



MEDICINSKA
FAKULTETEN

Förstföderskors upplevelser av delaktighet vid medicinska
interventioner i samband med födsel på sjukhus

Primiparous women's experiences of participation in medical
interventions during labour and birth in a hospital setting

Författare: Karin Benson & Anna Högdahl

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats
Våren 2024

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

Abstrakt

Bakgrund: De senaste två decennierna har medicinska interventioner i samband med födsel ökat globalt. Förstföderskor har en högre incidens av medicinska interventioner än omföderskor. Vid rutinanvändning av medicinska interventioner ökar risken för att kvinnors delaktighet negligeras, vilket kan leda till en negativ förlossningsupplevelse. Det saknas studier om hur förstföderskor upplever delaktighet i samband med medicinska interventioner i en svensk kontext.

Syfte: Syftet var att belysa förstföderskors upplevelse av delaktighet vid medicinska interventioner i samband med födsel på sjukhus.

Metod: En kvalitativ metod med induktiv ansats användes. Tolv kvinnor som fött sitt första barn i södra Sverige intervjuades. Insamlat material bearbetades med hjälp av tematisk innehållsanalys.

Resultat: Det framkom två huvudkategorier med sammanlagt fem underkategorier. Den första huvudkategorin var; *Interaktionen mellan kvinna och barnmorska* med underkategorierna; *Maktobalansens påverkan*, *Informationens betydelse* samt *Långsiktiga konsekvenser*. Den andra huvudkategorin var; *Att känna stort eget ansvar* med underkategorierna; *Att lägga skuld på sig själv* och *Att ha förkunskap*.

Slutsats: Resultatet belyser att förstföderskor upplever en brist på delaktighet vid medicinska interventioner i samband med födsel på sjukhus. Denna brist härleds till otillräcklig information och inhämtning av samtycke, vilket kunde ge upphov till negativa känslor i samband med födseln och tiden efter. Studiens resultat understryker därmed vikten av att göra förstföderskor delaktiga kring medicinska beslut, då en otillräcklig delaktighet riskerar att leda till negativa konsekvenser för hennes långsiktiga sexuella- och reproduktiva hälsa.

Nyckelord: Förstföderskor, delaktighet, födsel, förlossning, medicinska interventioner, information, samtycke.

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	5
Delaktighet.....	5
Förlossningsupplevelse.....	5
Medicinska interventioner	6
Barnmorskans roll.....	8
Kvinnocenterad vård.....	8
Syfte	9
Metod	9
Design	9
Urval	10
Undersökningsinstrument	10
Datainsamling	10
Analys av data.....	11
Förförståelse.....	13
Forskningsetiska överväganden.....	13
Resultat.....	14
Interaktionen mellan kvinna och barnmorska	14
Maktobalansens påverkan.....	15
Informationens betydelse	17
Långsiktiga konsekvenser.....	19
Att känna stort eget ansvar	20
Att lägga skuld på sig själv	21
Att ha förkunskap.....	22
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	24
Konklusion	28
Implikation för förändring.....	28
Genom fortsatt forskning	28
Kliniskt.....	29
Referenser.....	30
Författarnas bidrag	33
Bilaga 1 – Intervjuguide	34
Bilaga 2 - Medicinska interventioner	35

Problemområde

Delaktighet kan främja en positiv förlossningsupplevelse för födande kvinnor (Downe et al., 2018; Goodman et al., 2004; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Waldenström et al., 2004). Att göras delaktig innebär att kunna göra informerade val vilket är en rättighet enligt svensk hälso- och sjukvårdslag (HSL 2017:30; SFS 2014:821). De senaste två decennierna har medicinska interventioner i samband med födande ökat globalt (World Health Organisation [WHO], 2018). Dessa kan vara livsavgörande för mor och barn, men vid överanvändning eller utan medicinsk indikation riskerar de att göra mer skada än nytta (Miller et al., 2016). Det har rapporterats att kvinnors delaktighet frekvent negligeras vid rutinanvändning av medicinska interventioner (Miller et al., 2016). Bristande delaktighet ökar risken för en negativ förlossningsupplevelse (Miyachi et al., 2022) vilket kan få långsiktiga konsekvenser för kvinnans sexuella- och reproduktiva hälsa (Waldenström et al., 2004).

I Sverige har förstföderskor större sannolikhet att få medicinska interventioner jämfört med omföderskor (Skogsdal et al., 2023). Det saknas kunskap om hur förstföderskors delaktighet beaktas i dessa sammanhang. Genom att belysa förstföderskors upplevelser av delaktighet vid medicinska interventioner kan barnmorskor öka sin förståelse för förstföderskors behov av delaktighet, i enlighet med WHO:s (2018) mål om varje kvinnas rätt till en positiv förlossningsupplevelse.

Bakgrund

Delaktighet

Delaktighet kan enligt Socialstyrelsen (2015) beskrivas som ett sammanfattande begrepp för individens självbestämmande och inflytande. I Sverige finns det två lagar som syftar till att stärka patientens rätt till delaktighet i samband med vård; patientsäkerhetslagen (SFS: 2010:659) och patientlagen (SFS 2014:821). Patientsäkerhetslagen syftar till att främja det systematiska arbetet kring patientsäkerhet samt understryka att vården ska genomföras med respekt och omtanke för individen. Patientlagen syftar till att stärka och förtydliga patientens rätt till delaktighet och inflytande i vården. I enlighet med kap 6 1 § ska vården i största möjliga mån utformas i samråd med patienten. Patienten bör även tilldelas möjligheten att välja det alternativ som hen föredrar när flera behandlingsalternativ, förenliga med vetenskaplig evidens och etablerad praxis, kan erbjudas (SFS 2014:821).

Förlossningsupplevelse

En förlossningsupplevelse kan skildra en fysisk, psykisk och emotionell process för den födande kvinnan (Larkin et al., 2009). De senaste åren har WHO (2018) understrukt vikten av att mor och barn inte enbart överlever födseln om komplikationer uppstår, utan även att kvinnors psykosociala upplevelse bör beaktas som en central del i födelseprocessen. Målet är således att varje kvinna ska få en positiv förlossningsupplevelse (WHO, 2018).

Födande kvinnor ser delaktighet som en central aspekt för att främja en positiv förlossningsupplevelse (Downe et al., 2018; Goodman et al., 2004; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Miyauchi et al., 2022; Waldenström et al., 2004). Enligt en metaanalys (Miyauchi et al., 2022) framkom det att kvinnor som blev involverade i medicinska beslut, kände sig stärkta och upplyfta efter födseln. Kvinnor som däremot upplevt bristande delaktighet och otillräcklig information i samband med medicinska interventioner, beskrev istället en negativ förlossningsupplevelse (Miyauchi et al., 2022).

Sedan december 2020 ges kvinnor som fött barn i Sverige möjlighet att delta i en enkätundersökning gällande hur de upplevt vården i samband med födsel (Graviditetsregistret, 2022). År 2022 upplevde 76 % av 46 337 kvinnor att deras behov blivit tillgodosedda under

deras födsel (Skogsdal et al., 2023). Graviditetsenkäten rapporterar inte paritet eller huruvida de uppfattade sig delaktiga eller ej. Förstföderskor löper ökad risk att få en negativ förlossningsupplevelse kopplat till en högre incidens av medicinska interventioner (Westergren et al., 2021; Green et al., 2022). I det svenska graviditetsregistrets årsrapport presenteras årligen statistik från den svenska förlossningsvården (Skogsdal et al., 2023). År 2022 var det 31 % av förstföderskors födsel som genomfördes med större intervention eller komplikation, det vill säga en födsel som slutat med sugklocka, tång, perinealbristning grad 3–4, blödning över 1500 ml eller blodtransfusion (Skogsdal et al., 2023). Vid en motsvarande analys för omföderskor var siffran 7 % (Skogsdal et al., 2023). Oavsett om medicinsk intervention önskas, görs på rutin eller är nödvändig, bör kvinnans delaktighet under förlossningsprocessen alltid tillgodoses (Downe et al., 2018; Miller et al., 2016; Miyauchi et al., 2022; SFS: 2018: 821; WHO, 2018).

Medicinska interventioner

En medicinsk intervention i samband med födsel kan definieras som en åtgärd eller ett ingripande som ämnar att förbättra eller skydda hälsan hos kvinnan eller det väntade barnet (Westergren et al., 2021). Medicinska interventioner som kan förekomma i samband med födsel innefattar exempelvis induktion, kontinuerlig CTG-monitorering, vaginal undersökning, farmakologisk smärtlindring, värkstimulerande dropp, episiotomi, sugklocka eller akut kejsarsnitt (Seijmonsbergen-Schermers et al., 2020). Medicinska interventioner kan vara avgörande för kvinnor och barns hälsa, förutsatt att de används vid tydlig medicinsk indikation och vid rätt tidpunkt under födseln (WHO, 2018; Miller et al., 2016).

De senaste två decennierna har det skett en ökad användning av medicinska interventioner i samband med födande, med ändamålet att förbättra hälsoutfallet för kvinnor och barn globalt (WHO, 2018; Miller et al., 2016; Seijmonsbergen-Schermers et al., 2020). Detta har lett till en övermedikalisering av födandet i framför allt höginkomstländer (Seijmonsbergen-Schermers et al., 2020). Övermedikalisering är ett begrepp som Miller et al. (2016) definierar som en rutinmässig eller för tidig insättning (“Too Much Too Soon”) av olika medicinska interventioner, utan att det föreligger en tydlig medicinsk indikation för situationen som råder (Miller et al., 2016). Likaså kan en tendens till undermedikalisering ses i framför allt låginkomstländer, där allt för sen insättning av nödvändiga medicinska interventioner (“Too little too late”) riskerar att få negativa konsekvenser för kvinnor och barns hälsa (Seijmonsbergen-Schermers et al., 2020).

Socialstyrelsen (2024) menar att det inte råder konsensus bland Sveriges förlossningskliniker kring utformningen, omfattningen och innehållet i de medicinska riktlinjerna för den normala födseln. Definitionen av vad en normal födsel innebär varierar således runtom i Sverige. Vidare menar Socialstyrelsen (2024) att om normal födsel skulle likställas med en födsel helt utan medicinska interventioner, skulle mindre än 10 procent av alla födslar i Sverige inkluderas i definitionen. Endast ett fåtal av Sveriges riktlinjer gällande normal födsel understryker betydelsen av att individanpassa och göra kvinnan delaktig i samband med medicinska beslut (Socialstyrelsen, 2024). Socialstyrelsen (2024) betonar att insatser och handlingar i samband med födseln inte ska ske på rutin, utan styras av kunskap och anpassas utifrån den födandes individuella behov och önskemål.

När friska gravida kvinnor med förväntat normala födslar får medicinska interventioner på rutin utan medicinsk indikation, finns det risk att det stör den fysiologiska processen vilket kan leda till en kaskad av interventioner (WHO, 2018; Jansen et al., 2013; Socialstyrelsen, 2024). Normaliseringen och överanvändningen av medicinska interventioner i samband med födande riskerar även att underminera kvinnans självkänsla och förmåga till att föda sitt barn, vilket kan påverka förlossningsupplevelsen i negativ riktning (WHO, 2018; Olza et al., 2018). Enligt Miller et al. (2016) finns det evidens för att kvinnors delaktighet frekvent negligeras vid rutinanvändning av olika medicinska interventioner, vilket enligt flera studier ökar risken för en negativ förlossningsupplevelse (Downe et al., 2018; Goodman et al., 2004; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Waldenström et al., 2004).

Enligt en svensk tvärsnittsstudie (Westergren et al., 2021) som inkluderade 129 kvinnor, önskade merparten av kvinnorna en naturlig födsel med så få medicinska interventioner som möjligt. Majoriteten av kvinnorna i studien fick inte den födsel som de tänkt sig, och 94,6 % av förstföderna i studien fick någon form av medicinsk intervention under födseln. Vidare visar studiens resultat att en högre andel interventioner var kopplade till en sämre förlossningsupplevelse (Westergren et al., 2021), ett samband som även påvisats i tidigare studier (Taheri et al., 2018; Hildingsson et al., 2013).

Barnmorskans roll

I Sverige ansvarar barnmorskan självständigt för den normala graviditeten, födseln och första postnatalperioden (Svenska Barnmorskeförbundet [SBF], 2018). I samband med födseln arbetar barnmorskan både medicinskt och icke-medicinskt för att stötta och främja den normala och fysiologiska processen. Barnmorskan besitter även kunskap och kompetens för att kunna bedöma när en födsel avviker från det normala, vilket oftast föranleder kontakt med en obstetriker för vidare bedömning kring handläggning av födseln (SBF, 2018). Användning av medicinsk teknik och medicinska interventioner i samband med födseln är idag en integrerad del av barnmorskornas arbete på svenska förlossningskliniker (Skogsdal et al., 2023). För de flesta kvinnor är det av yttersta vikt att få föda normalt med få medicinska interventioner, samt att få en positiv och stärkande förlossningsupplevelse (Westergren et al., 2021; WHO, 2018). För att främja kvinnors önskan om en positiv förlossningsupplevelse med få medicinska interventioner, är relationen till barnmorskan såväl som barnmorskans närvaro under födseln avgörande (Bohren et al., 2017; Souter et al., 2019; SBF 2018). I en metaanalys (Bohren et al., 2017) som involverade 27 studier med totalt 15 858 kvinnor påvisades det att kontinuerligt stöd av barnmorskan under födseln ökade kvinnans känsla av delaktighet. Dessutom verkade barnmorskans stöd och närvaro främjande för en spontan start av födseln och minskade även sannolikheten för användning av medicinska interventioner (Sandall et al., 2024).

Kvinnocenterad vård

WHO (2018) belyser vikten av en kvinnocenterad vård för alla gravida och födande, då ett kvinnocentrerat förhållningssätt skapar förutsättningar för kvinnor att få en god, trygg och respektfull vård i samband med födande. Kvinnocenterad vård som barnmorsketeori utgår ifrån ett salutogent och holistiskt synsätt, där respekt för kvinnans rättigheter står i centrum (Lundgren & Dahl, 2022). En barnmorska som arbetar kvinnocentrerat ska i första hand beakta kvinnans individuella behov, önskemål och förväntningar före de eventuella behov eller önskemål som vårdpersonalen eller organisationen har (Lundgren & Dahl, 2022). Barnmorskan ska utifrån det kvinnocentrerade förhållningssättet ta hänsyn till kvinnans sociala, emotionella, fysiska, psykologiska, spirituella och kulturella behov och förväntningar, något som WHO

(2018) även betonar. Genom att utgå ifrån kvinnan, och således visa hänsyn och respekt för kvinnans rätt till självbestämmande och delaktighet, kan barnmorskans roll och professionella förhållningssätt öka möjligheterna för kvinnan att uppleva fysiskt, psykiskt och emotionellt välbefinnande i samband med födseln (Hildingsson et al., 2013; Bohren et al., 2017; López-Toribio et al., 2021).

Syfte

Studiens syfte var att belysa förstföderskors upplevelser av delaktighet vid medicinska interventioner i samband med födsel på sjukhus.

Metod

Design

För att besvara studiens syfte genomfördes en semistrukturerad intervjustudie med en induktiv ansats. Enligt Bell och Waters (2014) förefaller kvalitativ metod som mest lämpat för att undersöka respondenternas upplevelser. Genom bearbetning och noggrann analys av insamlad data kan mönster och kategorier som bäst beskriver fenomenet identifieras. Därigenom kan kunskap och ökad förståelse för det undersökta fenomenet nås (Bell & Waters, 2014). Kvalitativa metoder är generellt sett grundade i ett holistiskt synsätt, där betraktaren ska utgå ifrån helheten, och inte ifrån dess delar. Den holistiska filosofin utgår ifrån ett tankesätt där mänskliga erfarenheter är unika och komplexa. Därmed kan inte helheten förstås enbart genom en analys av dess olika delar, utan det är summan av delarna som är viktigast (Olsson & Sörensen, 2021). Med en induktiv ansats ligger utgångspunkten i deltagarnas erfarenheter och individuella upplevelser. Utifrån beskrivna upplevelser kan författarna identifiera olika teman och kategorier, som tillsammans kan generera en förståelse av det undersökta fenomenet (Polit & Beck, 2018).

Urval

För att inkluderas i studien skulle deltagarna vara förstfödorskor och ha fött sitt första barn för 3-18 månader sedan, då hänsyn togs till den fysiska och emotionella omställningen som kvinnor kan uppleva i samband med den fjärde trimestern (Paladine et al., 2019). Ytterligare ett inklusionskriterie var att kvinnorna skulle ha fått en eller flera medicinska interventioner i samband med födseln, samt fött sitt barn på en förlossningsklinik i södra Sverige (Skåne eller Halland). Respondenten skulle förstå och tala svenska eller engelska flytande. Målet var att inkludera mellan 12-15 respondenter baserat på frivilligt deltagande samt i enlighet med urvalskriterierna. Urvalet av respondenterna genomfördes strategiskt, vilket innebär ett målstyrt urval som grundar sig i att individer väljs ut i relation till studiens syfte (Bryman, 2008).

Undersökningsinstrument

Intervjuerna genomfördes utifrån en semistrukturerad intervjuguide med öppna och förståelsefördjupande frågor. Intervjuguiden strukturerades utifrån en huvudfråga och två teman som grundade sig i begreppet delaktighet, se bilaga 1 för intervjuguide utifrån Kvale och Brinkmann (2009). Fördelen med semistrukturerade intervjuer är att upplägget möjliggör för intervjuerna att vara förberedda med strukturerade frågor, samtidigt som det ger en flexibilitet att kunna ställa förståelsefördjupande följdfrågor, exempelvis "det där var intressant, vill du utveckla det"? och "hur fick det dig att må?". Följdfrågor likt dessa kan ställas för att få mer djupgående och detaljerad information om det undersökta fenomenet (Polit & Beck, 2018).

Datainsamling

Respondenter till intervjustudien rekryterades initialt genom att författarna delade ett inlägg via ett flertal kända barnmorskekonton på Instagram (exempel "Asabea Britton" och "Märta Cullhed") samt via olika mammagrupper på Facebook (exempel "Gravid och mamma 2023" och "Malmömmor 2021 och framåt"). Inlägget beskrev kortfattat studiens syfte och urvalskriterier samt kontaktinformation till författarna. De respondenter som var intresserade av att delta i studien kontaktade därefter författarna via mejl, varpå respondenten erhöll ett informationsbrev om studiens syfte och utförande, med tillhörande samtyckesblankett. Inför intervjuerna erhöll respondenterna även ett dokument som beskrev vanligt förekommande medicinska interventioner, då detta ansågs vara av värde för respondenterna i samband med

intervjuerna. Datum, tid och plats för intervjun bestämdes därefter i samråd med respondenten. Av de 13 respondenter som initialt visat intresse för medverkan i studien, valde 3 att avstå från vidare deltagande. Ett senare rekryteringsförsök genomfördes via författarnas privata Instagramkonton, varpå ytterligare 3 respondenter anmälde sitt intresse för deltagande. Detta resulterade i totalt 13 respondenter.

Intervjuerna genomfördes mellan december 2023 till och med april 2024. Den första intervjun var en pilotintervju för att säkerställa att intervjuguiden var adekvat utformad samt fånga in dem upplevelser som ville belysas. Pilotintervjun hölls vid personligt möte hemma hos en av författarna, med båda författarna närvarande. Resterande 12 intervjuer genomfördes individuellt av författarna, via digitala verktyg såsom Zoom eller Teams. Intervjuerna varade mellan 30–50 min. Inför att intervjun påbörjades presenterade författarna studiens syfte samt inhämtade muntligt samtycke då endast några av respondenterna signerat och återskickat samtyckesblanketten. Efter intervjun gav författarna tid för respondenten att ställa frågor angående intervjun eller studien. Då starka känslor kunde uppstå i samband med intervjuerna var författarna noga med att hänvisa vidare till hjälp och stöd, dit kvinnorna själva kunde söka om behovet fanns. Intervjuerna spelades in digitalt, och transkriberades därefter ordagrant. En av intervjuerna kunde inte transkriberas då ljudkvaliteten var påverkad till den grad att författaren inte kunde höra vad som sas. Med pilotintervjun inräknad resulterade detta i totalt 12 transkriberade intervjuer som användes vidare i databearbetningen. Efter 12 utförda intervjuer kunde en röd tråd skönjas, varpå författarna ansåg att inga ytterligare respondenter behövde rekryteras. Ljudfilerna och transkriberingarna förvaras inlåsta tills dess att studien är avslutad och materialet kan förstöras.

Analys av data

Insamlad data från intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades enligt tematisk innehållsanalys med fyra faser (Burnard, 2008) och genomfördes systematiskt och rigoröst. I den inledande fasen gjordes en öppen kodning av de transkriberade intervjuerna. Varje transkription lästes tillsammans och koder i form av fraser och sammanfattande uttalanden skrevs i marginalen av dokumentet. Initialt skapades koderna separat men efter diskussion kodades de sista fyra intervjuerna tillsammans av båda författarna. Koderna diskuterades fortlöpande under den inledande fasen, för att försäkra en samstämmighet. Sammanställningen blev slutligen totalt 358 koder. I fas två togs koderna från samtliga tolv transkriberingar och

samlades ihop i ett Excel-dokument. Efter diskussion strök sedan författarna dubletter och likstämmiga koder, till totalt 142 koder. I fas tre reducerades koderna ytterligare genom att identifiera och gruppera överlappande och liknande koder, till totalt sju olika kategorier. Dessa preliminära kategorier diskuterades tillsammans med huvudhandledare och mellan författarna för att nå konsensus. Genom vidare bearbetning reducerades dessa sju kategorier ner till totalt två huvudkategorier och fem underkategorier. Den reducerade listan bildade det slutgiltiga kodschemat. I fas fyra delade författarna upp det transkriberade materialet inbördes. Samtliga transkriberingar gick igenom noggrant och varje meningsbärande enhet som stämde in under varje kategori markerades med en specifik färg. Insamlad data delades sedan upp och placerades in i olika kategorier efter diskussion, där de sedan sammanställdes, kritiskt granskades och skrevs ned (Burnard, 2008). Resultatet som framställs efter analysen strävar efter att förbli troget det ursprungliga materialet från intervjuerna och presenteras med hög grad av noggrannhet.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Huvudkategori	Underkategori	Kod	Citat
Interaktionen mellan kvinna och barnmorska	Maktobalansens påverkan	Påtvingat samtycke	<i>"Ja, eller alltså, till slut gick jag ju med på, alltså eller kände mig liksom påtryckt att jag skulle börja med den här låga dosen av värkstimulerande" (R7)</i>
	Informationens betydelse	Dubbla känslor	<i>"Jo, men det hade kunnat va bättre faktiskt. Det hade jag nog kanske önskat, lite mer information, men sen kan det ju vara så att de kände sig stressade (...) Det har jag också förståelse för samtidigt att de kanske inte hann informera kanske" (R3)</i>

Förförståelse

Förförståelse är ett begrepp som avser de förutfattade meningar och åsikter som forskaren har kring ett fenomen innan det ska studeras (Jakobsson, 2011). Med förförståelse finns det risk för påverkan på dataanalysen. Författarna har genom insamlat material från rapporter, tidigare forskning samt som barnmorskestudenter en viss förförståelse för ämnet. I enlighet med International Confederation of Midwives [ICM] (2017) och SBF (2018) ska barnmorskan primärt främja den normala fysiologiska processen under förlossningsskedet. Som barnmorskestudenter har författarna en salutogen utgångspunkt, med fokus på att minimera förekomsten av medicinska interventioner. Denna grundinställning kan påverka analys av data. I resultatanalysen kommer författarna försöka bortse från förförståelsen genom objektivitet och kontinuerlig diskussion.

Forskningsetiska överväganden

Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA] 2013) innehåller forskningsetiska rekommendationer för forskning som involverar människor och utgör en grundpelare för forskningsetik inom hälso- och vårdvetenskap. Då studien involverade mänskligt deltagande är det enligt Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013) av yttersta vikt att grundläggande etiska principer beaktas. Datasamling genomfördes i enlighet med informationskravet, godhetsprincipen, autonomiprincipen samt konfidentialitetskravet (Bryman, 2008). Genom att skriftligen och muntligen informera deltagarna om rätten till avbrytande, frivilligt deltagande samt vad studien planerade att undersöka, beaktades rätten till självbestämmande som är förenligt med informationskravet (Olsson & Sörensen, 2021). Uppsatsens resultat kan förhoppningsvis bidra till en utökad förståelse kring förstfödorskors upplevda delaktighet vid medicinska interventioner och därmed verka för att förebygga en negativ förlossningsupplevelse, vilket är i enlighet med godhetsprincipen (Olsson & Sörensen, 2021). Vidare säkerställdes respondentens konfidentialitet och autonomi genom att författarna respekterade det frivilliga deltagandet samt att respondenten kunde avböja vidare deltagande utan att behöva ange specifika skäl (Bryman, 2008). Samtliga respondenter gav även informerat samtycke innan intervjuerna påbörjades. Vidare kodades intervjuerna så att ingen respondent var namngiven. Det inspelade materialet fanns på två separata USB-stickor som förvarades inlåsta. Det transkriberade materialet förvarades på kodlåst dator, då uppgifter ej skulle vara tillgängliga för obehöriga (Bryman, 2008).

Inför studiens påbörjan erhöles ett rådgivande yttrande (diarienummer 70-73) från Vårdvetenskapliga etiknämnden vid Lunds universitet (VEN) om att det inte fanns etiska invändningar mot att studien genomfördes såsom den beskrivits.

Resultat

Resultatet bygger på 12 intervjuer med kvinnor som fött sitt första barn för 3-18 månader sedan i södra Sverige. Efter analys av intervjuerna framkom totalt två huvudkategorier med fem underkategorier (tabell 2).

Tabell 2. Kategorier som belyser förstföderskors upplevelse av delaktighet vid medicinska interventioner i samband med födsel på sjukhus.

Kategori	Underkategori
Interaktionen mellan kvinna och barnmorska	Maktobalansens påverkan
	Informationens betydelse
	Långsiktiga konsekvenser
Att känna stort eget ansvar	Att lägga skuld på sig själv
	Att ha förkunskap

Interaktionen mellan kvinna och barnmorska

Huvudkategorin *Interaktionen mellan kvinna och barnmorska* representerar primärt barnmorskan men också den övriga vårdpersonalens roll för kvinnans upplevda delaktighet i samband med medicinska interventioner. Resultatet belyser interaktionen som central för kvinnans upplevelse av delaktighet, där både positiva och negativa upplevelser framkom. Subkategorier inom denna kategori är *Maktobalansens påverkan*, *Informationens betydelse* samt *Långsiktiga konsekvenser*.

Maktobalansens påverkan

Respondenterna beskriver att de vid något tillfälle under födseln upplevt att barnmorskan genomfört en medicinsk intervention utan att kvinnan fått vara delaktig i beslutsprocessen. Bristen på delaktighet beskrevs exempelvis genom att informationen om den medicinska interventionen först tillkännagavs efter att det redan hade genomförts eller att kvinnan först vid genomläsning av sin journal förstått att interventionen skett. Upplevelsen beskrevs som en känsla av att inte ha haft möjlighet att ge sitt samtycke eller att uttrycka sina preferenser. För kvinnan kunde bristen på information och samtycke resultera i en upplevelse av oaktsamhet, kontrollförlust eller en brist på rätt till autonomi.

”Ja, nej så jag blev lite förvånad i efterhand att de hade tagit vattnet, för det, det hade jag ingen aning om och det sa dem inte innan att de, att de gjorde utan det fick jag läsa sen i journalen att de hade gjort”(R3)

“(...) jag inte ville och så sa hon ”ja men vi börjar på låg dos så utvärderar vi och sen så ser vi liksom hur det känns” (...) sen när jag ser min journal så har hon ju ökat den hur mycket som helst under tiden utan att vi har utvärderat det en enda gång, så att det bara hände” (R7)

Det framkom även att brist på informerat samtycke kring de medicinska interventionerna kunde ge upphov till en känsla av övergrepp. Detta fick konsekvenser för kvinnornas psykiska välmående och följde med dem under den första tiden som förälder. Respondenterna beskrev detta som en upplevelse av att barnmorskan eller läkaren utövade en auktoritär makt över kvinnans kropp, vilket lämnade henne med en obefintlig möjlighet att göra invändningar eller att på något sätt motsätta sig interventionen. Det framkom även intryck av att ens kropp blev objektifierad i samband med de medicinska interventionerna, något som påverkade kvinnans upplevelse av möjligheten till delaktighet.

”Eeh vad jag har förstått efteråt var ju att man kunde säga nej till, alltså, jag fick så mycket vaginala undersökningar under tiden den, jag hade mina värkar, och det var eehm (längre paus) det var hemskt (gråter). Och det kändes ju, det kändes, som ett övergrepp (fortsätter gråta) (...) Det var hemskt!” (R4)

”Det känns verkligen som ett, ah nästan som någon slags övergreppssituation av att jag blev överkörd kring såna här saker och liksom, ah, allt som hände sen” (R6)

Respondenterna belyser att vissa interventioner upplevdes som att de genomfördes på rutin av barnmorskan, såsom vaginala undersökningar, CTG-monitorering, amniotomi och givande av k-vitamin i efterbördsskedet. Detta beskrevs som att barnmorskan informerade om att interventionen skulle genomföras, men att kvinnan inte gavs tydlig möjlighet att avböja. Det förekom även tillfällen där kvinnorna upplevde själva interventionen som en tillsägelse eller en befallning, snarare än ett resonemang där kvinnans åsikt tilläts att komma till tals.

”Utan de sa liksom ”men nu tar jag håll på hinnorna här ” och så gjorde hon det (...) Så där var ju ingen information innan alls” (R5)

”Alltså dom flesta interventionerna som gjordes var ju inte ett val jag gjorde eller så typ, det var ju mer bara något som gjordes (...) men nej, det var inte ett informerat val jag gjorde” (R3)

“Ehm, nej men alltså hela det momentet kändes väldigt irriterande och också det här att hon sa ”ja men du kommer inte att orka liksom”, för att, alltså hon, hon frågade inte liksom, alltså det var ingen konversation utan det var mer bara en befallning liksom” (R7)

I studien framkom även tillfällen där kvinnorna upplevde att barnmorskan eller läkaren haft en auktoritär position i samband med rekommendationer angående medicinska interventioner. Denna dynamik manifesterades genom att kvinnorna kände att de behövde anpassa sig efter vårdens premisser genom att acceptera barnmorskans eller läkarens inställning beträffande de föreslagna medicinska interventionerna. Resultaten belyser att kvinnorna i hög grad förlitade sig på vårdpersonalens expertis, men att de hade svårt att avböja de rekommendationer som föreslogs, trots att kvinnornas egen åsikt ibland skilt sig från vårdpersonalens.

“Eh det är ju stor tyngdpunkt på att alltså det är starka auktoriteter då som eeeh ju talar för det ena, så det krävs ju mycket för att så välja det andra” (R1)

”(…) Det är helt omöjligt som liksom patient och, och säga emot det, eller liksom tycka att man har en annan bild av hur man ska göra, så vi följde deras liksom protokoll” (R12)

Vid tillfällena där kvinnan uttryckt att hon inte ville genomföra den medicinska interventionen sågs även tendenser till övertalning och påtvingat samtycke från barnmorskans håll. Själva utförandet kunde exempelvis ses genom att barnmorskan försökte kompromissa eller övertala kvinnan, och därmed gå emot kvinnans önskan om att avvakta den föreslagna interventionen.

"(...) när de sa att de skulle börja med det så, så kände jag liksom; Nej nej, nej, absolut inte! och jag sa det då väldigt tydligt: Nej, nej, nej, det vill jag absolut inte (...) Det förklarade de för mig då och sa det måste vi göra, men om du nu inte vill så kan vi sätta det på lägsta nivån (...) då gick jag med på att: Okej, vi tar det, eh om det nu måste va (...)" (R6)

"Ja, eller alltså, till slut gick jag ju då med på, eller alltså kände mig liksom påtryckt att jag skulle börja med den här låga dosen av värkstimulerande (...)" (R7)

Informationens betydelse

Graden av den delgivna informationen från barnmorskan hade stor betydelse för den upplevda delaktigheten. Kvinnorna menade dock att de inte gavs någon möjlighet till informerade val i samband med att vissa medicinska interventionerna utfördes. Resultatet skildrar den bristfälliga informationen som en komplex upplevelse av dubbla känslor. Å ena sidan uttryckte respondenterna en önskan om att ha fått mer detaljerad och omfattande information gällande interventionen, vilket skulle ha hjälpt dem att känna sig mer delaktiga och informerade om de beslut som togs. Å andra sidan betonades en förståelse för de utmaningar och den komplexitet som barnmorskor möter i samband med att ge information under pressade och mer akuta situationer. En pressad eller subakut situation kunde enligt kvinnorna vara i samband med utdrivningsskedet eller tillfällena som kantades av mer stress och oro för barnets eller kvinnans hälsa.

"Jo, men det hade kunnat va bättre faktiskt. Det hade jag nog kanske önskat lite mer information, men sen kan det ju vara så att de kände sig stressade (...). De har jag också förståelse för samtidigt att de kanske inte hann informera kanske. Så, eehm men ja det, det hade kunnat vara, vara bättre, ja" (R3)

" Jag ville ju ha i princip allting. Jag ville ju att han skulle få sin k-vitamin och jag oxytocinet och så men, eh, det hade kanske, man hade ju velat veta lite varför å hur" (R5)

Information som tillhandahållits av barnmorskan kunde ha positiva konsekvenser för kvinnans upplevda delaktighet. Det framkom att kvinnorna, när de erbjöds tillräcklig och förståelig information, kunde känna sig kapabla att fatta medvetna och välinformerade beslut om sin egen vård. Denna känsla av egenmakt och självbestämmande, förmedlad genom informationsutbytet, bidrog till att stärka kvinnornas känsla av delaktighet i vården.

“(...) Hon beskrev ju liksom vad fördelar och nackdelarna var (...) vi hade en diskussion kring det liksom (...) så att det kändes som att det var väldigt mycket ett beslut som vi tog gemensamt, eller det var mitt beslut men att hon delgav mig information och det tyckte jag var jättebra” (R7)

“(...) dom förklarade varför dom föreslog interventionen, till exempel, och med elektroden, att dom tyckte att hon hade lite dåligt, eller vad ska man säga, långsamma hjärtljud typ (...) så dom förklarade ju varför dom, eh, föreslog interventionerna, och att jag sen fick ta ett beslut liksom” (R10)

Delaktighet visade sig även influeras av den förlossningsförberedande information som kvinnorna erhöll från barnmorskan inom mödravården eller från Teamet för förlossningsrådsrådgivning (TFF). Kvaliteten och omfattningen av den tillhandahållna informationen varierade, vilket i sin tur påverkade deras upplevelse av förberedelse och trygghet inför födseln. I ett flertal fall upplevde de kvinnor som fått en omfångsrik information från mödravård eller TFF-samtal att det hade gynnat deras upplevelse av delaktighet. De kvinnor som kände till vanligt förekommande medicinska interventioner upplevde en större trygghet vid de olika momenten. Denna kännedom skapade en känsla av kontroll, vilket i sin tur främjade deras upplevelse av delaktighet och autonomi under födseln.

“Så just det hade dom berättat så, att dom här grejerna är sannolikt att de kan hända under en förlossning, ehm, så jag hade liksom lite så jobbat upp mig själv, att, att jag visste vad som kunde hända liksom” (R8)

“Eh, ja tror verkligen att de, det är väldigt värdefullt för en som, som födande (...) att liksom veta att ja har hört om det här innan, det skapar en trygghet på nåt sätt” (R2)

Upplevelsen av förlossningsförberedande information har även beskrivits som otillräcklig angående medicinska interventioner. Den tillhandahållna informationen tenderade att vara inriktad på andra aspekter än vanligt förekommande medicinska interventioner. Exempelvis beskrevs det att kvinnorna fick övergripande information om mer praktiska saker, såsom när de skulle ringa förlossningen eller vid vilket tillfälle det var dags att åka in.

” (...) Jag har nog faktiskt upplevt det lite, genomgående ganska knapphändigt, men det är liksom väldigt mycket ytlig information eller va man ska säga (...) man får veta liksom ganska mycket om, ja åh då ska man ringa in, åh sen ska man åka dit” (R2)

Långsiktiga konsekvenser

En brist på delaktighet hade inte bara en påverkan på kvinnan under själva födseln utan även tiden efter. Upplevelsen av att inte ha blivit involverad i medicinska beslut, skapade tankar och funderingar efter födseln. Detta kunde manifesteras i känslor av oro och ökat kontrollbehov inför en eventuell kommande födsel. Kvinnorna beskrev att det inte handlade om en rädsla för födandet i sig, utan snarare en rädsla för att inte bli sedd eller hörd i framtida liknande situationer. Det framgick även att förtroendet och tilliten till barnmorskor och annan vårdpersonal påverkats genom en utebliven upplevd delaktighet.

”Men det gör ju att förtroendet är ju, blir ju lägre. Och att ja, skulle det vara att man väljer att föda på samma sjukhus igen, så hade man ju varit, ah men försökt ha mer koll, så att man har lite koll på vad som händer.” (R5)

”Och nu känner jag ju helt annorlunda och det, framförallt är jag rädd för skulle jag säga, om, om jag ska liksom, göra det igen. Jag är liksom inte så rädd för det som kommer från mig själv, utan jag är mest, väldigt rädd för att liksom hamna i de här olika situationerna som liksom kom från yttre (gråter) (...)” (R6).

Brist på upplevd delaktighet under födseln kunde även yttra sig genom kvarvarande traumatiska känslor och tankar som fortsatte att påverka kvinnorna efter födseln. Dessa starka känslor och tankar beskrevs ha en negativ inverkan på kvinnans psykiska välmående efter födseln.

Resultatet belyser att sorg, uppgivenhet och känslor av övergrepp förekom hos de nyblivna mammorna.

“Och jag hade, dagarna efter han kom så, om jag blundade så kunde jag känna dem i mig, alltså det var, oj förlåt (gråter).” (R4)

“Ja, så då var jag jätteledsen över det den första tiden och sen så var det att jag läste någon text någonstans som liksom handlade om att folk kunde liksom uppleva någon slags övergreppskänslor (...) efter det kändes det ganska mycket mera att, att det, det är såklart ett starkt ord liksom, men, men åt det hållet” (R6).

Kvinnorna beskrev även hur upplevelsen av delaktighet kunde skapa tankar och funderingar postpartum kring huruvida fysiska skador i samband med födseln berodde på den medicinska interventionen som utfördes. Exempel på detta kunde vara ett värkstimulerande dropp som sattes mot kvinnans vilja. Dessa tankar framkom framförallt om kvinnan varit med om en situation där hennes röst inte blivit hörd eller om kvinnan gjorde rätt beslut i att samtycka till en specifik intervention.

”Men sen eftersom att jag fick den här bristningen oså så blev jag också irriterad för jag inte visste om det var beroende på att det gick för snabbt eller liksom vad det berodde på” (R7)

“(...) det är klart jag får lite ångest när nån har klippt i snippan liksom (skrattar lite) asså så, och så tänkte jag ah om jag hade väntat då kanske det här inte hade hänt typ” (R1)

Att känna stort eget ansvar

Under denna kategori beskrivs tendensen till att försöka hitta en förklaring eller anledning till upplevelsen av barnmorskans bristfälliga information och inhämtning av samtycke. Respondenterna beskrev hur de i varierande utsträckning och på olika vis tog på sig skuld och ansvar i situationer då delaktigheten och tillgången till information antingen varit bristfällig eller helt uteblivit. Detta beskrivs närmre i subkategorierna; *Att lägga skuld på sig själv* och *Att ha förkunskap*.

Att lägga skuld på sig själv

Kvinnorna försökte på olika vis hitta en förklaring till de situationer då delaktigheten eller den delgivna informationen varit bristfällig eller uteblivit. Det här kunde yttra sig genom att kvinnorna inte vågade uttrycka sina behov eller önskemål, med risk för att uppfattas som besvärliga eller omständiga. Likaså beskrev kvinnorna en känsla av eget ansvar inför situationen, att de borde ha stått på sig mer gällande sin delaktighet, eller att de borde ha efterfrågat mer information när informationen varit bristfällig eller utebliven.

“Ja att man känner sig besvärlig om man, skulle ställa frågor” (R4)

“(…) jag stod nog inte riktigt på mig, alltså jag gjorde nog inte riktigt vad jag borde eller jag, jag borde nog liksom ha uttryckt mig mer, ehm, vad jag behövde, eeh mer än vad jag faktiskt gjorde” (R12)

Det kunde finnas en förståelse för barnmorskans möjlighet att ge information och inhämta samtycke i relation till vissa situationer. Exempel på detta kunde vara då kvinnan var starkt smärtpåverkad eller då hon upplevde sig ha nedsatt kapacitet att ta till sig information. Detta tolkades som ett sätt att skydda eller visa medkänsla för barnmorskans bedömning och agerande i samband med att medicinska interventioner utfördes då bristande information eller uteblivet samtycke förekom.

“(…) och även om dom hade sagt fördelar och nackdelar så hade man kanske inte riktigt förstått eller lyssnat för att man, hade varit någon annanstans i hjärnan liksom, för då blir det att man liksom, jaja gör vad ni vill (skrattar) (...)” (R9)

“(…) jag har respekt för att det, det är svårt också och tänker att jobba med förlossningar och att eeh jobba med en, en patient som inte är i sitt sinnes fulla bruk.” (R3)

Skuldbeläggandet kunde även yttra sig genom att kvinnorna tonade ner eller förminskade sina egna känslor till förmån för barnmorskans bekvämlighet eller agerande. Detta beskrevs som att kvinnan borde varit tacksam för barnmorskans eller läkarens agerande, trots att medicinska interventioner förekommit utan delgivning av information eller inhämtning av samtycke.

“(…) åh jag borde vara tacksam för att det gick ju bra, liksom (gråtmild)(…) och att det är så bortskämt på ett sätt då att tänka såhär; ni borde informerat mig, jag borde fått vara med och bestämma liksom, eehm för att jag ska väl vara glad, att vi lever (...)” (R6)

Att ha förkunskap

Kvinnornas förkunskap om födande och vanligt förekommande medicinska interventioner hade varierande betydelse för deras upplevda delaktighet. Den egna förkunskapen kunde spela en viktig roll för utfallet av förlossningsupplevelsen. Detta yttrade sig genom att kvinnorna upplevt ett visst ansvar inför födseln att på egen hand eftersöka information och kunskap, för att på så vis öka sin delaktighet och känsla av självbestämmande.

“(...) hade vi inte lagt ner det arbetet innan så vet jag inte om jag hade känt alls att det var ett informerat val liksom (...) men i och med att vi hade gjort dom grejerna i förväg så kändes det som att det blev ett informerat val i den stora bilden liksom (...)” (R8)

“(...) men det känns ju som att det är ju på grund av, mina förberedelser och förkunskaper, och inte på grund av det som hände på sjukhuset liksom (...)” (R2)

Vidare bidrog den egna förkunskapen till att kvinnorna kunde uppleva inflytande och delaktighet i samband med beslut om medicinska interventioner, trots att de upplevt bristfällig information ifrån barnmorskan. I motsats till detta beskrevs det även hur förkunskapen inte upplevdes påverka känslan av delaktighet. Detta yttrade sig genom att kvinnorna beskrev att de varit naiva inför födseln, eller att den egna förberedelsen och tilltron till kroppen förlorade sin betydelse. Likaså beskrevs också känslor av kontrollförlust och ambivalens till den egna kunskapen, då slumpen eller ödet ansågs avgöra utfallet av födseln.

“(...) alltså inför den här förlossningen så var jag, på ett sätt kanske naiv i att jag liksom, du vet hade såhär, ah läst jättemycket vad Asabea Britton säger, och tänkte att bara jag andas, så kan kroppen själv och allt sånt där, och nu känner jag ju helt annorlunda” (R6)

“(...) hur mycket man än förbereder sig så vet man aldrig hur det kommer bli, det är, det är alltid på något sätt, alltid en liten slumpfaktor, att man, det blir som det blir, så.” (R11)

Diskussion

Metoddiskussion

I linje med studiens övergripande syfte, som fokuserade på att belysa förstföderskors upplevelse av delaktighet vid medicinska interventioner, ansåg författarna att en kvalitativ metod med induktiv ansats var lämplig. Genom denna metod kunde en miljö där kvinnorna uppmuntrades att uttrycka sig öppet och fritt angående sina upplevelser tillämpas och därigenom kunde ett tillfredsställande resultat uppnås.

Initialt planerades det att rekrytera deltagare genom mammagrupper på Facebook samt genom att efterfråga barnmorskor att publicera inlägg på deras Instagramkonton. Detta genererade primärt i totalt 13 respondenter, varav majoriteten härstammade från Instagram. På grund av den rekryteringsmetod som användes finns det en risk att en del av respondenterna i studien har bestämda uppfattningar gällande medicinska interventioner, då vissa Instagramkonton där förfrågan postades också uppger ett visst ställningstagande gentemot dessa. Därmed kan deltagarnas perspektiv påverka trovärdigheten i studiens resultat (Graneheim & Lundman, 2004). Tre respondenter valde slutligen att inte genomföra sina intervjuer, varpå 10 respondenter återstod. Då endast 10 deltagare kunde rekryteras genom ovanstående strategi valde författarna att posta förfrågan om deltagande på sina privata Instagramplattformar, för att få en ökad spridning. Detta genererade i ytterligare 3 respondenter, vilka ej var kopplade till författarna på ett personligt plan.

Ett inklusionskriterie specificerade att det skulle gått 3-6 månader sedan respondenten fött sitt första barn. Detta kriterium justerades senare till att det skulle gått 3-18 månader sedan födseln, för att kunna inkludera en större grupp kvinnor i studien och möjliggöra för fler att delta. Möjligen kunde denna justering begränsats något, då vissa respondenter ibland hade svårt att minnas exakt vilka medicinska interventioner de hade genomgått. Detta motsägs dock av Simpkin (1992), som menar att kvinnors minnen av födseln generellt är adekvata i flera år efter att den ägt rum. Specifikt menar Simpkin (1992) att kvinnor minns hur vårdpersonal bemött kvinnan samt specifika interventioner som genomfördes i samband med födseln.

Vidare var intentionen att samtliga intervjuer skulle utföras tillsammans. Syftet var att likställa en likartad intervjuteknik samt ge möjlighet att tillsammans lyfta relevanta följdfrågor till respondentens svar. Relaterat till logistiska skäl och tidsbegränsning var detta ej genomförbart, varav intervjuerna genomfördes separat. Intervjuerna transkriberades enskilt, men lästes sedan igenom och diskuterades av båda författarna, vilket har bidragit till en ökad tillförlitlighet och trovärdighet (Burnard, 2008). I samband med att en intervju skulle transkriberas uppstod det ett tekniskt problem med den inspelade intervjun. Trots ett flertal försök att förbättra ljudkvalitén på filen uteblev intervjun från det slutgiltiga resultatet, då det ej gick att tyda vad som sas. Totalt transkriberades 12 intervjuer istället för de initiala 13.

I samband med intervjuerna kan författarnas erfarenhet av intervjusammanhang diskuteras. Detta kan ha påverkat intervjuernas kvalitet kopplat till syftet med studien. I efterhand har ett fåtal spontana frågor under intervjuerna tolkats som ledande. Det bör även tas med i beaktning att vissa intervjuer skapade reaktioner och känslor hos författarna, vilket kan ha påverkat hur en del av resultatet tolkades. Vid utformandet av intervjuguiden lades en fråga gällande förlossningsförberedande information till efter att fyra intervjuer redan genomförts. Detta gjordes då författarna upplevde att kvinnorna återkom till att delaktighet vid medicinska interventioner påverkades av deras grad av förkunskap.

Sammanfattningsvis har studiens datainsamling och analysprocess genomförts systematiskt och rigoröst av båda författarna. Detta menar Graneheim och Lundman (2004) ökar studiens överförbarhet. Dock beskrivs det att det är läsarens beslut huruvida studiens resultat är överförbara till en annan kontext (Graneheim & Lundman, 2004). Citat inkluderades i resultatpresentationen för att ytterligare stärka validiteten och trovärdigheten i den tolkade informationen.

Resultatdiskussion

Resultatet belyser att kvinnors delaktighet frekvent negligeras i samband med medicinska interventioner. Tillhandahållen information och möjligheten att ge samtycke utgjorde centrala faktorer för kvinnors upplevelse av delaktighet. Dock beskrivs det att vårdpersonalens benägenhet att förmedla nyanserad information och inhämta samtycke varierade. Liknande

resultat presenteras i Häggsgårds avhandling (2023), där endast en femtedel av 2233 kvinnor samtyckte till samtliga interventioner. Internationellt visar även Bohren et al. (2015) att kvinnor i hög utsträckning upplevde sig missnöjda med informationen och att vårdpersonal negligerade deras rätt till informerat samtycke. Detta visar på en komplex verklighet kopplat till kvinnans möjlighet att genomföra ett informerat val, där ett problematiskt förhållningssätt gentemot kvinnas rättigheter föreligger. Rådande svensk lagstiftning (SFS: 2014:821) understryker att vården ska genomföras först efter att patienten samtyckt till den, så vidare den inte behövs för att avvärja fara som akut eller allvarligt hotar patientens liv eller hälsa. På ett internationellt plan beskrivs det i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna [EU-stadgan] (2007), om människans rätt till integritet. Inom medicin ska i synnerhet den berörda personens fria och informerade samtycke beaktas, på de villkor som föreskrivs i det aktuella landets lag.

I en förlossningsvård som präglas av en accelererad medikalisering av födelseprocessen tillkommer det ett ansvar från vårdpersonal att tillhandahålla information och inhämta samtycke innan interventioner genomförs. Resultatet i föreliggande studie visar dock att kvinnor upplever att vissa interventioner genomförs på rutin, vilket Miller et al. (2016) beskriver som en konsekvens av en övermedikalisering inom förlossningsvården. I vissa situationer i samband med födsel kan en akut eller subakut situation föreligga som tydlig medicinsk indikation. Dock visar resultatet att det rutinmässiga förhållningssättet som vårdpersonal applicerar vid vissa medicinska interventioner i själva verket även sker i ett lugnt skede. I enlighet med Miller et al. (2016) och deras tidigare benämnda begrepp ”too much too soon”, aktualiseras detta förhållningssätt i studiens resultat.

Att ges möjlighet till information och samtycke ger kvinnan förutsättningar till aktivt deltagande i samband med sin födsel. Ett flertal studier och rapporter i en internationell kontext (WHO, 2018; Hildingsson et al., 2013; Bohren et al., 2017; López-Toribio et al., 2021) belyser detta som en central realitet kopplat till kvinnans förlossningsupplevelse. Resultatet belyser ett underliggande maktutövande från vårdpersonalen, då kvinnans rätt till delaktighet vid medicinska interventioner frekvent negligeras. Denna maktobalans kan potentiellt försvåra arbetet i enlighet med målet om en kvinnocenterad vård (WHO, 2018). Den kvinnocenterade vården bör utgå från kvinnans individuella behov, önskemål och förväntningar, före de eventuella behov eller önskemål som vårdpersonalen eller organisation har (Lundgren et al.,

2022). Kvinnocenterad vård är baserad på ett koncept som bär en holistisk vårdfilosofi. ICM (2017) understryker att vård som utförs av barnmorskor bör baseras utifrån kunskapen att födandet är en multidimensionell erfarenhet för kvinnor och deras familjer, som bär på en signifikant mening. Ett essentiellt element inom kvinnocenterad vård är att kvinnan bör erhållas evidensbaserad information och ges möjligheten till val och kontroll över beslutsfattandet (Anderson, 2000). Föreliggande studies resultatet påvisar dock en oroväckande verklighet kopplat till teorins förhållningssätt. Vård som inte involverar kvinnan kring medicinska beslut, och därmed är motsatsen till kvinnocenterad, riskerar således att ha en negativ påverkan på förlossningsupplevelsen (WHO, 2018; Hildingsson et al., 2013; Bohren et al., 2017; López-Toribio et al., 2021). Detta går emot rådande riktlinjer från WHO (2018), som menar på att vårdpersonal bör centralisera förlossningsupplevelsen då den är av betydande vikt för kvinnans långsiktiga reproduktiva- och sexuella hälsa. Detta styrks av Bohren et al. (2015) och Miyauchi et al. (2020) där respektive studie belyser att bristande delaktighet ökar risken för en negativ förlossningsupplevelse.

För att möjliggöra ett brett och hälsofrämjande arbete för kvinnors sexuella- och reproduktiva hälsa och rättigheter [SRHR] betonar resultatet att kvinnors rätt till självbestämmande och delaktighet bör beaktas i större utsträckning. Folkhälsomyndigheten [FHM] (2020) understryker att SRHR grundar sig i mänskliga rättigheter, där individen ska respekteras i sin kroppsliga integritet och sitt personliga självbestämmande. Individen ska också ha tillgång till information, resurser och det stöd som krävs för att uppnå detta, utan risk för tvång, utnyttjande eller våld (FHM, 2020). Dock belyser resultatet att verkligheten inom svensk förlossningsvård ger upphov till situationer som går emot kvinnans rättigheter till egenbestämmande, då upplevelser av övertalning och tvång riskerar att uppstå i samband med medicinska interventioner. Liknande resultat visar Oelhafen et al. (2021) i en schweizisk tvärsnittsstudie, vars syfte var att undersöka förekomsten av informellt samtycke och dess samband med kvinnans förlossningsupplevelse. Informellt samtycke beskrivs i studien som att kvinnan har blivit övertalad eller manipulerad att gå med på en intervention (Oelhafen et al., 2021). En fjärdedel av de 6054 kvinnor som deltog i studien uppgav att de utsatts för informellt samtycke, vilket resulterade i negativa känslor postpartum. Detta understryker problematiken, som i linje med studiens resultat, visar på att ett påtvingat samtycke har negativa konsekvenser för förlossningsupplevelsen.

Resultatet visar även andra konsekvenser till följd av bristande information och inhämtning av samtycke. Kvinnorna beskrev hur deras bristande delaktighet och möjlighet till informerade val, skapat kvarvarande känslor av kontrollförlust, övergrepp och utsatthet under den efterföljande postpartumtiden. Parallellt med dessa känslor beskrev kvinnorna även skuld och ansvar över att de inte vågat tar mer plats eller att de inte uttryckt sina behov i större utsträckning. Liknande fenomen speglas i Schneiders studie (2018) som belyser ambivalenta och skuldbeläggande känslor när kvinnan inte vågat stått upp för sina behov i samband med födseln. Schneider (2018) menar att den observerade tendensen till passivitet hos kvinnan påverkas av hennes uppfattning av vårdpersonalen som en auktoritär expert på den födande kvinnokroppen. Tendenser till den här typen av anpassning i förhållande till vårdpersonalen kan även ses i den aktuella studiens resultat, där kvinnor beskrivit hur de avstått från att uttrycka sina behov eller önskemål med risk för att uppfattas som besvärliga eller omständiga. Detta synliggör en påverkande maktobalans mellan kvinnan och vårdpersonalen.

Resultatet visar att en förlossningsvård som uppfattas som auktoritär, där kvinnan upplever sig ha en biroll istället för en huvudroll i födandet, påverkar kvinnans hälsa negativt. Detta är något som Bergström et al. (1997) problematiserat redan så tidigt som 1997. Studien belyser att diskrepans mellan vårdpersonal och kvinnan riskerar att ha konsekvenser för den födande kvinnan. Målet för vårdpersonalen bör fokusera på att underlätta kvinnans födsel, snarare än att styra den (Bergström et al., 1997). Resultatet beskriver i enlighet med Bergström et al. (1997) att en upplevd diskrepans i form av uteblivet deltagande vid medicinska interventioner har konsekvenser för kvinnans psykiska välmående, både i samband med födande men också postpartum. Detta kan i likhet med tidigare presenterat resultat ses som ett symptom på medikaliseringen inom födandet, där kvinnans position riskerar att förskjutas och åsidosättas av organisationens riktlinjer och förhållningssätt (Miller et al., 2016).

Dock belyser resultatet att kvinnor som upplevt att de blivit involverade i beslutsfattandet kring medicinska interventioner att deras mentala hälsa påverkats positivt, vilket indikerar att den kvinnocenterade vården bör prioriteras för att främja kvinnors reproduktiva- och sexuella hälsa och tillgodose deras rättigheter (SFS: 2014:821; EU-stadgan, 2007). Vården bör sträva efter att skapa en födelsemiljö där makt och ansvar delas mellan kvinnan och vårdpersonalen och där relationen dem emellan ses som en nyckelfaktor. Genom att etablera en sådan dynamik strävar man efter att ge kvinnan en aktiv roll i sin egen vård och födelseupplevelse, snarare än att styra

födelsen (Fontein-Kuipers et al., 2016; Miyauchi et al., 2021), vilket i enlighet med studiens resultat kan bidra till positiva konsekvenser för kvinnans reproduktiva- och sexuella hälsa.

Konklusion

Resultatet belyser att förstfödorskor upplever en brist på delaktighet vid medicinska interventioner i samband med födsel på sjukhus. Denna brist härleds till otillräcklig information och inhämtning av samtycke, vilket kunde ge upphov till negativa känslor i samband med födseln och postpartum. Studiens resultat understryker därmed vikten av att göra förstfödorskor delaktiga kring medicinska beslut, då en otillräcklig delaktighet riskerar att leda till konsekvenser för kvinnans långsiktiga reproduktiva- och sexuella hälsa.

Implikation för förändring

Genom fortsatt forskning

Kvinnors upplevelser av bristfällig information och bristande inhämtning av samtycke vid medicinska interventioner belyser en utmaning inom förlossningsvårdens organisationen. Det framkommer tydligt ett behov av att utveckla strategier för att öka kvinnors delaktighet vid medicinska beslut i samband med födsel. Det är av betydelse att utforska hur vårdpersonal förhåller sig till frågan om delaktighet samt identifiera potentiella faktorer som ligger till grund för att kvinnors delaktighet negligeras. För en sådan undersökning skulle en tvärvetenskaplig ansats vara givande för att belysa organisatoriska utmaningar. Till exempel skulle organisationsteorier kunna användas för att undersöka de normativa och kulturella aspekterna av hur brist på delaktighet formas i vårdpersonalens dagliga arbete. Vidare vore det av intresse att undersöka hur kvinnor med andra modersmål upplever sin delaktighet i vården. Detta är en viktig aspekt med tanke på den mångkulturella och språkliga mångfald som präglar vårdssamhället. Framtida forskning kan förslagsvis innefatta kvalitativa undersökningar av vårdpersonalens attityder och beteenden gentemot delaktighet samt undersökningar av hur kommunikation och språkbarriärer kan påverka kvinnors möjligheter att vara aktiva deltagare i sin vård. Genom att identifiera dessa faktorer kan vården potentiellt utforma och utveckla

strategier för att främja ökad delaktighet och empowerment bland kvinnor i samband med medicinska interventioner, vilket i sin tur kan leda till förbättrade vårdresultat och ökad patienttillfredsställelse.

Kliniskt

Den framtagna kunskapen kan bidra till att kvinnors rättigheter beaktas i högre utsträckning, att färre kvinnor får en negativ förlossningsupplevelse och att barnmorskor kan arbeta i enlighet med evidens och beprövad erfarenhet med stöd i lagen.

Referenser

- Anderson, T. (2000). Feeling safe enough to let go: the relationship between a woman and her midwife during the second stage of labour. *The midwife–mother relationship*, 92–119
- Bell, J., & Waters, S. (2014). *Introduktion till forskningsmetodik* (5 uppl.). Studentlitteratur.
- Bergstrom, L., Seidel, J., Skillman-Hull, L., & Roberts, J. (1997). “I gotta push. Please let me push!” Social interactions during the change from first to second stage labor. *Birth*, 24(3), 173–180.
- Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder* (2 uppl.). Liber.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*, (7).
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, 12(6), e1001847.
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British dental journal*, 204(8), 429–432.
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PloS one*, 13(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- European union agency for fundamental rights. (2007). *Artikel 3 – människans rätt till integritet*. <https://fra.europa.eu/sv/eu-charter/article/3-manniskans-ratt-till-integritet>
- Folkhälsomyndigheten, FHM. (2020). *Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0d489b0821164e949c03e6e2a3a7e6cc/nationell-strategi-sexuell-reproduktiv-halsa-rattigheter.pdf>
- Fontein-Kuipers, Y., Boele, A., & Stuij, C. (2016). Midwives’ perceptions of influences on their behaviour of woman-centered care: a qualitative study. *Frontiers in Women’s Health*, 1(2).
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of advanced nursing*, 46(2), 212–219.
- 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.
- Graviditetsregistret. (5 maj 2024). *Graviditetsregistrets årsrapport 2022*. <https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/Graviditetsregistrets%20A%CC%8Arsrapport%202022.pdf>

Green, G., Tesler, R., & Marques, A. (2022). Primiparous and Multiparous Women's Mode of Birth and Negative Emotions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5189.

Hildingsson, I., Johansson, M., Karlström, A., & Fenwick, J. (2013). Factors associated with a positive birth experience: An exploration of Swedish women's experiences. *International journal of childbirth*, 3(3), 153–164.

Hosseini Tabaghdehi, M., Kolahdozan, S., Keramat, A., Shahhossein, Z., Moosazadeh, M., & Motaghi, Z. (2020). Prevalence and factors affecting the negative childbirth experiences: A systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(22), 3849–3856.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Häggsgård, C. (2023) The second stage av labour – the use of interventions and women's experiences. [Doktorsavhandling, Lunds universitet]

International Confederation Of Midwives. (2017) *International Definition of the Midwife*. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp—En ordbok* (1:a uppl.). Studentlitteratur.

Jansen, L., Gibson, M., Bowles, B. C., & Leach, J. (2013). First do no harm: interventions during childbirth. *The Journal of perinatal education*, 22(2), 83–92. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.2.83>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49–e59.

López-Toribio, M., Bravo, P. & Llupia, A. (2021) Exploring women's experiences of participation in shared decision-making during childbirth: a qualitative study at a reference hospital in Spain. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 631. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12884-021-04070-3>

Lundgren, I., & Dahl, B. (2022) Woman-centred care. I I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfredsdottir, A. Wikberg, E. Aagaard Nøhr (Red.) *Theories and perspectives of midwifery - A Nordic view* (1 uppl, s. 144-155). Studentlitteratur.

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., & Langer, A. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176–2192.

Miyauchi, A., Shishido, E., & Horiuchi, S. (2022). Women's experiences and perceptions of women-centered care and respectful care during facility-based childbirth: A meta-synthesis. *Japan Journal of Nursing Science*, 19(3), e12475.

Oelhafen, S., Trachsel, M., Monteverde, S., Raio, L., & Cignacco, E. (2021). Informal coercion during childbirth: risk factors and prevalence estimates from a nationwide survey of women in Switzerland. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 369.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen* (4:e uppl.). Liber.

Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., & Murphy, M. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ open*, 8(10).

Paladine, H. L., Blenning, C. E., & Strangas, Y. (2019). Postpartum care: an approach to the fourth trimester. *American family physician*, 100(8), 485-491.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of Nursing Research* (9:e uppl.). Wolters Kluwer.

Sandall, J., Fernandez Turienzo, C., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. H., & Rayment-Jones, H. (2024). Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD004667

Schneider, D. A. (2018). Birthing failures: Childbirth as a female fault line. *The Journal of perinatal education*, 27(1), 20

Seijmonsbergen-Schermer, A. E., Van Den Akker, T., Rydahl, E., Beeckman, K., Bogaerts, A., Binfa, L., & De Jonge, A. (2020). Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: a multinational cross-sectional study. *PLoS medicine*, 17(5), e1003103.

SFS: 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Socialdepartementet.

SFS: 2014:821. *Patientlagen*. Socialdepartementet.

Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? Part 11: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth*, 19(2), 64–81.

Skogsdal, Y., Conner, P., Elvander, L., Storck Lindholm, E., Kloow, M., Algovik, M., Petersson, K., Svanvik, T., Granfors, M. (2023) Graviditetsregistrets Årsrapport 2022. <https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/Graviditetsregistrets%20A%CC%8Arsrapport%202022.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Om vård- och omsorgstagares delaktighet*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-6-18.pdf>

Souter, V., Nethery, E., Kopas, M. L., Wurz, H., Sitcov, K., & Caughey, A. B. (2019). Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births. *Obstetrics and gynecology*, 134(5), 1056–1065, <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003521>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive health*, 15(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17–27.

Westergren, A., Edin, K., Lindkvist, M., & Christianson, M. (2021). Exploring the medicalisation of childbirth through women's preferences for and use of pain relief. *Women and Birth*, 34(2), 118–127.

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

World Medical Association. (2013). *Helsingforsdeklarationen*. Hämtat 2 maj 2023 <https://slf.se/app/uploads/2018/07/helsingforsdeklarationen.pdf?fbclid=IwAR3pbm0mCiEXkfBBJFu5mrrbaS662gXw3eAEswelReOeJnZCdpStqod7OI>

Författarnas bidrag

Alla faser av uppsatsskrivandet har genomförts i nära samverkan mellan författarna. Delar av texten som ursprungligen författats individuellt har därefter genomgått en gemensam bearbetning. Båda författarna har bidragit lika mycket under skrivprocessen och delar därmed lika ansvar för det presenterade arbetet.

Bilaga 1 – Intervjuguide

Huvudfråga

- Vill du berätta lite kort om din födsel och de medicinska interventioner du fick?

Tema 1 (Självbestämmande och inflytande):

- På vilket sätt upplevde du *självbestämmande* och *inflytande* vid de medicinska interventionerna som utfördes?

Tema 2 (Information):

- Hur upplevde du den *information* du fick innan de medicinska interventionerna utfördes?
- Hur upplevde du möjligheten att få göra ett informerat val baserat på den informationen du fick?
- Hur upplevde du den *förberedande informationen* gällande medicinska interventioner inför att du skulle föda?

Förståelsefördjupande frågor

- Det där var intressant, kan du utveckla det lite...?
- Vad innebär...?
- Vad hade du för tankar kring det...?
- Vad hade det för konsekvenser...?
- Hur fick det dig att må...?
- Vilken betydelse har...?
- Skulle du kunna ge ett exempel.../ge ett exempel på vad det inte är...?

Övriga frågor

- Hur tror du att delaktighet vid medicinska interventioner påverkar förlossningsupplevelsen?
- Är det något du vill tillägga gällande ämnet vi samtalat om?

Bilaga 2 - Medicinska interventioner

Exempel på medicinska interventioner som kan förekomma i samband med födsel på sjukhus. Dokumentet skickades till samtliga respondenter ett par dagar inför intervjun.

Innan/under födsel

Yttre palpation: undersökning som utförs genom att känna på magen för att bedöma bebisensposition samt progress av födseln.

Vaginal undersökning: undersökning som utförs genom att känna med fingrarna i vagina för att bedöma progress av födseln.

PVK: en infart som sätts i ett kärl för att kunna ta blodprover samt ge läkemedel direkt i blodet.

CTG: övervakning av fosterhjärtljud och mammas värkar.

Skalpelektrod: övervakning av fosterhjärtljud genom att en elektrod fästs på bebisens huvud/rumpa.

Syntetiskt oxytocindropp: dropp som kopplas för att stimulera värkarbetet vid exempelvis ”värksvaghet” eller långsam progress.

Induktion: igångsättning av födsel med hjälp av läkemedel eller ballong i vagina.

Morfin: smärtlindrande läkemedel.

Epidural/EDA: ryggbedövning.

Lustgas: gas (dikväveoxid N₂O) som andas in i smärtlindrande syfte.

Sugklocka: sätts på barnets huvud för att hjälpa progress av födseln.

Tång: metallredskap som placeras på vardera sida av bebisens huvud för att hjälpa progressen av födseln.

Klipp/episiotomi: ett klipp som utförs i perineum för att skapa mer plats vid bebis framfödande.

Kejsarsnitt: snitt i magen för att förlösa bebis.

Perinealskydd: när barnmorskan håller med händerna mot perineum och bebisens huvud vid framfödande.

Efter födsel

Aktiv handläggning av efterbördsskedet: när barnmorskan masserar/palperar magen/uterus samt drar lätt i navelsträngen för att se om moderkakan har lossnat.

Oxytocininjektion: kan ges till mamma efter bebis fötts, för att hjälpa livmodern dra sig samman efter att moderkakan kommit ut.

K-vitamininjektion: vitamin som kan ges till bebisen efter födseln.

Suturering av bristning: när barnmorskan syr bristning i underlivet.