Även beskriva vad resultatet kan eventuellt bidra med till hälso-sjukvården.

### **Intervjufrågor**

Bakgrund:

Ålder på personen?

Hur lång tid har det gått sedan ditt barn föddes?

Är du först- eller omföderska?

Huvudfråga; Förlossningar kan starta spontant eller artificiellt. Du har varit med om att få din förlossning igångsatt. "Hur var din upplevelse av att få inducerad förlossning?"

Följdfrågor som kan ställas med antingen huvudfråga eller med fokus på olika teman för att få mer utvecklande svar;

Vilken metod användes för att sätta igång förlossningen?

Hur upplevde du det?

Hur kändes det?

Kan du utveckla/beskriva det mer?

Vad hände?

Vilka förväntningar hade du inför din förlossning?

Fanns det för- och nackdelar?

På vilket sätt påverkade det dig?

Hur hade du rådgivit en väninna om artificiell start av förlossning i liknande situation?

Hade vårdpersonalen kunnat hjälpa till på andra sätt eller göra något mer annorlunda inför och under din förlossning?

Vad skulle behöva förbättras och i så fall hur?

Vill du berätta något mer?

Hur känner du idag inför det du berättar?

Har jag förstått dig rätt?

Beslutsprocessen; Hur fick du information och förberedelse inför artificiell förlossning?

Avslutningsvis:

Är det något råd du skulle vilja ge till vårdpersonal som arbetar med igångsättning av förlossning?

Hur känns det att ha delat med dig av dina upplevelser?

Är det något mer du vill tillägga eller något som ska uteslutas vid sammanställning av intervjun?

Vill du ta del av studien när den är sammanställd?