

Från Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa, Enheten för Reproduktiv och Perinatal Omvårdnad, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige

## **BESLUTSPROCESSEN VID VÄRKSTIMULERING UNDER FÖRLOSSNING**

Kvinnors och barnmorskors uppfattningar om påverkande faktorer

Sabine Blix-Lindström



Stockholm 2005

From the Department of Woman and Child Health, Division of Reproductive  
and Perinatal Health Care  
Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

## **DECISION-MAKING RELATED TO AUGMENTATION OF LABOUR**

Women's and midwives' perceptions regarding influencing factors

Sabine Blix-Lindström



Stockholm 2005

”I have been and seen,  
I have heard and cared,  
and having shared  
I know”

(amerikansk lyriker före 1940, ur Elin Wägners bok ”Väckarklockan” från 1941,  
Proprius förlag, Stockholm)

Till alla födande kvinnor  
och barnmorskekollegor

Published and printed by Karolinska University Press  
Box 200, SE-171 77 Stockholm, Sweden  
© Sabine Blix-Lindström, 2005  
ISBN 91-7140-488-0

## ABSTRACT

This thesis had two aims. The first was to describe women's experiences of participating in decision-making related to augmentation of labour (Paper I). The second aim was to describe midwives' perceptions and experiences of decision-making regarding augmentation of labour (Paper II).

### Methods:

Paper I is an interview study with 20 newly delivered women who had received oxytocin infusion for augmentation of labour during childbirth. The interviews were performed in the postnatal wards, 1-3 days post-partum, in five hospitals in Stockholm, Sweden, in year 2001. Open-ended interviews were used with an interview guide

Paper II is a study based on 3 focus group discussions, in year 2003, with 20 midwives with experiences from working at labour wards in the Stockholm area, Sweden. A facilitator started with a statement followed by an open-ended question.

A qualitative approach using modified grounded theory technique was used to analyse data for both studies. The interviews and focus group discussions were tape recorded and transcribed. The data was broken into smaller components, examined, compared and thereafter conceptualised and categorized.

**Results:** *Paper I:* Support and guidance from midwives in combination with knowledge and expectations about the intervention seemed to be important for women's satisfaction with decision-making concerning augmentation of labour. Four patterns of decision-making were found, ranging from being invited and participating in decision-making to wanting to participate but not being invited to. The desire for information exceeded the desire for involvement in decision-making.

*Paper II:* The midwives described how regulations and guidelines, shortage of delivery rooms, influence of obstetricians, women in labour and midwives' professional self had an effect on decision-making regarding augmentation of labour. How the midwives handled some of these factors was found to have decisive influence on the decision-making process and thus midwives as navigators was identified as the core category.

**Conclusions:** Women might not have enough knowledge to decide about augmentation of labour and therefore prefer to leave the decision to the midwives. They could therefore gain from better parental education with not only information about the labouring process, but also training in coping strategies to be capable to influence the birthing process. Midwives have to handle factors that can lead to both practical and ethical consequences. The profession of being in-between might stress the midwives since they need and want to be loyal to all included regulations and persons. It could thus be an advantage for midwives to discuss their working conditions and co-operation with obstetricians, colleagues and labouring women.

*Key-words:* decision-making, participation, information, augmentation of labour, midwifery, childbirth, expectations, nursing, labour and delivery

## Publikationer

- I Blix-Lindström S, Christensson K, Johansson E 2004 Women's satisfaction with decision-making related to augmentation of labor. *Midwifery* **20**:104-112.
  
- II Blix-Lindström S, Johansson E, Christensson K 2005 Midwives' performance during decision-making related to augmentation of labour. I manuskript.

I återges med tillåtelse från förlaget

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>	<b>Sida</b>
INLEDNING	6
BAKGRUND	7
Förlossningsförlopp och värksvaghet	7
Kliniska riktlinjer/PM	9
Kvinnors upplevelse av bemötande och beslut under förlossning	10
Hälsa- och sjukvårdslagstiftning	11
Information och beslutsfattande	11
Barnmorskans kompetensområde och profession	13
Etiska aspekter på barnmorskeyrket	14
SYFTE OCH MÅLSÄTTNING	16
METODBESKRIVNINGAR	17
Datainsamling - studie I	17
Datainsamling - studie II	19
Analys av data	20
RESULTAT	22
Studie I	22
Studie II	24
DISKUSSION	27
Metoddiskussion	27
Resultatdiskussion	29
SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER	33
TILLKÄNNAGIVANDE	34
REFERENSER	36

## INLEDNING

Allt fler ingrepp företas i samband med barnafödande på institution. Inom begreppet normalförlossning ingår idag påskyndandet av förlossningsförloppet med oxytocindropp. Tekniken har spritts över världen och kallas ofta ”aktivt handläggande av förlossningen” (WHO 1996). Ett långdraget förlossningsförlopp innebär ett problem för främst förstföderskor enligt O’Driscoll (1984). När det gäller beslut om detta ingrepp är det förutom obstetrikerna, som har det övergripande ansvaret, när det inträffar avvikelser under barnafödandet, även kvinnorna själva och barnmorskorna som är de viktiga aktörerna (State of the art 2001).

Barnmorskan handlägger den omedelbara omvårdnaden av den födande kvinnan och hon bör ha tålmod och empati för att kunna stödja henne (WHO 1996). Hon bör även vara tränad att känna igen avvikelser från det normala förloppet, som motiverar att obstetriker konsulteras (Frith & Draper 2004). Åsikter om den födande kvinnans kunskaper och möjligheter att delta i beslut varierar bland barnmorskor (Freeman et al 2004). Detta torde kunna innebära att beslutet om värkstimulering blir mer eller mindre ett gemensamt beslut.

Faktorer, som är väsentliga för kvinnors tillfredsställelse i samband med födandet är bl.a. deltagande i beslut (Berg & Dahlberg 1997, Lavender et al 1998). Det visar sig dock att kvinnorna har varierande önskemål om deltagande i beslut angående den egna vården (Nease & Brooks 1995, Harrison et al 2003). En förlossning med medicinska interventioner och brist på information men även ett långdraget förlossningsförlopp kan upplevas som traumatiskt av kvinnorna (Soet et al 2003, Waldenström 2004). Men enligt Sadler et al (2001) har värkstimulering också visat sig kunna påverka förlossningsupplevelsen negativt, medan däremot förlossningsarbetets längd inte behöver påverka upplevelsen alls enligt resultatet i den studien. Förstföderskorna studerade av Lavender et al och Sadler et al, upplevde dock värkstimuleringen som en positiv faktor. Beslutsprocessen i samband med värksvaghet och värkstimulering har dock inte tidigare studerats.

Med hänsyn till att värkstimulering används i stor utsträckning och kan påverka kvinnans hela förlossningsupplevelse är det viktigt att belysa både kvinnors och barnmorskors erfarenheter och uppfattning angående beslutsprocessen i samband med denna intervention.

## **BAKGRUND**

### **Förlossningsförlopp och värksvagheter**

För att kunna göra en korrekt bedömning av förlossningens förlopp och därmed kunna identifiera när en värksvagheter uppstår, behöver barnmorskor goda kunskaper om det normala värkarbetet.

Förlossningen delas in i latens- och aktiv fas. Den normala förlossningslängden är enligt Albers (1999) 17,5 för förstföderskor och 13,8 timmar för omföderskor. Det aktiva öppningsskedet har en medelängd av 7,7 och 5,6 timmar för förstföderskor respektive omföderskor. Förlossningens start definieras med att den aktiva fasen startar, vilket betyder utplåning av cervix med 80% och öppningsgraden 3-4 cm. I kriterier ingår även effektiva sammandragningar, som är smärtsamma och regelbundna. Ibland anges frekvens 2-4/10 min och en duration av 20-45 sek. Kvinnor som inte uppfyller kriterierna för aktivt förlossningsarbete bör lämna förlossningsavdelningen för att därmed undvika onödiga interventioner (O'Driscoll 1984, State of the art 2001). Utdrivningsskedets definition är: fas 1 att cervix är fullvidgad och barnet roterat färdigt, samt trängt ner till bäckenbotten. Fas 2 startar när kvinnan börjar krysta och pågår tills barnet är framfött. Maximalt en timme bör tillåtas för varje fas enligt State of the art (2001) och O'Driscoll (1984). Det föreligger konsensus om att den normala hastigheten för cervix öppning under den aktiva fasen bör vara ungefär 1 cm/timme. Detta skulle innebära 10 timmars värkarbete maximalt för att full cervixdilatation skall ske. Motsvarande konsensus beträffande definitionen av värksvagheter föreligger däremot inte. Vid normal förlossning skall det finnas tungt vägande skäl för att ingripa i det naturliga förlossningsförloppet. (State of the art 2001, WHO 1996).

Bedömningen av förlossningsarbetets framåtskridande görs även genom observationer av kvinnan och föregående fosterdels nedträngande i bäckenet. Förloppet följs med användande av partogram där öppningsgraden av cervix skall följa en alert linje. Om förlossningen inte går framåt skall en kritisk bedömning göras som underlag för beslut om lämplig åtgärd (WHO 1996).

Vid en fördröjd cervixdilatation med 2-3 timmar under aktiv fas rekommenderas ett påskyndande av förlossningsarbetet, med hjälp av den terapeutiska och minst invasiva metoden. Utdragen förlossning anses vara förenad med ökad neonatal och maternell morbiditet, medan aktivt förhållningssätt minskar andelen kvinnor med långdragna förlossningar och andelen infektioner. Det anses därför viktigt att undvika långdragna förlossningar, samtidigt som man eftersträvar att inte ingripa i onödan (State of the art 2001). Hos lågrisk kvinnor, vårdade av barnmorskor, leder dock längre förlossningsarbete inte till ökad sjuklighet hos vare sig mor eller barn (Albers 1999).

”State of the art” anger att oxytocin under förlossning användas enligt följande tre koncept:

1. profylaktisk behandling – förebygga värksvaghet
2. terapeutisk behandling – när värksvaghet har diagnostiserats
3. ”active management” – kombination av profylax och terapi

”State of the art” dokumentet angående värkstimuleringen har stora likheter med den s.k ”Dublinmetoden” - ”Active management of labor” ett begrepp skapat av Keiran O’Driscoll m.fl. Denna metod har fått spridning i stora delar av världen och därmed även påverkat bedömningen av förlossningens framskridande, samt handläggandet av värkstimulering i Sverige.

”Dublin metoden” beskriver ett handläggande av framförallt förstfödorskors förlossning och metoden medför, enligt en studie från 1984, lägre frekvens kejsarsnitt. Liknande resultat har också beskrivits av Rogers et al (1997). Kvinnorna, i O’Driscolls studie, bedömdes vid inkomsten till sjukhuset att vara i latens- eller aktiv fas av värkarbetet. De kvinnor som inte bedömdes vara i aktivt värkarbete fick därmed lämna förlossningsavdelningen. Vid fördröjd cervixdilatation, hos förstfödorskors i det aktiva skedet, påbörjades oxytocinstimulering. De kvinnor som fick värförstärkande infusion med oxytocin hade också en personlig sköterska som biträdde dem under förlossningen. Influensen av denna personliga sköterska, som kontrollgruppens kvinnor inte hade tillgång till, diskuteras inte i samband med resultaten. Den längsta accepterade sammanlagda förlossningslängden var 12 timmar. Efter dessa 12 timmar utfördes kejsarsnitt om inte förlossningen kunde förväntas inom den närmaste timmen. (O’Driscoll K 1984).

Kvinnor har uttryckt en önskan om att inte ha ett värkarbete längre än 12 timmar visar en studie av Impey (1999). En minoritet av kvinnorna, i en studie av Lavender et al (1998) ansåg

att ingreppet skulle användas med försiktighet, medan andra kvinnor uppskattade värkstimulering och Green & Baston (2003) visade att värkstimulering kunde fördubbla omfödorskors upplevelse av kontroll under födandet. En studie av Waldenström et al (2004) visar däremot att värkstimulering under öppningsskedet likväl som ett långdraget förlossningsförlopp var förenat med en negativ upplevelse av förlossning.

### **Kliniska riktlinjer/PM**

På samtliga förlossningsavdelningar inom Stor-Stockholmsområdet finns kliniska riktlinjer, så kallade PM för hur vården av de födande kvinnorna skall handläggas. Syftet med dessa PM, som är baserade på evidens, är att likrikta vården (White & Tylor 2002).

Forskningsresultaten är emellertid inte alltid den absoluta sanningen utan varar bara fram tills nya forskningsresultat visas (Rycroft-Malone et al 2004). Detta kan förklara skillnaden i såväl innehåll som utformningen av PM från de sju klinikerna enligt följande:

#### *Indikationer:*

- Två kliniker anger att det är viktigt att klargöra att patienten är i det aktiva förlossningsskedet.
- Tidsgränsen för när förlossningen bör påskyndas är avvikelse från "action line" på 2-3 timmar då cervix inte vidgats 1 cm/tim.
- På två av klinikerna har barnmorskorna en generell delegation om värkförstärkande syntocinondropp, på de andra fodras läkarordination under öppningsskedet.
- Efter eller i samband med Paracervikalblockad får patientansvarig barnmorska själv besluta om värkförstärkande dropp anger två PM.
- Vid epiduralblockad( EDA) anger ett PM att barnmorskan får avgöra, ett PM att syntocinondropp ordinerar av ansvarig läkare.
- Under det aktiva utdrivningsskedet får barnmorskorna själva bestämma om värkförstärkande syntocinondropp anger tre PM. I dessa PM uppges att fosterhuvudet skall stå slutroterat mot bäckenbotten.

Två PM anger inga klara indikationer. Barnmorskan får besluta själv under förutsättning att värksvaghet föreligger.

#### *Beredning:*

Spädningen, Syntocinon/Infusionslösning, varierar något mellan de olika klinikerna.

- Fyra kliniker 10 IE/500 ml
- två kliniker 10 IE/1000 ml
- en klinik 5 IE/500 ml.

Infusionslösningarna är enligt fem PM NaCl 0,9% och Glucos 5,5 % eller bara Glucos är angivet i två PM.

*Initial och höjning av dropptakt:*

- Den initiala dropptakten varierar enligt PM, 6-10 ml/h vid spädning 10 IE/500 ml samt 15 ml/h vid 10 IE/1000 ml.
- Höjningstakten anges till samma som den initiala dropptakten men intervallet på dropphöjningen varierar och är enligt de olika PM: 15, 20 eller 30 minuter.
- Max dosen under öppningsskedet, vid blandning 10 IE/500 ml anges till 60 – 90 ml/h, ett PM anger att höjning från 60 upp till 120 ml/h kan ske på läkarordination. Max dosen vid 10 IE/1000 ml anges till 120 ml/h, därefter kan ansvarig läkare bestämma om en maxdos av 180 ml/h. Ett PM anger att dosen under utdrivningsskedet inte får överstiga 180 ml/h/spädning (10IE/1000 ml).
- Målet för värkstimuleringen anges i fyra PM där en frekvens av 3-4 värkar/10 och med en duration av minst 40-45 sekunder eftersträvas. Ganska stor enighet råder angående både värkarnas frekvens och duration.
- Under det aktiva utdrivningsskedet kan högre infusionshastighet ibland behövas uppger ett PM.
- Ytterligare ett PM anger att barnmorskan självständigt får besluta om ökad infusionstakt med beaktande av värkmönster och fosterpåverkan.

**Kvinnors upplevelse av bemötande och beslut under förlossning**

Kvinnor som söker för vård och behandling skall kunna göra detta med tillförsikt och trygg förvisning om att bli väl omhändertagna och behandlade av kompetent personal (Bäckman 2000). Vidare skall de kunna förvänta sig fysiskt och känslomässigt stöd från barnmorskor (Tumblin & Simkin 2001). Bemötandet i samband med barnafödandet har stor betydelse för kvinnors upplevelser och påverkar minnet av barnafödande under det återstående livet (Waldenström 2004). Att personalen lyssnar på önskemål och behov bidrar till patienters tillfredsställelse (Geary et al 1997). Andra viktiga faktorer för kvinnors tillfredsställelse med

den totala förlossningsupplevelsen är att ha personlig kontroll samt att få sina förväntningar angående förlossningen uppfyllda visar ett flertal studier (Berg & Dahlberg 1997, Lavender et al 1998, Green & Baston 2003, Goodman et al 2004). Förstföderskor kan uppleva en femfaldig minskning av kontrollkänsla när de lämnas ensamma under förlossningsarbetet enligt Green & Baston (2003). Även känslan av att personalen har kontroll upplevs som positivt. Känsla av maktlöshet som bidragande faktor till traumatisk förlossningsupplevelse finns också beskrivet av Soet et al (2003). Kvinnor kan också känna misstro om personalen oavsiktligt negligerar dem och inte ger den information som de önskar (Berg & Dahlberg 1997). Information kan bidra till känsla av kontroll, men det varierar mycket mellan olika kvinnor, hur mycket de önskar vara involverade i beslutsfattande (Lavender et al 1998). Kvinnor värderar oftast information högre än att delta i beslut (Nease & Brooks 1995). Uppfattning om beslutsfattande kan också variera bland kvinnorna, från att vilja delta i beslut, till att överlämna besluten till personalen. De kvinnor som deltar i beslut önskar att bli välinformerade om valmöjligheterna samt få säga sin mening. De som avstår litar på personalens speciella kunskap. Båda ovanstående beskrivna grupper var nöjda med sitt deltagande i beslutsfattandet, visar en studie av Harrison et al (2003).

### **Hälso- och sjukvårdslagstiftning**

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen är tydlig i sina krav på patienters självbestämmande och deltagande i beslutsfattandet (Sahlin 2000). Patienten skall dessutom ges begriplig information om sitt hälsotillstånd, och om vilka behandlingsmetoder som står till buds. Genom att eftersträva en överenskommelse med patienten, kan ansvarig vårdpersonal säkerställa att patienten får information om möjliga behandlingar och därmed rimliga förväntningar på dess effekter. Vården skall dessutom vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården. Behandlingen skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, samt så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Varje situation är unik och omvårdnaden skall därför utformas individuellt. Omvårdnaden vilar, som all annan hälso- och sjukvårdande verksamhet, på vetenskap och beprövad erfarenhet (Författningshandboken 2004).

### **Information och beslutsfattande**

Kvinnorna behöver information, för att kunna fatta ett väl övervägt beslut. Att få adekvat information kan ha stor inverkan på kvinnors tillfredsställelse med födandet (Sadler et al 2001). För mycket information kan dock göra vissa kvinnor villrådiga. Detta kan å andra

sidan användas som en ursäkt från personalen för att undanhålla information och därmed själva fatta besluten för kvinnorna. Hur mycket information en kvinna behöver för att kunna fatta beslut är en fråga om professionell bedömning. Det är orealistiskt att tro att personalen ska kunna informera kvinnorna om varje möjlig alternativ behandling och alla upptänkliga bieffekter och risker. Kvinnor som inte själva har kunskap om sina behov av information kan ha svårt att förmedla detta till barnmorskorna (Nease & Brooks 1995).

Informerat samtycke innebär att kvinnor skall få all medicinsk information som berör dem, så att egna beslut kan fattas utan otillbörlig påverkan, annars är det inget verkligt samtycke (Frith & Draper 2004). Regeln om informerat samtycke innebär inte bara att information skall ges och patienten samtycka, utan en insikt om att patienten har tagit till sig informationen, samt gett sitt samtycke frivilligt och efter egen bedömning (Sahlin 2000, Stenbock-Hult 2004). Patienter är inte alltid, trots adekvat information, i stånd att fatta avgörande beslut, utan överlåter detta ibland till medicinsk expertis (Bäckman 2002). Individer kan vara kompetenta att fatta vissa beslut men kan även bli vilseledda och felinformerade (Nease & Brooks 1997). Vårdgivaren kan hålla patienter under sin makt endera genom att anpassa informationen, eller att undanhålla den då kunskap och makt är ömsesidigt beroende av varandra (Sinivaara 2004). Detta kan innebära att barnmorskor kan framhäva fördelarna av en särskild behandling eller risker/skadliga biverkningar, med den mindre favoriserade behandling. (Frith & Draper 2004).

Patienter skall själv bestämma om vård över huvud taget skall ske. Det är angeläget att de är medveten om detta, även om patienterna inte själv kan få bestämma vilken vård som skall ges. Bestämmelsen innebär emellertid också – och kanske ännu viktigare – att ingen får påtvingas behandling mot sin vilja eller på annat sätt utsättas för tvång i vården. Personalen och patienten bör genom samråd komma överens om val av behandling. Motsätter sig patienten uttryckligen en viss behandling, bör det övervägas om det finns en alternativ behandlingsmetod att tillgå, som patienten kan acceptera, även om denna metod är något sämre från medicinsk synpunkt (Bäckman 2002).

Det är inte ovanligt att kvinnor gör en födsloplan inför förlossningen. I dessa planer anger kvinnorna hur de önskar handläggandet och bemötandet under förlossningen. Födsloplanerna kan uppfattas som ett samtycke eller vägran att samtycka – i skriftlig form. Om födelseplanerna anses vara skriftligt bindande kan detta skapa problem om kvinnan ändrar sina åsikter under förlossningsarbetets gång (Nease & Brooks 1995). Det är dock viktigt att

känna till kvinnans egna förutsättningar och önskemål om vårdens utformande för att undvika att hon blir ett objekt, enligt Bäckman (2002).

### **Barnmorskans kompetensområde och profession**

Barnmorskors kompetens består inte enbart i förmågan att utföra vissa arbetsuppgifter korrekt, utan även i att i alla situationer kunna bedöma och besluta när en åtgärd är relevant (Författningshandboken 2004). För att barnmorskor skall kunna fungera inom sitt ansvarsområde måste de ha ett professionellt förhållningssätt, vilket karaktäriseras av kunskaper baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet. De bör även vara väl förtrogna med de regler, lagar och förordningar som reglerar barnmorskans arbete (I livets tjänst 1995, Midwives 1999, Stenbock-Hult 2004). Barnmorskors självständiga ansvarsområde är bl.a. den normala graviditeten, förlossningen och eftervården. (I livets tjänst 1995). Enligt barnmorskorna, har de själva inga svårigheter att definiera sitt eget ansvarsområde (Lundgren & Dahlberg 2002). Enligt Frith & Draper (2004) är barnmorskornas huvudsakliga roll att vara erfarna och kompetenta sällskap för kvinnorna under detta normala förlopp. Under normalförlossning är barnmorskors uppgifter att upptäcka avvikelser från det normala och då konsultera läkare, samt då även vårda kvinnor med komplicerad förlossning (Livets tjänst 1995, WHO 1996, Midwives 1999, Bäckman 2002, Frith & Draper 2004). Barnmorskor skall även främja det normala förlossningsförloppet och inte forcera födandet utan indikation, och medverka till att kvinnor inte utsätts för onödiga ingrepp (I livets tjänst 1995, Lundgren & Dahlberg 2002).

En annan viktig uppgift för barnmorskor under förlossningen är att stärka kvinnor att ta eget ansvar och utnyttja sin egen förmåga och inre styrka. Barnmorskor skall stödja kvinnors självbestämmanderätt genom att efterfråga deras värderingar och stödja deras val (I livets tjänst 1995, Lundgren & Dahlberg 2002). Det är viktigt att barnmorskor inbjuder kvinnor att ta beslut och ansvar för sitt barnafödande. På grund av olika skäl kan kvinnor dock vara oförberedda på att ta ansvar för sitt födande, och ha attityden att de skall lämna allt ansvar till personalen. Kvinnor som inte litar på sin egen förmåga eller på barnmorskor kan ha svårt att slappna av och skapa en tillitsfull relation med dem (Lundgren & Dahlberg 2002).

***Enligt "I livets tjänst" karaktäriseras barnmorskans kompetens av***

\*kunskap

\*specifika erfarenheter

\*etiskt och terapeutiskt förhållningssätt

\*värderingar – präglad av humanistisk människosyn och en positiv kvinnoosyn samt ett gemensamt synsätt att graviditet och förlossning är naturliga företeelser.

\*social förmåga

**Etiska aspekter på barnmorskeyrket**

En humanistisk människosyn innebär bl.a. ett genomtänkt etiskt förhållningssätt.

Barnmorskan måste ha kunskap om organisatoriska ramar och styrfaktorer i form av befattningsbeskrivningar och yrkesetiska koder, som skall omsättas i praktiken.

Kompetensbeskrivningen kan således ses som upphov till en specifik etik för barnmorskeyrket enligt Midwives (1999). Etik innebär reflektion och ett eget självständigt tänkande, samt egna argument i förhållande till dessa rådande normer. Dock överensstämmer inte alltid reflektionerna över det egna handlandet med det faktiska agerandet. En etisk konflikt kan uppstå genom att skilda värderingar ställs mot varandra och härigenom sätts den enskilda yrkesutövaren på prov. Att tvingas fatta beslut om en handling som kanske inte överensstämmer med beslutsfattarens inre övertygelse, leder till att vederbörande kan uppfatta situationen som högst otillfredsställande (Bäckman 2002). Barnmorskor och sjuksköterskor verkar i en mellanställning mellan patienter, läkare och kollegor vilket kan leda till konflikter och svåra etiska val enligt Varcoe et al (2004). Detta bekräftas av Lützen (1990), som visar att sköterskor kan ta risker genom att bryta mot regler. De kan ifrågasätta läkarnas ordinationer och inte följa rutiner, för att istället göra de det som de anser vara bäst för patienterna.

Barnmorskor kan välja att handla utifrån olika etiska ställningstagande när de får ordinationer samt skall följa lagar och PM .

*Pliktetik:* Detta innebär att inte, i handlingssituationen, behöva fundera över handlingens konsekvenser. Plikten att alltid försöka och vilja handla i enlighet med handlingsregler oavsett hur konsekvenserna blir (Malmgren 1990, Johansson & Lynöe 1997).

*Konsekvensetik:* Inga på förhand givna handlingsregler finns att följa. Ingen handlingsmoraliska halt kan avgöras, förrän man vet vilka konsekvenser handlingen får.

Konsekvenserna av att följa en norm är normalt olika i olika situationer, och bör därför

bedömas på nytt varje gång. För en konsekvensetik är det en plikt att ta hänsyn till konsekvenserna av sina handlingar (Malmgren 1990, Johansson & Lynöe 1997).

Dessa två normer kan komma i konflikt med varandra.

*Regelutilitarismen:* Liknar både pliktetik och konsekvensetik. Denna regel säger att en handling är rätt om det inte finns några alternativ till den som skulle ge upphov till bättre konsekvenser, liknar därvid konsekvensetiken. Regelutilitarismen säger dock också att en handling är riktig endast om den är i överensstämmelse med en regel som är sådan att ingen annan regel, allmänt tillämpad, skulle ha bättre konsekvenser, vilket har vissa likheter med pliktetiken.

Vården är reglerad i detalj och det krävs att anställda i första hand respekterar lagar och förordningar. De skall dessutom lyda överordnades beslut samtidigt som de har ett uttalat personligt ansvar (Tännsjö 1998).

*Dygdetik:* Omsorgsetik förstås bäst som dygdetik. Praktisk klokhet gör det möjligt att handla moraliskt riktigt också i moraliskt svårbedömbara situationer. Denna typ av moraliskt gott omdöme kräver erfarenhet, dvs. endast den som tidigare varit i en mängd moraliskt svårbedömbara situationer kan ha sådant omdöme. Handlingen utgår från vad som för tillfället anses vara vetenskap och beprövad erfarenhet (Johansson & Lynöe 1997).

Sjukvården är av tradition, en hierarkiskt uppbyggd organisation, med strikta rutiner för såväl information som arbetsinsatser och där högtstående medicinsk kompetens utgör auktoritet och därmed tolkningsföreträdare. Dessa traditioner kan verka konserverande och förhindra utveckling och kritiskt tänkande. Detta kan medföra svårigheter för personal att utöva vårdetisk kompetens. Hälsa- och sjukvårdens organisatoriska system kan göra att vissa grupper upplever maktlöshet i och med att andra grupper maktutövning rent av förhindrar individuellt handlande i etisk bemärkelse (Bäckman 2002).

Barnmorskors yrkesmässiga autonomi är emellertid inte obegränsad och skall inte vara det. De måste samarbeta med andra yrkesgrupper och erkänna sin egen begränsning angående den yrkesmässiga kompetensen. När patienters bästa står i fokus behövs både samarbete och respekt för varje yrkes expertis (Frith & Draper 2004). Likaså bör patienter ingå som en naturlig samarbetspartner när de så önskar och situationen är lämplig.

## **SYFTE OCH MÅLSÄTTNING**

Det övergripande syftet med denna licentiatavhandling är att beskriva kvinnors och barnmorskors erfarenheter av beslutsfattande i samband med värkstimulering pga. sekundär värksvaghet. En målsättning är att bättre kunna förstå, förbereda och stödja kvinnorna inför och när värksvaghet diagnostiseras och värkstimulering övervägs. Den andra målsättningen är göra barnmorskor mer medvetna om påverkande faktorer samt sitt eget agerande i samband med beslutsfattandet, för att därmed bättre kunna tillmötesgå kvinnors önskemål om deltagande i beslut rörande värkstimulering.

Syftet med respektive studie var:

- Att beskriva kvinnors erfarenhet av deltagande i beslutsfattandet i samband med värkstimulering under förlossningsarbetet.
- Att beskriva barnmorskors åsikter och erfarenheter av beslutsfattandet i samband med värkstimulering under förlossnings.

## **METODBESKRIVNING**

Kvalitativa forskningsmetoder har använts för att öka förståelsen för hur kvinnor och barnmorskor upplever beslutsfattandet i samband med värkstimulering under förlossningsarbetet. Intervjuer (Kvale 1999) och fokusgruppsdiskussioner (Morgan 1996) har använts som metoder för att undersöka hur just detta fenomen upplevs av individerna/grupperna själva. Detta har skett genom ett systematiskt insamlande av data, organiserande och genom tolkning av det nedskrivna materialet enligt analysmetoden ”Grounded theory” (Strauss & Corbin 1990).

### **Datainsamling - studie I**

#### **Kvinnors tillfredsställelse med beslutsfattandet i samband med värkstimulering under förlossningsarbetet.**

Intervjuerna med nyblivna mödrar utfördes på eftervårdsavdelningarna på de fem sjukhusen med förlossningskliniker inom Stockholmsområdet under våren 2001.

Forskningsintervjun, är en specifik professionell form av samtalsmetodik där kunskap skapas genom samspelet mellan intervjuaren och den intervjuade. Därmed bedömdes den vara en lämplig metod för datainsamling till denna studie. Syftet med dessa kvalitativa forskningsintervjuer var att få rika, nyanserade och förutsättningslösa beskrivningar av kvinnornas uppfattning om beslutsprocessen angående värkstimulering. Avsikten var att tolka och försöka förstå innebörden av vad kvinnorna berättade (Kvale 1999). Samtliga intervjuer har genomförts av mig och genomfördes med öppna frågor samt med stöd av frågeområden.

#### *Deltagande kvinnor*

Urvalet av de 20 kvinnorna som ingick i studien gjordes enligt strikta kriterier. De deltagande kvinnorna skulle vara förstföderskor, som fött barn under graviditetsvecka 37 – 42 med spontan eller instrumentell vaginal förlossning. Barnen skulle vara friska och vårdas med modern på eftervårdsavdelningen. Kvinnorna skulle dessutom kunna tillräckligt mycket svenska för att förstå syftet med studien och kunna svara på intervjufrågorna. För samtliga kvinnor gällde att de skulle ha fått diagnosen sekundär värksvaghet och värkförstärkande

oxytocininfusion. Kvinnor med primär värksvaghet eller som fött med hjälp av sectio uteslöts, då detta ansågs innebära andra ställningstaganden. De kvinnor på respektive avdelning som uppfyllde kriterierna, de dagarna jag kunde genomföra intervjuerna, tillfrågades om deltagande och samtliga samtyckte. Några kvinnor som motsvarade kriterierna tillfrågades inte då de var på väg att lämna sjukhuset. Efter 19 intervjuer ansågs mättnad ha uppnåtts. Då ytterligare en kvinna redan tillfrågats om deltagande och med glädje samtyckt till detta, genomfördes en 20: e intervju.

### *Genomförande av intervjuerna*

På grund av den korta vårdtiden kvinnorna har efter förlossning, ägde intervjuerna rum redan en till tre dagar post-partum. Skriftligt informationsblad om studien och frågeområden samt första sidan av den godkända etiska ansökan, delades ut till ovan beskrivna kvinnor av tjänstgörande barnmorska. Kvinnorna delgav sedan barnmorskorna sitt samtycke till att delta i studien. Intervjuerna ägde rum på avdelningen, i vård salen eller ett annat avskilt rum. Kvinnorna informerades även både skriftligt och muntligt om sekretessen och rättigheten att avbryta intervjun när de ville. De tillfrågades om bandspelare kunde användas, vilket samtliga samtyckte till. Intervjuerna tog 20 – 40 minuter beroende på hur talför eller trött kvinnan var. Det förekom under några av intervjuerna att dessa fick avbrytas för att senare återupptas. Barnet kunde behöva läggas till bröstet eller började skrika. I samband med informationen om studiens syfte erbjöds kvinnorna ett samtal om hela förlossningsupplevelsen, efter intervjuens genomförande när bandspelaren stängts av. Samtliga kvinnor önskade detta uppföljande samtal. Under samtalet visade det sig att kvinnorna önskade mer information om värksvaghet, dess orsaker och hur de själva skulle kunna påverka förlossningsförloppet.

## **Datainsamlig - studie II**

### **Barnmorskors agerande vid beslutsfattandet i samband med värkstimulering under förlossningsarbetet.**

Barnmorskors varierande uppfattning om hur beslut fattas i samband med värksvaghet och värkstimulering, har en tidigare intervjustudie i form av en magisteruppsats påvisat. För att ytterligare belysa likheter och olikheter i barnmorskornas erfarenheter kring ämnet valdes fokusgruppsdiskussioner för insamling av data till denna studie. Denna metod anses lämplig som redskap för att belysa gruppdeltagares olika attityder och åsikter (Dawson et al. 1991, Bender & Ewbank 1994). Fokusgruppsdiskussioner förväntades ge rika data om personliga upplevelser och erfarenheter kring beslutsprocessen i samband med värkstimulering. Deltagarna kunde eventuellt känna sig friare, när de deltar i en gruppdiskussion istället för en personlig intervju. Nackdelarna, som inträffade i denna studie, var svårigheten att samla deltagare till grupperna, vilket ledde till det ojämna deltagarantalet i grupperna.

#### *Deltagande barnmorskor*

Barnmorskorna, som ingår i studie två valdes ut pga. sin fleråriga yrkeserfarenhet inom förlossningsvården. De kan därmed anses ha erfarenhet av värksvaghet och värkstimulering. Då barnmorskorna representerar samtliga kliniker med förlossningsavdelning inom Stor-Stockholmsområdet, bör urvalet kunna medföra att inte enbart lokala erfarenheter och rutiner diskuterades. Tre fokusgruppsdiskussioner utfördes med inalles 20 deltagande barnmorskor. Gruppantalet blev pga. återbud och byte av grupptillfälle tyvärr ojämnt. Fokusgrupperna bör bestå av 4-12 deltagare (Urden 2003), vilket betyder att grupperna i studie 2 ändå var av rekommenderad storlek, då antalet deltagande barnmorskor var 4,6 och 10 i respektive grupp.

I de två första gruppdiskussionerna ingick barnmorskor, där några kände varandra sedan tidigare, medan andra var nya bekantskaper. Den tredje gruppdiskussionen ägde rum på en klinik där de deltagande barnmorskorna var kollegor och följaktligen kände varandra.

### *Genomförandet av fokusgrupperna*

De deltagande barnmorskorna fick både muntlig och skriftlig information om syftet med diskussionerna, samt om praktiska detaljer. Deltagarna satt runt ett bord med två bandspelare, vars användning barnmorskorna givit samtycke till. En moderator, tränad i fokusgruppsdiskussion ledde gruppen och utgick från en frågeguide. Moderatoren gav en inledning och gjorde ett påstående samt ställde därefter en öppen fråga om vad barnmorskorna ansåg vara viktigt kring beslutsprocessen vid värkstimulering. Moderators roll var att se till att hålla fokus på temat samt ställa följdfrågor vilket förklarades för gruppdeltagarna. Hon såg även till att samtliga gruppdeltagare kunde komma till tals. (Urden 2003). Jag var själv närvarande som observatör under diskussionsträffarna för att anteckna i vilken ordning deltagarna talade för att därmed underlätta transkriberingen (Bender & Ewbank 1994). Barnmorskorna diskuterade livligt och bekräftade varandra eller gav uttryck för avvikande åsikter (Dawson et al.1991). Inga svårigheter framkom med att motivera barnmorskorna att dela med sig av erfarenheter och åsikter. Diskussionerna hade dock en tendens att glida över i diskussioner om allmänna rutiner och arbetsförhållanden på de olika klinikerna. De mindre fokusgrupperna var då mer hanterbara och den större gruppen fodrade en mer aktiv insats av moderator. Ett fenomen som även McLafferty (2004) funnit. Diskussionerna avslutades efter ca 90 minuter. Direkt efter varje session hade moderator och observatör en avstämning om hur diskussionerna förlöpt och de ändringar som skulle kunna göras inför nästa gruppssession.

### **Analys av data**

Intervjuerna och fokusgruppsdiskussionerna gav ett stort textmaterial. Alla intervjuer och fokusgruppsdiskussioner transkriberades ordagrant efter varje intervju respektive grupptillfälle. Även det material som inte direkt handlade om beslutsprocessen kring värkstimulering transkriberades för att senare uteslutas.

Som analysmetod valdes, för båda studierna, en modifierad form av ”Grounded Theory”. Detta är en analysmetod där datainsamling, analys och teori står i en ömsesidig relation med varandra (Strauss & Corbin 1990). Detta innebar att de transkriberade intervjuerna och varje fokusgruppsdiskussion genomlästes före nästa intervjutillfälle respektive gruppssession för att upptäcka om några områden behövde belysas närmare. Efter transkriberingen av fokusgruppsdiskussionerna, hade moderator och observatör en ytterligare diskussion om vad

som skulle belysas mer ingående under kommande gruppdiskussion. Efter tre fokusgruppsdiskussioner ansågs mättnad vara uppnådd, ingen ny information framkom, varför datainsamlingen avslutades och rikliga data ansågs ha insamlats.

Den initiala frågan till både kvinnorna och barnmorskorna var vid. Efterkommande frågor blev sedan successivt allt mer fokuserade. Frågorna var inte för öppna, men heller inte för snäva så att de hindrade spontana svar. Detta tillvägagångssätt tillämpades då metoden "Grounded theory" innebär att inte börja med en teori, för att sedan testa den. Istället studeras ett område och det som är relevant får träda fram. Dessa fynd bildar en teoretisk modell av den verklighet som undersöks (Strauss & Corbin 1990).

Öppen kodning gjordes genom att data bröts ner i ord och begrepp. Dessa delar granskades och jämfördes för att hitta likheter och skillnader. Efter jämförelsen och analys av enskilda ord och meningar framträdde olika kategorier med sina egenskaper och dimensioner. Några berörde inte beslutsprocessen kring värkstimulering och sorterades därför bort. De kategorier som identifierades var yttre omständigheter som påverkade beslutsprocessen. Andra kategorier utmärkte mer handling/samspel för att hantera dessa omständigheter samt konsekvenserna av handling/samspel. För att öka insikten och förståelsen kring det insamlade materialet gjordes jämförelser, samt hypoteser skapades kring begrepp och deras samband. Detta i sin tur användes för att titta på data igen i syfte att få en förklaring på vad som händer enligt kvinnorna och barnmorskorna. Detta innebar att det var viktigt att sammanväva data insamling med transkriberingen och analysen.

Därpå gjordes axial kodning, där data fördes ihop på ett nytt sätt, genom att finna samband mellan kategorier. Kategoriernas inverkan på varandra upptäcktes och mönster för hur beslutsfattandet i samband med värkstimulering uppfattades av kvinnorna och barnmorskorna framstod. För att validera fynden genomlästes några av intervjuerna, kodorden och hur de relaterades till kategorierna av medförfattarna (Downe-Wamboldt 1992). De preliminära resultaten diskuterades med kollegor och nyblivna mödrar, för att kontrollera att fynden kunde tänkas vara i överensstämmelse med andra kvinnors och barnmorskors upplevelser.

## RESULTAT

### Studie I

Kvinnorna som intervjuades var samtliga förstföderskor och deras ålder var 22 -40 år och medelåldern var 31 år. Analysen av intervjuerna utmynnade i sju olika kategorier som direkt eller indirekt påverkat kvinnornas upplevelse av beslutsfattandet i samband med värkstimulering under förlossning. Kombinationen av två av dessa kategorier hade direkt inverkan på kvinnornas upplevelse av eget deltagande och hur tillfredsställda de var med beslutet om värkstimulering. Fyra olika mönster framstod genom denna kombination av kategorier.

#### *Deltog i beslutet eller avstod*

Kvinnorna som representerar mönster 1, utgjorde största gruppen och de var mycket nöjda med de beslut angående värkstimulering som fattades och likaså sin egen roll i beslutsfattandet. Kvinnorna uppgav att de endera deltog aktivt i beslutet eller kände sig så trygga med barnmorskan, vars kunskap och omdöme de litade på, att de överlät beslutet till barnmorskan. Kvinnorna upplevde hela förlossningsförloppet samt de åtgärder som vidtogs positivt likväl som bemötandet de fått av barnmorskan. Genom att skaffat sig kunskap genom olika informationsvägar och att diskutera förlossningar med vänner och anhöriga kände de sig trygga och väl förberedda. Därigenom ansåg de att de hade realistiska förväntningar inför hur barnafödandet skulle gestalta sig. Värksvaghet och värkstimulering hade de hört och läst om och ibland hade kvinnorna även tankar om orsaker till detta. De upplevde barnmorskan som en kunnig och stödjande person som gav dem vägledning när de behövde, och för övrigt var uppmuntrande. Kvinnorna uppgav att de blev tillräckligt och fortlöpande informerade om hur förlossningen framskred. De kunde därför förstå när värksvaghet diagnostiserades och varför värkstimulering behövdes. Dessa kvinnor upplevde också att de blev tillfrågade om önskemål och åsikter om både värkstimulering och andra händelser under förlossningsarbetet.

#### *Avstod från att delta i beslut*

Även kvinnorna som representerar mönster 2 var många, men dessa kvinnor avstod från att fatta beslut. Efter att ha blivit informerade och tillfrågade om sina önskemål överlät de till barnmorskan att avgöra handläggandet av värksvagheten. Detta kan också ses som ett beslut då de fick möjligheten att välja. Kvinnor hade inte skaffat sig någon större kunskap om

barnafödandet. Värksvaghet med värkstimulering hade de inte funderat över. Inte heller hade de speciella förväntningar på hur förlossningen skulle bli utan de uppgav att de var inställda på att det ordnar sig när de kommit till sjukhuset. Dessa bristfälliga kunskaper bidrog till att kvinnorna överlät beslutet till barnmorskan. Tilliten till personalens kunskaper var stor och även dessa kvinnor kände sig helt trygga med barnmorskan och de råd och det stöd de fick. Under hela förlossningsarbetet ansåg de sig väl informerade. När värkarbetet bedömdes som ineffektivt blev de tillfrågades om önskemål och vilka åsikter de hade. De kände sig trygga med de beslut som fattades och kände sig nöjda med hela förlossningsförloppet samt det bemötande som de fick.

*Deltog inte i beslutet – men hade önskat delta i det*

Kvinnorna, som representerar mönster 3, var få men då de ansåg att de inte fått delta i de beslut som de hade önskat är detta en viktig grupp. De visade stort missnöje med de fattade besluten och sitt eget deltagande, då de ansåg att de hade både kunskaper och stora förväntningar på sin egen förmåga att fatta beslut. Kvinnorna i denna grupp ansåg att de förberett sig väl och förutom den litteratur, som de hade läst, ökades deras kunskaper av förlossningsberättelser från kamrater och släktingar. Därför blev deras besvikelse stor. De upplevde barnmorskans bemötande bristfälligt. Informationen upplevdes också otillfredsställande och den kom inte spontant från barnmorskan. Två kvinnor uttryckte det som följande:

*”Det gick så fort – de sa nu sätter vi droppet, det var inget att diskutera.  
Jag var inte inblandad eller tillfrågad.”*

*”Jag hade inte mycket att säga till om, det kändes lite strängt.”*

När kvinnorna uttalade ett önskemål kring förlossningshanteringen upplevde de dessutom att de blev avvisad av barnmorskan. Allt detta bemötande gjorde att dessa kvinnor var mycket missnöjda med hela förlossningsförloppet, beslutet som fattades, samt sina möjligheter att påverka förloppet.

*Deltog inte i beslutet – önskade inte delta*

Kvinnorna som ingår i detta mönster var också ganska få. De deltog inte i beslutet om värkstimulering, men accepterade det fattade besluten. Även i denna grupp ingick en kvinna

som blivit hänvisad till annat sjukhus än det planerade. Eftersom kvinnorna i denna grupp uppgav att de inte hade så mycket kunskaper om barnafödandet och speciellt inte om värksvaghet och värkstimulering, hade de heller inga speciella förväntningar. Informationen de fick var sparsam och de upplevde inte att de blev tillfrågade om sina önskemål. Eftersom de inte hade tänkt igenom vad de önskade innan, var informationen inget de saknade. En av kvinnorna uttryckte sin upplevelse som följande:

*”Kommer inte ihåg riktigt hur beslutet gick till, kanske kändes det inte så viktigt eller så var det inte lämpligt att diskutera just då.”*

Barnmorskorna upplevdes inte som stödjande och rådgivande av dessa kvinnor utan mer som bestämmande och kvinnorna fann sig i det. Detta gjorde att de inte heller kände besvikelse över frånvaron av uppmuntran och stöd. Kvinnorna hade ingen riktig uppfattning om varför värkstimuleringen sattes in men efteråt undrade de om orsaken.

## **Studie II**

Barnmorskornas ålder var 29 – 59 år och därmed varierade den yrkesverksamma tiden som barnmorska med 4 till 35 år. Fokusgruppsdiskussionerna med barnmorskorna emanerade i sex kategorier vilka barnmorskorna ansåg påverka besluten om värkstimulering. En kategori kunde dock ses som helt avgörande för hur beslutsfattandet utformade sig. Den kategorin är ”Barnmorskornas agerande/navigering”, vilket förklarar hur barnmorskorna navigerade och manövrerade de övriga fem kategorierna för att kunna uppnå det beslutsfattande som de eftersträvade.

### *Barnmorskors navigering*

De övriga kategorierna som barnmorskorna hade att ta hänsyn till och hantera var lagar och kliniska riktlinjer/ PM, brist på förlossningsrum, obstetrikernas inflytande, de födande kvinnorna samt barnmorskornas egen yrkesroll.

Barnmorskorna ansåg sig följa hälso- och sjukvårdslagarna angående patienters rätt till information och deltagande i beslut. Detta var något de uttryckte som självklart och de ansåg sig vara duktiga på att kommunicera med kvinnorna när de informerade och fick deras godkännande för ingripande.

Däremot uppstod livliga diskussioner kring de lokala riktlinjerna/PM som enligt barnmorskorna skiljer sig åt och har förändrats över tid beroende på vem som är klinikchef. Dessa PM ansågs kunna begränsa barnmorskornas möjligheter att själv fatta beslut, samt bedriva den vård de ansåg vara bästa möjliga för kvinnorna. De hade hittat vägar att navigera runt dem. Ett exempel var att de kunde undvika att göra vaginalundersökning för att inte avslöja att förlossningsförloppet inte följer den stipulerade takten enligt partogrammet. Detta kunde ske om kvinnorna eller barnmorskorna själva inte ville påskynda värkarbetet.

Åren efter att två förlossningsavdelningar stängts i Stockholm uppstod brist på förlossningsrum och det kunde inträffa att kvinnor blev hänvisade till andra sjukhus än till det där de planerat föda. Detta sades vara en stressfaktor för såväl de födande kvinnorna som barnmorskorna. Förutom obstetiker som ville påskynda förlossningar kunde barnmorskorna själva försöka påverka kvinnorna att acceptera värkstimulering för att de snabbare skulle föda och därmed bereda plats för väntande kvinnor. Denna navigering var barnmorskorna inte stolta över, men de tillstod att de ibland kände ett behov att agera när förlossningsavdelningarna var överfulla. De kunde också försöka undvika hänvisning genom att kringgå bestämmelserna om att sända hem kvinnor som befann sig i latensfasen. Eftersom de inte kunde garanteras en plats, när aktivt värkarbete sedan startade, fick de stanna.

Obstetrikernas inverkan på beslutsprocessen kunde variera enligt barnmorskorna. Mycket berodde på rent personliga relationer där längden på bekantskapen och yrkesverksamma år som barnmorska hade stor betydelse. Barnmorskorna var väl medvetna om att deras ansvarområde är det normala födandet och att obstetiker ansvarar vid avvikelser. Dock kunde de ibland uppleva att obstetrikern ingrep innan de hade hunnit konsultera henne/honom. På den barnmorskeledda avdelningen, där läkare verkar på konsultbasis, inträffade inte detta enligt barnmorskorna. Samtliga barnmorskor var väl medvetna om hur de själva kan påverka vilken ordination de skall få, genom att beskriva förloppet så att de får det svar de önskar från obstetrikern. Denna påverkan måste dock göras försiktigt och de ansåg sig veta hur detta skulle ske utan att obstetrikern skulle känna sig manipulerad. Barnmorskorna upplevde att obstetrikerna litade på dem, vilket bidrog till ett gott samarbete. Diskussionerna ledde därmed fram till ett beslut båda blev nöjda med.

De födande kvinnorna uppfattades också ha mycket varierande önskemål och behov av att delta i beslut angående värkstimulering. Likaså ansåg barnmorskorna att kvinnor kunde ha en

del åsikter, utan underliggande kunskaper om barnafödandet. Oftast visade emellertid kvinnorna förtroende för barnmorskornas kunskap och förmåga att fatta rätt beslut, enligt barnmorskorna. Kvinnorna kunde övertygas till det barnmorskorna föreslog, beroende på informationens utformande. Detta betydde att barnmorskorna förklarade, vad som kan hända vid olika vårdalternativ och därmed skulle kvinnorna förstå vad som var bäst för dem. Här kan en viss manipulering uttolkas, då barnmorskorna var medvetna om att de har förmågan att leda kvinnorna dit de önskar. Födsloplanerna som många kvinnor har med sig till förlossningsavdelningen uppgavs ha varierande innehåll och barnmorskornas åsikter om dessa planer varierade likaså. Några barnmorskor tyckte att det var ett utmärkt diskussionsunderlag och att det är viktigt att bekräfta att de läst planen. Andra ansåg att kvinnorna skrev önskemål, som kunde vara svåra att uppfylla. Det kunde leda till problem att följa dessa önskemål, om något oväntat inträffade under förlossningens förlopp.

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Metoderna för insamling av data till dessa två studier bör kunna anses som relevanta. Intervjuerna med kvinnorna och fokusgruppsdiskussionerna med barnmorskorna har gett mycket information om respondenternas upplevelser och uppfattningar. Analysmetoden, ”Grounded theory” har likaså visat sig väl lämpad för att bearbeta materialet och uppnå syftet att öka kunskaperna om deltagarnas erfarenheter och uppfattningar angående beslutsprocessen vid värkstimulering. Att planera, genomföra, transkribera och analysera materialet från intervjuerna och fokusgruppsdiskussionerna är tidskrävande, men ger ett rikt och intressant material. Dessutom ger gruppdynamiken och interaktionen i fokusgrupperna med barnmorskorna ett större djup åt dessa data. En begränsning är dock, att resultatet bygger enbart på respondenternas egna utsagor, vilket även har påpekats angående andra studier av Varcoe et al. (2004). Resultatet hade kunnat bli rikare genom observationer av hur besluten fattas i samband med värkstimulering. Denna metod övervägdes men fick förkastas av tidsskäl. För att få fler kvinnors och barnmorskors uppfattning av beslutsprocessen, kunde frågeformulär ha använts, men risken att missa en del av de personliga upplevelsorna hade därmed varit större.

Då undersökarens egen bakgrund kan påverka undersökningsmetoder och vilka fynd som är viktiga, har reflektioner varit viktiga (Malterud 2001). Den professionella erfarenheten kan vara en fördel, då en större lyhörighet för området kan ha hjälpt till att förstå händelser och handlingar snabbare än om denna erfarenhet inte hade funnits. Dock kan denna sorts erfarenhet också blockera företeelser som blivit rutin och upplevs som självklara (Strauss & Corbin 1990). För att undvika att den egna förförståelsen påverkat allt för mycket har andra personer, varav en utan barnmorskebakgrund, läst det transkriberade materialet samt tolkningarna för att eventuellt kunna upptäcka om alternativa slutsatser hade kunnat dras.

En risk med fokusgruppsdiskussionerna kunde ha varit att ett ”grupptänkande” hade uppstått och därmed begränsat diskussionerna. Då diskussionerna i studiens grupper dock var mycket varierande och deltagarna hade mycket olika åsikter om frågeområdet, bör risken för begränsningar inte ha varit alltför dominerande. Liknande slutsatser har McLafferty (2004) dragit i sin studie där respondenterna har gett uttryck för mycket varierande åsikter.

Resultaten från dessa kvalitativa studier kan inte ses som fakta, som kan appliceras helt på kvinnor i resten av landet eller i andra länder. Snarare kan de ses som beskrivningar eller tendenser angående uppfattningar om beslut vid värkstimulering hos förstföderskor i främst Stockholmsområdet (Malterud 2001). Studier från andra länder visar dock på liknande resultat. Likaså kan resultatet från fokusgruppsdiskussionerna med barnmorskorna vara svårt att generalisera till barnmorskor i resten av Sverige eller andra länder, där barnmorskor har helt andra arbetsförhållanden och befogenheter. Dock visar en studie från Canada (Varcoe et al 2004) på att sjuksköterskor kunde uppleva liknande navigeringar mellan egna och organisationens värderingar samt av sin mellanställning mellan patienten och läkaren.

### *Etiska aspekter*

Nyblivna mödrar kan anses vara en sårbar grupp, och att intervjua om ett förlossningsingrepp så snart efter barnafödandet är en känslig situation. Som en kompensation för de känslor som kunde väckas, genom tal om hela födelsen och ingreppet, erbjöds därför det uppföljande samtalet efter intervjun. Att intervjuerna skedde när kvinnorna fortfarande vårdades på sjukhuset kan ha påverkat svaren. Det är känt att patienter kan uppleva det som illojalitet att vara kritiska mot den erhållna vården (Geary et al 1997, Sadler et al 2001). Upplevelsen kanske hade beskrivits annorlunda vid ett senare tillfälle, när kvinnorna lämnat sjukhuset. Det kan i efterhand ifrågasättas om tillvägagångssättet att låta tjänstgörande barnmorskor tillfråga kvinnorna var det lämpligaste. Den ovan nämnda lojaliteten kunde vara orsak till att ingen kvinna avböjde medverkan.

Även barnmorskorna som deltog i fokusgruppsdiskussionerna kan ha känt en lojalitet att delta i diskussionerna, då både moderatorn och jag varit lärare på barnmorskeutbildningen i Stockholm under de senaste 25 åren och hade en relation till samtliga deltagande barnmorskor. Moderatoren kan enligt McLafferty (2004) vara viktig som en påverkande faktor, detta har emellertid inte diskuterats med deltagarna eller av moderator och observatör. Dock valde barnmorskorna själva att delta i gruppdiskussionerna och hade kanske därmed ett intresse att diskutera ämnet beslutstagande vid värkstimulering. Detta intresse och frivilligheten torde enligt Hunter (2004) och Varcoe et al. (2004) ha kunnat innebära att diskussionerna avspeglade barnmorskornas verkliga åsikter. Ämnet som stod i fokus för diskussionerna bör dessutom inte ha varit av den arten att barnmorskorna upplevde det som känsligt att delge sina upplevelser och uppfattningar.

## Resultatdiskussion

Resultaten från intervjuerna med kvinnorna och fokusgruppsdiskussionerna med barnmorskorna visade att de två parterna hade många gemensamma uppfattningar och upplevelser om hur beslut fattades i samband med värkstimulering under förlossning. Det ter sig också som att barnmorskorna mestadels hade en ganska bra uppfattning om kvinnors behov under födandet. Emellertid gav några uttryck för, att då förlossningsvården har blivit allt mer komplicerad och med fler ingrepp, så ställer detta ökade krav på kvinnorna att kunna fatta beslut om behandling och vård, vilket även (Rycroft-Malone et al 2004) framför i sin studie. Det framgick även att detta kunde innebära att barnmorskorna fattade en del av besluten på egen hand, utan att inkludera kvinnan i beslutet, något även (Freeman et al 2004) påvisat. Detta står i kontrast till barnmorskornas åsikter att kvinnorna alltid bör tillfrågas om sina önskemål och ges möjligheter att delta i beslut. Kvinnorna bekräftade också att de kunde känna sig mindre väl förberedda för att ta beslut om värkstimulering och kanske är det inte realistiskt att i alla lägen förvänta sig detta. Barnmorskorna bekräftade, under fokusgruppsdiskussionerna, att de ansåg en del kvinnor ha för bristande kunskaper för att kunna fatta egna beslut om detta ingrepp. Det framkom även under diskussionerna efter intervjuerna, att inte alla kvinnorna hade förstått indikationerna för värkstimuleringen och att de hade haft en värksvaghet. Kanske kan det förklaras av att de flesta kvinnorna hade haft en helt normal förlossningslängd av 8 – 25 timmar med ett medelvärde på 17,1 timmar. Kvinnornas förlossningslängd överensstämmer med den angivna tiden för förstföderskor, på 17,5 timmar, som Albers (1999) har påvisat i sin studie. Det är uppenbart att några av kvinnorna hade en förhållandevis kort förlossningslängd. Dessa kvinnor hade inte insett att de ansågs vara värksvaga. Av den totala förlossningslängden befann sig några av kvinnorna så kort tid som 2 timmar på sjukhuset och hann ändå få värkstimulering, den längsta tiden på sjukhuset var 22,5 timmar, medelvärdet var 10 timmar.

Övervägande antal kvinnor var nöjda med sin förlossningsupplevelse och de beslut som togs om värkstimulering, samt det stöd och uppmuntran de fick av barnmorskorna. Bemötandet visar sig, även i andra studier, vara en viktig faktor för kvinnors tillfredsställelse med barnafödandet, där information och känslomässigt stöd var av stor betydelse (Lavender et al 1998, Tumblin & Simkin 2001, Green & Baston 2003, Seibold 2004). Kvinnorna verkade lättade och glada över att ha klarat av förlossningen och att ha fått ett friskt barn. Denna positiva känsla kan kanske förklara den tillfredsställelse med förlossningsförloppet som de gav uttryck för, då intervjuerna genomfördes redan 1-3 dagar post-partum. Det är känt att

kvinnor tenderar att ändra åsikt veckor eller månader efter barnafödandet (Waldenström 2004). Kvinnor som får stöd av sin förlossningsbarnmorska, kan senare bedöma sin förlossning mer positiv. Däremot kan kvinnor med smärtsamma och komplicerade förlossningar, ändra sina åsikter, från positiva till mindre positivt en tid efter barnafödandet, om de vårdats av en barnmorska som inte är uppmärksam på deras behov under födandet. En uppföljning av kvinnorna, representerande de olika beslutsmonstren, om deras olika uppfattning en tid efter födandet hade därför varit intressant.

Kvinnorna som upplevde värkstimuleringen negativt och ville delta i beslut men inte fick möjligheten, var missnöjda och kände sig maktlösa och uteslutna från beslutstagande, liknande fenomen har även Harrison et al (2003) kunnat påvisa. Detta står dock i kontrast mot förstföderna i studierna av Lavender et al (1998) och Sadler et al (2001) som upplevde värkstimuleringen positivt. En kvinna i denna grupp var dock hänvisad från ett annat sjukhus pga. platsbrist och detta faktum torde även ha påverkat hela hennes förlossningsupplevelse (Wiklund et al (2002). Barnmorskorna kan ha uppfattat kvinnorna som mindre kunniga och sakna ambitioner att vilja delta i beslut. För kvinnor som inte får möjligheten att delta i beslut om ingrepp, kan det vara extra viktigt att få mycket stöd från förlossningspersonalen, för att därmed reducera risken att hela förlossningsupplevelsen blir negativ (Waldenström et al 2004). De förstföderna som var missnöjda med beslutet om värkstimulering, kände att de miste kontrollen över förlossningsförloppet. Endast denna grupp kvinnor talade om kontroll och kontrollförlust. Omföderna i en studie av Green & Bastons (2003) kände däremot mer kontroll vid värkstimulering. Upplevelse av kontroll har visat sig vara en viktig komponent, för hur positivt kvinnor upplever förlossningen, visar andra studier (Berg & Dahlberg 1997, Lavender et al 1998).

De flesta kvinnorna i vår studie uttalade en önskan om att bli informerade om förlossningsförloppet och erbjudas möjligheter att delta i de beslut som fattades om deras vård. Flertalet, dock inte alla, fick också denna möjlighet. Detta är något som även bekräftas i studien med barnmorskorna, där de uppger att kvinnorna gavs möjlighet att delta i beslutet om värkstimulering och att de litade på barnmorskans omdöme. Ett flertal studier (Berg & Dahlberg 1997, Geary et al 1997, Sadler et al 2001, Harrison et al 2003, Soet et al 2003,) bekräftar denna önskan från födande kvinnor. Några kvinnor var dock nöjda med en passiv roll i beslutsfattandet och litade på personalens omdöme vilket även har visats i en studie av

Berg & Dahlberg (1997). Det viktiga för kvinnorna var att de fick delta i beslut, om de så önskade.

Positionen i mellanläget, mellan obstetrikern och kvinnan, gjorde att konflikter kunde uppstå. Barnmorskorna uppgav emellertid, att de har erfarenhet och självtillit, och visade prov på att de ibland kunde navigera och manipulera för att uppnå sina mål. De ansåg också att det kunde leda till etiska dilemman att utföra dessa navigeringar. Syftet med navigeringarna var att göra det de ansåg vara gott. Det fanns en uttalad önskan bland några barnmorskor, att kvinnorna skulle få föda och inte bli förlösta men att de lokala reglerna kunde stå i motsats till denna önskan. För att skapa ett utrymme för kvinnorna att få föda på sina egna villkor, kunde barnmorskornas använda en viss navigering med de olika inverkanse kategorierna, vilket även Powell Kennedy & Shannon (2004) visat i sin studie. Barnmorskorna sade sig också kämpa för att vara kvinnans advokat och samtidigt leva upp till klinikens krav. Denna svåra mellanställning, att vara mellan kvinnan, obstetriker, kollegor och organisationens krav har andra studier också visat (Hunter 2004, Varcoe et al 2004).

Några barnmorskor uppgav att de har mer kunskaper och erfarenhet än kvinnorna och att ett jämlikt beslutsfattande därför inte alltid var praktiskt möjligt, men också att de kunde styra sin information utifrån denna uppfattning, en uppfattning även Freeman et al (2004) har beskrivit. Enligt barnmorskornas åsikter förekommer det att kvinnor kunde ha både bristande kunskaper och orealistiska förväntningar, vilket skulle kunna förklara det bemötande kvinnorna i mönster 3 kunde uppleva. De flesta kvinnorna har dock inte givit uttryck för att de uppfattat denna manipulering under beslutsfattandet. Troligen var de inte medvetna om hur de kunde bli styrda, utan upplevde att de gjorde ett informerat val. Frågan är hur mycket kvinnorna verkligen deltagit i beslutsfattandet. Kanske når inte barnmorskorna alltid upp till sin strävan efter jämlikhet vid beslutsfattandet, vilket även Sinivaara et al. (2004) och Freeman et al (2004) har funnit i sina studier som ett problem för barnmorskor.

Barnmorskorna ansåg att det var överraskande att PM skilde sig åt mellan de kliniker de arbetade vid och att rutinerna ändrades, beroende på vem som var klinikchef. De var medvetna om att PM bör vara evidensbaserade och att syftet är att vården skall likriktas (White & Taylor 2002) men de sade sig dock inte vilja följa dessa riktlinjer helt okritiskt. Deras praktiska erfarenhet medförde att de inte alltid kunde acceptera de, av nya klinikchefer gjorda ändringarna. De ville göra egna avvägningar och anpassa vården av den enskilda

kvinnan efter omständigheterna. Denna typ av argumentation är även beskriven av Rycroft-Malone et al (2004). Barnmorskorna uppgav att det var lättare att acceptera reglerna om de stämde överens med den egna kliniska erfarenheten. De uppgav också att de ibland hade önskat, att själva få avgöra om interventioner skulle vidtas eller inte, det vill säga önskat mer autonomi i sin yrkesutövning. Andra studier bekräftar att autonomi kan vara en viktig komponent för tillfredsställelsen med arbetet (Finn 2001). Barnmorskorna gav uttryck för ett visst etiskt dilemma när föreskrifterna gjorde det svårt att visa lojalitet mot kvinnorna och samtidigt vara lojal mot läkare och regler, ett fenomen som även Peter & Liaschenko (2004) har funnit.

Relationen mellan obstetriker och barnmorskor upplevdes av barnmorskorna som helt personbunden. Precis som i en studie av Watson et al (2002) från Australien, upplevde barnmorskorna att det tog tid för läkaren att lita på barnmorskans kunskap och färdigheter. När detta väl skett erkändes barnmorskans professionalitet. Att relationen kunde vara problematisk framkom, och de kunde ge uttryck för en viss brist på erkänsla. Detta har även Daiski visat i en studie från Canada (2004) där sjuksköterskor delgav sina åsikter om relationer med andra yrkesgrupper, och begränsningarna med att vara medlem i en kvinnlig yrkeskår. Att utföra obstetrikerns ordinationer var något som kunde begränsa barnmorskornas autonomi vilket även barnmorskorna i Hunters (2004) studie påvisat. Barnmorskorna uppgav att de ibland kunde känna sig ifrågasatta om de inte lyckades få kvinnorna att föda snabbt. Både obstetriker och kollegor kunde då upplevas som påskyndare och barnmorskorna ville gärna få kvinnan att föda innan nästa arbetspass började, för att slippa kommentarer. Den medicinska synen på barnafödandet kunde dominera, trots att flertalet av barnmorskorna var kritiskt inställda till detta. Denna divergerande åsikt har också beskrivits i en studie av Hunters (2004). Barnmorskorna verkade emellertid göra stora ansträngningar för att behålla sina ideal och göra det de ansåg vara bäst för kvinnan. Det ter sig som att barnmorskorna navigerar mellan pliktetik och konsekventetik, men önskar tillämpa ett dygdetiskt förhållningssätt, där de kan tillämpa sina erfarenheter och fatta egna avgöranden (Johansson & Lynöe 1997).

## SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER

Förlossningsupplevelsen finns kvar länge i kvinnors minne, därför är det viktigt att identifiera de moment som upplevs viktiga för kvinnorna i samband med barnafödandet, samt återföra detta till den inblandade personalen för att den framtida vården skall kunna utvecklas.

Inkännande och stödjande vård ger ett positivt minne. Därför framstår det som än viktigare att kvinnorna får den vård de önskar. Då stöd och uppmuntran, i samband med barnafödandet, ter sig som en mycket viktig faktor för kvinnorna, kan arbetsformerna för barnmorskorna behöva diskuteras mer. Barnmorskorna i Sverige är en etablerad yrkeskår och jämfört med andra länder har barnmorskorna stort ansvar och autonomi när det gäller normal graviditet och förlossning. Dock innebär arbetsbelastningen och arbetsformerna att barnmorskan inte alltid befinner sig vid kvinnans sida under födandet i den utsträckning många kvinnor önskar. Det kan också vara en komplicerande faktor att tillhöra en kvinnlig yrkeskår, som befinner sig på mellannivå, och därmed en grupp i visst underläge mot läkare och organisation. De hierarkiska relationerna mellan olika personalkategorier och de födande kvinnorna kan inverka så att barnmorskan fattar etiska ställningstaganden som hon inte känner överensstämmer med den egna övertygelsen. De födande kvinnorna befinner sig i ett ytterligare underläge. Det är viktigt att vara medveten om detta och därför uppmuntra och stödja kvinnornas möjligheter att göra personliga val. En viktig faktor som skulle kunna öka förberedelse och tillfredsställelse med barnafödandet kan vara förbättrad föräldrautbildning. Kvinnor behöver mer och ingående information under hela förlossningsförloppet. Detta skulle kunna leda till en förbättring av kvinnornas förståelse för de ingrepp som sker, orsakerna, alternativen och hur de själva kan delta i beslut kring sin vård. Mer diskussionen mellan personalkategorier kan behövas för att förbättra samarbetet, och därmed även förbättra vården för den födande kvinnan.

## TILLKÄNNAGIVANDE

Ett varmt tack till alla de personer som på olika sätt har delat med sig av kunskap och stimulerat mig att genomföra detta arbete.

Jag vill särskilt tacka alla nyblivna mödrar. Ni var generösa och tog er tid att förmedla era förlossningsupplevelser och er uppfattning om beslutsprocessen i samband med värkstimulering under förlossning. Tack även för de givande samtalen efter intervjuerna.

Tack alla ni barnmorskor för er ovärderliga hjälp med att tillfråga kvinnorna på BB-avdelningarna om att delta i studien.

Ett mycket stort tack till alla barnmorskekollegor för att ni, med era generösa diskussioner, delade med av era erfarenheter kring beslutsprocessen vid värkstimulering och därmed bidrog till en ökad förståelse för barnmorskors arbetsförhållanden.

Mina handledare Kyllike Christensson och Eva Johansson har under arbetets gång delat med sig av lång akademisk kunskap. Stort tack för alla de givande diskussioner som vi haft och som fört min utveckling framåt. Ni har alltid varit tillgängliga och oerhört inspirerande.

Annette Kaplan, ett stort varmt tack för ditt bidrag som som moderator under fokusgruppsdiskussionerna. Utan din förmåga att lyssna in och ställa följdfrågor hade diskussionerna inte uppnått samma rika innehåll. Tack även för diskussionerna vi hade före och efter varje session, dina åsikter var ett värdefullt bidrag till att gruppdiskussionerna blev så givande.

Tack alla kära kollegor, på barnmorskeutbildningen i Stockholm, som intresserat följt min forskningsprocess.

Eva-Lena Nordrup, min vän och granne i skärgården, du tog dig tid att, tillsammans med mig, läsa och korrigera texten på ett konstruktivt sätt.

Staffan Lindström, min älskade man, stort tack för din stora tillit till min förmåga. Du har alltid stött mig och varit behjälplig när jag haft behov därav.

Ett stort tack till Centrum för vårdvetenskap, Karolinska Institutet som har beviljat ansökan om forskarmånader och därmed gjort det möjligt för mig att genomföra dessa studier.

## REFERENSER

Albers L 1999 The Duration of Labor in Healthy Women. *Journal of Perinatology* 19(2):114-119.

Beck-Friis B 1996 Information och samtycke – om kommunikationens betydelse i vården. Statens medicinsk-etiska råd. Gotab, Stockholm.

Bender DE, Ewbank D 1994 The focus group as a tool for health research: issues in design and analysis. *Health transition review* 4:63-79.

Berg M, Dahlberg K 1997 A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery* 4:259-266

Bäckman Gun 2002. Vårdetisk kompetens begrepp i teori och praktik. Teologiska institutionen, Uppsala Universitet, Uppsala. Lic. avh.

“Care in Normal Birth: a practical guide” 1996 översättning av en rapport från “Technical group meeting on normal birth”. World health organization.

Daiski I 2004 Changing nurses' dis-empowering relationship patterns, *Journal of Advanced Nursing* 48(1):43-50.

Dawson S, Manderson L, Tallo VL 1991 A Manual for the Use of Focus Groups. *International Nutrition foundation for Developing Countries (INFDC)* Boston, MA, USA.

Downe-Wamboldt B 1992 Content analysis: method, application, and issues. *Health & Care for Women International* 13:313-321.

Ethics and midwifery: Issues in contemporary practice / Frith L, Draper H 2004 oxford: Elsevier Science.

Finn CP 2001 Autonomy: an important component for nurses' job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies* 38:349-357.

Freeman LM, Timperley H, Adair V 2004 Partnership in midwifery care in New Zealand. *Midwifery* 20:2-14.

Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvård. 2004. Liber. Stockholm.

Geary M, Fanagan M, Boylan P 1997 Maternal satisfaction with management in labour and preference for mode of delivery. *Journal of Perinatal Medicine* 25(5):433-9.

Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS 2004. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 46:212-219.

Green JM, Baston HA 2003 feeling in Control During Labor: Concepts, Correlates, and Consequences. *Birth* 30:235-247.

Harrison MJ, Kushner KE, Benzies K, Rempel G, Kimak C 2003. Women's Satisfaction with Their Involvement in Health Care Decisions During a High-Risk Pregnancy. *Birth* 30:109-115.

Hunter B 2004 Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery* 20:261-272.

*I livets tjänst, om barnmorskans ideologi och yrke* 1995 SBF och SHSTF Stockholm

Information och samtycke – om kommunikationens betydelse i vården. Statens medicinska rådgivning, Gotab, Stockholm 1996.

Impey L 1999. Maternal Attitudes to Amniotomy and Labor Duration: A Survey in Early Pregnancy. *Birth* 26:211-214.

Johansson I, Lynöe N 1997. Medicin & Filosofi, en introduktion. Daidalos, Göteborg.

Kvale S 1999 Den kvalitativa forskningsintervjun. Studentlitteratur, Lund

Lavender T, Walkinshaw SA, Walton I 1998 A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery* 40-46.

Lundgren I., Dahlberg K 2002 Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery* 18:155 -164.

Lützen K 1990 Moral Sensing and ideological Conflict, Aspects of the Therapeutic Relationship in Psychiatric Nursing. *Scandinavian Journal of Caring Science* 4:69-76.

Malmgren H 1990 Medicinsk etik – en socialfilosofisk analys. Almqvist & Wiksell Sthlm.

Malterud K 2001 Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 358:483-488.

McLafferty I 2004 Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing* 48:187-194.

*Midwives - description of required competence*, general Recommendations issued by the Swedish Board of Health and Welfare in 1995.

Morgan DL 1996 Focus groups. *Annual Review Sociology* 22:153-85.

*Mänskliga rättighetet i vården* . statens medicinsk-etiska råd. Elanders Gotab, Stockholm 1999.

Nease RF, Brooks WB 1995 Patient Desire for Information and Decision Making in Health Care Decisions: The Autonomy Preference Index and the Health Opinion Survey. *Journal of General Internal Medicine* 10(11): 593-600.

O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D 1984 Active Management of Labor as an Alternative to Cesarean Section for Dystocia. *Obstetrics & Gynecology* 63(4): 485-90.

Peter E, Liaschenko J 2004 Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nursing inquiry* 4: 218-225.

Powell Kennedy H, Shannon MT 2004 Keeping Birth Normal: Research Findings on Midwifery Care During Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 33(5):554-560.

Rogers R, Gilson GJ, Miller AC, Izquierdo LE, Curet LB, Qualls CR 1997 Active management of labor: does it make a difference? *American Journal of Obstetric and Gynecology* 177(3):599-605.

Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B 2004 What counts as evidence in evidenced-based practice? *Journal of Advanced Nursing* 47(1):81-90.

Sadler LC, Davison T, McCowan LME 2001 Maternal Satisfaction with Active Management of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Birth* 28(4):225-235.

Sahlin J 2000 *Hälso- och sjukvårdslagslagen – med kommentarer*. Norstedts tryckeri AB, Stockholm.

Seibold C 2004 Young single women's experiences of pregnancy, adjustment, decision-making and ongoing identity construction. *Midwifery* 20:171-180.

Sinivaara M, Suominen T, Routasalo P, Hupli M 2004 How delivery ward staff exercise power over women in communication. *Journal of Advanced Nursing* 46(1):33-41.

Soet JE, Brack GA, Dilorio C 2003 Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth* 30:36-46.

*State of the art: handläggning av normal förlossning* – Socialstyrelsen 2001. Stockholm

Stenbock-Hult B 2004 *Kliniskt förhållningssätt*. Studentlitteratur Lund

Strauss A, Corbin J 1990 *Basics of Qualitative Research – Grounded Theory Procedures and Techniques*. Sage publications Inc, Newbury Park

Svenska Barnmorskeförbundets Vetenskapliga Råd - 1999.

*Reproduktiv och perinatal omvårdnad*

Thorstensen K.A 2000 Trusting women. Essential to midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 5: 405-407.

Tumblin A, Simkin P 2001 Pregnant Women's Perceptions of Their Nurse's Role During Labor and Delivery. *Birth* 28:52-56.

Tännsjö T.1998. *Vårdetik*. Thales. Falun

Urden LD 2003 Don't Forget to Ask: Using Focus Groups to Assess Outcomes. *Outcomes Management* 7:1-3.

Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I 2004 A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth* 31:17-27.

Waldenström U 2004 Why Do Some Women Change Their Opinion About Childbirth Over Time? *Birth* 31:102-107.

Varcoe C, Doane G, Pauly B, Rodney P, Storch JL, Mahoney K, McPherson G, Brown H, Starzomski R 2004 Ethical practice in nursing: working the in.betweens. *Journal of Advanced Nursing*. 45:316-325.

Watson J, Turnbull B, Mills A 2002 Evaluation of the extended role of the midwife: the voices of midwives. *International Journal of Nursing Practice*. 8:257-264.

White R, Taylor S 2002 Nursing practice should be informed by the best available evidence, but should all first-level nurses be competent at research appraisal and utilization? *Nurse Education Today*. 22:220-224.

Wiklund I, Matthiesen A-S, Klang B, Ransjö-Arvidsson A-B 2002 A comparative study in Stockholm, Sweden of labour outcome and women's perceptions of being referred in labour. *Midwifery*. 18:193-199.