



OBSTETRISKT VÅLD

EN INTERVJUSTUDIE

ANNA ANNBORN

Mastersuppsats
30 högskolepoäng
Mastersprogrammet i Sexologi
Juni 2019

Malmö Universitet
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

OBSTETRISKT VÅLD

EN INTERVJUSTUDIE

ANNA ANNBORN

Anna, A

Obstetriskt Våld. En kvalitativ intervjustudie. *Examensarbete i sexologi 30 hp*
Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för socialt
arbete 2019.

Bakgrund: Obstetriskt våld är en osynlig form av våld mot kvinnor som föder barn. Utifrån ett feministiskt perspektiv handlar obstetriskt våld om en process där kvinnan varit fri och självständig att fatta egna beslut till att bli ett passivt objekt utan möjlighet att komma till uttryck.

Syfte: Att undersöka innebörden av begreppet obstetriskt våld med utgångspunkt från nyförlöstas kvinnors förlossningsberättelser.

Metod: En induktiv kvalitativ ansats med narrativa berättelser där enskilda intervjuer utfördes. Urvalet var nyförlösta kvinnor som har haft en negativ förlossnings upplevelse och rekryterade på en barnmorskemottagning i nordvästra Skåne.

Resultat: Analysen alstrade fyra kategorier: *Bristfällig information och uteblivet samtycke* som innebär att kvinnorna uppfattade informationen under förlossningen otydlig, bristfällig eller helt obefintlig. De ansåg sig heller inte vara delaktiga i beslut. *Otillräcklig smärtlindring* där kvinnorna beskrev att de fick utstå smärta utan att få någon smärtlindring. *Avsaknad av tillit och trygghet* där kvinnorna berättade att när de födde sitt barn bemöttes de av personalens kränkande ord som ingav avsaknad av tillit och trygghet. Tydlig vägledning fattades och de upplevde sig ensamma. *Upplevelsen av övergrepp* där kvinnorna beskrev att de upplevde att de hade blivit utsatta för våld och hot om våld under sin förlossning.

Konklusion: Resultatet visade att kvinnor upplever sig ha blivit utsatta för fysiska och psykiska övergrepp under sin förlossning som kan tolkas som obstetriskt våld. Denna osynliga form av våld är ett komplext problem som påverkar kvinnors autonomi och värdighet under förlossningen. Det behövs en kvalitetssäkring inom området med tydliga riktlinjer för hur upplevelser av detta slag ska hanteras så att kvinnorna i högre grad får en positiv förlossningsupplevelse.

Nyckelord: feminism, förlossning, misshandel, obstetriskt våld, respektlöshet

OBSTETRIC VIOLENCE

A QUALITATIVE INTERVIEW STUDY

ANNA ANNBORN

Annborn, A. Obstetric violence. A qualitative research study. *Degree project in sexology 30 credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Social work, 2019.

Background: Obstetric violence is an unseen form of violence against women during childbirth. Obstetric violence is, from a feministic perspective a process in which the woman is transformed from an independent and capable individual, free to make her own decisions to become a passive object.

Aim: To investigate the concept of obstetric violence by analyzing narratives of women who recently have given birth.

Method: An inductive qualitative approach with individual narratives from women who have recently given birth. The sample consisted of women with a bad birth experience, recruited at a maternity unit in southern Sweden.

Result: Four categories emerged from the analyses: *lack of information and consent* including poor information and no right to participate in decisions concerning the process of labour, *suboptimal pain relief*, who embedded unbearable pain without pain relief, *lack of trust and support* where the women were met with bad attitude and jargon, and *the experience of abuse* including threat of violence from the midwives.

Conclusion: The study shows that obstetric violence exists and that women are subjected to physical and psychological abuse during childbirth – obstetric violence. During labour there are many situations affecting the autonomy and dignity of the women and the phenomenon is very complex. The abuse of women during childbirth might be a significant problem and quality assurance is required to secure the entitlements of women giving birth.

Keywords: Abuse, disrespect, feminist, labour, mistreatment, obstetric violence

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
SYFTE	5
BAKGRUND	5
Förlossningsupplevelser	6
Obstetriskt våld	6
Förlossningsvård i Sverige idag	9
Caseloadmodellen	10
Teoretiskt perspektiv	10
Kränkningar inom svensk sjukvård	11
PROBLEMFÖRMULERING	12
METOD	13
Urval	13
Genomförande	13
Analys	14
Etik	14
RESULTAT	15
Bristfällig information och uteblivet samtycke	15
Otillräcklig smärtlindring	16
Avsaknad av tillit och trygghet	16
Upplevelsen av övergrepp	18
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
KONKLUSION	27
REFERENSER	28
BILAGA	32

INLEDNING

I Sverige föds fler än 110 000 barn varje år (Socialstyrelsen 2017). Den svenska förlossningsvården har mycket goda medicinska resultat och är ett av de länder i världen som har lägst mödradödlighet och högst överlevnad bland nyfödda (Sveriges kommuner och landsting 2018). Samtidigt finns det flera utvecklingsområden (a.a.). Professor Waldenström (2005) ifrågasätter i en debattartikel ökningen av den medicinska teknologin inom förlossningsvården och menar att nya metoder införs utan utvärdering och i förtid utan att invänta nya forskningsresultat. När en teknik väl är på plats är det lätt att den ingår som rutin i arbetet framförallt om det är tidssparande och kan fungera som en ersättning för personlig närvaro (a.a.). Trots goda intentioner hos vårdpersonalen upplever patienter ofta möten inom vården som misslyckade (Wijma 2019). Det kan vara möten där patienter har fått en helt korrekt medicinsk behandling, men av andra anledningar upplever sig dåligt behandlade fysiskt eller psykiskt. Eftersom vårdens uppgift är att lindra lidande behövs en god kunskapsbas och ett aktivt arbete med personalens moraliska resurser för att främja patientsäkerheten på alla plan (a.a.). Inom den svenska förlossningsvården ska alla föräldrar kunna känna sig trygga och säkra (Sveriges kommuner och landsting 2018).

SYFTE

Syftet är att undersöka innebörden av begreppet obstetriskt våld med utgångspunkt från nyförlöstas kvinnors förlossningsberättelser.

BAKGRUND

I Hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30 (1 kap. 3§ HSL) framgår att målet för Sveriges hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska bygga på respekt för patientens medbestämmande och integritet samt tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (HSL 2017:30). Enligt Patientlagen, 2014:821 (4 kap. 2§) får inte Hälso- och sjukvård ges utan patientens samtycke (Patientlagen 2014:821). Förlossningsvården påverkar kvinnors autonomi och integritet liksom kvinnors rätt till medbestämmande och kvinnors rätt över sin kropp och sexualitet (Freedman m.fl. 2016). Obstetriska situationer t.ex. gynekologiska undersökningar, yttre press, episiotomi (klipp), kejsarsnitt och andra interventioner om kvinnan ej samtyckt, skulle kunna ses som en osynlig form av våld och kränkning av de mänskliga rättigheterna, men även en form av sexuella handlingar och könsdiskriminering (Sadler m.fl. 2016). Obstetriskt våld definieras fritt översatt till svenska som ”Sjukvårdens utnyttjande av kvinnans kroppar och reproduktiva processer som yttrar sig i form av onödig medikalisering, avhumaniserande behandling, och försjukligande av naturliga processer (República Bolivariana de Venezuela 2007). För de födande kvinnorna innebär detta en försämrad livskvalitet p g a förlorad autonomi och frihet över att fritt bestämma över sina kroppar (a.a.).

Utifrån ett feministiskt fenomenologiskt perspektiv anses den födande kvinnan inte följa det kvinnliga mönstret och hotar därmed det patriarkala systemet (Cohen Shabot 2016). Våld används härmed som ett redskap för att tämja detta beteende (a.a.). Världshälsoorganisation (WHO) har med bakgrund av detta tydliggjort problemet genom organisationen ”Disrespect and Abuse” (D&A) med vikten av att prioritera, utvärdera och eliminera förekomsten av obstetriskt våld (Freedman m. fl. 2014).

Begreppet våld är synonymt med begreppen: övergrepp, misshandel, tvång, förtryck, våldsdåd, våldshandling, handgripligheter, övervåld, överfall, illbragd, våldsmetoder, aggressivitet, makt och förtryck (Nationalencyklopedin 2018). Begreppet obstetriskt våld kommer genomgående att användas i denna uppsats.

Förlossningsupplevelser

Socialstyrelsens (2001) mål för vård under förlossning är att med minsta möjliga ingrepp under förlossningsförloppet uppnå en frisk moder och ett friskt barn samt en positiv förlossningsupplevelse (a.a.). Forskning visar att förlossningsupplevelsen är en central händelse i kvinnors liv och skiljer sig från kvinna till kvinna (Berg, Lundgren, Hallgren m.fl. 2010). Waldenström (1999) har visat att om kvinnan får vara delaktig i förlossningen och har gott stöd av barnmorskan så ökar den positiva förlossningsupplevelsen medan smärta, rädsla och tidigare negativa förlossningsupplevelser påverkar förlossningsupplevelsen negativt. Här ingår kvinnor som fått värförstärkande dropp, kejsarsnitt, instrumentella förlossningar och kvinnor som använt lustgas (a.a.). Hur kvinnan upplever smärtan under förlossningen har även ett samband med förlossningsupplevelsen, där kvinnor med en smärtsam förlossning generellt har en sämre upplevelse (Goodman 2003). Induktion (igångsättning) av förlossningar innebär en utmanande händelse för kvinnor då de i hög utsträckning upplever sig dåligt informerade om vad som händer (Coates m.fl. 2018). Kvinnorna känner inte att de får tillräckligt med information om vad som sker, ej heller upplever de tillräckligt med stöd eller delaktighet i beslut (a.a.). Goodman (2003) har i sin studie funnit att kvinnor som har kontroll över sin förlossning och har bra stöd i högre utsträckning har en positiv förlossningsupplevelse. Kontroll omfattas av kontroll över sig själv och andra samt miljön som kvinnan föder i (a.a.).

Obstetriskt våld

De senaste decennierna har situationer under förlossningar som förolämpat kvinnors värdighet och autonomi uppmärksammats globalt (Darilek m.fl. 2018; Kujawski 2015). Det kan vara uppenbara situationer där kvinnor utsätts för fysiskt våld i form av slag, våldsamma gynundersökningar, episiotomier, tvång eller bristande informerat samtycke. Situationer där kvinnor tvingas visa sitt underliv och påtvingas procedurer som är smärtsamma där resultatet av förlossningen främst gjort personalen nöjd (Darilek m.fl. 2018; Kujawski 2015; Reed m.fl. 2017). Kvinnorna upplevde i deras studier att personalen bortsåg från deras kunskaper om förlossningsprocessen och barnets välmående på bekostnad av kliniska bedömningar och personalen ljög och hotade kvinnor för att få igenom sina beslut. Detta var oftast relaterat till att barnet skulle må bra. Kvinnor som hade varit utsatta för sexuellt våld var en extra sårbar grupp när det gällde övervåld mot kvinnor under förlossningen, då de upplevde övergrepp under förlossningen likvärdig med våldtäkt. Verbal misshandel bestod i att personalen skrek, hotade eller kommenterade kvinnornas sexuella böjelser (a.a.).

Bohren m.fl. (2015) har i sin systematiska litteraturstudie funnit att bristande resurser inom sjukvården, personal med opassande beteenden, bristande policys och dålig infrastruktur är en del av orsakerna till kvinnors utsatthet under förlossningen (a.a.).

Venezuela är det första landet som år 2007 började använda termen ”obstetriskt våld” och det bedömdes som en straffbar form av våld mot kvinnor (Sadler m.fl. 2015). Bakgrunden var en framväxande proteströrelse i Latinamerika mot den ökade medikaliseringen inom förlossningsvården med insikten om att det skedde övergrepp mot kvinnor (Sadler m.fl. 2015).

WHO (2015) har tydliggjort vikten av att prioritera, utvärdera och eliminera förekomsten av obstetriskt våld av kvinnor under förlossningen inom medicinska inrättningar (a.a.).

“Every woman has the right to the highest attainable standard of health, which include the right to dignified, respectful health care throughout pregnancy and childbirth, as well as the right to be free from violence and discrimination. Abuse, neglect or disrespect during childbirth can amount to a violation of a woman’s fundamental human rights” (WHO 2015, sid. 1).

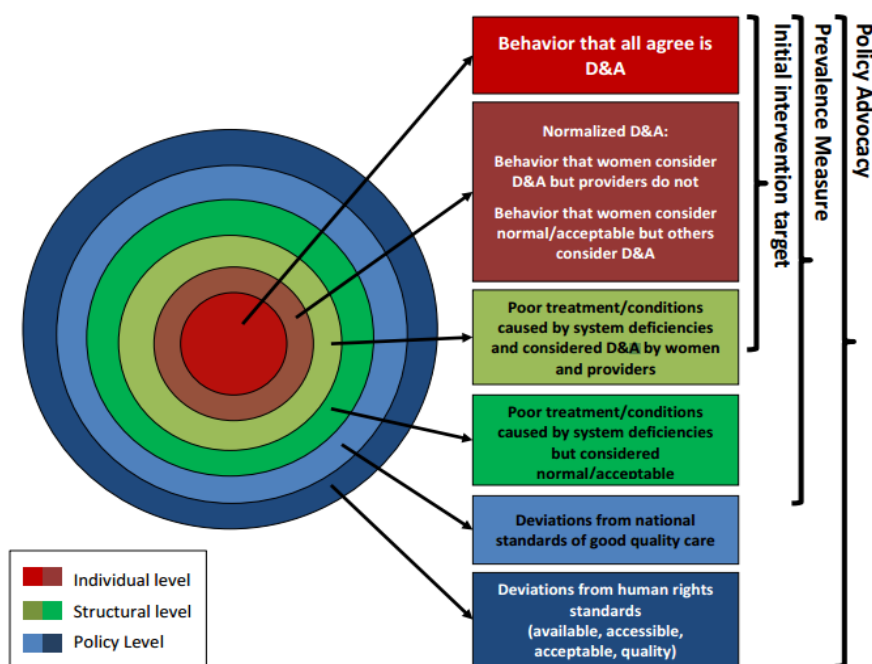
WHO:s organisation D&A startade 2014 och är en organisation som förespråkar födande kvinnors basala mänskliga rättigheter och är viktig både för att identifiera och mäta obstetriskt våld (Freedman m.fl. 2014). D&A utgår från sju rättigheter som födande kvinnor har och beskrivs enligt nedan (a.a.):

1. Frihet från skada och misshandel, fysiskt, psykiskt, verbalt och sexuellt våld.
2. Informerat samtycke med respekt för kvinnans val.
3. Sekretess och integritet.
4. Vördighet och respekt.
5. Jämlikhet och frihet från diskriminering.
6. Att få vård i tid och med högsta möjliga nivå på vården.
7. Autonomi, självbestämmande och frihet från tvång.

Negativa upplevelser under förlossningen är svåra att definiera och mycket komplexa (Freedman m.fl. 2014). Kvinnor kan uppleva sig ha fråntagits vissa basala rättigheter under förlossningen medan personalen upplever motsatsen. På samma sätt kan personalen uppleva att de använt våld under förlossningen medan patienten inte har någon upplevelse av det. För att definitionerna ska vara användbar i praktiken har standards utarbetats och definitionen av D&A beskrivs enligt ett diagram där individuell, strukturell och politisk nivå är förklarad av ett teoretiskt diagram kallat för ”Bulls eye” (a.a.). (Figur 1.)

Enligt D&A representerar ögat i mitten av cirkeln en god vård där de sju punkterna är representerade på individuell nivå och längst ut i cirkeln finns avvikelser från mänskliga rättigheter på politisk nivå samt ekonomiska resurser (Freedman m.fl. 2014). Andra cirkeln från mitten representerar ett normaliserat bemötande från personalen men där kvinnor upplever sig behandlade respektlöst. Vissa kvinnor känner att de blir behandlade enligt D&A medan andra inte anser det. Tredje ringen pekar på brister i vården där både kvinnor och personal upplevt att respektlöshet samt fysisk och psykisk misshandel ingått (a.a.).

Fjärde ringen står för dåliga förhållanden och brister i vården men som anses vara accepterat och normalt (Freedman m.fl. 2014). Femte ringen står för avvikelser av en god vård och nationella standards med god tillgänglighet och bemanning. Ringen längst ut presenterar avvikelser från mänskliga rättigheter vad beträffar tillgänglig vård med god kvalitet. Det finns även en dynamik mellan ringarna på en individuell, strukturell och politisk nivå. Till exempel kan en barnmorska som ger bra vård vid ett tillfälle ge sämre vård vid andra tillfällen p.g.a. yttre stress och höga krav. De födande kvinnornas beteende utmanas och ändras även under förlossningens gång varför mittcirkeln under perioder är större än övriga cirklar (a.a.).



Figur 1. "Bulls eye". Defining disrespect and abuse of women in childbirth.

Diagrammet har visat sig vara ett bra verktyg när samtal om övervåld och respektlös vård av kvinnor tas upp till diskussion på förlossningsavdelningar lokalt, nationellt och globalt (Freedman m.fl. 2014). Hela definitionen av "Bulls eye" underlättar tolkning av obstetriskt våld av kvinnor under förlossningen och underlättar strategiska beslut. Diagrammet hjälper politiker, barnmorskor, läkare och administratörer att få en tydlig bild över vilka olika perspektiv som tolkas in i begreppet obstetriskt våld och alla erfarenheter och åsikter får en naturlig plats i diskussionen. Diagrammet hjälper även forskare att förstå missförhållanden inom förlossningsvården och ger pragmatiska beslut. Det ska ses om en plattform som för olika synsätt och grupper tillsammans och som utmanar oacceptabla sociala normer och dålig vård och är ett led i att arbeta för basala mänskliga rättigheter och en respektfull kvinnosjukvård. Det behövs en vision av att födande kvinnor ska mötas med respekt och få en vård som är meningsfull (a.a.).

En överdriven medikalisering av förlossningsvården kan bidra till ökat obstetriskt våld (Sadler m.fl. 2016). Onödiga interventioner kan minskas genom informerat samtycke där kvinnorna kan tacka nej till medicinska ingrepp (a.a.).

United Nations Educational Scientific and Cultural Organisation (UNESCO) betonar vikten av att autonomi och rätten till självbestämmande respekteras inom förlossningsvården. De anser att kvinnor systematiskt utesluts från att delta i medicinska beslut och utvärdering av medicinska utfall (UNESCO 2005). Vid förlossningar är de vanligaste medicinska ingreppen episiotomi och kejsarsnitt (Sadler m.fl. 2016). Andelen barn som föddes med kejsarsnitt fördubblades nästan mellan år 2000 och 2015 (Boerma m.fl. 2018). Under 2015 genomfördes 29,7 miljoner kejsarsnitt i världen. Det innebär en ökning till 21 procent av alla förlossningar från 12 procent år 2000. I Brasilien, Egypten och Turkiet föds fler än hälften av barnen med kejsarsnitt (a.a.). Episiotomi utförs världen över trots att forskning visar att episiotomi bör utföras restriktivt (Carroli & Mignini 2009). I länderna Portugal, Polen och Portugal utförs episiotomi på 70% av alla vaginala förlossningar (Zeitlin m.fl. 2010). Andelen kejsarsnitt i Sverige ligger på 17,6 % och andelen episiotomi ligger på 6,1% år 2015 (Socialstyrelsen, 2016). Kejsarsnitt på en nivå mer än 10% är inte förenad med en lägre mödradödlighet eller barndödlighet (WHO 2015). En av frågorna i arbetet om obstetriskt våld som lyfts handlar om varför variationer av interventioner och antalet interventioner världen över varierar (Sadler m.fl. 2016). Dessutom ifrågasätts om huruvida åtgärderna är medicinskt motiverade och om de utförs med medicinsk evidens. Anledningen till att begreppet obstetriskt våld inte används i större omfattning är att professionella inte vill prata om våld då det går emot deras etiska koder. Istället används termer som ”humanising childbirth” (medmänsklig förlossning) eller ”promoting the human rights om women” (främja kvinnors mänskliga rättigheter) (a.a.). Forskningen pekar på en utbredd påverkan av sociala normer inom samhället och sjukvården i stort som en orsak till att obstetriskt våld förekommer (Jewkes & Penn-Kekana 2015). Kvinnor behöver ett bättre stöd och hjälp med att förstå vad de har för rättigheter (a.a.).

Förlossningsvård i Sverige idag

I Sverige har barnmorskans arbetsområde innefattat vården av kvinnor med normal förlossning och tyngdpunkten i obstetrikerns arbete har legat på sjukdom och medicinska komplikationer (Socialstyrelsen 2001). Optimal vård av mor och barn förutsätter därför en god ansvarsfördelning och ett gott samarbete mellan berörda personalkategorier. Om normal förlossning skulle definieras som naturlig förlossning, d.v.s. utan medicinsk teknik som exempelvis smärtlindring och värkstimulerande läkemedel, skulle mindre än tio procent av dagens förlossningar definieras som normala. Under de senaste 25 åren har det skett en ökning av medicinsk teknologi inom förlossningsvården t.ex. har det skett en ökning av operativa förlossningar, ryggbedövningar, elektronisk fosterövervakning och värförstärkande läkemedel (a.a.). Sveriges kommuner och landsting har 2018 fört 1,8 miljarder till förlossningsvården (Sveriges kommuner och landsting 2018). Pengarna ska användas till att säkerställa vårdkedjan i hela landet både före, under och efter förlossningen samt öka tryggheten för föräldrarna men även till att anställa fler barnmorskor och att rätt kompetens upprätthålls (a.a.).

Caseloadmodellen

Australien jobbar enligt en sammanhängande vårdkedja betitlad "Caseload" modellen, vilken innebär att födande kvinnor träffar samma barnmorskor genom graviditet, förlossning och eftervård (Keygan 2012). Modellen syftar till att stödja den normala graviditeten och förlossningen och att födandet ses som en naturlig process (a.a.). "Caseload" modellen leder till mindre interventioner och episiotomier hos omföderns kvinnor som haft normala graviditeter (Johnsson, m. fl. 2005). Modellen är ny i Sverige men ses som en tänkbar möjlighet för kvinnor med förlossningsrädsla då det ger extra trygghet och kontinuitet genom graviditet och förlossning (Hildingsson m. fl. 2018).

Teoretiskt perspektiv

Feministiskt perspektiv har valts som teoretiskt ramverk. Det synliggör kvinnors möjligheter och sociala rättigheter i ett samhälle där det finns kulturella och sociala förväntningar på hur en man och kvinna ska vara (Nationalencyklopedin 2018).

LaChance och Lundqvist (2013) presenterar ett feministiskt filosofiskt perspektiv på graviditet, förlossning och moderskap. De skiljer på två dominanta script inom förlossningsvården, dels barnmorskescriptet och dels det obstetriska scriptet (a.a.). Script är ett sätt att förklara produkten av människors beteenden i sociala situationer och sammanhang (Simon & Gagnon 1986). I det obstetriska scriptet ser kvinnor kausala samband och accepterar hög teknologisk övervakning av förlossningsförloppet och använder epidural för smärtlindring (LaChance & Lundqvist 2013). Kvinnorna ser förlossningen som en allvarlig process och förlitar sig på personalens kompetens. De anser att teknologi och medicinska insatser är viktiga och det säkraste sättet att föda barn på. Förlossningen är inte en speciell upplevelse utan som något som kvinnor måste gå igenom. Barnmorskescriptet betonar kvinnans egen förmåga att föda barn och de önskar att föda naturligt utan medicinska åtgärder. Förlossningen delas ofta upp i naturliga faser med varierande smärtupplevelser och naturliga sätt att hantera faserna på. Kvinnan vill känna att hon har makt över situationen och ser förlossningen som en upplevelse som bekräftar henne (a.a.). Om kvinnor som identifierar sig med barnmorskescriptet ändå kräver medicinska åtgärder får hon svårt att förstå sin egen upplevelse utifrån ett annat perspektiv (LaChance & Lundqvist 2013). Hon lämnas utanför sitt sociala sammanhang och ifrågasätter om där finns saker som hon kunde gjort annorlunda, om åtgärderna var nödvändiga eller om hon blev lurad (LaChance & Lundqvist 2013). Detta påverkar hennes identitet och hon ser sig själv som ett misslyckande. Författarna betonar också vikten av att barnmorskan i denna situation behöver ha ett holistiskt och empatiskt förhållningssätt för att kvinnan ska få en god upplevelse. Barnmorskor som arbetar enligt barnmorskescriptet låter kvinnan själv känna efter och bestämma när det är dags att krysta i motsats till det medicinska scriptet där läkare eller barnmorskor inte låter kvinnan krysta förrän livmodertappen är fullvidgad. I det medicinska scriptet kontrolleras förlossningsprogressen och om barnets nedträngande inte går i rätt takt görs medicinska åtgärder, i detta fall får kvinnan värförstärkande dropp. Om det medicinska scriptet appliceras på alla kvinnor oberoende av anamnes och tidigare förlossningsförlopp förstärks riskerna och kvinnors oro och rädsla ökar vilket i sin tur hindrar deras förmåga att känna sig avslappnade och hålla sig lugna. Enligt barnmorskemodellen är kvinnan unik och ser inte ett problem i att förlossningsprocessen tar olika lång tid (a.a.).

Ett mål för barnmorskor skulle kunna vara att de lutar sig mot barnmorskescriptet som förstärker kvinnorna samtidigt som de breddar sin professionalitet genom att använda det medicinska scriptet när det är nödvändigt (LaChance & Lundqvist 2013).

Cohen Shabot (2016) ger ett feministiskt fenomenologiskt perspektiv på fenomenet obstetriskt våld. Hon fokuserar huvudsakligen på att förstå hur kvinnor upplever obstetriskt våld och hur de kan leva med den upplevelsen (a.a.). Foucault (2015) beskriver att orsaken till uppkomsten av kontrollen av de födande kvinnorna beror på att sjukvården ses som en normaliserad institution där kvinnan studeras utifrån ett manligt perspektiv. Dagens obstetrik kan ses som en reflektion av hur kvinnliga födande kroppar uppfattas som icke feminina och våld krävs för att dominera dem. Detta för att återskapa den feminina ordningen av underkastelse och passivitet (a.a.). Enligt Cohen Shabot (2016) är förlossningsvården styrd av ekonomiska och patriarkala värden och tusentals kvinnor har fallit offer för obstetriskt våld och fortsätter falla offer för detta våld med i många fall svåra konsekvenser (a.a.).

Cohen Shabot (2016) menar att obstetriskt våld är riktat till kvinnor just för att de är kvinnor och beror på hur samhället ser på kvinnor och hur kvinnor ser på sig själva. Den födande kvinnan ses som en stark, frisk kvinna som inte är i behov av hjälp och vård. Kvinnor upplever att de berövas sin möjlighet att göra sig hörd och tvingas underkasta sig medicinska behandlingar som de inte fått full information om. En känsla av att bli utnyttjad beror på en process där kvinnan varit fri och självständig att fatta egna beslut till att bli ett passivt objekt utan möjlighet att komma till uttryck (Cohen Shabot 2016). Detta kallas för "metafysiskt våld" och är inte alltid uppenbart för kvinnan. Kvinnan kan tvärtemot stödja medikaliseringen av förlossningsvården där hennes syn på medikalisering ses som den etablerade och accepterade formen av normal förlossning och som därmed ses som en seger inom den medikaliserade förlossningsvården. Kvinnor vet inte när en förlossning blir riskfylld varför barnmorskor kan ge medicinska råd som inte egentligen är nödvändigt men som kvinnor uppfattar som nödvändiga. Förlossningen är även nära förknippad med sexualiteten varför en dålig förlossningsupplevelse kan ge en känsla av att ha blivit våldtagen. Förlossningsupplevelsen stämmer i hög grad överens med våldtagna kvinnors upplevelse av hjälplöshet, rädsla, skuld och bristande självförtroende (a.a.). Ojämlighet förminskar kvinnors rättigheter i grunden och bristen på åtgärder vad beträffar oacceptabelt våld under förlossningarna ger bränsle till rätten att kunna fortsätta behandla kvinnor med våld (Rachel & Loveday 2015). Det finns även en dominans hos professionell personal i relationen till födande kvinnor med starka paralleller till samhället i övrigt. Detta kan i sin tur leda till att det finns förväntningar på att personalen ska ha kontroll över kvinnan och är bemyndigad att använda olika strategier för att återfå kontrollen såsom fysiskt våld och att straffa kvinnan verbalt om hon inte lyder. Kvinnorna har inget annat val än att samtycka till makten som utövas av personalen och de känner sig mycket sårbara, särskilt utan en stödperson som är med under förlossningen (a.a.).

Kränkningar inom svensk sjukvård

Som tidigare nämnts är det vanligt att kränkningar förekommer inom vården och problemet är ett etiskt och ett paradox problem eftersom patienter söker vården för att få hjälp (Wijma & Swahnberg 2010). Kvinnor rapporterar högre förekomst

av kränkningar i vården än män vilket kan ses som ett uttryck för den rådande synen på manligt och kvinnligt kön (Swahnberg & Wijma 2010). Hälso- och sjukvården är ett hierarkiskt maktsystem där patienter och framförallt kvinnor hamnar i ett underläge. Att ha varit utsatt för psykiskt, fysiskt och /eller sexuellt övergrepp i barndomen är en riskfaktor för att kvinnor kan uppleva kränkningar i vården. Den stora frågan är dock varför kvinnor utan bakgrund av övergrepp känner sig kränkta i vården och hur detta går till. När sjukvårdspersonalen bryter mot rådande etiska principer som autonomi, icke-skada, rättvisa och integritet känner sig patienter rimligtvis kränkta. Det är viktigt att de etiska principerna som ska vägleda personalen inom hälso- och sjukvården också speglar verkligheten men här finns det motsatta förhållanden (a.a.). Kränkningar inom förlossningsvården är vanligt förekommande och påverkar kvaliteten på vården vilket leder till att uppföljningen av patienterna blir sämre och tillgången till vården blir mer begränsad (d`Olivera m. fl. 2002). Den som söker vård har behov av konkret och känslomässig hjälp (Wijma & Swahnberg 2010). Härmed hamnar patienten i en beroendeställning. Personalen har kunskapen, positionen och resurser som gör att de hamnar i ett överläge. De befinner sig i en maktposition vilket gör att det ibland frestas att utnyttja den. Kränkningar i vården måste ses utifrån sitt sammanhang och ofta handlar det inte om enskilda individer eller separata händelser. Ofta brukar det direkta våldet vara det som syns och det vi ser, men det existerar alltid i ett sammanhang av strukturellt våld (hierarkier och könsroller) och kulturellt våld (språk, ideologier och kultur). Personalens tystnad efter att en kränkning har ägt rum härrör från känslor av skuld och skam över att ha gjort fel. De flesta människor har en stark känsla över vad som är rätt och fel och personalen undviker därför att samtala om kränkande händelser. Till slut kan dessa händelser glömmas bort och leda till att patienten tror att vården som helhet tycker det är acceptabelt att patienter kränks. När personal på grund av direktiv uppifrån tvingas gå emot vad de innerst inne känner, finns det en risk att deras moraliska resurser sakta bryts ner (a.a.). Att patienter känner sig kränkta eller rent av traumatiserade i vården är något som hälso- och sjukvården inte lyfter i tillräckligt stor utsträckning (Swahnberg & Wijma 2010). En orsak är att patienter är dåliga på att säga ifrån när de upplever sig ha blivit kränkta. En annan orsak är att sjukvården ofta fokuserar på patienttillfredsställelse i sina utvärderingar som genererar positiva svar. En ökad öppenhet är ett första steg för att förhindra att patienter upplever sig kränkta i vården. Att sjukvårdspersonal känner att de kan berätta för kollegor om situationer där patienter blivit kränkta och analysera vad som gick fel samt lära sig av det. Det är också viktigt att personalen skyddas från att bli delaktiga i kränkningar. Personalen kan bli bättre på att stötta patienter och hjälpa dem att säga ifrån (a.a.).

PROBLEMFORMULERING

Att arbeta som barnmorska innebär flera möten med kvinnor som delger sina förlossningsupplevelser och en del kvinnor har negativa erfarenheter av sina förlossningar. På sociala medier och i debattartiklar (Petersen 2017, Widegren 2017, Östadius, 2018) har över landet de senaste åren rapporterats om en förlossningsvård med bristande resurser, personalbrist och stressiga förhållanden. Inom den svenska förlossningsvården är *obstetriskt våld* ett begrepp som det ännu inte har forskats närmre på varför det finns ett kunskapsglapp inom detta ämne.

Kvinnors brist till medbestämmande under en förlossning liksom smärtsamma medicinska interventioner kan bidra till en osynlig form av våld. Att öka kunskaperna inom detta område kan leda till en kvalitetssäkring av vården för födande kvinnor där rutiner ses över och eventuella åtgärder utförs.

METOD

För att svara på studiens syfte har en induktiv kvalitativ ansats med narrativa berättelser valts där enskilda intervjuer har utförts. Induktiv ansats används när kunskapen om ämnesområdet är begränsat och forskaren går förutsättningslöst in i analysen (Elo & Kyngäs, 2007). I kvalitativa intervjuer är utgångspunkten ett interaktionistiskt synsätt där forskaren är intresserad av förändringar och förutsätter att människor inte har några specifika förutbestämda egenskaper utan det rör sig om processer (Trost, 2010). Intervjuer eftersträvar en förståelse för hur den intervjuade tänker, känner eller beter sig. Trovärdigheten betonas, vilket innebär att det empiriska materialet är insamlad på ett sådant sätt att de är seriösa och relevanta för den aktuella problemställningen. Med narrativ menas en människas egna berättelse från den aktuella dagen. Berättelsen är personens egen berättelse (a.a.).

Urval

Inklusionskriterierna var svensktalande kvinnor i fertil ålder som nyligen hade fött barn. Ändamålsenligt urval användes vid rekryteringen av nyförlösta kvinnor från barnmorskemottagning i sydvästra Skåne. Kvinnor som skattar sin förlossning på Visuell Analog Skala (VAS) < 4 på efterkontrollen anses ha en dålig förlossningsupplevelse enligt gängse rutiner på kvinnokliniken där upptagningsområdet för rekrytering ägde rum. VAS är en skala från 1-10 framtagen och validerad för smärta (Heller m.fl. 2016). Den används dock på 50% av alla kvinnokliniker i Sverige för att upptäcka kvinnor med en negativ förlossningsupplevelse. Detta för att kunna erbjuda de som skattar sig lågt på VAS skalan, samtalsstöd efter förlossningen. Den lägsta siffran på skalan är 1 och anses som den sämsta möjliga upplevelsen och siffran 10 som den mest positiva förlossningsupplevelsen. Ifall där kvinnorna skattar sig < 4 på skalan erbjuds de uppföljning från s.k. *Klarateam*. *Klarateamet* är ett team av läkare och barnmorskor som arbetar med förlossningsrädda kvinnor. Kontakten med informanterna skedde genom barnmorskor och barnsjuksköterskor verksamma på barnmorskemottagning och barnavårdscentral. Kvinnorna tillfrågades muntligen om de skulle vara intresserade av att bli kontaktade för att medverka i studien efter att ha erhållit muntlig och skriftlig information om studiens syfte. Antalet rekryterade informanter blev totalt tolv kvinnor.

Genomförande

Intervjuerna var ostrukturerade vilket innebär ett helt öppet samtal som maximalt vägleds av ett övergripande ämnesintresse (Alvehus 2013). Detta innebar en flexibilitet för intervjuaren (a.a.). Intervjuerna bestod av en övergripande fråga som löd som följer: *Vill du berätta för mig om hur du upplevde din förlossning?* För att få ett bra flöde i den ostrukturerade intervjun och när författaren upplevde

att svaret inte var tillräckligt uttömmande använde författaren sig av sonderade frågor och uppföljningsfrågor (Bryman 2008). Intervjuaren följde upp och bad informanten att fördjupa ett svar som getts på en direkt fråga. T.ex. ”*Skulle du vilja utveckla det du berättade alldeles nyss lite mera? Kan du ge mig ett exempel? Kan du berätta något mer om det? Finns det någon anledning till varför du tror det?*”. Innan datainsamlingen påbörjades gjordes en provintervju av en väninna till författaren.

Intervjun avlyssnades av författaren och de svårigheter i intervjutekniken som framkom under provintervjun beaktades inför de kommande intervjuerna.

Intervjuerna genomfördes i början på år 2019. Intervjuerna genomfördes av en person (författaren till uppsatsen) på en avskild plats som intervjupersonerna själva hade valt; i sina egna hem (n = 4), på sin arbetsplats (n = 1), på barnmorskemottagningen (n = 4), via telefon (n = 3). Tio av kvinnorna hade fött barn det senaste året. För två av kvinnorna ägde förlossningen rum för två respektive tre år sedan. Tio av kvinnorna intervjuades efter att de fött sitt första barn och två av kvinnorna intervjuades efter att de fött sitt andra barn. Tiden för intervjuerna var 20 – 90 min. Medianen var 45 minuter. En informant avslutade intervjun i förtid p.g.a. hon inte mådde bra av att tala om förlossningen. Hon blev erbjuden extra stöd hos mödrahälsovårds psykolog.

Analys

En manifest innehållsanalys inspirerad av Burnard m.fl. (2008) genomfördes. Analysprocessen inbegriper att identifiera, koda, samt kategorisera grundläggande mönster eller teman i det empiriska materialet. Intervjumaterialet har initialt transkriberats för hand på dator. Det transkriberade materialet har därefter genomlästs flera gånger för att få en helhetsbild av innehållet i materialet. Varje transkription lästes igenom och minnesanteckningar skrevs ner i marginalen av texten samt kortare citat som summerade delar av texten markerades med färgpenna. Därefter utfördes en öppen kodning. En öppen kodning är en process som går ut på att bryta ner, studera, jämföra, konceptualisera och kategorisera data (Bryman 2008). Utifrån meningsbärande enheter har kodning gjorts d.v.s. delar av texten med samma beröringspunkter har tagits från sitt ursprungliga sammanhang och från början bildades elva kategorier utifrån innebörden av texten: *utebliven information, vårdnivån- inte den högsta, barnet framför mamma, utebliven och fördröjd smärtlindring, bristande kontinuitet, utan samtycke, kränkande bemötande och atmosfär i rummet, övergrepp, lämnad ensam, bristande integritet, avsaknad av trygghet och tillit*. Fortsatt analys gjordes där de kategorier som hade liknande beröringspunkter kondenserades till en kategori. Elva kategorier kondenserades slutligen till fyra kategorier. Koherent text skrevs ihop där innehållet i varje kategori speglar innehållet. Citat valdes ut för styrka kategoriernas innehåll.

Etik

Att studien genomfördes som en intervjustudie innebar för kvinnorna att deras privatliv berördes. Genom att den inledande intervjufrågan ställdes som öppen fråga hade deltagarna möjlighet att själva avgöra vad de ville berätta och på så sätt togs den personliga integriteten i beaktan. Ansökan för utlåtande från etikrådet för genomförande av studien skickades in till ”etikrådet för studenter” inom fakulteten för Hälsa- och Samhälle, Malmö Universitet. Ett skriftligt tillstånd för genomförande av studien inhämtades från verksamhetsdirektör på ett par

barnmorskemottagningar i nordvästra Skåne. I samtyckesblankett från deltagare i projektet med underskrift framgår att kvinnornas deltagande är konfidentiellt och frivilligt och att de när som helst kan hoppa av studien. Brev om information om studien utformades utifrån etikrådets rekommendationer med presentation av författaren, projektet, syftet, tillvägagångssätt och hantering av data, (bilaga 1). Intervjuerna spelades in på en icke nätverksansluten Iphone och transkriberats ordagrant i direkt anslutning till intervjuerna. Inga personuppgifter införskaffades i samband med intervjuerna. Ljudfilerna raderades efter transkription av intervjuerna. Informanterna tilldelades nummer (Informant_1, Informant_2 etc...) och avidentifierades i transkriptionen. Det transkriberade materialet och samtyckesblanketterna har hållits inlåsta i ett värdeskåp tills uppsatsen blivit godkänd. Samtycke för telefonintervjuerna har givits muntligt i början av intervjuerna. Datorn uppsatsen skrivits på är lösenordskyddad och ingen annan än författaren har tillgång till uppgifterna. Ingen data som går att härleda till informanterna kommer att skrivas i uppsatsen. Citat som hade varit direkt avslöjande och som skulle kunna härledas till personer i fråga har skrivits om med egna ord i analysen.Handledare och författare har endast en studentmässig relation. Inga inbördes relationer finnes mellan handledare och informanter och mellan författare och informanter.

RESULTAT

Empirin har frambringat fyra kategorier som svarar på syftet: *bristfällig information och uteblivet samtycke, otillräcklig smärtlindring, avsaknad av tillit och trygghet, upplevelsen av övergrepp*. Under var kategori återfinns koherent text med citat som speglar kvinnornas upplevelser.

Bristfällig information och uteblivet samtycke

Kvinnorna upplevde att informationen under förlossningen var otydlig och bristfällig och i flera fall fick de ingen information alls. Starka önskemål fanns om att de borde ha fått information om varför beslut togs i vissa sammanhang och varför vissa åtgärder gjordes. Kvinnorna berättade att de upplevde att barnmorskan inte lyssnade på dem utan tolkade in sin egen bedömning och körde över deras värdighet gång på gång. Vägledning upplevdes saknas samt information om orsaker till åtgärder. Flera av personalen var tysta och sa inget fastän kvinnorna uppfattade att de visste exakt vad som skulle ske närmast. Informationen kunde också gå isär från barnmorska till barnmorska vilket gjorde att kvinnorna kände sig osäkra på vad som egentligen gällde. Tidsbristen betonade kvinnorna också som en faktor som bidrog till att barnmorskorna inte hann informera. Det var även brister i information och om vad som hände under förlossningens förlopp och varför saker utvecklade sig på vissa sätt. Kvinnorna uppgav att de kände sig osäkra på hur lång en förlossningsprocess kunde vara och de fick olika budskap om livmoderhalsens öppningsgrad och hur långt barnet hade trängt ner i bäckenet. De upplevde att de fick mycket bristfällig information med återkoppling efter förlossningen och dokumentationen kändes bristfällig. Kvinnornas förlossningsbrev blev inte heller genomlästa och uppmärksammandes ej. Kvinnorna angav att de inte hade någon möjlighet att delta i beslut. Det var inte tal om dialog utan de kände sig totalt överkörda. Fastän de tydligt uttryckte att de inte klarade av sin situation eller inte ville medverka till gynekologiska

undersökningar nonchalerades deras åsikter. De tyckte det var oförståeligt att de inte blev lyssnade på och respekterade. Kvinnorna ansåg att besluten skulle kunna tas i samförstånd men ofta var personalen osäkra på att ta ett definitivt beslut vilket förlängde ovissheten för kvinnorna.

”Vi förtjänar att de säger vad som händer med mitt liv och min kropp, det är deras skyldighet att berätta – alltså snälla.” (Informant 12)

”De säger ju inte vad som sker utan de smusslar med det liksom och jag har ingen ork att konfrontera. Jag ville bara ha den informationen om vad som händer.” (Informant 1)

Otillräcklig smärtlindring

Kvinnorna beskrev att de fick utstå oerhörd smärta utan att få någon hjälp med smärtlindring. Flera informanter berättade att de inte kunde få någon ryggbedövning (EDA) förrän livmoderhalsen hade öppnat sig fyra cm trots att de haft smärta under flera dagar. De upplevde att personalen hade en ovilja att hjälpa till med adekvat smärtlindring och de blev hemskickade trots att de förklarade hur mycket smärta de upplevde. De beskrev hur personalen noterade att de haft ont och erbjudits hjälp men när det kommit till kritan hade det antingen varit för sent att ge smärtlindring eller så hade de sagt att det inte funnits någon smärtlindring att få. Det var barnmorskan som bestämde om kvinnorna var berättigade till smärtlindring eller inte beroende på hur starkt kvinnan signalerade sin smärta. Det upplevdes att personalen inte respekterade kvinnornas smärta under värvärdet och att de inte inväntade pauserna för att ge hjälp/stöd. Vidare upplevdes det att de fick vänta länge för att få smärtlindring då barnmorskorna hade mycket annat att göra.

”Det var så långdraget och jag hade så ont men de kunde inte ge mig nått för jag var inte öppen fyra centimeter.” (Informant 4)

”Jag hade sån smärta så det var omänskligt och jag kände att jag orkade inte mer.” (Informant 9)

”Är det hur desperat man låter som avgör om man får smärtlindring eller ej? Var det barnmorskans önskan att jag inte skulle ha smärtlindring? Så förnedrande.” (Informant 10)

Avsaknad av tillit och trygghet

Kvinnorna berättade att ett stort problem när de födde sitt barn var personalens bemötande och kränkande ord. Barnmorskorna agerade inte professionellt och hade dålig attityd. De ansåg att barnmorskorna borde ha en bra arbetsmoral eftersom de jobbar med kvinnor och behöver finnas där som stöd. Men istället kände de att barnmorskorna tillhörde en kvinnofientlig och destruktiv kultur och att de tappat mänskligheten och hjärtat i arbetet. Personalen var bitter och kvinnorna kände att de inte ville deras bästa. De blev sedda om ett nummer inte som en person. Barnmorskorna använde sig av klyschor som ”det gör ont att föda barn” eller ”vill du inte hjälpa dig själv så kan vi inte hjälpa dig”. Barnmorskorna såg inte helheten och de bytte personal hela tiden vilket gjorde att kvinnorna kunde ligga på förlossningen i flera dagar utan att någon såg och förstod hur länge de legat och haft det så tufft. De uttryckte att personalen betedde sig olika och

ansåg att inom sjukvården ska det inte spela någon roll vilken barnmorska de träffade utan det ska vara samma riktlinjer för alla. Barnmorskorna upplevdes som hårdhänta vid undersökningarna och slarviga vid sutureringar. Dropp gick subkutant, bristningar gick upp eller inspekterades inte och flera av kvinnorna uppgav att de fick infektioner. De upplevdes att barnmorskorna gav olika besked, sa inte samma saker och gav obefintliga instruktioner. Undersköterskan kunde inte ta beslut och barnmorskorna vågade inte stå upp för kvinnorna inför läkarna. I slutändan var det den läkaren som arbetade just det passet som tog beslut. En kvinna berättade att all den planering hon lagt ner hos Klarabarnmorskan därmed inte betydde någonting. Personalen visade bristande empati och förmedlade stress istället för att coacha. Barnmorskorna var ofta trötta och kändes okänsliga. Atmosfären på rummet var ofta kaosartad och stressig samt förmedlade en negativ energi utan närvaro från barnmorskan. Kvinnorna försökte behålla lugnet för att inte hamna i panik. Ingen hänsyn togs till att kvinnorna hade haft värkar under en längre tid och inte sovit på flera dagar utan de skulle arbeta på utan paus. Kvinnorna berättade att de upplevde bristande vägledning under förlossningens gång med en viss godtycklighet kring rutiner och undersökningar. Kvinnorna berättade att de upplevde att barnmorskorna hanterade tekniska verktyg utan förståelse för att det är en människa det handlar om. Barnmorskorna förlitade sig t.ex. mer på värkregistreringen på kardiokografen (CTG) än på vad kvinnorna förmedlade. Kvinnorna upplevde att de blev utsatta för risker under förlossningsförloppet som inte kan vara accepterat i den svenska sjukvården idag.

”Hon förstod inte varför jag upplevde sammandragningar oftare än vad bältet visade, de sa att du har värkar för att barnet rör på sig.” (Informant 10).

”Inom sjukvården ska det inte spela någon roll vem man träffar det ska vara samma riktlinjer för alla.” (Informant 8).

”De löser av varannan och känner inte av och vet hur man verkligen har det. Jag saknar att de inte såg helheten.” (Informant 7)

”När man är i bra händer känner man det. Jag litade inte på personalen De var nonchalanta.” (Informant 2)

Kvinnorna upplevde att de blev lämnade ensamma på sina rum under långa stunder av sina förlossningar. De berättade att de kände att de lämnades ensamma till sitt öde. Det var ingen som såg dem och de fick klara sig själva. Mannen uppmanades ofta att vila vilket innebar att kvinnans enda trygghet då inte fanns vid hennes sida. De blev lämnade ensamma i smärta och ensamma med barnet och inrullade på Barnbördshuset (BB) och lämnade där ensamma. Ingen frågade hur de mätte och barnmorskorna var mycket upptagna. När de väl ringde på personalen och de kom in på rummet hade de inte tid att lyssna på vad kvinnorna hade att säga. Flera kvinnor upplevde efter förlossningen det som ett trauma att ligga på ett rum oförmögen att kunna ta hand om sitt barn.

”Jag låg som en grönsak. Jag ville leva. Det var ett trauma att bara ligga där helt ensam” (Informant 1)

Kvinnorna kände sig inte trygga. De menade att för att kunna känna sig trygga måste de bli sedda och lita på personalen. För att känna trygghet behövde de

känna stöd och eftersom personalen inte fanns hos dem och informerade om vad som hände och guidade dem genom värkarna och förlossningen så kunde de inte känna trygghet. Istället kände de sig rädda, ledsna och ensamma. Kvinnorna kunde ringa efter barnmorskan flera gånger men varje gång dröjde det innan någon kom och alla beslut och åtgärder försköts. De upplevde också att barnmorskorna inte hade koll på helheten och när väl beslut togs så blev det som en lättnad.

”Det är så synd, för vår trygghet är barnmorskorna och läkaren men ingen av dem hade några känslor.” (Informant 12)

Kvinnorna beskrev hur de tvingades av barnmorskorna att komma upp ur sängen för att göra saker mot deras vilja. Kvinnorna kände sig värdelösa och var nära på att tippa över men att ingen i personalen uppmärksammade detta. Kvinnorna betonade att det är deras kropp och att det är de som bestämmer över den men istället blev de inte respekterade och lämnades trasiga och osäkra. Flera av kvinnorna berättade att de aldrig skulle släppa denna personal nära inpå sig igen. Kvinnorna berättade att de i vanliga fall brukade kunna säga ifrån men att de hamnade i en slags beroendesituation och underläge och vågade därför inte att säga ifrån i stunden.

”De körde mig halvnaken över till förlossningen. Det var så kränkande.” (Informant 3)

Kvinnorna upplevde att barnmorskorna och personalen såg barnet i första hand och att fokuset låg mest på att ha koll på att barnet mår bra. Kvinnornas välbefinnande hade mindre betydelse trots att de signalerade att de inte orkade mer.

”Ingen säger att mamman är så trött och så illa vid sig att det inte går att fortsätta– jag upplevde att det var barnet som bestämde” (Informant 4)

Upplevelsen av övergrepp

Kvinnorna beskrev att de upplevde att de hade blivit utsatta för omänsklig behandling, våld och hot om våld. Flera kvinnor beskrev att de trots att de skrikit och sagt nej till undersökningar så hade de blivit totalt överkörda och utsatta för återkommande övergrepp framförallt i form av mycket smärtsamma återkommande skalp-ph provtagningar på barnets huvud. Vidare beskrev informanterna att de upplevde att personalen hade lämnat de ”öppna” med stora smärtsamma bristningar i flera timmar utan mat och dryck. Kvinnorna beskrev även hur de upplevde att barnmorskorna med våld slitit isär benen på dem för att komma åt att göra vaginalundersökningar mot deras vilja. Kvinnorna uttryckte att det även fanns barnmorskor som hotade att hämta in läkaren om de inte lydde och gjorde som barnmorskan sa. Informanterna beskrev upplevelser av att moderkakor slets ut och att de hade blivit slagna på benen. Vidare berättade informanterna att de inte kände sig bemötta med respekt av sina barnmorskor och att det kändes som att de slet ut barn som inte behövde slitas ut. Barnmorskorna var mycket hårdhänta när de kände på kvinnornas livmoder efter förlossningen samt pressade upp lustgasen i ansiktet på dem så att de inte fick någon luft. Kvinnor uppgav att de lämnades med plågsamma smärtor i flera dygn utan att få något smärtstillande. Vidare att de kände sig som fångar i förlossningsrummet. Smärtan och plågan gav

upphov till panikkänslor och dödsångest. Förlossningsupplevelserna gavs uttryck åt att kunna vara jämförbara med våldtäkt.

”Det bemötandet och den behandlingen jag var med om väger tyngre än våldtäkt...Jag har varit med om det två gånger och detta var tjugofem resor värre.” (Informant 5)

”Jag sa att de måste sluta, de kan inte fortsätta. Det var såna hemska prover-ändå fortsatte de. Jag skrek var gång de tog prov att de skulle sluta. ”Ska de ta in hela det röret i mig? Det svartnade för ögonen.” (Informant 11)

”Det gjorde så ont att min själ gick ut. Det gjorde så ont att jag ville dö. På det sättet de tryckte det var helt sjukt de bara pressade min mage nedåt.” (Informant 12)

”Men liksom ska ligga sitta så här öppen helt och hållet och bara vänta på att nån kommer och syr. Fyra timmars helvete och jag fick inte äta och dricka.” (Informant 6)

DISKUSSION

I metoddiskussionen diskuteras styrkor och svagheter med vald metod samt begreppen tillförlitlighet och överförbarhet. Resultatet diskuteras gentemot tidigare forskning samt mot teoretiska perspektiv.

Metoddiskussion

Eftersom det inte finns så mycket forskning inom området hade syftet inte kunnat besvaras genom en litteraturstudie, utan en induktiv kvalitativ ansats med narrativa berättelser valdes som en adekvat metod. Datainsamlingen utfördes som enskilda intervjuer och en öppen fråga ställdes för att i möjligaste mån förhålla sig objektiv i intervjun. Sonderande frågor användes för att i större utsträckning fånga essensen i kvinnornas berättelser och för att erhålla djupare förklaringar till vad som berättades. Detta för att få informanten till att utveckla sin berättelse och därmed erhålla djupare intervjuer (Bryman 2008). Intervjuaren blev fri att söka sig åt det håll som informationen ledde till (a.a.). Detta fördjupade kvinnornas berättelser som ändå fick beskriva sina förlossningsupplevelser med egna ord och blev uppmuntrade till att berätta mer om sina upplevelser med de sonderande frågorna. För intervjuaren kan intervjusituationen bli en balansgång och nackdelen kan vara att när de sonderande frågorna ställs att mer fokus blir lagd på vissa saker än andra i informantens fria berättelse. Tillförlitligheten stärktes dock med att använda kvinnornas egna citat för att stödja den koherenta text som utgör kategorierna i resultatet.

Genomgående har intervjuaren försökt behålla neutralitet gentemot informanterna och fördelen var att ingen tidigare inbördes relation fanns mellan informanterna och intervjuaren. Författaren har en förförståelse inom ämnet och har försökt att vara medveten om den egna förförståelsen under intervjusituationen och dels i analysen. Analysen är visserligen inte latent, där tolkning sker av underliggande

innebörd, men viss tolkning kan komma att ske mellan raderna. Burnard (2008) menar att det är svårt för en ny forskare att förhålla sig neutral i intervjusituationerna eftersom daglig kommunikation blandar kunskap, omdömen och tankar. De resultat som skapas i mötet ska dock behandlas neutralt av forskaren (a.a.). Vidare anser Trost (2010) att det är viktigt att i anslutning till analysen av materialet resonera kring om platsen för intervjun som kan ha påverkat trovärdigheten i data (a.a.).

Att kvinnorna själva fick välja tid och plats för intervjun anses som en styrka och bör ha inneburit en större trygghet för kvinnorna. Att intervjua kvinnorna och kunna spela in intervjuerna gav möjlighet till att höra betoningar och att ta pauser vid transkriptionen samt läsa av kroppsspråket vid intervjutillfället. För de två kvinnor som valde att intervjuas via telefon missades möjligheten för att se kroppsspråket som kan ses som en svaghet, men då informanterna själva önskade telefonintervju har informanternas autonomi beaktats.

Trovärdigheten i kvalitativa studier stärks av att datan är insamlad på ett seriöst och relevant sätt för den aktuella problemställningen (Alvehus, 2016). Innan de riktiga intervjuerna påbörjades gjordes en provintervju som medförde vissa justeringar vad beträffar hanteringen av icke nätverksansluten Iphone och hanteringen av röstmemon. I provintervjun gavs även möjlighet att öva på sonderande frågor. Provintervjun användes inte i resultatet. Inspelning av intervjuerna gjordes via Iphone (ej nätverksansluten) vilket innebar att alla ord fångades upp och inget i kvinnornas verbala beskrivningar gick förlorade. Första transkriberingen genomlästes av handledaren för att kontrollera att intervjumetoden skulle fungera. Inga ändringar gjordes i intervjutekniken efter handledarens genomläsning. Materialet blev brett och kvinnorna visade sig inte ha några problem att uttrycka sig trots ämnets art. Brev om information om studien utformades utifrån att studien skulle öka förståelsen och kunskapen om överdrivet och osynligt våld mot kvinnor. Detta kan ha bidragit till att kvinnorna i högre utsträckning pratade om våld än vad de annars hade gjort. Syftet med studien var inte att beskriva incidensen av obstetriskt våld i Sverige. Frågan som ställdes var neutral och ingen intervjuguide användes för att styra kvinnorna under samtalsgången. Inspelning gjordes på en icke nätverksansluten Iphone för att säkerställa konfidentialiteten. Ingen av informanterna ifrågasatte att intervjuerna spelades in. Materialet transkriberades i nära anslutning till intervjuerna och makulerades därefter. Nackdelen med detta förfarande kan vara att undertecknad inte kunde gå tillbaka och lyssna på intervjuerna efter transkriberingen. Fördelen är att kvinnornas konfidentialitet bevarades. Vid transkriberingen har hänsyn tagits till konfidentialiteten och ord som skulle kunna kopplas till informanterna har skrivits om med egna ord. Till de kvinnor som intervjuades via telefon användes två telefoner, en väggfast telefon att prata i och en icke nätverksansluten Iphone att spela in på. Det finns belägg för att skillnaderna är ringa mellan intervjumaterial respondenterna får via telefon och de som erhålls vid en direkt intervju (Bryman 2008). Ett etiskt dilemma var att intervjuerna skulle kunna väcka icke önskade reaktioner och en intervju fick avbrytas p.g.a. att kvinnan tyckte det blev för känslomässigt jobbigt. Hon erbjöds samtalsstöd hos mödrahälsovårdspsykolog efteråt. Undertecknad har efter intervjun samtalat med kvinnan för att säkerställa att stödet fallit väl ut.

Föreliggande studie utgör ett begränsat antal intervjuer som inte är generaliserbara på en hel befolkning. Trost (2010) skriver att med för många intervjuer riskerar materialet att bli ohanterligt och svårare att få en överblick över samtidigt som det

blir svårare att se alla viktiga detaljer som förenar och skiljer (Trost 2010). Bryman (2008) menar med datamättnad att rätt antal intervjuer gjorts för att få en tillförlitlig känsla av materialet. Intervjuerna visar att förlossningsupplevelsen är stark oavsett när kvinnorna fött barn i förhållande till intervjun. Två kvinnor födde barn för två till tre år sedan. Det visar sig att informanterna mycket väl kom ihåg händelseförloppet. Enligt Simkin (1992) som intervjuade kvinnor direkt efter förlossningen samt 15-20 år senare visade det sig att förlossningsupplevelsen är så stark att kvinnorna kommer ihåg händelseförloppet efter flera år (a.a.). I föreliggande studie kunde samtliga informanter mycket väl beskriva sina förlossningsupplevelser som kan tyda på att tidsaspekten inte spelade någon roll.

Vid kvalitativa undersökningar får undersökaren finna egna vägar för att hitta rätt metod och välja analys (Alvehus, 2016). Trovärdigheten i kvalitativa studier handlar om i vilken mån tolkning och analys representerar verkligheten och i vilken utsträckning läsaren kan se någon aspekt av verkligheten på ett nytt sätt. Kvalitativ forskning har viktiga insikter att förmedla som ofta kräver dialog, reflektion och tid för att komma till sin rätt (a.a.). Under analysen har författaren inspirerats av Burnard m.fl. (2008) analys där kodning har använts för att kategorisera och organisera materialet. Det är svårt att tolka och bedöma någon annans upplevelse. Som författare är det svårt att veta om en riktig tolkning av kvinnornas berättelser är gjorda. Författaren har god erfarenhet ”förförståelse” av förlossningsvården vilket troligen underlättat analysen då begrepp som är relevanta för studien lättare har uppmärksammats. En nackdel skulle kunna vara att författaren med sin förförståelse styrkt analysen.

Föreliggande studie visar hur en teori som arbetats fram i en uppsats kan användas för att förstå ett fenomen (Burnard m.fl. 2008). Föreliggande studies resultat torde vara överförbar på en grupp svensktalande kvinnor i svensk kontext som har dåliga erfarenheter av sin förlossning. Resultatet från befintlig studie kan däremot tillsammans med flera studier som kommer fram till liknande resultat utgöra evidens, men som ensamstående undersökning har den begränsad överförbarhet. Däremot kan resultatet ge fingervisning om vad som skulle kunna förbättras i den kontext där kvinnorna befann sig vid sin förlossning.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att kvinnor upplever sig ha blivit utsatta för fysiska- och psykiska övergrepp under sin förlossning som kan tolkas som *obstetriskt våld*. I Sverige har det inte pratats så mycket om denna form av osynligt våld mot kvinnor. En anledning kan vara att förlossningsvården i dag inte är inriktad på den enskilda kvinnans behov. Stor tonvikt läggs på den medicinska kvaliteten på bekostnad av kvinnorna och bristande resurser i form av personalbrist och platsbrist bidrar till stressiga arbetsförhållanden som gör att barnmorskorna inte kan arbeta professionellt. Enligt Patientlagen, 2014:821 (4 kap. 2§) har kvinnor under förlossningen rätt till information och möjlighet till delaktighet. Resultatet i föreliggande studie visar att detta brister.

Resultatet visade att kvinnorna i studien kände sig överkörda av personalen och erhöll inte adekvat information. Detta var en stor anledning till varför de kände sig nonchalerade och inte lyssnade på. En god kommunikation är en av de allra viktigaste förutsättningarna för en god och säker vård (Sharp 2012). En god kommunikation underlättar ett informationsutbyte mellan patienten och

personalen men även mellan personalen sinsemellan (Sharp 2012). Den professionella kommunikationen är dock komplex och påverkas bland annat av hierarkier, olika personligheter och av att flera personer är inblandade i samma beslut. Arbetsmiljön inom vården kännetecknas i flera fall av ett högt arbetstempo, frekventa avbrott och att flera personer är inblandade där beslut fattas (a.a.). En effektiv kommunikation med ett gott informationsutbyte mellan den födande kvinnan och barnmorskan hade kunnat öka deras trygghet och bidra till att de känt sig delaktiga i sin egen förlossning.

Föreliggande studies resultat visade att kvinnorna upplevde att barnmorskan tolkade in sin egen bedömning av förlossningen och körde över kvinnornas värdighet genom att ta beslut utan kvinnornas samtycke. Mac Donald (2017) skriver att informerat samtycke fyllde ingen framträdande funktion hos barnmorskor i mitten på 1970 och 80-talet men kom att spela en större roll i takt med att barnmorskorna mer strategisk kom att betona barnmorskesciptet gentemot läkarna och den medicinska utvecklingen. Kvinnor skulle lära sig att stå upp för sig själva och sina kroppar. Genom att tillgå information och få ökat ansvar för sin autonomi och styrka kunde de minska risken att bli utsatta för medicinska åtgärder utan samtycke. Barnmorskorna uppmuntrade kvinnor att ta kommando över sina egna kroppar och vara delaktiga i beslut (a.a.). Healy m.fl. (2015) beskriver hur barnmorskors risktänkade påverkar utfallet av förlossningar. Att barnmorskorna inte litar till kvinnors egna förmågor föda barn utan de har ett behov av att kontrollera situationen (a.a.).

Föreliggande studies resultat visade att de upplevelser som kvinnorna i studien upplevde kan beskrivas som en osynlig form av våld, *obstetriskt våld* men det finns ringa forskning om begreppet inom svensk förlossningsvård. Westerberg och Björkman (2017) har i sin mastersuppsats intervjuat sex barnmorskor på en förlossningsklinik i Sverige om hur de ser på begreppet *obstetriskt våld*. Resultatet visade att det fanns delade åsikter bland barnmorskor om huruvida begreppet *obstetriskt våld* passar för att beskriva handlingar som exempelvis, bristande information, onödig medikalisering, och forcerade förlossningar. *Obstetriskt våld* visade sig vara ett okänt begrepp för barnmorskorna (a.a.). Att begreppet *obstetriskt våld* inte används i Sverige skulle även kunna bero på att termen är starkt laddad.

Resultatet visade tydligt att kvinnorna erfor att inte ha fått tillräckligt med smärtlindring vid sin förlossning och att de fick vänta innan de fick adekvat smärtlindring. Detta ledde till att kvinnorna fick utstå ett onödigt lidande. Barnmorskor ser vanligen smärtan som en del av en naturlig process men kan bli en stor källa till onödig pina för kvinnan om barnmorskan inte planerar och hjälper kvinnan med smärtlindring (Acia 2013). Om barnmorskor hjälper kvinnor att hantera smärtan ökar kvinnans trygghet och tillfredsställelse. Desto mer smärta kvinnan upplever under förlossningen desto mer ökar hennes önskemål om kejsarsnitt (a.a.). För kvinnor som ingår i det naturliga barnmorskesciptet kan det ses som ett nederlag om medicinska åtgärder som ryggbedövning används under förlossningen (LaChance & Lundqvist 2013). Att i detta skedet få kvinnorna att lita på sin kropp är en utmaning för barnmorskan. Här ska patientens problem lyftas utan att ge henne skuld känslor och förklara varför vissa medicinska interventioner är nödvändiga (a.a.). Vidare pekade föreliggande studies resultat på brister i kvinnors upplevelse av trygghet. Istället för att lyfta kvinnans tillit till sin kropp blev hon ifrågasatt och tystad. Det är troligt att om kvinnor känner skuld

och rädsla motverkar det kvinnors förmåga till medverkan. Förlossningssmärta har troligen en rad negativa konsekvenser förutom det lidande det orsakar den födande kvinnan. Det behövs en miljö runt kvinnan som gör att hon känner sig trygg och avslappnad, vilket gynnar förlossningsprocessen. Kvinnorna i studien upplevde att personalen kränkte deras värdighet genom att inte se dem som en person med värde och de upplevde gynekologiska undersökningar jämförbara med våldtäkt. I studiens resultat framkom även att kvinnorna fick utstå flera nedvärderande uttalande och en tråkig jargong. Kvinnor rapporterar högre förekomst av kränkningar i vården än män vilket kan ses som ett uttryck för den rådande synen på manligt och kvinnligt kön (Swahnberg & Wijma 2010). Hälso- och sjukvården är ett hierarkiskt maktsystem där patienter och framförallt kvinnor hamnar i ett underläge. Barnafödandet är en arena på vilken kvinnor visar upp sitt fysiska, psykiska och sociala mod (LaChance & Lundqvist 2013). För att uppskatta kvinnornas mod behöver synen på kvinnan ändras. En större förståelse och uppskattning borde finnas för de kvaliteter kvinnan besitter under en förlossning. Män som var ute i krig ses som ett ideal vad beträffar manligt mod. Kvinnor som föder barn och klarar av att hantera en smärtsam kroppslig process borde anses som ett kvinnligt ideal likt män. Istället blir födande kvinnor dömda av sin egen omgivning till att lida under sin förlossning (a.a.). Om barnmorskan har en nedvärderande icke jämställd syn på den födande kvinnan bidrar det troligen till ett maktövertag gentemot kvinnorna. Denna makt kan i sin tur bidra till rätten att behandla kvinnor med osynligt våld. d'Olivera m. fl. (2002). beskriver att kränkningar inom vården är vanligast förekommande just inom förlossningsvården och att det beror på att personalen har ett behov av att kontrollera situationen att det finns fördomar mot speciella grupper inom befolkningen (a.a.). Cohen Shabot (2016) menar att en förlossning har en sexuell dimension. Gravitet är en produkt av samlaget och att föda barn vaginalt involverar genitalierna. Detta gör att kvinnan förknippar förlossningen med sin sexualitet. Det medicinska scriptet utplånar den sexuella dimensionen av en förlossning då kvinnan objektifieras och blir styrd av medicinska interventioner (a.a.). Detta kan tolkas som ett sätt att förminska kvinnan och se henne som en passiv produkt. Att hon mot sin vilja blir kontrollerad av medicinska interventioner så som gyn undersökningar. På detta vis menar Cohen Shabot (2016) att obstetriskt våld kan jämföras med våldtäkt. Kvinnans egen sexualitet gör henne extra sårbar om hon har en våldtäkt med sig i bakgrunden (a.a.). Barnmorskan bör hitta en balans mellan det medicinska och humanistiska ansvaret under förlossningen. När kvinnan utsätts för obstetriskt våld tenderar barnmorskan att dra sig ifrån den födande kvinnan som i sin tur upplever ett utanförskap och en ensamhet som är förödande (Van der Waal & Van Nistelrooij 2019).

Studien resultat visade hur kvinnorna utsattes för osynligt våld i form av bristande smärtlindring och situationer likvärdiga med övergrepp. Förekomsten av förlossningsrädsla i Sverige är ca 15 % (Nieminen m. fl. 2009). Kvinnor som söker för förlossningsrädsla anger ofta oro för outhärdlig smärta, bristande förtroende för personalen, bristande tilltro till den egna förmågan att kunna föda, rädsla för att gå sönder, skräck för att dö och för att tappa kontrollen eller för att barnet skall skadas (Svensk Förening för Obstetrisk och Gynekologi (SFOG) 2017). Att kvinnor drabbas av post traumatisk stress (PTSD) till följd av en svår förlossningsupplevelse är också en risk. I Sverige uppstår PTSD som en direkt följd av en traumatisk förlossningsupplevelse i ca 2 procent av fallen Det är vanligare efter oplanerade operativa förlossningar samt hos sårbara individer och

när kvinnan känt sig kränkt eller felbehandlad under förlossningen. Symptomen är att tankar och drömmar om den svåra upplevelsen tränger sig på och stör kvinnans liv. Hon försöker ”stänga av” allt som påminner om förlossningen och i värsta fall blir det svårt att knyta an till det nyfödda barnet. Dessa upplevelser kan dyka upp i samband med att kvinnan ska genomgå en ny förlossning (SFOG, 2017). Utifrån kvinnornas förlossningsberättelser och utifrån begreppet *obstetriskt våld* kan det ses tydliga samband. Kvinnors rädsla för förlossningen ökar om de utsätts för *obstetriskt våld* vilket kan ha svåra konsekvenser för kvinnans psykiska välmående och anknytning till barnet i framtiden.

Resultatet visade att kvinnorna upplevde att barnmorskorna inte förhindrade medicinska interventioner som upplevdes som övergrepp utan snarare upplevdes de vara delaktiga i procedurerna. Vidare upplevde de att det var läkaren som tog det slutliga beslutet på bekostnad av deras lidande. Kvinnorna upplevde att barnets mående var viktigast i dessa situationer och att läkarens fokus var där. För att gå tillbaka till Venezuelas instiftande lagar (República Bolivariana de Venezuela 2007) innebär en straffbar form av våld mot kvinnor bl.a. att tvinga kvinnor att föda i gynekologisk ställning mot deras vilja och att hindra ett normalt förlossningsförlopp utan kvinnans godkännande. Kvinnor ska ej heller nekas kejsarsnitt om de önskar detta och ett normalt förlossningsförlopp ska ej förhindras med medicinska interventioner (a.a.). Vad finns det för lagstadgat stöd för kvinnor i Sverige idag? Och vad finns det för uppföljning på klinikerna? Klaraverksamheten erbjuder återkoppling och stöd (SFOG, 2017). Men har inte syfte till att leda till drastiska åtgärder. Om en patient drabbas av en vårdskada ska vårdgivaren informera patienten om vad som har inträffat samt vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (Patientsäkerhetslagen 2010:659). Vårdgivaren är också skyldig att informera patienten om patientnämndernas verksamhet, om möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och om möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799).

Obstetriskt våld är således ett mycket komplext fenomen då det är många olika faktorer involverade. För att förstå begreppet utifrån svensk kontext är ”Bulls eye” en tänkbar modell, (Freedman m.fl. 2014). Dels finns det yttre faktorer (”Policy level”) som fungerar som ramverk för svensk förlossningsvård. I Sverige har vi Socialstyrelsen. Socialstyrelsen är en statlig förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård. Den finns för att människor i Sverige ska få tillgång till god vård och omsorg på lika villkor (Nationalencyklopedin 2018). Utifrån Socialstyrelsen har vården lagar och förordningar som den svenska sjukvården måste förhålla sig till utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. På en strukturell nivå (”Structural level”) finns det medicinska riktlinjer på varje förlossningsenhet samt organisering av bemanning och samordningsfrågor. Denna strukturella nivå skulle kunna intervensera kvinnors upplevelser under förlossningen. T.ex. måste barnets säkerhet säkerställas genom att regelbundet kontrollera fosterljud och vid avvikande CTG behöver skalp-ph prover tas. Om provtagningen visar en risk för att barnet skulle kunna skadas måste dessa prover följas upp. Naturligtvis är det mycket viktigt med ett friskt barn men om provtagningarna upplevs smärtsamma och som övergrepp och kvinnan avböjer sig

undersökningarna kanske en diskussion kring att avsluta förlossningen med kejsarsnitt bör lyftas tidigt. Här går den strukturella nivån mot den individuella nivån (Freedman m.fl. 2014). Då läkaren har en maktposition kan de vara orsaken till att beslut tas utifrån barnet i första hand. Detsamma gäller en adekvat smärtlindring.

Forskning tyder på att en tidig ryggbedövning kan förlänga förlossningsförloppet med ökad risk för instrumentell förlossning (Shmueli m.fl. 2018; Antonako m.fl. 2016). Det kan härmed finnas en poäng i att ge ryggbedövning först när kvinnan är i aktivt förlossningsarbete och när livmodertappen har börjat öppna sig. Om kvinnan upplever smärtor under en längre tid, som vid induktioner eller om kvinnan har en lång latensfas, kan det påverka kvinnans upplevelser negativt. Om man därtill lägger sömnbrist så gör det kvinnan mindre stark vilket troligen leder till att hon inte har tillräckligt med resurser och styrka för att klara en hel förlossning. Kanske bör rutinerna ses över så att kvinnor i vissa fall kan få en tidig ryggbedövning och att det finns en dialog kring vad som kan anses var rimligt utifrån kvinnans välmående. Förlossningar Sverige har en låg andel kejsarsnitt i förhållande till andra länder i världen och vaginal förlossning förespråkas av flera skäl. Kejsarsnitt innebär en operation med ökade risker för exempelvis blodpropp och allvarliga komplikationer vid kommande graviditeter. För den enskilda kvinnan dessa risker kan ses som försumbara i de fall när den negativa upplevelsen av att bli kränkt tar överhand.

Kanske förlossningsvården också handlar om bemanningsproblem med indragningar på strukturell nivå vilket påverkar arbetsbelastningen och barnmorskorna på individuell nivå ("Individual level"). Hur många kvinnor i aktivt förlossningsarbete kan en barnmorska rimligen ansvara för under ett arbetspass? Dels ansvarar barnmorskan för kvinnornas och barnens säkerhet samtidigt som kvinnorna behöver känna sig trygga och guidade under sin förlossning. Om barnmorskorna inte har denna möjlighet riskerar de att slitas mellan de födande kvinnorna. De riskerar att endast hinna göra medicinska punktinsatser på rummen och hinner inte vara hos kvinnorna längre stunder. Om inte kvinnorna känner sig trygga och blir lämnade ensamma kan en otrygghet hos kvinnorna successivt byggas upp vilket undergräver en dålig upplevelse. Om tillfällena för att ge en adekvat och återkommande information är få kan denna otrygghet spädas på och kvinnorna kanske inte vet vad som är normalt eller inte. Om barnmorskorna inte har tid att informera leder det till att kvinnorna inte har tid att reflektera över sin situation varför de i högre grad kanske samtycker till saker som de inte fått möjlighet att samtycka till. Den strukturella nivån påverkar i stor grad den individuella nivån både gentemot barnmorskan och den födande kvinnan (Freedman m.fl. 2014). I situationer som innebär meningsskiljaktigheter mellan barnmorskan och den födande kvinnan kan stress bli en faktor som gör att barnmorskan använder en jargong eller säger saker som kan uppfattas kränkande för kvinnan. I grunden kan detta bero på att barnmorskan försöker balansera de medicinska åtgärderna tillsammans med kvinnans önskemål och krav. Om barnmorskan har en dålig dag eller helt enkelt inte har tid eller finner kvinnans önskemål orimliga kanske barnmorskan i högre grad låter läkarna ta beslut om åtgärder på strukturell nivå. Kanske borde istället barnmorskan i vissa fall verka som kvinnans advokat och se till att hon inte blir överkörd. Även om det åligger barnmorskan att ha ett professionellt bemötande kan pressade dagar göra att meningsskiljaktigheter uppstår. Det skulle då vara bra för kvinnan att byta barnmorska. Det kan i sin tur göra att onödiga jargong och kommentarer besparas.

En annan viktig aspekt för barnmorskorna att ta hänsyn till är att kvinnorna också är individer med olika behov och bakgrunder på individuell nivå. Om kvinnan har en bakgrund med våldtäkt och övergrepp är förlossningen en extra utsatt situation t.ex. under gyn undersökningarna. Extra hänsyn bör tas till att situationer kan uppstå där kvinnor kopplar undersökningarna till de övergrepp hon varit utsatt för (Darilek m.fl. 2018; Kujawski 2015; Reed m.fl. 2017). Psykisk ohälsa är även en riskfaktor där kvinnor som tidigare varit deprimerade har en ökad risk att drabbas av depression postpartum och PTSD. Kulturella skillnader med språkförbistringar ger ytterligare en dimension till hur utsatta kvinnor kan bli. Att vara kvinna i ett nytt land där rutinerna, miljön och människorna är okända och ovana kan leda till att kvinnorna känner sig otrygga och utelämnade (Hanssen 2007). Om kvinnan inte har kontroll över sin situation krävs det av barnmorskan att i större utsträckning skapa en trygghet runt kvinnan. Här kan kulturdoulor (stödperson med kulturell kompetens) bidra till att överbrygga språkliga och kulturella svårigheter under förlossningar. Men även att i ökad utsträckning använda sig av tolk kan bidra till att kvinnor ges större möjligheter till att förstå och känna sig trygga under sin förlossning.

Under förlossningsförloppet byter kvinnorna personal vart pass och olika barnmorskor har hand om kvinnan under en förlossning. Helheten riskerar härmed att gå förlorad om ingen vet eller känner till hur länge kvinnan verkligen har varit inneliggande med t.ex. svåra smärtor. Här behöver skapas ett forum för diskussion mellan barnmorskan, läkaren och den födande kvinnan på individuell, strukturell och politisk nivå för att få till stånd en kommunikation utifrån de olika perspektiven. Kanske kan en noggrann journalgenomgång bidra till en bättre helhetssyn men även "Bulls Eye" skulle kunna vara ett bra verktyg i sammanhanget (Freedman m.fl. 2014). Därifrån kan strategiska beslut fattas i samråd med patienten. Yttre krav finns på vad en god vård innefattar rent medicinskt men om den födande kvinnan tappat förtroendet under förlossningens gång och inte får samtycka till beslut finns det en risk för att hon kommer att känna sig överkörd.

Bristen på trygghet på individuell nivå och helhetsperspektiv på strukturell nivå kan även bli ett problem för kvinnans behov av återkoppling av förlossningsförloppet efter förlossningen (postpartum). Den förlösande barnmorskan kanske inte alltid anser sig vara mest ansvarig för förloppet. Kanske borde kontinuiteten ses över vart arbetspass så att kvinnorna i möjligaste mån får träffa samma barnmorska. Klarateamet ha en viktig roll att fylla för de kvinnor som har en dålig förlossningsupplevelse men postpartumsamtalen skulle kunna fylla en viktigare roll som ett första stöd. Kvinnor behöver många gånger bara få förklarat för sig vad som hände och räta ut vissa frågetecken innan hemgång. Det kan finnas en risk att samtalen glöms bort om belastningen på förlossningsavdelningarna är för stor. Tid för postpartumsamtal borde ingå som en viktig och naturlig del av förlossningen.

WHO har betonat och tydliggjort kvinnors rättigheter under förlossningen (WHO 2015). Hela definitionen av "Bulls eye" skulle kunna vara ett bra instrument för att underlätta tolkning av *obstetriskt våld* av kvinnor under förlossningen. Flera olika perspektiv tolkas in i begreppet obstetriskt våld och modellen skulle kunna underlätta för att få en naturlig diskussion kring begreppet och därmed underlätta för att kunna vidta åtgärder och göra anmälningar enligt IVO. Sveriges kommuner

och landsting har satsat 1,8 miljarder på förlossningsvården för att öka kvinnornas trygghet genom förlossningskedjan (Sveriges kommuner och landsting 2018). Här kan idén med en sammanhållen vårdkedja ”caseload” modellen troligen stärka kvinnornas trygghet genom en god kontinuitet och närhet till sin barnmorska (Keygan 2012). Sveriges kommuner och landsting (2018) betonar även vikten av att enhetliga riktlinjer utarbetas för att kunna utvärdera förlossningsvården. Att det blir tydligt hur och vad som ska dokumenteras så att det blir möjligt att använda resultaten för jämförelser (a.a.). Inom förlossningsvården finns statistik för antalet bristningar, sugklockor, kejsarsnitt etc., men att mäta mjuka värden som upplevelser är troligen svårare. Därmed är det svårt att utvärdera förlossningsvården som helhet och se vilka insatser som behöver göras för att nå förbättringar. I Sverige föds ungefär 115000 – 120000 barn varje år (Socialstyrelsen 2017). Med tanke på hur många som är gravida och föder barn och hur många som berörs av förlossningsvården, bör en tydligare kvalitetssäkring kring *obstetriskt våld* finnas. Ett komplext problem där ingen direkt bär ansvaret men som förtjänar att lyftas för att få en positiv förändring.

KONKLUSION

Resultatet visade att kvinnorna i studien uttryckte sig ha upplevt *Obstetriskt våld*. Denna osynliga form av våld är ett komplext problem som påverkar kvinnors värdighet och autonomi under förlossningen. Det behövs en kvalitetssäkring inom området med tydliga riktlinjer för hur upplevelser av detta slag ska hanteras så att kvinnorna i högre grad får en positiv förlossningsupplevelse.

REFERENSER

- Acia, A (2013) US nulliparas' perceptions of roles and of the birth experience as predictors of their delivery preferences. *Midwifery* 29(8), 885-894.
- Alvehus J, (2016) *Skriva uppsats med kvalitativ metod. En handbok*. Stockholm, Liber.
- Antonakou A, Angeliki P, Dimitrios. (2016) The effect of Epidural Analgesia on the Delivery outcome of induced labour: A retrospective Case Series. *Obstetrics & Gynecology International*, 11(20):1-5.
- Berg M, Lundgren I, Hallgren A, m.fl (2010) *Att stödja och stärka. Vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur
- Boerma T, Ronsmans C, Melesse YD, Barros AJD, Barros AJD, Juan L, m.fl., (2018) Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 392, 1341-1348.
- Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Klutsiv O, Kudesia S, m.fl., (2015) The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-method systematic review. *PLoS medicine*, 12(6), e1001847.
- Bryman A, (2008) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö, Liber.
- Burnard P, Gill P, Stewart E, Treasure E, Chadwick B, (2008) Analysing and presenting qualitative data. *British Dental journal*, 204, 429-432.
- Carrolli G, Mignini L, (2009) Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of systematic Reviews*, 21:(1), CD000081
- Coates R, Cupples G, Scamell A, McCourt, (2018) Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.13>.
- Cohen Shabot S, (2016) Making loud bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Hum Stud*, 39, 231-247.
- Darilek U, (2018) A Woman's Right to Dignified Respectful Healthcare During Childbirth: A review of the literature on Obstetric Mistreatment. *Issues on mental health nursing*, 38 (6), 538-541.
- d'Olivera AF, Diniz SG, Schraiber LB, (2002) Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 11: 359(9381), 1681-1684
- Elo, S, & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107-115.

Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga C, Warren CE, m.fl. (2014) Defining disrespect and abuse of woman in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organisation*, 92 (12), 915-921.

Foucault M, (2015) *Sexualitetens historia. Band 1. Viljan att veta*. Göteborg, Daidalos.

Goodman P, Mackey MC, Tavakoli A, (2004) Factors related to childbirth satisfaction. Issues and innovations in nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 46(2), 212-219.

Hanssen I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

Heller, G., Z., Manuguerra, M., Chow, R., 2016. How to analyze the Visual Analogue Scale: Myths, truths and clinical relevance. *Scandinavian Journal of Pain*, 13: 67-75.

Healy S, Humphreys E, Kennedy C. (2016) Midwives and obstetricians perspective of risk and its impact on clinical practise and decision-making in labor: An integrative review. *Women and Birth*, 29(2) 107-116

Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H, (2018) Caseload midwifery for woman with fear of birth is a feasible option. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16:50-55.

Hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30.

Jewkes R & Penn-Kekana L, (2015) Mistreatment of women in childbirth: Time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Medicine*. DOI:10.1371/journal.pmed.1001849.

Johnsson M, Stewart H, Langdon R, Kelly P, Young L, (2005) A comparison of the outcomes of partnership caseload midwifery and standard hospital care in low risk women. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 22 (3), 21-7.

Keygan J, (2012) Models of maternity care: a caseload midwifery perspective. *Nuritinga Issue*, 11, 1-15.

Kujawski S, Mbaruku G, Freedman LP, Ramsey K, Moyo W, Kruk ME, (2015) Association Between Disrespect and Abuse During Childbirth and Women's Confidence in health Facilities in Tanzania. *Matern Child Health Journal*, 19:2243-2250.

LaChance Adams S, Lundquist CR, (2013) *Coming to life. Philosophies of Pregnancy Childbirth, and mothering*. New York, Fordham university press.
MacDonald ME (2018) The making of Informed Choice in Midwifery: A Feminist Experiment in care. *Cult, Med and Psychiatry*, 42(2), 278-294.

Nationalencyklopedin, (2018) *Nationalencyklopedins svenska synonymordbok. Uppl 5*. Lettland: Livonia print.

Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL (2009) Women's fear of child birth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88, 807- 13.

Patientlagen, 2014:821.

Patientskadelagen, 1996:799.

Patientsäkerhetslagen 2010:659.

Petersen Å, (2017) Förlossningsvård i kris av ideologiska skäl. *Tiden*, 3,42-47.

Reed R, Sharman R, Inglis, C, (2017) Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17:21.

República Bolivariana de Venezuela (2007). Ley Orgánica sobre el derecho e las mujeres a una vida libre de violencia, Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, Clausen JA, (2016) Moving beyond respect and abuse: addressing the structural dimension of obstetric violence. *Reproductive health matters*, 24, 47-55.

Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.

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

Simon G, Gagnon JH, (1986) Sexual scripts: Performance and Change. *Archives of several Behavior*.15(2), 97 -120.

Shmueli A, Salman L, Orbach-Zinger S, m.fl (2018)The impact of epidural analgesi on the duration of the second stage of labor. *Birth*, 45(4): 377-384.

Svenska Akademin, (2014) *Svenska akademins ordlista över svenska språket*. 14 uppl Stockholm, Nordstedts.

Sveriges kommuner och landsting (2018) Kvinnohälsa. <https://www.skl.se/hälsoochsjukvård>. (2018-10-24).

Socialstyrelsen (2001). Handläggning av normal förlossning - State of the art. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen (2017) Statistik om graviditeter förlossningar och nyfödda barn 2016. <https://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistr-et> (2018-11-03).

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). *Förlossningrädsla*. 2017, Rapport 77.

Trost J, (2010) *Kvalitativa intervjuer*. Lund, Studentlitteratur.

UNESCO (2005) Universal declaration of Bioethics and Human Rights. *Record of the general conference of UNESCO*, Oct 3-21. Paris, UNESCO.

Van der Waal, R, Van Nistelrooij, I. (2019) A genealogy of obstetric violence and its implications for mothers' and midwives' subjectivities. *University of Humanistic Studies, Utrecht, Nederländerna*.

Waldenström U, (2005). Det medicinska gör oss fartblinda. Interventioner vid barnafödande måste ifrågasättas. *Läkartidningen*. Nr 24–25 (102), 1882 - 1886.

Waldenström U, (1999). Experience of labour and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*. 47(5), 471 - 482.

WHO statement, (2015) *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*.

Westerberg J, Björkman M, (2017) Barnmorskans upplevelse av medikaliseringen inom förlossningsvården samt deras syn på begreppet obstatriskt våld. Självständigt arbete inom omvårdnad med inriktning mot sexuell och reproduktiv hälsa. *Examensarbete 15hp*.

Widegren, C, (2017) Hela landet har en BB-kris, Strandhäll.
<https://www.aftonbladet.se/debatt/a/mq40q/hela-landet-har-en-bb-kris-strandhall>
(2019-03-31)

Wijma B, Smirthwaite G, Swahnberg K. (2010) Genus och kön inom medicin-och vårdutbildningar. I: Wijma B, Swahnberg G, (red) *Kränkningar och tystnader*. Lund Studentlitteratur.

Wijma B, Smirthwaite G, Swahnberg K. (2010) Genus och kön inom medicin-och vårdutbildningar. I: Swahnberg G, Wijma B, (red) *Kränkningar i vården- olika perspektiv*. Lund Studentlitteratur.

Wijma B, (2019). Kränkningar inom vården är vanligt förekommande. Viktigt med aktivt arbete mot att patienter kränks. *Läkartidningen*. Nr 3 (116), 86-88.

Zeitlin J, Mohangoo A, Delnord M. (2010) European Perinatal Health Report. Health and Care for pregnant Women and Babies in Europe in 2010.

Östadius, K, (180718) Fakta i frågan: Är det kris i förlossningsvården.
<https://www.dn.se/nyheter/sverige/fakta-i-fragan-ar-det-kris-i-forlossningsvarden>
(2019-03-31)

BILAGOR

Bilaga 1. Informationsbrev om studien.

BILAGA 1

Projektets titel (obligatoriskt): Förlossningsvård och kränkningar utifrån kvinnors förlossningsupplevelser	Datum: 2018-10-11
Studieansvarig: Anna Annborn Din E-post: annaannborn@hotmail.com	Studerar vid Malmö universitet, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040-6657000 Utbildning: Mastersprogrammet i Sexologi, Fakulteten för Hälsa och Samhälle, Malmö Universitet Nivå: Mastersnivå

Hej,

Jag heter Anna Annborn och är leg. barnmorska. Jag går sista året på Mastersprogrammet i sexologi vid Malmö Universitet. I mitt examensarbete strävar jag efter att öka kunskapen och förståelsen för vad som kan upplevas som överdrivet och onödigt våld mot kvinnor under förlossningen. Syftet är att undersöka innebörden av upplevda kränkningar inom förlossningsvården med utgångspunkt från kvinnors förlossningsberättelser. Detta för att få kunskap om vad som skulle kunna förbättras i omhändertagandet av födande kvinnor där det är nödvändigt att utföra ingrepp i det normala förlossningsförloppet.

Jag vänder mig till kvinnor inom Mödrahälsovården som har uppgett på efterkontrollen att de har haft en ”dålig förlossningsupplevelse”.

Om du är villig att deltaga i studien kommer du att få skriva på ett samtyckesbrev för ditt frivilliga deltagande i direkt anslutning till intervjutillfället. Du kommer att intervjuas vid ett tillfälle och intervjun kommer att utföras i början på året 2019. Den beräknas ta ca.45-60 min i anspråk. Du får själv bestämma tidpunkt och plats för intervjun. Intervjuerna kommer att spelas in på Iphone som inte är uppkopplat till nätet och skrivs ut i direkt anslutning till intervjutillfället för att sedan raderas. I resultatredovisningen kommer det inte att framgå eller vara möjligt att identifiera vilka som har deltagit i studien. Det är fullständigt fritt att avbryta deltagande i studien när helst du vill samt utan någon som helst förklaring. Det kommer inte att påverka på något sätt den behandling eller vård du erhåller. Intervjun kan väcka obehag eller oro och det kommer att finnas professionellt stöd att tillgå. Ditt deltagande är helt frivilligt och dina uppgifter kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt. Resultatet av intervjuerna kommer att redovisas i en mastersuppsats till sommaren 2019. Mastersuppsatsen kommer även att publiceras på Malmö högskolas databas MUEP. Det är möjligt för dig att erhålla en kopia av uppsatsen om du så önskar.

Härmed tillfrågas du om att deltaga i en intervju om dina upplevelser i samband med din förlossning. Om du är intresserad, fyll i talongen nedan och skicka den till mig i medföljande frankerat kuvert. Jag hör av mig åter via mail eller telefon för att boka tid och plats för intervjun. Har du frågor får du gärna kontakt mig.

Anna Annborn

Handledare

Hafrún Finnbogadóttir
Doktor i Medicinsk vetenskap (PhD)
Leg. sjuksköterska, Leg. Barnmorska,
Universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap
Fakulteten för Hälsa och samhälle
Malmö Universitet

Anna Annborn
Jordugglegatan 12
25450 Helsingborg
Tel 0709-662223

Svar önskas senast den 15 januari

Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien

Namn:

E-post:

Tel:

Datum:

