



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för folkhälso- och idrottsvetenskap

Barnmorskans upplevelse av att stödja kvinnans autonomi under förlossningen

En kvalitativ studie

Moa Staffansdotter Norlin

Vt 2023

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Folkhälsovetenskap
Folkhälsostrategi för hållbar utveckling
Forskningsmetoder i folkhälsovetenskap II och examensarbete
FHG800

Handledare: Monique Toratti Lindgren
Huvudhandledare: Anneli Martilla
Examinator: Gloria Macassa

Abstract på engelska

Norlin, Staffansdotter, M. (2023). *Midwives lived experience of supporting the woman's autonomy during labour*. Bachelor thesis in Public Health Science. Department of Public Health and Sport Science. University of Gävle, Sweden.

The **purpose** of this study was to investigate midwives lived experience of supporting the woman's autonomy during labour. A qualitative **method** was used, where eleven practicing midwives from two different maternity wards in middle Sweden answered open questions in a web-based questionnaire. The data was then analysed with a thematic analyse. Two different themes were identified in the **results**. Theme one – Resources for supporting the woman's autonomy, and theme two – obstacles for supporting the woman's autonomy. Under each subject categories were identified which answered what resources and obstacles midwives experienced for supporting the woman's autonomy. The categories included communication, the workplace and colleagues as well as the woman's prior knowledge and wishes. The **conclusion** of the study was that the midwives need more time to be able to perform a more holistic and person-centred care during labour. To be able to understand the woman's context the midwife needs conditions for creating a relation to the woman and through that give her the conditions for standing up in her autonomy.

Keyword: Autonomy, midwives, communication, empowerment, women-centred care

Sammanfattning på svenska

Syftet var att undersöka barnmorskans upplevelse av att stödja den födande kvinnans autonomi under förlossningen. En kvalitativ **metod** användes var elva yrkesverksamma barnmorskor vid två förlossningsavdelningar i Mellansverige deltog i studien genom att svara på öppna frågor i ett webbaserat frågeformulär. Datan analyserades sedan med en tematisk analys. Två teman identifierades i **resultatet**. Tema ett - Tillgångar till att stödja kvinnan i hennes autonomi och tema två - Hinder för att stödja kvinnan i hennes autonomi. Under varje tema noterades kategorier som svarade på vilka tillgångar och hinder barnmorskan upplevde för att upprätthålla kvinnans autonomi. Kategorierna handlade om kommunikation, arbetsplatsen och kollegor samt kvinnans förkunskaper och önskningar. **Slutsatsen** av studien var att barnmorskorna behöver mer tid för att kunna genomföra mer holistiskt och personcentrerad vård under förlossningen. För att förstå kvinnans kontext behöver barnmorskorna förutsättningar till att skapa en relation till kvinnan och på så vis ge henne förutsättningar till att stå upp i sin autonomi.

Nyckelord: Autonomi, barnmorskor, kommunikation, egenmakt, kvinnocentrerad vård.

Förord

“By its very nature power is not given but taken. If we accept this notion, we should avoid talking and writing about Midwives empowering women’ and focus on how midwives can facilitate situations where women might feel empowered “

By Nicky Leap

Innehållsförteckning

Abstract på engelska.....	1
Sammanfattning på svenska	2
Förord	3
1. Introduktion	2
1.1 Hållbarhet och jämställdhet	2
1.2 Barnmorskorna, kvinnans autonomi och jämställdhet	3
1.3 Autonomi och delaktighet ur ett folkhälsoperspektiv.....	4
1.3.1 Kvinnans upplevelser och barnets hälsa	5
1.4 Autonomins gränser inom förlossningsvården	6
1.5 Barnmorskans profession	6
1.6 Hinder för barnmorskan att stödja kvinnan i hennes autonomi.....	7
1.7 Problemformulering	8
2. Syfte och frågeställningar	8
3. Metod.....	8
3.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp/kontext	8
3.3 Datainsamlingsmetod och frågeinstrument	9
3.4 Genomförande	9
3.5 Dataanalys	9
3.6 Etiska överväganden.....	10
4. Resultat	11
4.1 Tema 1. Tillgångar till att stödja den födande kvinnan.....	11
4.1.1. Kommunikation som tillgång	11
4.1.2. Tillgångar på arbetsplatsen.....	12
4.1.3 Kvinnans förkunskap och önskningar som tillgång	12
4.2 Tema 2 Hinder för att stödja kvinnan i hennes autonomi	13
4.2.1 Hinder för kommunikation	13
4.2.2 Hinder på arbetsplatsen	14
4.2.3 Kvinnans förkunskap och önskningar som hinder	15
4.2.4 Kvinnans autonomi i relation till barnet.....	16
5. Diskussion	17
5.1 Kommunikation – för vem?.....	17
5.2 Arbetsplatsen – interna riktlinjer, tid och kollegor.....	18
5.3 Kvinnans förförståelse, tillit och autonomi	18
5.4 Gränsen mellan information och hot?	19
5.5 Metoddiskussion.....	20
5.6 Framtida forskning	21
5.7 Slutsats.....	21
6. Referenser.....	1
Bilaga 1: Frågeformulär.....	1
Bilaga 2: Följebrev	2

1. Introduktion

1.1 Hållbarhet och jämställdhet

Att uppnå jämställdhet och egenmakt till kvinnor och flickor är ett av Förenta nationernas globala hållbarhetsmål (FN 2023). Egenmakt innebär bland annat att de ska ha makt över sina egna kroppar. Hållbarhetsmålen innefattar tre dimensioner vilka alla är beroende av varandra för hållbar utveckling, social hållbarhet, miljömässig hållbarhet och ekonomisk hållbarhet. 1987 definierade Gro Harlem Brundtland hållbar utveckling under FN:s världskommission för miljö och utveckling. Hennes definition lyder, ”Hållbar utveckling är en utveckling som tillfredsställer dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov”. Målen är uppbyggda utifrån dessa dimensioner och ett av de sociala hållbarhetsmålen är mål 5 om jämställdhet, målet innefattar flera delmål som att avskaffa alla former av diskriminering av alla kvinnor och flickor överallt. Säkerställa allmän tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa, samt anta och stärka välgrundad politik, och genomförbar lagstiftning för att främja jämställdhet och öka alla kvinnors och flickors egenmakt på alla nivåer (ibid).

Forskning visar att jämställdhet är en förutsättning för reproduktiv hälsa vilket syns tydligt i statistik om mödradödlighet, i takt med att jämställdheten ökar, minskar mödradödligheten (Bagade, Chojenta, Harris, Oldmeadow & Loxton 2022). Sverige är ett av världens mest jämställda länder men även här råder ojämlik tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa (Folkhälsomyndigheten 2023). Rätten till reproduktiv hälsa är kopplat till flera mänskliga rättigheter som rätten till liv, rätten att vara fri från tortyr, rätten till hälsa, rätten till privatliv, rätten till utbildning och förbudet mot diskriminering (Barnmorskeförbundet 2023).

För möjlighet till jämlik hälsa ska hälsan i befolkningen vara jämnt fördelad oavsett till exempel social status, utbildningsnivå, kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning och ålder (Folkhälsomyndigheten 2022). Att vara kvinna innebär i större utsträckning lägre social status och ekonomi vilket leder till att rätten om att fatta egna beslut om sin reproduktiva hälsa försämras (D’Souza, Karkada, Somayaji & Venkatesaperumal, 2013).

1.2 Barnmorskorna, kvinnans autonomi och jämställdhet

Barnmorskor har kontakt med kvinnor och enligt barnmorskornas etiska kod ska de värna om kvinnans autonomi (Svenska barnmorskeförbundet 2018).

Autonomi handlar om individens egenmakt, frihet, oberoende och förmåga till att fatta egna beslut (Vårdhandboken 2023). För att kunna ta egna fria val behövs förmågan att kunna uttrycka sina önskningar och kunna omsätta dessa till handling (Ibid). Autonomi är synonymt med självstyre (Svenska Akademiens Ordlista 2022) och oberoende (Svensk Ordbok 2022). I den här studien kommer ordet autonomi användas konsekvent för att sammanfatta begrepp som egenmakt, självbestämmande och empowerment.

Trots barnmorskornas etiska kod (Svenska barnmorskeförbundet 2018) som lägger stor vikt vid kvinnans autonomi upplever många kvinnor att deras autonomi inte upprätthålls inom mödravården (Jenkinson, Kildea & Kruske 2017). Kvinnans autonomi upphävs inte bara just under förlossningen utan under hela vårdkedjan (Newham & Kirkham 2019). För att undvika det och i stället upprätthålla kvinnans autonomi måste det finnas en medvetenhet hos barnmorskor och annan personal om hur kvinnorna i mötet med personalen i vårdkedjan kan hamna i ett underläge. Detta för att implementera ett jämlikt förhållande mellan personalen inom vårdkedjan och kvinnorna (Ibid). För att utveckla förlossningsvården har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att utreda utmaningar i förlossningsvården när det gäller tillgänglighet, jämlik och personcentrerad vård och utifrån utredningen ta fram en nationell plan för ett mer systematiskt och strategiskt förbättringsarbete (Regeringen 2023). Personcentrerad vård innebär att vårdtagaren är mer delaktig i vården och att vården utformas utifrån vårdtagarens behov med ett hälsofrämjande perspektiv (Little 2001).

Kvinnocentrerad vård är ett begrepp var kvinnans behov står i centrum och hennes behov inkluderar barnet samt alla personer som är viktiga för henne. Kvinnocentrerad vård har fått kritik och misstagits för att bara handla om kvinnan och inte om barnet men det handlar om att ge kvinnan egenmakt för att stärka sig själv och därmed sin omgivning, alltså barnet (Leap 2009). Begreppet kvinnocentrerad vård är av samma idé som personcentrerad vård men inte lika väl definierat eller använt även om barnmorskornas arbetsbeskrivning beskriver just kvinnocentrerad vård (Crepinsek, Bell, Graham & Coutts 2022). I barnmorskans arbetsbeskrivning är det väl beskrivet hur just

ett kvinnocentrerat perspektiv är av vikt i barnmorskans relation till kvinnan (Svenska barnmorskeförbundet 2022). Den etiska koden förklarar hur barnmorskan ska utveckla en samhörighet med kvinnan i vilken både barnmorskan och kvinnan delar relevant information för informerade beslut. Barnmorskan ska också stödja kvinnans och familjens rätt till att aktivt delta i beslut samt uppmuntra dem till att uttrycka sin vilja i frågor av betydelse för kvinnans och familjens hälsa utifrån deras egen kontext, kultur och miljö (ibid).

1.3 Autonomi och delaktighet ur ett folkhälsoperspektiv

Under 1980-talet förändrades folkhälsoarbetet från att varit fokuserat på sjukdomsförebyggande insatser inom hälso- och sjukvården till ett mer holistiskt perspektiv där livsvillkor och samhällsarenor blev betydande som stödjande miljöer och hälsofrämjande resurser. Den första internationella konferensen i Ottawa 1986 resulterade i Ottawamanifestet vilket fick stor betydelse för framtida hälsofrämjande insatser och formulerade vikten av det nya perspektivet så här, (Folkhälsomyndigheten 2022). ”Health is created and lived by people within the settings of their everyday life: where they learn, work, play and love” (World Health Organisation 2023). Dagens folkhälsoarbete handlar om att jämna ut skillnader mellan olika gruppers tillgång till hälsa (Folkhälsomyndigheten 2022) och detta med ett holistiskt perspektiv som innefattar alla samhällsfunktioner som arenor för stödjande miljöer i folkhälsoarbetet (ibid).

Autonomi och delaktighet i livet är en stark faktor till välbefinnande och ur ett folkhälsoperspektiv något som ska genomsyra alla organisationer för hållbar utveckling. I dag ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten enligt kapitel fem om delaktighet i patientlagen (Patientlag 2014:821). Kontroll, inflytande och delaktighet är ett av de folkhälsopolitiska målen (Folkhälsomyndigheten 2021) och målen stämmer väl överens med den ovannämnda svenska patientlag som framhåller patientens rättigheter till samtycke, autonomi och integritet (Patientlag 2014:821).

Den biomedicinska vården och vårdetiken präglas av etiska principer om autonomi och respekt till patientens rätt att bestämma om sig själv vilket innebär att patienten måste hållas informerad och har rätt att avstå från erbjuden behandling (Henriksen & Vetlesen 2013).

Inom förlossningsvården är det tydligt hur värnandet om kvinnans autonomi och positiva förlossningsupplevelse främjar både kvinnans och barnets hälsa. När barnmorskan förmår ge kvinnan kontinuerlig känslomässig, omvårdande och stödjande vård är kvinnorna mer nöjda med förlossningsupplevelsen (Waldenström 2004). Barnmorskans roll i att ge den födande kvinnan kontinuerligt känslomässigt stöd är av vikt för att kvinnan ska kunna upprätthålla sin autonomi. Hälsöfördelar som visats när kvinnan förmår upprätta sin autonomi gynnar både kvinnan och barnet (Leal, Moreira, Barros, Servo & Bispo 2021). Kvinnorna använder mindre smärtlindring och genomgår färre kejsarsnitt, de föder i större utsträckning spontant vaginalt och har kortare förlossningstid vid känslomässigt stöd (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala 2012).

1.3.1 Kvinnans upplevelser och barnets hälsa

Ur ett folkhälsoperspektiv är det av vikt att ha ett långsiktigt perspektiv för ett hållbart arbete. Förutom kvinnans negativa upplevelser och vad de gör med henne så påverkar hennes förlossningsupplevelse även förutsättningar för barnets hälsa (Field 2018). Har kvinnan fått känslomässigt stöd under förlossningen visar det positiva effekter på barnets hälsa genom barnens Apgar-poäng vid fem minuters ålder än när kvinnan inte upplevt stöd (Hodnett et al. 2012). Apgar-poängen är en snabb metod för att utvärdera den nyföddas kliniska tillstånd genom att mäta fem olika parametrar som ger ett värde på en poängskala som varierar från noll till 10 (Magalhães 2023). Är kvinnan missnöjd med tidigare förlossningsupplevelse ökar risken vid nästa graviditet och förlossning att föda för tidigt, gå över det beräknade förlossningstiden, drabbas av depression och önskan om planerat kejsarsnitt (Waldenström 2004). Föda med kejsarsnitt och frånvaron av en positiv förlossningsupplevelse är riskfaktorer för att utveckla postpartumdepression och ångest. Ångest och postpartumdepression kan påverka amning, sömn och anknytningen mellan barnet och kvinnan negativt (Field 2018). Forskning visar även att när kvinnan drabbas av postpartumdepression påverkas barnets inläring negativt (Kaplan, Danko, Cejka & Everhart 2015). När spädbarnets utveckling undersökts med skalor om social känslighet, språk, kognitiv förmåga, fin och grovmotorik har det visats samband mellan postpartumdepression och försenad utveckling hos spädbarnet på samtliga skalor (ibid). Forskning har också visat på negativa effekter på barnets fysiska hälsa och kognitiva utveckling vid kejsarsnitt jämfört med vaginala förlossningar som ökad risk för

barnfetma hos barn födda med planerat kejsarsnitt än barn födda vaginalt eller med akut kejsarsnitt (King 2021).

1.4 Autonomins gränser inom förlossningsvården

Inom två månader efter förlossningen fyller kvinnan i ett formulär var hon skattar sin förlossningsupplevelse utifrån en skala, Edinburgh Postnatal Depression Scale (Waldenström 2004). Frågorna behandlar upplevelser om den egna kapaciteten, trygghet, professionellt stöd och delaktighet. I studier som följt upp resultatet genom att låta kvinnorna fylla i samma skala igen ett år senare visade det sig att minnet av upplevelsen blivit mer negativ ett år efter förlossningen. Detta resulterar i att nuvarande mätinstrumentet om hur kvinnors förlossningsupplevelser ger ett relativt missvisande resultat. De kvinnor som upplever att de fått kontinuerligt känslomässigt stöd under förlossningen verkar inte ändra upplevelsen till mer negativ över tid (ibid). Många kvinnor upplever att deras autonomi inte respekteras under förlossningen och när de har andra önsknings än de rekommenderade interventionerna uppstår ofta konflikt (Jenkinson, Kildea & Kruske 2017). Under intervjuer med kvinnor som upplevt att deras förlossning varit traumatisk på olika vis har fem olika områden identifierats, brist på information och samtycke, otillräcklig smärtlindring, brist av tillit och trygghet samt upplevelser av övergrepp (Annborn & Finnbogadóttir 2022).

Utifrån intervjuer med kvinnor, barnmorskor och förlossningsläkare om erfarenheter kring situationer när kvinnor önskat något annat än rekommenderade interventioner identifierades en outtalad, rörlig gräns om hur vida kvinnans autonomi respekteras eller inte (Jenkinson, Kildea & Kruske 2017). Gränsen förklaras som en ”linje i sanden”, och den linjen är dragen av kliniken. På den ena sidan ”linjen i sanden” respekteras värdet av kvinnans egen förlossningsresa genom tillit i relationen och förståelse för kvinnans kontext. Vid andra sidan av linjen utsätts kvinnan för angrepp på hennes lämplighet som moder, medicinskt förmyndarskap och hot när hon inte följer personalens rekommendationer (ibid).

1.5 Barnmorskans profession

Barnmorskan bör i sitt arbete utgå från professionens etiska kod. Den etiska koden har ett holistiskt perspektiv och är baserad på varje människas egenvärde enligt människovärdesprincipen som beskriver hur alla människor har lika värde och samma

rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället (Svenska barnmorskeförbundet 2018). Genom kulturell kompetens och ett normmedvetet förhållningssätt ska barnmorskan ta hänsyn till människans egenvärde genom ömsesidig respekt och tillit. Enlig barnmorskans kompetensbeskrivning ska den tillgodose patientens rätt till självbestämmande och medverkan i vården. Stödja patientens självbild, värdighet, integritet och autonomi genom att med dialogen som verktyg skapa tillit, trygghet, delaktighet och jämlikhet. Barnmorskan bör arbeta utifrån människors rätt till autonomi och rättvisa samt i alla lägen respektera de mänskliga rättigheterna (Svenska barnmorskeförbundet 2018).

1.6 Hinder för barnmorskan att stödja kvinnan i hennes autonomi

Tidigare studier har ifrågasatt för vem den ökade kontrollen och interventionerna i förlossningssituationen är till för (Jenkinson, Kildea & Kruske 2017). Barnmorskor upplever att den ökade användningen av tekniska hjälpmedel under förlossningen ibland skapar distans mellan barnmorskan och den födande kvinnan. Både för de födande kvinnorna och barnmorskorna kan användning av Cardiotocography (CTG - elektronisk fosterövervakning) upplevas negativ genom att många kvinnor känner sig fastbundna i sängen vilket hindrar rörelsefriheten, när kvinnans spontana och naturliga rörelse hämmas, hämmas kvinnans autonomi (Fox, Coddington & Scarf 2021). När trådlös teknologi i stället används ökar kvinnans rörlighet. I och med att hon kan röra sig mer, ökar hennes känsla av valfrihet och kontroll under förlossningen. En del barnmorskor upplever konflikt när den ska uppmuntra kvinnan till en aktiv förlossning samtidigt som barnmorskan ska kontrollera att den elektroniska fosterövervakningen fungerar (Ibid). I arbetet inom förlossningsvården upplever flera barnmorskor konflikter kring att inte kunna stödja kvinnan till ett normalt förlossningsarbete utan överdrivet många interventioner och menar att det är svårt att leva upp till att vara en professionell barnmorska i sjukhusmiljön (O'Connell & Downe 2009). Förutom barnmorskornas upplevelser av ovannämnda hinder i deras dagliga arbete så arbetar de också inom ett område var det finns systematiska skillnader i tillgången till reproduktiv hälsa mellan olika samhällsgrupper (Folkhälsomyndigheten 2023).

1.7 Problemformulering

Jämlikhet och jämställdhet är en förutsättning för att uppfylla de globala hållbarhetsmålen. Ur ett folkhälsoperspektiv är autonomi och egenmakt i alla lägen förutsättningen för ett personcentrerat och jämlikt förhållningssätt genom hela vårdkedjan. Trots att den svenska patientlagen, barnmorskornas etiska kod och arbetsbeskrivning stämmer väl överens med de globala målen upplever många kvinnor att deras autonomi och egenmakt upphävs under förlossningen. Därför är det av vikt att undersöka barnmorskornas tankar och upplevelser om kvinnans autonomi och deras förutsättningar till att stödja kvinnan i hennes autonomi.

2. Syfte och frågeställningar

Syftet var att undersöka barnmorskans upplevelse av att stödja den födande kvinnan i hennes autonomi under förlossningen.

Frågeställning: Vilka tillgångar upplever barnmorskorna för att upprätthålla kvinnans autonomi under förlossningen?

Vilka hinder upplever barnmorskorna för att upprätthålla kvinnans autonomi under förlossningen?

3. Metod

3.1 Design

För att ta del av en specifik yrkesgrupps subjektiva upplevelser av ett särskilt ämne i deras arbetsmiljö under en specifik situation valdes en kvalitativ, explorativ design (Olsson & Sörensen 2011).

3.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp/kontext

Den här studien utgick från elva yrkesverksamma barnmorskors upplevelser av att stödja kvinnans autonomi under förlossningen. Barnmorskorna arbetade på två olika förlossningsavdelningar i Mellansverige och hade varierade erfarenheter av arbetet. Ett strategiskt urval gjordes, purposive sampling (Tolley et al. 2016) var informanter valdes ut utifrån deras specifika erfarenhet av ämnet som behandlas för att få ett innehållsrikt material utifrån syftet och frågeställningarna.

3.3 Datainsamlingsmetod och frågeinstrument

Ett webbaserat frågeformulär (*Bilaga 1*) med sju frågor användes. Frågorna var utformade efter frågeställningarna och syftet om att undersöka barnmorskornas upplevelser av att stödja kvinnan i hennes autonomi under förlossningen.

För att förtydliga hur barnmorskorna såg på autonomi inleddes frågeformuläret med en öppen fråga om vad de tänker om den födande kvinnans autonomi. Frågeformulärets frågor var utformade för öppna reflekterande svar som, - *På vilket sätt bidrar din arbetsplats till hur du kan stödja den födande kvinnans autonomi?* Med följdfrågor för mer utförliga svar som, - *Beskriv om du upplever något i din arbetssituation/arbetsplats som försvårar det för dig att stödja den födande kvinnans autonomi?*

3.4 Genomförande

Frågeformuläret delades ut till barnmorskor på två förlossningsavdelningar i Mellansverige för att inkludera så många informanter som möjligt. Frågeformuläret skickades ut till 25 barnmorskors arbetsmail av en förlossningsavdelningarnas samordnare. I mailet med frågeformuläret skickades också ett följebrev (*Bilaga 2*) med information om samtycke. Samtycke gavs i och med att de skickade in svaren. Barnmorskorna hade sammanlagt tre veckor på sig att svara. Barnmorskor som var sjukskrivna, tjänstlediga eller av annan orsak inte kunde nås av mailet exkluderades. På grund av få deltagare efter första utskicket skickades två påminnelser. Totalt deltog fem barnmorskor vid första omgången. Eftersom underlaget var begränsat skickades frågeformuläret ut igen. Det andra utskicket skedde ett år senare eftersom forskaren gjorde ett studieuppehåll. Vid det andra utskicket svarade sex barnmorskor till. Totalt svarade elva barnmorskor på frågeformuläret.

3.5 Dataanalys

Materialet analyserades med en induktiv ansats utifrån en kvalitativ, tematisk analys (Braun & Clarke 2006) som består av sex faser. Tematisk analys lämpar sig väl för exempelvis forskare som inte är van vid att använda kvalitativa metoder. I fas ett sammanställdes data löpande in i ett nytt dokument för att göras mer överskådlig och för att påbörja analysprocessens första steg.

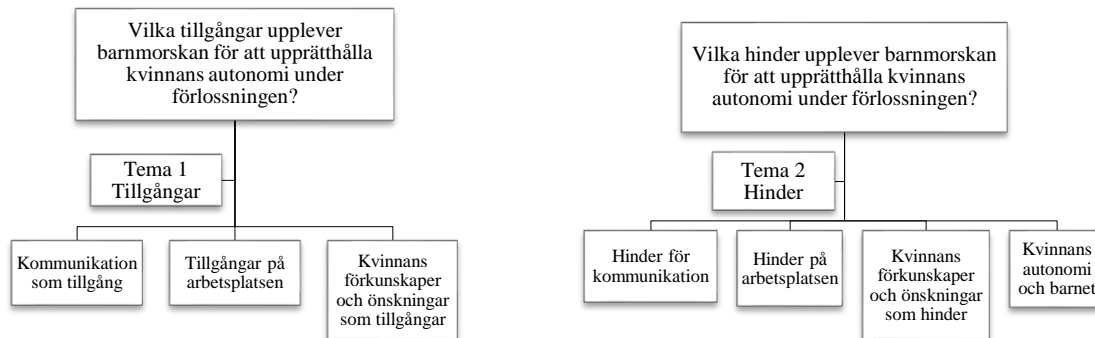
I Fas två identifierades koder och systematiskt samlades data till varje kod. När all data var insamlad började olika koder identifieras. Detta gjordes genom att kopiera koder från det sammanställda materialet till ett dokument var det var lätt att flytta runt data

under olika koder.

I fas tre grupperades koderna under olika potentiella teman. När flera koder var identifierade började de sorteras in under teman i dokumentet.

I fas fyra granskades och justerades teman i relation till koderna och genererade en tematisk karta av analysen med tre huvudteman och flera underkategorier. Under tiden analysarbetet pågick justerades teman, koder flyttades om och kopierades när de passade under flera teman.

I fas fem förfinades analysen och olika teman sorterades om. Utifrån den övergripande analysen framkom mer tydliga och specifika namn till varje tema. Från att arbetat med tre huvudteman identifierades i stället två andra huvudteman och koderna sorterades om i olika kategorier under dessa nya teman, hinder och tillgångar (*Figur 1*).



Figur 1. Analysprocessen fas fem

I fas sex, det sista analystillfället, lästes den tematiska kartan, tidigare noteringar och råmaterialet igenom igen för att plocka upp citat från respondenterna relaterade till frågeställningarna. Med citaten stärktes analysen och texten blev mer levande innan det slutgiltiga arbetet fortsatte.

3.6 Etiska överväganden

Frågeformuläret utgick från barnmorskans yrkesroll och var därför utan etisk prövning. Barnmorskorna blev informerade via följebrevet (*bilaga 2*) om studiens syfte, upplägg och metod. I brevet fanns detaljerad information enligt informationskravet om vad det innebar att delta i studien, att deltagandet var frivilligt och att informanten var anonym. Informanten blev i brevet informerad om konfidentialitetskravet, att alla uppgifter som lämnats av deltagarna behandlades konfidentiellt. Informationen kommer bara att

användas till studiens ändamål enligt nyttjandekravet och inte i något annat syfte. Samtycke verkställdes enligt samtyckeskravet (Olsson & Sörensen 2011) genom följebrevet och deltagarna var anonyma.

4. Resultat

Elva yrkesverksamma barnmorskor vid två olika förlossningsavdelningar svarade på ett frågeformulär med i huvudsak öppna frågor om deras upplevelser av att stödja den födande kvinnans autonomi och deras tankar om hennes autonomi. Barnmorskorna använde begreppet PM, PM = Promemoria, vid flera tillfällen vilket betyder *interna riktlinjer*. I följande resultat används, interna riktlinjer för att beskriva PM.

Resultatet presenteras nedan utifrån två teman, tema ett - Tillgångar till att stödja kvinnan i hennes autonomi och tema två - Hinder för att stödja kvinnan i hennes autonomi. Under varje tema finns kategorier som svarar på vilka tillgångar och hinder barnmorskan upplever för att upprätthålla kvinnans autonomi. Efter varje citat är barnmorskorna benämnda med förkortningen *Bm* och en siffra för varje enskild barnmorska.

4.1 Tema 1. Tillgångar till att stödja den födande kvinnan

4.1.1. Kommunikation som tillgång

Barnmorskorna menade att kommunikation var avgörande för att kunna stödja kvinnan i hennes autonomi och förutsättningar för att kunna kommunicera handlade om tid, språk, personkemi mellan kvinnan och barnmorskan samt kvinnans förkunskap och önskningsar.

En barnmorska beskriver hur tiden är det absolut viktigaste för att kunna fokusera på en kvinna i taget, - *Det absolut viktigaste är att ha tiden till det. Att ha en födande kvinna i taget och kunna fokusera på bara henne, /Bm1*

Genom god bemanning, att alltid vara två personal per födande kvinna upplevdes som en förutsättning. Fanns det tillräckligt många kollegor på plats fanns också tiden till att kunna fokusera på kvinnan. En barnmorska beskriver förutsättningarna till kommunikation, - *tid, bemanning och gott samarbete förlossningsteamet, /Bm4.*

Barnmorskorna berättade mycket om tid till kommunikation med kvinnan men också om god kommunikation i personalgruppen som genom bra överrapporteringar för att

kunna kommunicera bra med kvinnan,

- Vi har en öppen dialog och god överrapportering vid skiftbyte, /Bm7.

En annan förutsättning till god kommunikation med kvinnan var tillgången till tolk när ett gemensamt språk saknades, *- Vid språkförbristningar så blir tolk ett måste o en självklarhet. Jag måste kunna förstå o kommunicera med kvinnan ordentligt för att förstå vad hon går igenom/vill/ser på saken. Och för att jag skall kunna kommunicera det vi ser/ser på saken, /Bm11.*

4.1.2. Tillgångar på arbetsplatsen

Faktorer på arbetsplatsen som påverkade barnmorskorna var kollegor, interna riktlinjer och olika materiella tillgångar som att kunna erbjuda olika smärtlindrande metoder, bad, ljus, musik, mat och dryck.

Kollegorna var i första hand en tillgång genom en öppen dialog, bra rapportering mellan teamen och att de jobbar i par vilket leder till bra förutsättningar för god kommunikation med den födande kvinnan beskriver en barnmorska, *- Vi jobbar även i par (1 barnmorska och 1 undersköterska) så det finns möjlighet till en hög närvaro på sal. Vi är alltid om det går två barnmorskor under utdrivningen och vid akuta situationer, /Bm1.* Kollegorna fungerade också som stöd i situationer var det kunde uppstå konflikter mellan kvinnans vilja och de interna riktlinjerna. Vid sådana konflikter fanns också avdelningens läkare till hands. De interna riktlinjerna upplevdes som ett viktigt stöd i arbetet med att stödja kvinnan i hennes autonomi, *- Vi har mycket specificerad information och skrivna interna riktlinjer för alla obstetriska situationer. Så att alla patienter får samma information, och kan göra egna informerade beslut efter det, /Bm11.*

4.1.3 Kvinnans förkunskap och önskningar som tillgång

Kvinnans förkunskap och önskningar upplevdes både som ett hinder och en tillgång beroende av vilka förkunskaper och önskningar hon hade. Stämde hennes förkunskap och önskningar överens med de interna riktlinjerna var de en tillgång eftersom kvinnan då också bar en större tillit till sina egna förmågor. En barnmorska förklarar hur frånvaron av tilltro till sin egen förmåga hos kvinnan gör att hon inte står upp för sina idéer, *- Jag tänker att Hon (den födande kvinnan) alltför ofta förlitar sig på vårdpersonalen "de vet bäst", och gärna backar från sina egna idéer. Att det finns en föreställning, främst bland förstföderskor att "jag har ju aldrig gjort det här, så jag*

vet ju ingenting, jag litar på att barnmorskan väljer åt mig, /Bm3.

En annan barnmorska förklarade vikten av att försöka tillgodose kvinnans önsknings, - *En förlossning är i mångas fall det viktigaste ögonblicket i ens liv och något man har förväntningar och önskemål över hur det ska bli. Alla kvinnor har olika önskemål och drömmar över hur deras förlossning ska bli och det är otroligt viktigt att försöka tillgodogöra detta och värna om kvinnans autonomi i den mån det går, /Bm1.*

En annan aspekt i barnmorskans roll för att kunna kommunicera handlade om att kvinnan hade information för att kunna göra informerade val. En barnmorska understryker vikten av att informera, - *Ge mycket information om vart vi befinner oss, vart ska vi, vad kan förväntas hända mm. Kunskap är makt. /Bm6.*

Vid akuta situationer då det inte fanns tid till kommunikation var det bra om kvinnan var införstådd med vad de kunde innebära och varför händelseförloppen gick som det gick. En barnmorska förklarar, - *Gärna att kvinnan har fått god information om sina val redan från mödravården så hon vet vad hon önskar så inte detta behöver förklaras i ett mindre gynnsamt akut skede, /Bm4.*

Barnmorskorna menade att kvinnan har rätt till ett informerat val men tid till att ge information inte alltid får utrymme vid förlossningen utan gärna ska finnas med från tidigare i vårdkedjan. Hade barnmorskorna tid till att ge information och förklara varför de ville göra som de gjorde ändrade ofta kvinnan uppfattning och de menade att då kunde kvinnan vara delaktig, - *Går ofta att informera om arbetssättet vilket gör att kvinnorna ändrar sig, /Bm4.*

4.2 Tema 2 Hinder för att stödja kvinnan i hennes autonomi

4.2.1 Hinder för kommunikation

Kommunikation var avgörande för att kunna stödja kvinnan i hennes autonomi, när det inte fanns tid till kommunikation upplevdes det som ett hinder. Förutom tid påverkade även språk, personkemi mellan kvinnan och barnmorskan samt kvinnans förkunskaper förutsättningarna till kommunikation. Vid brist av tid till kommunikation, som vid livshotande situationer var det barnmorskans profession och de interna riktlinjerna som bestämde. En barnmorska förklarar om när de inte har tid till diskussioner, - *Men ibland är nog inte detta fallet tyvärr då det krävs snabba beslut och det är vi som professionella som måste agera om det gäller akuta situationer, /Bm1.*

Kvinnans rätt till ett informerat val lyftes och problematiserades, för att kunna ta ett informerat val måste tiden finnas till att informera. Helst såg de att kvinnan hade med sig information från tidigare kontakt inom vårdkedjan då tiden inte alltid fanns på förlossningsavdelningen. Det framkom olika önskingar om att kunna lägga fullt fokus på en kvinna i taget genom mer tid, - *Jag önskar att man kunde lägga mer tid hos varje födande, /Bm6.*

En barnmorska berättar om vikten av att tillgodose kvinnans önskingar men hur det kan vara svårt i akuta arbetssituationer och utifrån de interna riktlinjerna, - *Att man försöker tillgodose önskemål men det kan vara svårt på grund av vårt ansvar för mor och barn samt styrd av PM, /Bm4.*

Svårigheter kunde uppstå när ett gemensamt språk saknades. En barnmorska berättar varför tolk är en förutsättning när ett gemensamt språk inte fanns, - *Jag måste kunna förstå o kommunicera med kvinnan ordentligt för att förstå vad hon går igenom/vill/ser på saken. Och för att jag skall kunna kommunicera det vi ser/ser på saken. /Bm11.*

En annan barnmorska förklarar hur det ibland inte fungerar att stötta kvinnan i hennes autonomi på grund av dålig personkemi och vid sådana fall är det bäst att kvinnan får byta barnmorska, - *Ibland kan det vara så att man inte "klickar" med varandra och då är det svårt att få en god relation och försöka stötta kvinnans autonom. I det läget om kvinnan inte känner en god kemi med barnmorska är det bättre att man byter. /Bm1.*

4.2.2 Hinder på arbetsplatsen

Faktorer på arbetsplatsen som påverkade barnmorskan var kollegor, interna riktlinjer, tid och olika materiella tillgångar.

Ett hinder handlade om saknad av en mer tillåtande miljö var nya metoder anammades, en barnmorska menar att nytänkande inte uppskattas på arbetsplatsen och upplever inte att förlossningsvården är utformad för att stödja kvinnan i hennes autonomi, - *miljön i dagens förlossningsvård främjar inte kvinnans möjligheter till medbestämmande, /Bm 3.*

Kollegorna kunde också uppfattas som ett hinder när det rörde olika inställning till kvinnans autonomi. Barnmorskan beskriver som exempel att kvinnor med förlossningsbrev och särskilda tankar kring förlossningen ibland sågs som krångliga och attityder som, - *Är hon förstföderska får hon gärna ta en EDA, så att hon inte blir så "krävande", /Bm3.* Barnmorskornas upplevelser eller inte upplevelser av konflikt i att stödja den födande kvinnans autonomi skiljde sig inte åt i jämförelse med erfarenhet av

yrket. Däremot nämndes upplevelsen av oliktankande kring kvinnans autonomi mellan nyexaminerade och mer erfarna barnmorskor som ett hinder, - *Det finns en konflikt mellan äldre barnmorskekollegor och mer nyexade, i fråga om till exempel förlossningsställningar och smärtlindring, /Bm3.*

De interna riktlinjerna kunde upplevdes som hinder för en del barnmorskor när det inte stämde överens med kvinnans önskemål, - *Att man försöker tillgodose önskemål men det kan vara svårt på grund av vårt ansvar för mor och barn samt styrd av PM, /Bm4.* Andra hinder var av mer materiell karaktär som att inte kunna erbjuda förlossning i bassäng, - *En annan sak är det här med att föda i vatten. Att vi inte kan erbjuda det är främst på grund av infektionsrisk och att vi inte har rutiner som godkänt det ännu, /Bm11.*

4.2.3 Kvinnans förkunskap och önskningar som hinder

Kvinnans förkunskap upplevdes både som ett hinder och en tillgång beroende av vilka förkunskaper hon hade. Bristen av kunskap upplevdes som ett hinder när kvinnan förlorade sin tro på sig själv och därmed förlitade sig mer på personalen än på sig själv. Samtidigt som tillit till personalen var viktig kunde den upplevas som ett hinder om kvinnan inte hade tilltro till sina egna förmågor. En barnmorska beskrev hur kvinnor utan egen tilltro kan låta, - *jag har ju aldrig gjort det här, så jag vet ju ingenting, jag litar på att barnmorskan väljer åt mig, /Bm3.*

Hade kvinnan önskningar, idéer (kunskap) eller förväntningar som inte stämde överens med barnmorskans eller de interna riktlinjerna kunde de upplevas som ett hinder. Sådana önskningar handlade om kvinnans vilja till upprättstående positioner under utdrivningsskedet, om viljan att föda i vatten eller olika händelseförlopp vid igångsättning av förlossningen då kvinnan gått över tiden eller vid akuta situationer. En barnmorska berättar om när det kan bli en konflikt och varför den gärna inte går kvinnan till mötes, - *Vid framfödandet då de ibland vill ha upprätta ställningar som ger snabbt framförande/bristande perinealskydd vilket vi försöker att inte ha på grund av risk för större bristningar, /Bm5.*

Barnmorskan beskriver en annan situation när konflikt kan uppstå, - *Vid induktion då man ska göra vissa saker i följd som kanske inte hon är intresserad av, /Bm5.*

4.2.4 Kvinnans autonomi i relation till barnet

Tidsbrist vid akuta situationer förklarades vid några tillfällen som livshotande situationer när kvinnans eller barnets liv var i fara. Vid sådana situationer kunde barnmorskorna ta de interna riktlinjerna till hjälp och konflikter i relation till kvinnan kunde uppstå när hon inte förstod varför de gjorde som de gjorde. En barnmorska förklarar, - *Vid åtgärder där barnets bästa står i vårt fokus (tex skalpprov vid dåig CTG-kurva, snabb avnavling vid dåligt barn) men kvinnan inte kan förstå varför vi behöver göra en åtgärd, /Bm10.*

En annan barnmorska menar att det är barnmorskorna som är professionella och måste agera utifrån deras profession i de akuta situationerna, - *Det går i stort sett alltid att informera och ha en diskussion över dessa situationer, där den födande känner sig delaktig trots att det inte blev som hon tänkt. Men ibland är nog inte detta fallet tyvärr då det krävs snabba beslut och det är vi som professionella som måste agera om det gäller akuta situationer, /Bm1.*

En annan barnmorska förklarar hur vikten av kvinnans autonomi är av högsta prioritet samtidigt som den verkar upphöra vid akuta situationer. Barnmorskan beskriver, - *Autonomin står över det mesta som sker hos oss. Vi gör ingenting mot kvinnans egen vilja, så länge det inte handlar om fråga om liv o död. Det är hennes förlossning. Vi står för det medicinska kunnandet. /Bm11.*

Flera barnmorskor tar upp olika akuta situationer var barnets hälsa eller liv är i fara och hur då kvinnans autonomi och delaktighet ställs åt sidan. En barnmorska förklarar, - *Om kvinnan uttryckt en stark önskan att inte bli ex klippt men man ser att barnet måste ut annars kanske det mår jättedåligt när det kommer ut. Men igen tid för kommunikation och information, /Bm5.*

Barnmorskan förklarar vidare hur den är noga med att kommunicera med kvinnan genom hela händelseförloppet, även efteråt vid de situationer när hennes autonomi blivit ifrågasatt, - *Försöker alltid lyssna på kvinnan. Där det behövs intentioner som kvinnan autonomi blir ifrågasatt försöker jag alltid kommunicera före/under och efter. Ex om barnet mår dåligt och det behövs lägga en sugklocka alltid kommunicera varför, /Bm5.*

5. Diskussion

Resultatet visar att de faktorer barnmorskorna upplevde som tillgångar i arbetet med att stödja den födande kvinnan i henne autonomi också var de faktorer som upplevdes som hinder. De flesta barnmorskor upplevde konflikter med att stödja kvinnan i hennes autonomi under förlossningen. Fram för allt var kommunikation det främsta verktyget i arbetet med kvinnans autonomi. Hinder och tillgångar de såg för att kunna kommunicera upprepade sig kring följande kategorier, interna riktlinjer, barnet, tid, kollegor samt kvinnans förkunskaper och önskemål.

5.1 Kommunikation – för vem?

Kommunikation är en förutsättning för att stödja kvinnan i hennes autonomi vilket samtliga barnmorskor tog upp. För barnmorskorna handlade vikten av kommunikation till mer om vikten av att förklara varför och vad de ville göra utifrån deras interna riktlinjer än om att ta till sig information om kvinnan och vad hon önskar. Indirekt förklarade en del barnmorskor vikten av förtroende, tillit och deras makt i yrkesrollen men med avsaknad av hur de faktiskt rent praktiskt gjorde för att stödja kvinnan i hennes autonomi enligt barnmorskans kompetensbeskrivning. Dock beskrev många hur det i brist om tid kunde vara svårt att hinna med att informera eller skapa en relation. När barnmorskorna nämnde information var det i huvudsak enkelriktig information från barnmorska till kvinna. På grund av tidsbrist önskades att kvinnan var väl informerad sedan tidigare kontakt i vårdkedjan för att kunna ta ett informerat val. Enligt kompetensbeskrivningen skall dock barnmorskan med dialog som verktyg skapa tillit, trygghet, delaktighet och jämlikhet. Tillgodose patientens rätt till självbestämmande och medverkan i vården. Stödja patientens självbild, värdighet, integritet och autonomi (Svenska barnmorskeförbundet 2018).

För en god kommunikation krävs en förförståelse hos barnmorskorna om hur kvinnorna i mötet med läkarna och barnmorskorna kan hamna i ett underläge (Newham & Kirkham 2019). En del barnmorskor nämnde vikten av kvinnans förkunskaper dock var det ingen som nämnde vikten av barnmorskans förförståelse om var kvinnan kom ifrån vid en konflikt. Frustrationen eller ”framgången” var om hur vida kvinnan förstod barnmorskorna och deras interna riktlinjer.

5.2 Arbetsplatsen – interna riktlinjer, tid och kollegor

De interna rutinerna upplevdes till största del som en tillgång då de gav tydliga riktlinjer om olika händelseförlopp men de kunde också uppfattas som hinder då de inte stämde överens med kvinnans önskningar. Tidigare studier där barnmorskor intervjuats om deras arbete har kritik framkommit om hur de interna riktlinjerna används. Kritiken handlar om hur de interna riktlinjerna inte längre fungerar som riktlinjer utan som lagar och trots att de framhåller hur kvinnans vilja kommer först så kommer i stället riktlinjerna först (Hollander, Vandenbussche, Van Dillen, De Miranda, Holten 2019). Det stämmer väl överens med hur barnmorskorna i den här studien förhöll sig till de interna riktlinjerna. De barnmorskor som uppmärksammade vikten av att förstå kvinnans önskningar menade att det kunde vara svårt att uppfylla önskemålen utifrån de interna riktlinjerna.

Kollegorna var en tillgång till tid och informationsutbyte medan de upplevdes som hinder vid olika uppfattningar och attityder kring kvinnans autonomi. Attityderna stämmer väl överens med tidigare forskning om kvinnors upplevelser av deras autonomi inte respekteras under förlossningen (Jenkinson, Kildea & Kruske 2017). För att nå autonomi måste ett jämlikt förhållande implementeras mellan personalen inom mödravården och kvinnorna de möter (Newham & Kirkham 2019). Det är väl beskrivet både i barnmorskans kompetensbeskrivning och i barnmorskans etiska kod (Svenska barnmorskeförbundet 2022) om vikten av barnmorskans förståelse för kvinnans kontext för att arbeta professionellt. Barnmorskorna menade att de i frånvaro av tid vid akuta situationer inte alltid hade förutsättningar till kommunikation. Och andra sidan nämnde de inte heller hur de i mån om tid arbetade med förförståelsen kring kvinnans kontext. Förutom brist på tid kunde avsaknaden av ett gemensamt språk också vara ett hinder för att förstå vad kvinnan ville och för att informera henne.

5.3 Kvinnans förförståelse, tillit och autonomi

Barnmorskorna var väl införstådda med vikten av att kvinnan skulle kunna ta ett informerat val och menade att det ofta var svårt att hinna ge den informationen kvinnan behöver för att kunna ta ett informerat val. Kvinnans förförståelse eller frånvaro av förförståelse var ett hinder utifrån barnmorskornas vilja att förmedla deras interna rutiner. Ur ett kvinnocentrerat perspektiv, för att kunna ge kvinnan utrymme till att upprätthålla sin värdighet och autonomi behöver barnmorskan förstå kvinnans kontext

(Leap 2009). Hade barnmorskorna i studien varit väl införstådda med problematiken skulle det varit önskvärt med formuleringar om att de själva önskade mer information från kvinnan för att kunna tillgodose hennes behov eller att de saknade verktyg för att sätta kvinnans behov först.

Barnmorskorna i studien beskriver aldrig hur de praktiskt ger kvinnan förutsättningar till hennes autonomi eller sätter sig in i hennes kontext om kvinnan själv inte berättar. Forskning som problematiserar just barnmorskans roll i relation till kvinnans autonomi menar att barnmorskan inte kan ge kvinnan den makten, utan menar att makt underförstått är något som en tar (Leap 2009). Utifrån det menas att barnmorskans roll är att stärka kvinnan genom att ge förutsättningar för henne att ta sin makt (ibid).

Barnmorskorna i den här studien har uppmärksammat svårigheten med kvinnor som inte har egenmakt. Barnmorskorna använder inte ordet egenmakt utan beskriver hur en del kvinnor inte har någon tilltro till sin egen förmåga utan lägger sig helt och hållet i personalens händer. Eller att de har en idé men backar från den i relation till barnmorskan. När en barnmorska beskriver hur kvinnan backar från sina egna idéer eftersom kvinnan tänker att barnmorskan vet bäst, reflekterar inte barnmorskan om varför det är så men ser det som ett hinder.

5.4 Gränsen mellan information och hot?

Bristen av tid vid akuta situationer var ett hinder där akuta situationer handlade om livshotande situationer för kvinnan eller för barnet. Vid kvinnocentrerad vård innefattas kvinnan, barnet och andra personer som är viktiga för kvinnan (Leap 2009) och för en del barnmorskor är det mer självklart än för andra barnmorskor om det är kvinnan som bestämmer i dessa situationer (Hollander, et al 2019). Barnmorskorna i den här studien antingen såg det som en självklarhet att deras profession gick över kvinnans autonomi när det inte fanns tid att informera i akuta situationer. De menade dessutom att kvinnan ofta ändrade uppfattning när barnmorskan hade tid till att ge information. Tidigare studier har visat hur komplext detta kan vara genom att information om barnets eventuella hälsotillstånd använts som hot när kvinnan inte följer rekommendationerna och kvinnan har blivit straffad genom kommentarer om att hon bryr sig mer om sin egen upplevelse än barnets hälsa (Jenkinson, Kildea & Kruske 2017). Barnmorskorna i den här studien reflekterade inte kring om information kunde upplevas som hot vilket skulle varit önskvärt då de lade väldigt stor vikt vid just kvinnans rätt till informerade val.

5.5 Metoddiskussion

Styrkor med studien var att frågeformuläret gav konkreta och informativa svar. Det var relativt få barnmorskor som svarade på enkäten men det var många återkommande svar, alla svar rörde sig runt samma kategorier vilket talar för att de ger en relativt trovärdig bild av hur barnmorskorna på just de här två avdelningarna tänker om hur de kan stödja kvinnan i hennes autonomi under förlossningen. På grund av lågt deltagande vid första utskicket och att forskaren tog studieuppehåll dröjde det ett år mellan utskicken. Det var lika lågt deltagande den sista gången och svaren var likvärdiga med första utskicksomgången. Urvalet enligt purposive sampling (Tolley et al. 2016) var framgångsrikt och självklart däremot var eventuellt en del barnmorskor inte helt införstådda med begreppet autonomi och följebrevet (*Bilaga 2*) hade med fördel kunnat förtydliga begreppets innebörd.

Svagheter med studien var att en del barnmorskor svarat väldigt kort, svaren gav korta och informativa svar men inte särskild undersökande eller innehållsrika och vid enstaka fall hade frågan missuppfattats. Ingen av barnmorskorna tar upp maktperspektivet mellan dem och den födande kvinnan eller förklarar hur de rent konkret stödjer kvinnan vilket hade varit intressant att ta del av. Barnmorskorna beskriver till exempel att kommunikation är viktigt men de diskuterar aldrig hur de kommunicerar. Vid intervjuer hade utrymme funnits till följdfrågor och förtydligande kunde ombetts när frågorna missuppfattades eller svaren inte var tillräckligt informativa.

För att få mer reflekterande svar i enkäten hade det föredragits om forskaren besökt arbetsplatserna och presenterat studien. Det tog väldigt lång tid att få ihop tillräckligt många svar vilket hade kunnat effektiviserats genom att barnmorskorna kunde fått avsatt tid till att svara på frågeformuläret vid ett besök. Under tiden skulle de också haft möjlighet att ställa frågor vi eventuella oklarheter. Detta föreslog forskaren men samordnaren som var kontaktperson föredrog att den själv administrerade utskick av frågeformuläret. När kontakten togs med samordnaren av förlossningsavdelningarna pågick covidpandemin och det rådde stränga restriktioner kring besök i sjukhusmiljö. Att analysera materialet med den tematiska analysen (Braun & Clarke 2006) lämpade sig väl. Med hjälp av den tematiska kartan var det lätt att överblicka resultatet.

5.6 Framtida forskning

Tidigare studier där barnmorskor intervjuats om deras arbete har kritik framkommit om hur de interna riktlinjerna används. Kritiken handlar om hur de interna riktlinjerna inte längre fungerar som riktlinjer utan som lagar. Trots att lagar framhåller hur kvinnans självbestämmande prioriteras först så kommer i stället riktlinjerna först (Hollander, et al 2019). Det stämmer väl överens med hur barnmorskorna i den här studien förhöll sig till de interna riktlinjerna. Det skulle vara av intresse att undersöka hur och om de interna riktlinjerna behandlar situationer när det sker en konflikt mellan riktlinjerna och kvinnans önskemål.

5.7 Slutsats

Barnmorskorna i den här studien upplever att de värnar om kvinnans autonomi men verkar inte ha några problem med att överskrida den när det kommer till akuta situationer var de menar att deras profession och interna riktlinjer står över kvinnans autonomi och delaktighet. Barnmorskorna behöver mer kunskap kring hur de ska implementera ett jämlikt förhållande till kvinnan för att stödja henne i hennes autonomi. Förutom kunskap är mer tid med varje födande kvinna en förutsättning för att kunna genomföra mer holistiskt och personcentrerad vård under förlossningen. Med mer kunskap och tid kan barnmorskan skapa en relation med kvinnan för att förstå hennes kontext och på så vis ge henne bättre förutsättningar till att stå upp i sin autonomi.

6. Referenser

Annborn, A & Finnbogadóttir, HR. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, vol. 105, doi: 10.1016/j.midw.2021.103212.

Bagade, T., Chojenta, C., Harris, M., Oldmeadow, C & Loxton, D. (2022). The human right to safely give birth: data from 193 countries show that gender equality does affect maternal mortality. *BMC Pregnancy Childbirth*, Vol. 22, pp 874.
doi.org/10.1186/s12884-022-05225-6.

Barnmorskeförbundet (2023). Sexual and Reproductive Health and Rights SRHR.
<https://www.barnmorskeforbundet.se/forbundet/sexuell-reproduktiv-halsa-rattigheter/>
[2023.05.10]

Braun, V & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. Vol. 3:2, pp. 77-101, DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)

Crepinsek, M., Bell, R., Graham, I & Coutts, R. (2022). Towards a conceptualisation of woman centred care - A global review of professional standards. *Women and Birth*, 35, ss. 31–37. doi: 10.1016/j.wombi.2021.02.005

D´Souza, M. S., Karkada, S. N., Somayaji, G. & Venkatesaperumal. (2013). Women´s well-being and reproductive health on Indian mining community: need for empowerment. *Reproductive Health*, 10 (1). doi: 10.1186/1742-4755-10-24.

Fox, D., Coddington, R. & Scarf, V. (2021). Wanting to be “with woman”, not with machine: Midwives’ experiences of caring for women being continuously monitored in labour. *Women and Birth*, 35 (4), ss. 387-393. doi.org/10.1016/j.wombi.2021.09.002

Fox, D., Maude, R., Coddington, R., Woodworth, R., Scarf, V., Watson, K. & Foureur, M. (2021). The use of continuous foetal monitoring technologies that enable mobility in labour for women with complex pregnancies: A survey of Australian and New Zealand hospitals. *Midwifery*, vol 93. doi:10.1016/j.midw.2020.102887

Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior and Development*, 51, ss. 24–32.

doi:10.1016/j.infbeh.2018.02.005

Förenta Nationerna (2023). Globala målen för hållbar utveckling. <https://fn.se/globala-malen-for-hallbar-utveckling/> [2023-04-25]

Folkhälsomyndigheten (2021). Nationella folkhälsomål och målområden. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa-lokalt-och-regionalt-stod/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/> [2021-12-18]

Folkhälsomyndigheten (2022). Vad är folkhälsa, jämlik hälsa och folkhälsoarbete? <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-ar-folkhalsa/folkhalsa-och-jamlik-halsa/> [2023.05.05]

Folkhälsomyndigheten (2023). Sexuell och reproduktiv hälsa. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter/> [2023-04-26]

Henriksen, J. O & Vetlesen, A. J. (2013). *Etik i arbete med människor*. 14. uppl., Lund: studentlitteratur.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, J. & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS*, 7, ss. 1-113. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub4.

Hollander, M., Vandenbussche, F., Van Dillen, J., De Miranda, E & Holten, L. (2019). Addressing a need. Holistic midwifery in the Netherlands: A qualitative analysis. *PLoS ONE*, 14(7), ss. 1-22. doi.org/10.1371/journal.pone.0220489

Jenkinson, B., Kildea, S & Kruske, S. (2017). The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: A feminist thematic analysis. *Midwifery*, 52, ss. 1–10. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.006

Kaplan, PS, Danko, CM, Cejka, AM & Everhart, KD. (2015). Maternal depression and the learning-promoting effects of infant-directed speech: Roles of maternal sensitivity, depression diagnosis, and speech acoustic cues. *Infant Behavior and Development*, 41, ss. 52–63. doi:10.1016/j.infbeh.2015.06.011

King, J. (2021). Are there adverse outcomes for child health and development following caesarean section delivery? Can we justify using elective caesarean section to prevent obstetric pelvic floor damage? *International Urogynecology Journal*, 32(7), pp. 1963–1969. doi:10.1007/s00192-021-04781-3

Leal, MS., Moreira, R de CR., Barros, KCC., Servo, MLS & Bispo, T. (2021). Humanization practices in the parturitive course from the perspective of puerperae and nurse-midwives. *Revista brasileira de enfermagem*. 74(4). doi: 10.1590/0034-7167-2019-0743

Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: Does it matter? *British Journal of Midwifery*, 17(1), ss. 12-16. doi:10.12968/bjom.2009.17.1.37646

Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K & Payne, S. (2001). Preferences Of Patients For Patient Centred Approach To Consultation In Primary Care: Observational Study. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7284), ss. 468–472. <https://www.jstor.org/stable/25466279>

Magalhães, C., Lourenço, A., Monteiro, M., Leite, D., Trajano, B., José, A & MS, Flavio. (2023). Proportion and factors associated with Apgar less than 7 in the 5th minute of life: from 1999 to 2019, what has changed? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 28(2), ss. 385–396. doi:10.1590/1413-81232023282.11162022EN

Newnham, E & Kirkham, M. (2019). Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nursing Ethics*, 26, (7–8), ss. 2147–2157. doi: 10.1177/0969733018819119

O’Connell, R. & Downe, S. (2009). A metasynthesis of midwives’ experience of hospital practice in publicly funded settings: compliance, resistance and authenticity. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*. 13(6), ss. 589–609. doi:10.1177/1363459308341439

Olsson, H & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. uppl 3. Liber ab

Svensk ordbok (2022). <https://svenska.se/so/?sok=autonomi&pz=4> [2023.06.01]

Svenska akademins ordlista (2022). <https://svenska.se/saol/?sok=autonomi&pz=4> [2023.06.01]

SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet.
<https://svenskfattningssamling.se/doc/202342.html> [2022.04.20]

Svenska barnmorskeförbundet (2018). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf> [2022-02-16]

Svenska barnmorskeförbundet (2022). Den internationella etiska koden för barnmorskor. <https://www.barnmorskeforbundet.se/forbundet/vara-radgivande-organ/etiska-radet/> [2023-05-05]

Tolley, E. E., Ulin, P.R., Mack, N., Robinson, E.T. & Succop, S. M. (2016). *Qualitative methods in public health – A field guide for applied research*. 2. uppl. USA: Jossey Bass.

Vårdhandboken (2023). Bemötande i vård och omsorg, värdegrund – Översikt.

www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/oversikt/ [2023.01.06]

Waldenström, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth (Berkeley, Calif.)*, 31(2), ss. 102–107. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.00287.x

World Health Organisation (2023). Creating healthy cities.

<https://www.who.int/activities/creating-healthy-cities> [2023.05.03]

Öhman, S.G., Grunewald, C. & Waldenström, U. (2003). Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge worry scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), p. 148. doi:10.1046/j.1471-6712.2003.00095.x.

Bilaga 1: Frågeformulär

Fråga 1 Hur många år har du arbetat på en förlossningsavdelning?

- Mindre än 5 år
- 5–10 år
- 10 år eller mer

Fråga 2

Vad tänker du om den födande kvinnans autonomi?

Fråga 3

Vad är viktigt för dig för att kunna stödja den födande kvinnans autonomi?

Fråga 4a

Upplever du ibland konflikter kring att stödja den födande kvinnans autonomi?

- Ja. Se fråga 4b
- Nej. Hoppa över fråga 4b

Fråga 4b

Beskriv i vilka situationer konflikter kan uppstå.

Fråga 5

På vilket sätt bidrar din arbetsplats till hur du kan stödja den födande kvinnans autonomi?

Fråga 6

Beskriv om du upplever något i din arbetssituation/arbetsplats som försvårar det för dig att stödja den födande kvinnans autonomi?

Fråga 7

Har du något annat du vill dela med dig av?

Bilaga 2: Följebrev

Till dig som arbetar som barnmorska på en förlossningsavdelning i Gävleborgs län.

Jag studerar till folkhälsostrateg för hållbar utveckling och i mitt examensarbete vill jag undersöka barnmorskors tankar och upplevelser av att stödja den födande kvinnans autonomi.

Jag skickade ut den här enkäten för ca ett år sedan, pausade mitt examensarbete och tar nu vid var jag slutade. Har du redan svarat på enkäten så tackar jag för din medverkan och har du inte svarat är jag tacksam om du vill delta i mitt examensarbete genom att svara på enkäten.

Min utgångspunkt i studien är de folkhälsopolitiska målen, patient lagen och barnmorskans kompetensbeskrivning som alla framhåller vikten av att tillgodose patientens rätt till information, medverkan och autonomi i vården.

Du som arbetar på en förlossningsavdelning i Gävleborgs län tillfrågas att delta i studien genom att svara på frågeformuläret via länken i det här brevet.

Ditt deltagande är helt frivilligt och dina svar kommer vara anonyma vilket innebär att varken jag eller någon annan kommer kunna identifiera vem du är eller vad just du svarat i formuläret. Resultaten av svaren kommer endast vara underlag till mitt examensarbete och inte användas till något annat ändamål.

I och med att du skickar in formuläret har du gett ditt samtycke till att delta i studien enligt ovan. Vid frågor kan du vända dig till mig eller min handledare.

För att ta del av enkäten följer du den här länken. Svara senast torsdag 16 mars.

[Länk till enkäten](#)

Tusen tack för din medverkan på förhand!

Med vänliga hälsningar

/Moa Staffansdotter

Kontakt

Student
Moa Staffansdotter
Tel:
Mail:

Handledare
Monique Toratti
Leg. barnmorska/ universitetsadjunkt vid Högskolan i Gävle
Mail: