



**INSTITUTION FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA**

# Förlossningskontrakt

- kvalitativ studie om förlossningsrädda  
kvinnor

**Författare: Maria Bulun  
Farinaz Mosavatchi**

---

Examensarbete:	Magisteruppsats 15 hp Barnmorskeprogrammet	RPH100 Examensarbete i Reproductiv och Perinatal hälsa
Program och kurs:	Perinatal hälsa	
Nivå:	Avancerad nivå	
Termin/år:	Ht/2016	
Handledare:	Margareta Mollberg	
Examinator:	Carina Sparud Lundin	

## Abstract

Titel (svensk):	Förlossningskontrakt – kvalitativ studie om förlossningsrädda kvinnor
Titel (engelsk):	Labor contract - qualitative study about women with fear of childbirth
Examensarbete:	Magisteruppsats 15 hp Barnmorskeprogrammet RPH 100 Examensarbete i Reproktiv och Perinatal hälsa
Program och kurs:	
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2016
Handledare:	Margareta Mollberg
Examinator:	Carina Sparud Lundin
Nyckelord:	Barnmorskor, Förlossningsrädsla, Förlossningskontrakt, Kejsarsnitt, Upplevelse, Kvalitativ studie

---

**Bakgrund:** I Sverige ökar antalet kvinnor med förlossningsrädsla vars önskan är att förlösa med kejsarsnitt. Dessa kvinnor saknar tilltro till att de klarar av att föda barnet vaginalt. Barnmorskan har ett ansvar att stödja och stärka kvinnor med förlossningsrädsla. Förlossningsrädda kvinnor kan vara i behov av ett förlossningskontrakt. Det innebär att kvinnan kan tänka sig att börja vaginal förlossning, under förutsättning att de under förlossningsprocessen har möjlighet att ändra beslutet och bli förlösta med kejsarsnitt. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva förlossningsrädda kvinnors upplevelse av ett förlossningskontrakt som de erhållit innan förlossningen. **Metod:** Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats baserad på intervjuer med sex kvinnor som erhållit ett förlossningskontrakt. **Resultat:** Resultatet visade följande tre kategorier: Upplevelsen vid erhållandet av förlossningskontraktet, Förlossningskontraktets inverkan på förlossningsrädslan och Förlossningskontraktet stödjande funktion. Följande sex underkategorier framkom: Innehållet i informationen, Delaktighet i beslut, Möjligheter och begränsningar, Förlossningskontraktets giltighet, Förlossningsrädslan uppmärksammades och Förlossningskontrakt var inte alltid till nytta under förlossningen. **Slutsats:** Hur kvinnornas förlossningsrädsla påverkades efter att de fått förlossningskontrakt varierade. En del av kvinnorna upplevde att de fick otillräcklig information om förlossningskontraktets innebörd och att de inte alltid inkluderas vid beslutstagande. Kvinnorna hade behov av att erhålla förlossningskontraktet tidigare under graviditeten. Det grundade sig på att då hade det varit enklare för dem att motta information och bearbeta syftet med förlossningskontrakt samt hinna motivera sig att påbörja förlossningen vaginalt. Dessutom bör förlossningskontrakts benämning ändras.

## Abstract

**Background:** The number of women who wish to perform a caesarean section due to the fear of childbirth is on the rise in Sweden. It is evident that most of these women lack the confidence to give birth through vaginal delivery. One of the main responsibilities of midwives is to support these women. Women who fear childbirth, in some cases need to have a labor contract that would allow them to change the process of delivery from vaginal to a caesarean section. **Aim:** The aim of this thesis is to describe the experiences of women who fear childbirth and the labor contract they receive before labor. **Methods:** This research adopted an inductive approach based on qualitative study conducted through interviews. Thus, interviews were conducted with six women who had received maternity contracts and content analysis was applied for the results of the research. **Results:** The results showed the following three categories: The experience when receiving the labor contract, How labor contract affects the fear of childbirth and The labor contracts supporting function. The following six subcategories appeared: The content of the information, Being involved in the decision making, Opportunities and constraints, The labor contracts validity, The labor contract was in consideration and Labor contract was not to benefit during delivery. **Conclusion:** In conclusion, the effect on women's fear of childbirth varied after receiving the labor contract. Women who receive labor contracts need to be included in decision making and provided with sufficient information. In addition, it is necessary to obtain labor contracts early in the pregnancy to give women sufficient information on the process and purpose of a labor contract and to have the time to be motivated to start with a vaginal delivery. The term of the labor contract may need to be reconsidered.

**Keywords:** Midwives, Fear of Childbirth, Labor Contract, Cesarean Section, Experience, Qualitative Study

## Förord

Tack till de sex kvinnor som deltog i intervjuerna. Vi har förhoppningar om att era upplevelser ska komma till nytta. Vi vill också tacka vår handledare Margareta Mollberg för allt stöd och handledning vi har fått under studiens gång. Vi vill även tacka varandra för ett gott samarbete och för många minnesvärda stunder.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>2</b>
Förlossningsrädsla .....	2
Definition av förlossningsrädsla.....	2
Orsaker till förlossningsrädsla.....	3
Upplevelse av förlossningsrädsla .....	3
Mödrahälsovården .....	5
Barnmorskans roll .....	5
Barnmorskans upplevelse att möta förlossningsrädda kvinnor .....	6
Barnmorskemottagning .....	6
Auroramottagning .....	7
Handläggningsmetoder.....	8
Kejsarsnitt framför att välja vaginal förlossning .....	8
Förlossningskontrakt .....	9
Teoretisk referensram.....	11
<b>Problemformulering</b> .....	<b>13</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>14</b>
<b>Metod</b> .....	<b>14</b>
Urval.....	15
Datainsamling.....	15
Analys av data .....	16
Etiska överväganden.....	16
<b>Resultat</b> .....	<b>18</b>
Upplevelsen vid erhållandet av förlossningskontraktet.....	18
Innehållet i informationen .....	19
Delaktighet i beslut.....	19
Förlossningskontraktets inverkan på förlossningsrädslan .....	20
Möjligheter och begränsningar .....	20
Förlossningskontraktets giltighet.....	22
Förlossningskontraktets stödjande funktion .....	22
Förlossningsrädslan uppmärksammades .....	23
Förlossningskontrakt var inte alltid till nytta under förlossningen .....	24
<b>Diskussion</b> .....	<b>24</b>
Metoddiskussion.....	24
Resultatdiskussion .....	28
<b>Slutsats</b> .....	<b>32</b>

<b>Praktiska implikationer .....</b>	<b>32</b>
<b>Fortsatt forskning.....</b>	<b>33</b>
<b>Referenslista.....</b>	<b>34</b>
<b>Bilaga 1 .....</b>	<b>40</b>
<b>Bilaga 2 .....</b>	<b>41</b>
<b>Bilaga 3 .....</b>	<b>43</b>

# Inledning

Var femte gravid kvinna i Sverige upplever förlossningsrädsla. Förlossningsrädda kvinnor saknar bland annat tilltro till att de klarar av att föda barnet vaginalt. Vid samtal i vårdmötet mellan barnmorska och kvinna, på barnmorskemottagning, framkommer att kvinnan har förlossningsrädsla. Beroende på grad av förlossningsrädsla kan de remitteras till en specialistverksamhet så kallad Auroramottagning, för ytterligare samtal och stöd inför förlossningen. Forskning har visat att samtal är en behandlingsmetod som fungerar. Barnmorskans mål är att förebygga hälsorisker och sträva efter att få kvinnan att komma till insikt om att föda barn vaginalt, har fördelar jämfört med kejsarsnitt, avseende utfall för mor och barn. En del förlossningsrädda kvinnor finner ett planerat kejsarsnitt som enda utvägen för dem att föda barnet. Dessa kvinnor kan vara i behov av att erbjudas ett förlossningskontrakt. Det innebär att ett förlossningskontrakt skrivs där det framkommer att respektive kvinna kan tänka sig vaginal förlossning, under förutsättning att under förlossningsprocessen ha möjlighet att ändra beslutet, till att förlossningen avslutas med kejsarsnitt. Auroramottagningen på Göteborgs Universitetssjukhus har uttryckt önskemål om utvärdering av kvinnors upplevelse av förlossningskontraktet eftersom inget är skrivet om detta tidigare. Resultatet kan öka kunskap och förståelse för barnmorskan vid stöd för förlossningsrädda kvinnor med förlossningskontrakt.

# Bakgrund

## Förlossningsrädsla

### Definition av förlossningsrädsla

Ungefär 20 procent av alla gravida kvinnor upplever någon form av förlossningsrädsla (Nationella medicinska indikationer, NMI, 2011). Det finns olika typer av förlossningsrädsla dock ingen enhetlig definition men indelas i lätt, måttlig och svår förlossningsrädsla. Kvinnor som upplever en lätt förlossningsrädsla har en oro som är hanterbar och kvinnan är kapabel att klara av att göra sig redo för förlossningen (Ryding & Sundell, 2004 & Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010). Kvinnor med en måttlig förlossningsrädsla har en oro som kan vara svår att hantera utan att motta någon form av stöttning. Dessa kvinnor lider inte av en konstant psykisk ohälsa till skillnad mot kvinnor som har uttalad förlossningsrädsla. Kvinnor som upplever svår förlossningsrädsla upplever rädsla inför, under och efter förlossningen (Ryding & Sundell, 2004). Rädslan kan bli huvudfokus under hela graviditeten vilket gör att förlossningen blir svår att hantera. Vissa kvinnor hanterar förlossningsrädslan genom att förneka graviditeten vilket medför att de inte njuter av sin graviditet och inte klarar av att förbereda sig mentalt och fysiskt inför moderskapet (Salomonsson et al., 2010). En del av dessa kvinnor undviker att bli gravida, upplever en psykisk ohälsa som påverkar deras vardag samt vågar inte genomgå en vaginal förlossning (Ryding & Sundell, 2004). Det vardagliga livet påverkas dels genom psykosomatiska symtom såsom sömnsvårigheter, hjärtklappning och magsmärter (Nilsson & Lundgren, 2009).

Det finns två typer av uttalad förlossningsrädsla, primär och eller sekundär förlossningsrädsla. Den primära förlossningsrädslan upplevs av kvinnan innan hon föder sitt första barn (Ryding & Sundell, 2004). Primär förlossningsrädsla uppstår av rädslan för det okända (Salomonsson et al., 2010). Förlossningssmärta och komplikationer som kan uppstå hos kvinnan och barnet är den främsta rädslan (Sercekus & Okumus, 2007). Den sekundära förlossningsrädslan uppstår efter en traumatisk förlossningsupplevelse (Ryding & Sundell, 2004). Dessutom kan



det uppkomma genom negativa erfarenheter av hälso- och sjukvården, att inte vara synlig och på grund av förlossningssmärtan (Nilsson & Lundgren, 2009; Salomonsson et al., 2010 & Nieminen, Stephansson & Ryding, 2009). Kvinnor med sekundär förlossningsrädsla anses ha mindre självförtroende och tilltro till sin kropp (Karlström, Engström-Olofsson, Nystedt, Thomas & Hildingsson (2009).

### **Orsaker till förlossningsrädsla**

Det finns flera olika orsaker till förlossningsrädsla. Andelen kvinnor med förlossningsrädsla har ökat enligt Salomonsson et al. (2010), vilket kan bero på att kvinnor idag har lättare att uttrycka sin rädsla, att det uppmärksammas mer av barnmorskan eller att kvinnor är mer medvetna vilket medför att de har större krav på sig själv, på graviditeten och förlossningen (Salomonsson et al., 2010). En del kvinnors förlossningsrädsla kan ha ursprung från negativa historier som de hört om förlossningar och om hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande (Sercekus et al., 2007; Salomonsson et al., 2010 & Hauck, Stoll, Hall & Downie, 2016). En annan orsak till förlossningsrädsla kan vara stressigt privatliv samt hög ålder hos kvinnan (Salomonsson et al., 2010). Hauck et al. (2016) beskriver att förlossningsrädsla är vanligare bland kvinnor med högre stressnivå. Andra anledningar kan vara en dålig relation med sin mor eller psykiskt och sexuell misshandel. Det rapporteras även samband med förlossningsrädsla som kan härledas till oro för förlossningsskador i kvinnans underliv (mjuka anatomiska strukturer) samt att barnet ska ta skada (Hauck et al., 2016; Karlström et al., 2009; Salomonsson et al., 2010 & Sercekus et al., 2007). Däremot går det inte alltid att identifiera grundorsaken till förlossningsrädseln (Salomonsson et al., 2010). En psykisk diagnos, otillräckligt socialt stöd, ohälsosam relation med sin partner och låg smärtkänslighet är däremot riskfaktorer för att drabbas av förlossningsrädsla. En del kvinnor tenderar att utveckla förlossningsrädsla ifall de har lågt självförtroende eller har ett ökat kontrollbehov eftersom det avgör förutsättningar att klara av svåra situationer i vardagen (Ryding & Sundell, 2004). Det har inte påvisats något samband mellan utbildningsnivå eller civilstatus och förlossningsrädsla (Nieminen et al., 2009).

### **Upplevelse av förlossningsrädsla**

En förlossning innefattar existentiella frågor som kan skapa oro för det okända (Björklund, 2004) samt otrygghet vilket leder till att kvinnan tvivlar på sin förmåga att föda barn vaginalt

(Nilsson et al., 2009 & Salomonsson et al., 2010). Förlossningsrädda kvinnor saknar tilltro till att kroppen klarar av att föda barn, de har en rädsla för att förlora kontrollen och få panik samt rädsla att inte överleva förlossningen. Osäkerheten att genomgå förlossningen korrekt orsakar förlossningsrädsla (Sercekus et al., 2007). Kvinnor med en förlossningsrädsla uttrycker en rädsla för förlossningssmärtan samt att tilltron till hälso- och sjukvården är otillräcklig (Ryding & Sundell, 2004; Salomonsson et al., 2010 & Sercekus et al., 2007). Även tankar kring moderskapet och hur de kommer att påverkas av detta skapar förlossningsrädsla (Nilsson et al., 2009 & Salomonsson et al., 2010). Kvinnor med primär förlossningsrädsla har en rädsla för vaginala undersökningar och interventioner såsom att förlossningen ska avslutas med ett klipp eller sugklocka. Att inte få tillräckligt med stöd och vägledning samt att integriteten inte värnas av hälso- och sjukvårdspersonal under förlossningen skapar förlossningsrädsla. De är även rädda för förlossningsskador och förändringar i underlivet som kan påverka sexualiteten (Sercekus et al., 2007). Kvinnor med sekundär förlossningsrädsla upplevde en tidigare förlossning som ofullständig. De kände att de inte aktivt deltog i förlossningen och att detta resulterade i att kvinnorna hamnade i chock och upplevde ensamhet. Kvinnorna fann inte en naturlig anknytning till sin nyfödda, vilket bidrog till att de saknade kontroll och att förlossningen saknade mening (Nilsson, Bondas & Lundgren, 2010). Förlossningsrädda kvinnor upplever avsaknad av stöd samt förståelse och döms av människor omkring dem på grund av känslorna kring barnafödandet. Deras självkänsla påverkas och känslan av misslyckande tar över vilket i sin tur leder till ökad sårbarhet (Nilsson et al., 2009).

Stress på förlossningsavdelningen påverkar kvinnornas känslor negativt genom hälso- och sjukvårdspersonalens tidsbrist och arbetstryck (Karlström et al., 2009). Aksoy, Aydin, Kucur & Gözükar (2016) beskriver att förlossningsrädda kvinnor är mer benägna att uppleva stress under förlossningen som kan ha negativ effekt på fostret genom exempelvis att fostrets hjärtfrekvens påverkas på grund av nedsatt blodflöde i livmodern.

## Mödrahälsovården

### **Barnmorskans roll**

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för barnmorskor ska barnmorskan visa förmåga att stödja och förbereda kvinnan inför förlossning. Barnmorskan ska ge samtalsstöd vid förlossningsrädsla och erbjuda trygghet och kontinuitet. Utöver detta ska det erbjudas samtalsstöd efter förlossningen. Barnmorskan ska ge god och trygg vård samt identifiera och förebygga hälsorisker (Socialstyrelsen, 2006).

Göteborgs universitet (GU) har definierat barnmorskans huvudområde reproduktiv och perinatal hälsa:

*“Inom huvudområdet reproduktiv och perinatal hälsa studeras och utvecklas kunskap om den normala processen och dess avvikelser i samband med graviditet, förlossning och nyföddhetsperiod. Vidare fokuseras på föräldraskapets utveckling, kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa i ett livscykelperspektiv sexualitet och familjeplanering”* (GU).

Sverige har en låg mödradödlighet och anledningen till den låga siffran beror på att de flesta kvinnor har en god hälsa samtidigt som Sverige erbjuder goda hälso- och sjukvårdsresurser (Björklund, 2004). International Confederation of Midwives (ICM) beskriver vikten att förbättra vården för familjer genom bland annat utbildning från barnmorskan. Enligt ICM är kvinnor personer med mänskliga rättigheter som har rätt till exempelvis hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvården ska grundas på ömsesidig respekt, förtroende och värdighet (International Confederation of Midwives (ICM), 2014).

För att få en positiv förlossningsupplevelse är bemötandet från barnmorskan viktigt (Almström & Sundell, 2004). Lyberg & Seringsson (2010) skriver att kvinnor uppskattar när barnmorskorna tar hänsyn till att förmedla hopp och inge bekräftelse som får dem att känna sig sedda, trygga och tilltron till sig själva ökar. För att inge trygghet för kvinnan är det väsentligt att skapa en trevlig miljö (Lyberg et al., 2010).

### ***Barnmorskans upplevelse att möta förlossningsrädda kvinnor***

Det är känslomässigt krävande för barnmorskor att professionellt vårda en förlossningsrädd kvinna enligt Salomonsson et al. (2010) eftersom förlossningsrädda kvinnor kan uppvisa ett beteende som kan vara provocerande och väcka en negativ attityd. Dessutom kan barnmorskan känna sig otillräcklig vid möte med förlossningsrädda kvinnor som har en förlossningsplan (Karlström et al., 2009 & Salomonsson et al., 2010). Likaså är det tidskrävande att vårda en kvinna med förlossningsrädsla både under den antenatala vården samt under förlossningen på grund av behovet av kontinuerligt stöd. Barnmorskan kan också uppleva stress vid möte med en kvinna som har en oidentifierad förlossningsrädsla (Salomonsson et al., 2010).

### **Barnmorskemottagning**

På en barnmorskemottagning upptäcks gravida kvinnor med förlossningsrädsla. Barnmorskan har ett ansvar att nå förlossningsrädda kvinnor genom exempelvis ställa frågor och att ha ett öppet sinne (Ellis, 2004). Barnmorskan får då en förståelse för kvinnans förlossningsrädsla och kan på så sätt möta kvinnan i hennes tankar (Nilsson et al., 2009). Det är av vikt att hälso- och sjukvårdspersonal är lyhörda och inte ifrågasättande för att inte undervärdera kvinnans känslor (Saisto, Toivanen, Salmela-Aro & Halmesmäki, 2006). En positiv kontakt mellan kvinnan och barnmorskan kan leda till att återuppbygga kvinnans tilltro över sin förmåga att kunna föda barn och på så sätt öka chansen till en positiv förlossningsupplevelse (Karlström et al., 2009 & Nilsson et al., 2009).

Det är obstetrikern och barnmorskan som skattar nivån på kvinnans förlossningsrädsla (Ellis, 2004). För att diagnostisera förlossningsrädsla kan instrumentet Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire (WDEQ) användas. Instrumentet består av självskattningsskalor, intervjuer samt 33 frågor och kan användas både för kvinnor med primär eller sekundär förlossningsrädsla. Instrumentet kan även identifiera posttraumatiskt stressyndrom efter förlossning (Wijma, Wijma & Zar, 1998).

På barnmorskemottagningen kan barnmorskorna erbjuda föräldrautbildningar för att informera om hur förlossningen går till och att det är en naturlig process som vanligtvis har ett

positivt utfall. Kvinnan kan då få en ökad tilltro till sig själv och deltagarna i gruppen kan tala om sin oro (Ellis, 2004). Utbildning av barnmorskor på förlossningsavdelningen kan påverka förlossnings- och vardagsrädslan positivt hos den gravida kvinnan (Haapio, Kaunonen, Arffman & Åstedt-Kurki, 2016). Hauck et al. (2016) belyser att individer som bevittnat och har kunskap om förlossning kan i större grad tänka sig genomgå vaginal förlossning. Däremot skriver Sercekus et al. (2007) att för mycket information kan skapa rädsla hos vissa kvinnor eftersom medvetenheten om vad som kan gå fel under förlossningen ökar.

### **Auroramottagning**

På slutet av 80-talet fick stark förlossningsrädsla en ökad uppmärksamhet i Sverige och kvinnorna ansågs vara i utökad behov av vård. Detta bidrog till att första Auroramottagningen i Sverige startades vid förlossningsenheterna i Göteborg. På Auroramottagningen läggs fokus på stödsamtal och förberedelser inför förlossningen. Kvinnor med lätt förlossningsrädsla vårdas på barnmorskemottagningen medan kvinnor som har en måttlig till svår förlossningsrädsla remitteras till Auroramottagningen. Målet är att kvinnor ska få bättre omhändertagande, minska förlossningsrädsla samt skapa en positiv förlossningsupplevelse (Werner, 2004). Det är fördelaktigt för kvinnor om hälso- och sjukvårdspersonalen visar förståelse och förklarar anledningar till förlossningsrädsla (Lyberg et al., 2010). Kvinnan behöver även få kunskap om att vaginal förlossning är en naturlig men smärtsam process, så att kvinnan kan förbereda sig (Karlström et al., 2009). Det skrivs en förlossningsplan tillsammans med kvinnan som sedan följs av förlossningsbarnmorskan. Det är av nytta om Auroramottagningen också kan erbjuda psykolog- och kuratorkontakt (Werner, 2004).

I Sverige skiljer sig organisationens omfattning och innehåll avseende förlossningsrädsla mellan klinikerna. Alla kliniker har inte möjlighet att erbjuda vidare vård utanför barnmorskans kompetens, till exempel psykologkontakt, i motsats vad Socialstyrelsen rekommenderar. Konsekvenserna av det blir att förlossningsrädda kvinnor inte får vård på lika villkor (Larsson, Karlström, Rubersson & Hildingsson, 2016).

## Handläggningsmetoder

### **Kejsarsnitt framför att välja vaginal förlossning**

Indikationer för att få ett planerat kejsarsnitt på kvinnans begäran grundas på att hon uppger starka anledningar gällande önskan om kejsarsnitt. En annan indikation är om kvinnan fortfarande står fast vid önskan om kejsarsnitt trots att hon erhållit stödsamtal och information om kort- och långsiktiga konsekvenser av olika förlossningssätt. För att värdera kvinnans skäl till önskan om kejsarsnitt krävs en utförlig anamnes samt att en bedömning avseende risker med kejsarsnitt utförs (NMI, 2011). Kvinnor med förlossningsrädsla har en större önskan om att förlösas med planerat kejsarsnitt (Hauck et al., 2016; Karlström et al., 2009; Nieminen et al., 2009 & Sercekus et al., 2007). I Sverige ökar antalet kejsarsnitt, ungefär 17 % av alla barn förlöses med kejsarsnitt och 8 % utförs på kvinnans begäran (NMI, 2011). Det finns ingen skillnad på prevalensen av förlossningsrädsla och önskan om kejsarsnitt beroende på bostadsort men andelen kejsarsnitt skiljer sig mellan kliniker runt om i Sverige. Flest kejsarsnitt utförs på kliniker i storstäder (Larsson et al., 2016 & Nieminen et al., 2009).

Att hälso- och sjukvårdspersonal överväger olika alternativ och är medveten om riskerna är viktigt för att skapa tilltro till hälso- och sjukvården. Om besvikelse uppstår tar kvinnan på sig en del av skulden och tilltron till hälso- och sjukvården kan ifrågasättas. Det är viktigt att ha en öppen och ärlig kommunikation vid beslutstagandet baserat på evidensbaserad kunskap (Kealy & Lianputtong, 2011).

Önskan från den förlossningsrädda kvinnan om kejsarsnitt är ett sätt att undgå tankar om förlossningsprocessen och det okända (Nilsson et al., 2009). Kvinnor i allmänhet upplever att kejsarsnitt är ett enklare och säkrare alternativ till att föda barn jämfört med vaginal förlossning. För dessa kvinnor innebär förlossningen enbart att få ut barnet ur kroppen istället för att föda barnet (Fenwick, Staff, Gamble, Creedy & Bayes, 2008). Den gravida förlossningsrädda kvinnan kan känna en oro och osäkerhet inför vaginal förlossning och normaliserar därför kejsarsnittet till att vara det säkraste alternativet (Kealy & Lianputtong, 2011). Hauck et al., (2016) beskriver att individer anser att återhämtningen från kejsarsnitt är snabbare jämfört med vaginal förlossning. En faktor som inverkar på kvinnors attityd

angående önskan om kejsarsnitt är media som förmedlar att det är kvinnans rättighet att själv välja förlossningssätt (Karlström et al., 2009). Enligt Autonomiprincipen har var och en rätt att bestämma över sin kropp och sina handlingar (Statens medicinsk-etiska råd, 2008). Kejsarsnitt är inte alltid det bästa alternativet för förlossningsrädda kvinnor och det är en utmaning för hälso- och sjukvårdspersonal att ta reda på vad som är bäst för kvinnan (Salomonsson et al., 2010). Villar et al., (2007) belyser att kvinnor som genomgår kejsarsnitt har ökad morbiditet och mortalitet jämfört med kvinnor som genomgår vaginal förlossning. Den neonatala mortaliteten och morbiditeten ökar även vid kejsarsnitt om vaginal förlossning förväntas vara komplikationsfri.

Det går att minska antalet kejsarsnitt hos kvinnor med primär förlossningsrädsla genom organisatoriska och kulturella förändringar utan att påverka det neonatala utfallet och samtidigt få tillräckligt tillfredsställda kvinnor (Blomberg, 2016). Med hjälp av förberedande samtal och att tidigt under graviditeten informera kvinnor om risker med kejsarsnitt kan de ändra attityd angående vaginal förlossning (Karlström et al., 2009; NMI, 2011 & Saisto et al., 2006). Barnmorskans roll är därför viktig då stöd innan, under och efter förlossningen kan stärka kvinnans självförtroende och få henne att kunna se vaginal förlossning som ett alternativ (Karlström et al., 2009 & NMI, 2011). Ur ett hälsoekonomiskt perspektiv är förlossningsrädsla en dyr kostnad då förlossningsrädsla resulterar bland annat i fler antal kejsarsnitt, mer smärtstillande läkemedel och fler besök på barnmorskemottagningen. Kostnaderna kan även relateras till att förlossningsrädda kvinnor oftare drabbas av komplikationer under förlossningen samt att interventioner sker i större grad, dels för att kvinnan söker till förlossningsavdelning i tidigt skede (Salomonsson et al., 2010).

## **Förlossningskontrakt**

I mars 2016 började Auroramottagningen i Göteborg använda förlossningskontrakt som en del i stöd och förberedelse för kvinnor med förlossningsrädsla inför vaginal förlossning. Syftet med att införa förlossningskontrakt var att det fanns ett behov av att erbjuda en annan valmöjlighet till förlossningssätt för förlossningsrädda kvinnor, eftersom ett planerat kejsarsnitt var det enda tänkbara sättet för dem att föda barn på. Inspirationen till förlossningskontraktet kommer från annan kvinnoklinik i västra Sverige. De har positiva resultat från att använda förlossningskontrakt dels för att kvinnorna fick en positiv

förlossningsupplevelse och att kejsarsnittsfrekvensen minskade (personlig kommunikation vid aktuell enhet, 15 november 2016). Ifall barnmorskor kan bekräfta att kejsarsnitt är ett alternativ hjälper det kvinnor att hantera situationen med förlossningsrädsla (Lyberg et al., 2010). Kriterier som ingår i förlossningskontraktet för att kunna avsluta förlossningen med kejsarsnitt är följande (lokala kriterier för förlossningskontraktet vid aktuell enhet, 15 november 2016):

- Om kvinnan är i aktiv förlossning vilket innebär att cervix har nått en öppningsgrad av fyra cm och att kvinnan har regelbundet värkarbete men trots god och effektiv smärtlindring, anser kvinnan att hon inte klarar av att fullfölja den vaginala förlossningen kan hon avbryta den för att bli förlöst med ett akut kejsarsnitt.
- Annan akut verksamhet prioriteras, till exempel brådskande kejsarsnitt. Det innebär att kvinnan som vill avbryta sin vaginala förlossningsprocess får vänta till efter att annan akut verksamhet är genomförd.
- Förlossningskontraktet gäller i fullgången tid från graviditetsvecka 37+0.
- Förlossningskontraktet gäller vid induktion av förlossning och induktion görs på sedvanliga medicinska indikationer.
- Förloppet i vaginal förlossningsprocess får inte ha gått så långt att det är medicinskt säkrare att förlösa barnet vaginalt/instrumentellt.
- Obstetriker informeras när kvinnan kommer till förlossningsavdelningen och skall muntligt bekräfta att förlossningskontraktet är läst, barnmorskan ska även dokumentera det i journalen. Om kvinnan väljer att lösa ut förlossningskontraktet efter påbörjad vaginal förlossning och istället bli förlöst med kejsarsnitt skall obstetrikern samtala med kvinnan om förlossningsförloppet.

Förlossningskontraktet ges till gravida kvinnor som inte lider av någon psykisk ohälsa. Tidpunkten när förlossningsrädda kvinnor får ett förlossningskontrakt varierar. Det beror på när under graviditeten som kvinnan träffar obstetrikern men det erhålls inte tidigare än graviditetsvecka 25 och gäller från vecka 37+0, samt gäller i första hand för kvinnor med primär förlossningsrädsla. Avsikten med förlossningskontrakt är att ge denna grupp av förlossningsrädda kvinnor möjligheten att föda vaginalt på grund av fördelar i utfall för mor och barn (personlig kommunikation vid aktuell enhet, 15 november 2016).



Förhoppningarna med förlossningskontrakt är att kvinnorna ska komma till insikt om att vaginal förlossning kan upplevas mer positivt, när de väl är i förlossningsarbete, än vad de trott under graviditeten (personlig kommunikation vid aktuell enhet, 15 november 2016). Larsson et al., (2016) beskriver att förlossningsrädda kvinnor med önskemål om kejsarsnitt stärks i att de kan föda vaginalt om de är säkra på att förlossningen kan avslutas med kejsarsnitt på moderns egen begäran. Förlossningen kan exempelvis avslutas med kejsarsnitt på kvinnans egen begäran om förlossningsprocessen upplevs outhärdlig och traumatisk samt är medicinskt säkert att utföra.

År 2015 hade Auroramottagningen i Göteborg totalt 1505 besök hos barnmorskan. Det var 544 förlossningsrädda gravida kvinnor som besökte Auroramottagningen och av dessa var 158 kvinnor med primär förlossningsrädsla. Obstetrikern hade 59 besök. Fram till mitten av november 2016 har 14 kvinnor fått förlossningskontrakt som skrivs av obstetriker. Sju av dessa kvinnor födde barn vaginalt och fyra kvinnor konverterade förlossningssätt utifrån överenskommelse i förlossningskontraktet, vilket innebar att förlossningsprocessen avslutades med akut kejsarsnitt. Resterande tre kvinnor är fortfarande oförlösta (personlig kommunikation vid aktuell enhet, 15 november 2016).

## Teoretisk referensram

Barnmorskans stöd valdes som teoretisk referensram. Barnmorskans kompetensbeskrivning lyfter vikten av stöd inför föräldraskap och förlossning samt vid förlossningsrädsla (Socialstyrelsen, 2006). Förlossningsrädda kvinnor är i ökat behov av stöd under graviditet och förlossning. Det är av vikt att barnmorskan är öppen och tillmötesgående inför det kvinnan anser vara viktigt (Nilsson, 2010). Barnmorskor ska visa kapacitet på förmåga att lösa problem och uppvisa en vilja att ge stöd vilket får kvinnorna att uppleva känsla av kontroll och tillfredsställelse (Lyberg et al., 2010). Kvinnor med sekundär förlossningsrädsla beskriver vikten av att barnmorskan är stöttande, närvarande och inger hopp om att kvinnan är kapabel till att föda barn, vilket är viktigt att barnmorskan tar hänsyn till (Nilsson et al., 2010).

Förlossningsrädda kvinnor som får stöd i form av utbildning av barnmorskor upplever mindre förlossningsrädsla och tilltron till sig själv ökar inför förlossningen. En kvinna som har en god psykisk hälsa under graviditeten kan resultera i en positiv förlossningsupplevelse vilket kan uppnås av stödet från barnmorskan. Det är väsentligt att barnmorskan är lyhörd och att kvinnans oro bekräftas och lindras samtidigt som kvinnan har möjlighet att diskutera sina problem (Toohill, Fenwick, Gamble, Creedy, Buist, Turksta & Ryding, 2014). Kvinnan upplever att vara delaktig i beslutstagandet är betydelsefullt. Att bli tvingad till något som inte är överenskommet kan jämföras med paternalism. Delaktighet leder till en god relation mellan kvinnan och barnmorskan vilket medför ökad tillit. Tillit måste byggas upp och barnmorskan ska eftersträva att besvara kvinnans frågor med ärlighet (Kealy & Lianputtong, 2011).

Genom stöd kan kvinnans egna resurser främjas för att uppnå hälsa och välbefinnande (Berg & Lundgren, 2010). Kvinnor som erhåller stöd för att genomarbeta orsakerna till förlossningsrädslan, kan tänka sig en vaginal förlossning efter önskan om kejsarsnitt. Stödet bidrar dessutom till att kvinnan upplever tillfredsställelse efter att ha ändrat sin önskan (Nerum, Halvorsen & Sørli, 2006). Stödet är en förutsättning för att skapa motivation. Motivation kan skapas genom användning av motivationsteori som är grundad på fyra motivationsstrategier: Uppmärksamhet, Relevans, Självförtroende och Tillfredsställelse (Stockdale, Sinclair, Kernohan & Keller, 2011). Dessa fyra motivationsstrategier är viktiga att ta hänsyn till under motivationsprocessen. Barnmorskor kan använda dessa fyra motivationsstrategier vid instruktion- och undervisningstillfälle. För att kunskapen ska kunna förmedlas behöver informationen vara relevant för individen i fråga. Det är inte alltid nödvändigt att följa alla fyra motivationsstrategier, däremot är viktigt att fastställa individens styrkor och svagheter under undervisningstillfället. Första motivationsstrategin är uppmärksamhet som bygger på att väcka och upprätthålla intresset genom exempelvis att förklara och sammanfatta viktig information genom humoristiska analogier. Andra motivationsstrategin är relevans som grundar sig på individens behov genom att till exempel ge individen valmöjligheter för att själv avgöra vikten av det i fråga. Tredje motivationsstrategin är självförtroende som bygger på att stärka individen genom att till exempel få kontroll över situationen. Sista motivationsstrategin är tillfredsställelse som hjälper individen att finna realistiska mål genom att exempelvis ge individen positiv motiverande feedback (Stockdale, Sinclair, Kernohan & Keller, 2011).

Under förlossningen ska barnmorskan ta hänsyn till kvinnans individuella behov och ha en stödjande roll (Almström & Sundell, 2004). Stöd är den enskilda viktigaste faktorn under förlossningen. Stöd kan förmedlas med både kroppsspråket och verbalt (Hallgren & Lundgren, 2010). En kvinnas självkänsla är hennes största tillgång under förlossningen. För att en kvinna ska kunna föda barn utan interventioner behöver hon känna sig trygg och säker (Kealy & Lianputtong, 2011). Kvinnor med förlossningsrädsla som erbjuds kontinuerligt stöd under förlossningen av en barnmorska använder mindre smärtstillande läkemedel och förlossningen avslutas i mindre frekvens av kejsarsnitt. Barnmorskor bör därför värna om kontinuerligt stöd under förlossningen för förlossningsrädda kvinnor (Sydsjö, Blomberg, Palmquist, Angerbjörn, Bladh & Josefsson, 2015).

## Problemformulering

I Sverige ökar antalet kvinnor med förlossningsrädsla vars önskan är att förlösas med kejsarsnitt. Barnmorskan har ett ansvar att stödja och stärka kvinnor med förlossningsrädsla. Ett alternativ i det stödjande samtalet med kvinnan kan vara att komma till insikt om att vaginal förlossning är ett alternativ att föda barnet istället för att genomgå kejsarsnitt. Det finns mycket forskning om orsaker och upplevelser till förlossningsrädsla. Däremot saknas forskning kring användning av förlossningskontrakt som en del i behandlingen av förlossningsrädsla, vilket motiverar genomförande av denna studie. Kunskap om det är viktigt för att ta reda på om samt hur ett förlossningskontrakt kan hjälpa förlossningsrädda kvinnor. På detta sätt kan det hjälpa barnmorskan att få en ökad förståelse och därmed kunna stödja förlossningsrädda kvinnor med ett förlossningskontrakt.

## Syfte

Syftet är att beskriva förlossningsrädda kvinnors upplevelse av ett förlossningskontrakt som de erhållit innan förlossningen.

## Metod

Kvalitativ metod är en strategi som beskriver och analyserar egenskaper i fenomen som ska undersökas. Insamlad data innehåller text som erhållits från exempelvis samtal. Kvalitativ metod kan leda till att variationer av det studerade fenomenet upptäcks och lämpar sig när människors upplevelser och erfarenheter ska belysas (Malterud, 2014). Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats baserad på intervjuer har använts i studien. Kvalitativ innehållsanalys har fokus att tolka och granska texter som exempelvis transkribering av intervjuer. Induktiv ansats baseras på att förutsättningslöst analysera texter från människors upplevelser. Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på att urskilja skillnader och likheter i texten. Analysprocessen består av bland annat begrepp såsom meningsenhet, kondensering, kod och kategori. Den transkriberade texten läses i sin helhet och utifrån det uppkommer meningsbärande enheter av ord, meningar och stycken med liknande innehåll. Kondensering förkortar texten men bevarar det centrala innebörden för att viktig data inte ska falla bort. Meningsbärande enheter får en kod som kortfattat förklarar innehållet i texten. Koderna med likartat innehåll skapar en kategori. Kategorier kan bestå av flera underkategorier på olika abstraktionsnivåer (Graneheim & Lundman 2004).

## Urval

I studien inkluderades förlossningsrädda kvinnor som genomgått samtal på grund av förlossningsrädsla med barnmorska och obstetriker på Auroramottagning och som erhållit förlossningskontrakt. Kvinnorna tillfrågades av företrädare för Auroramottagningen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset Östra om deltagande i studien. Deltagarna rekryterades ur en ändamålsenlig urvalsstrategi eftersom de kunde ge innehållsrika beskrivningar av fenomenet och på så sätt svara an på studiens syfte (Billhult & Henricson, 2012).

Inklusionskriterier var kvinnor som förlöst innan 1 november 2016 och som erhållit förlossningskontrakt på grund av förlossningsrädsla och som pratar svenska. Tolv kvinnor ringdes upp av barnmorska på Auroramottagningen, sju svarade och av dessa tackade alla ja att delta i studien. Max tre uppringsförsök vid olika tidpunkt per kvinna genomfördes. Vid tidpunkt för intervjuernas genomförande var en av dem ej anträffbar. Deltagarna var i åldrarna 28 till och med 40 år gamla. Medianåldern bland kvinnorna var 32 år. I studien deltog två kvinnor med primär förlossningsrädsla och fyra kvinnor med sekundär förlossningsrädsla. Två av deltagarna som deltog i studien löste ut förlossningskontraktet och förlöstes med kejsarsnitt resterande fyra deltagare genomgick en vaginal förlossning.

## Datainsamling

Data samlades in genom intervjuer under senare del av hösten 2016. Intervjuerna ägde rum på en plats som kvinnan själv valt, det kunde vara i hemmet eller på ett café, vilket togs i beaktning eftersom det är viktigt att kvinnan känner sig trygg i miljön (Trost, 2010). Innan intervjuerna påbörjades skickades information angående studien och dess syfte till kvinnorna via mail. Kvinnorna fick även muntlig information om studien och att de när som helst kunde avbryta deltagandet utan att ange någon förklaring. Därefter gav de skriftlig medgivande till att delta. Fyra av sex intervjuer genomfördes gemensamt av båda intervjuarna. Intervjuerna skedde med en kvinna i taget och de varade mellan 20–30 minuter. Intervjun inleddes med en öppen fråga ”Beskriv din upplevelse av förlossningskontraktet”, därefter ställdes följdfrågor utifrån studiens syfte. Intervjun inriktades på det kvinnan berättade och följdfrågor baserades

på det. Intervjuerna spelades in elektroniskt och transkriberades därefter ordagrant. Intervjuerna skedde mellan en till nio månader efter deltagarnas förlossning.

## Analys av data

Baserat på studiens syfte, att beskriva förlossningsrädda kvinnors upplevelse av förlossningskontrakt som de erhållit innan förlossningen valdes kvalitativ innehållsanalys då fokus är att tolka texten (Graneheim & Lundman 2004). Intervjuerna som spelades in transkriberades och skrevs sedan ut i pappersform och lästes ett flertal gånger i sin helhet. Texten delades in i meningsbärande enheter som sedan klipptes ut för att enklare åskådliggöra innehållet. Kondensering av meningsbärande enheterna genomfördes. Efter kondenseringen delades de olika meningsbärande enheterna upp i koder. Tolkning av texterna gjordes utifrån manifest innehållsanalys för att finna det textnära innehållet (Graneheim & Lundman 2004). Koderna sattes samman och bildade kategorier. Innehållet fick endast passa in i en kategori. Var god se bilaga 1 (tabell 2) för exempel ur analysprocessen.

Under analysprocessen framkom sex underkategorier utifrån sammansatta koder med liknande innehåll och utifrån dessa skapades tre kategorier.

## Etiska överväganden

Enligt etiska forskningsnämndens (EPN) riktlinjer utformades forskningspersonsinformation (FPI) som ger deltagarna tillräcklig information som krävs för att ta ställning om deltagande i studien (EPN, u.å.). Var god se bilaga 2 och 3.

Det finns fyra forskningskrav som ska beaktas vid genomförande av en studie. De fyra kraven är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Informationskravet beaktades när kvinnorna fick skriftlig och

muntlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt. Kvinnorna upplystes om att deltagandet var frivilligt och om rätten att kunna avbryta deltagandet. Kvinnorna informerades skriftligt om eventuella risker med studien, de informerades även om att samlad data inte kommer användas förutom till studiens syfte. Deltagarna hade rätt att bestämma över sin medverkan och under vilka omständigheter de vill medverka enligt samtyckeskravet. Deltagarna hade rätt att själva bestämma på vilka villkor deltagande i studien skedde. Om deltagarna skulle välja att avsluta deltagandet, skulle dem inte utsättas för påtryckning. Konfidentialitetskravet uppfylldes då data i resultatet var avidentifierat och kunde inte kopplas till kvinnorna, i synnerhet då data upplevdes vara känsligt. Data kommer att vara tillräckligt avidentifierad så att obehöriga inte kan identifiera enskild deltagare och data som samlades in var otillgänglig för obehöriga. Tystnadsplikt iakttogs och kvinnorna informerades om detta. Det fjärde forskningskravet är nyttjandekravet som togs i beaktning eftersom data inte användes för kommersiellt bruk utan endast för forskningsändamål. Deltagarna informerades om möjligheten att få tillgång till resultatet om så önskas (Vetenskapsrådet, 2002). De elektroniska ljudfilerna kommer att raderas efter studiens genomförande.

Risker för kvinnorna i studien kunde vara att deltagandet rev upp gamla känslor som upplevdes som känslomässigt jobbigt med tanke på att kvinnorna var tårögda och eller grät under intervjuernas gång. Kvinnorna tillfrågades inte om behov av vidare samtalsstöd efter intervjun. Nyttan för kvinnorna kunde vara att de upplevde en möjlighet att samtala om sina känslor och upplevelser eftersom att det kan vara terapeutiskt att få tillfälle att ventilera tankar. Dessutom uppmärksammades området vilket är betydelsefullt eftersom det ansågs vara viktigt för kvinnorna. Nyttan för barnmorskorna kan vara att de får ökad kunskap om området och kan reflektera över framtida arbetssätt vid möte av förlossningsrädda kvinnor med förlossningskontrakt (Polit & Beck, 2016).

# Resultat

Analysprocessen utmynnade i tre kategorier med vardera två underkategorier vilket presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Översikt av resultatet.

Kategorier	Underkategorier
Upplevelsen vid erhållandet av förlossningskontraktet	Innehållet i informationen
	Delaktighet i beslut
Förlossningskontraktets inverkan på förlossningsrådsplan	Möjligheter och begränsningar
	Förlossningskontraktets giltighet
Förlossningskontraktets stödjande funktion	Förlossningsrådsplan uppmärksammades
	Förlossningskontrakt var inte alltid till nytta under förlossningen

## Upplevelsen vid erhållandet av förlossningskontraktet

Kvinnorna i studien uttryckte att innehållet i informationen som gavs varierade samt att de inte alltid var delaktiga vid beslutstagandet.



## **Innehållet i informationen**

Informationen som barnmorskor och obstetiker förmedlade om förlossningskontrakt till kvinnorna på Auroramottagningen uttrycktes olika. Vissa av kvinnorna upplevde informationen de erhöll var tillräcklig medan de andra kvinnorna tyckte informationen var otydlig och otillräcklig. Förmedling av informationen önskades vara med språkliga termer som var begripliga, eftersom det var viktigt att förstå innebörden av förlossningskontraktet utan att behöva vara medicinsk kunnig.

*...och så skickade hon hem det. När jag fick det så läste jag det och tänkte vad är.. jag fattade inte.. vad innebär det här? liksom. vad.. betyder det att jag... (informant nr 1)*

En del av de förlossningsrädda kvinnorna i studien förstod inte varför kejsarsnitt inte rekommenderades samt hur de skulle veta när under förlossningsarbetet som förlossningskontraktet kunde lösas ut. Vissa av kvinnorna beskrev att de var blockerade och inte mottagliga av informationen. Dessa kvinnor upplevde att barnmorskan och obstetiken förmedlade informationen snabbt och att det inte fanns utrymme för diskussion om vad som var sagt. På grund av detta var dessa kvinnor besvikna och tyckte att tid för diskussion hade varit en fördel i förhållande till förlossningsrådet.

*Jag fick inte så mycket information eller hann liksom aldrig prata ut. (informant nr 6)*

## **Delaktighet i beslut**

Samtliga kvinnor beskrev att vara delaktig i beslut om förlossningskontraktet ansågs vara viktigt. Vissa av kvinnorna beskrev att genom erhållandet av förlossningskontraktet upplevdes en känsla av lättnad då de blev delaktiga i beslutet och hade möjlighet att bestämma under förlossningsprocessen. Det upplevdes positivt eftersom de kände lyhördhet och trygghet även om de egentligen önskade bli förlösta med kejsarsnitt. På så sätt kände dessa kvinnor mer delaktighet i sin vård.

*Lättnad att man får vara med att bestämma. Jag tror det handlade mycket om det för mig. Att man inte bara: Nej nu är det såhär och så får man inget val. (Informant nr 4)*

Däremot upplevde inte alla kvinnor i studien delaktighet i beslutet. En del av kvinnorna upplevde en besvikelse över att barnmorskor och obstetriker på Auroramottagningen inte lyssnat på vad de egentligen önskade. De upplevde även att Aurorapersonalen försöka övertyga dem om vaginal förlossning vilket upplevdes stressigt. Bemötandet upplevdes av en del kvinnor även vara nedtryckande och nedlåtande. De hade hellre, av barnmorskor och obstetriker, blivit sedda som individer och att beslutet inte enbart fattades enligt medicinska rekommendationer. Detta resulterade till att dessa kvinnor inte kände delaktighet eftersom beslutet togs utan att ta hänsyn till deras behov och en del gånger var de inte överens om beslutet. När de erhöll förlossningskontraktet kände en del av kvinnorna att ärendet bara avslutades trots att de inte kände sig tillräckligt trygga. En kvinna upplevde att personalen på Auroramottagningen var trygg med användning av förlossningskontraktet medan hon själv var otrygg med förlossningskontraktets syfte. Några av kvinnorna menade att av principskäl bör de i grund och botten själva få välja förlossningssätt.

*Idén är väl bra, alltså idén är positiv om man gör det tillsammans. Men det är viktigt att man är överens. Jag kände inte mig lyssnad på utan det skrevs ner av rutin utan att lyssna på mig liksom utan att ta hänsyn till mina behov. (Informant nr 5).*

## Förlossningskontraktets inverkan på förlossningsrädslan

Förlossningskontraktet har möjligheter samt begränsningar och ansågs inte alltid vara giltigt, på så sätt har förlossningskontraktet varierande betydelse för förlossningsrädda kvinnor innan förlossningen.

### **Möjligheter och begränsningar**

Förlossningskontraktets inverkan på kvinnornas förlossningsrädsla upplevdes olika av kvinnorna i studien. Exempel på olikheter var att förlossningsrädslan var densamma för en del av kvinnorna, medan vissa upplevde mindre rädsla. En del av kvinnorna kunde även uppleva mer rädsla på grund av maktlöshet eftersom de inte fick bestämma förlossningssätt.

Vissa av kvinnorna kände tacksamhet och glädje över ett konkret svar och strategi för lösning på situationen avseende förlossningsrädslan. Dessa kvinnor blev lugnare till mods och var benägna att tänka mer rationellt. Däremot kände samtliga kvinnor att de inte hade något annat alternativ eftersom de inte ville genomgå vaginal förlossning och tog därför det som erbjöds trots att det inte var det som önskades. Några av kvinnorna kände att förlossningskontraktet inte gjorde någon skillnad, att det var verkningslöst eftersom de ansåg att endast kejsarsnitt skulle vara bästa lösningen för dem. Även om förlossningskontraktet ansågs vara begränsat kunde en del av kvinnorna uppleva det som ett sätt att undvika vaginal förlossning.

*Jag var nog bara tacksam, jag var i en sådan kris så, alltså mådde så dåligt. Jag högg efter allt jag kunde få, det var inte vad jag ville ha men det var bättre än ingenting.* (informant nr 6)

Förlossningskontraktets utformning utgjorde begränsningar. Vissa av kvinnorna uttryckte att utformningen av texten i förlossningskontraktet kunde förbättras. Samtliga kvinnor i studien hade behov av att förlossningskontraktet presenterades för dem redan vid vårdsamtal på barnmorskemottagningen och eller när de kom på första besöket till barnmorskan på Auroramottagningen. Några kvinnor menade att det hade varit värdefullt att få förutsättningen att kunna förbereda sig mentalt. En annan begränsning var att samtliga kvinnor i studien upplevde att förlossningskontraktet gavs sent i graviditeten. En del av kvinnorna upplevde att ifall de hade fått förlossningskontraktet i tidigare skede hade de lättare kunnat motivera sig för att kunna tänka sig att genomgå en vaginal förlossning och på så sätt möjligtvis vara mer mottaglig för förlossningskontraktets syfte. Ju längre tid graviditeten fortskred desto mer stress upplevde dessa kvinnor, eftersom de inte erhållit ett svar relaterat till förlossningsrädslan och förlossningssätt. Vissa av kvinnorna påpekade att när barnmorskan och obstetrikern på Auroramottagningen beslutade om förlossningskontraktet önskade de ha möjlighet att fortsätta samtala om förlossningsrädslan. Dessa kvinnor menade att det inte fanns tid till det på grund av att förlossningskontraktet erbjöds för sent i graviditeten.

*Jag vet inte som sagt hur det hade varit om jag hade fått kontraktet i tidigare skede men jag var så blockerad och kunde inte se något annat, kunde inte tänka något annat.* (informant nr 6)

## Förlossningskontraktets giltighet

Förlossningskontraktets giltighet var ifrågasatt av samtliga kvinnor i studien. En del av kvinnorna reagerade på benämningen förlossningskontrakt, framförallt på ordet kontrakt som de upplevde orsaka förvirring. Vissa av kvinnorna menade att förlossningskontraktet inte är juridiskt bindande som ett vanligt kontrakt, vilket upplevdes som opålitligt. Ifall beslutet om förlossningskontraktet inte var enhetlig ansågs det ha mindre värde eftersom ett kontrakt ska gälla från båda parterna. Några av kvinnorna upplevde att barnmorskan och obstetrikern förklarade förlossningskontraktets innebörd ur en allt för snäv vinkling med många förbehåll som skulle vara uppfyllda. Dessa kvinnor upplevde att förlossningskontraktet inte kommunicerades på ett trovärdigt sätt för att övertyga dem om att förlossningen kan avslutas med ett kejsarsnitt. De menade även att eftersom förlossningsverksamheten är en akutverksamhet finns inga garantier att förlossningen avslutas med kejsarsnitt när de önskar det eftersom det inte är tidsplanerat.

*Man upplever inte att det är ett beviljat kejsarsnitt, absolut inte, utan det är någonting jag kommer behöva slåss för när jag kommer in där och ska börja föda, och jag säger jag har ett kontrakt och då säger de nee men nej men det har vi inte tid med. Det är så man får känslan. Då kände jag maktlöshet, eller mer och mer rädd och tänkte hur ska det här gå till.*  
(informant nr 1)

På grund av rädslan att bli lurad ansåg vissa av kvinnorna att förlossningskontraktet saknade värde. En kvinna uttryckte att när förlossningskontraktet var påskrivet kunde hon känna trygghet eftersom det var något hon kunde vända sig till ifall förlossningspersonalen inte förhöll sig till det.

*Samtidigt var det en trygghet för mig för att jag visste att nu har ni skrivit på det här, ni kan inte svika mig liksom, nu har ni lovat, på det viset var det skönt.* (informant nr 6)

## Förlossningskontraktets stödjande funktion

Kvinnorna i studien upplevde förlossningskontraktet vara både positivt samt negativt under och efter förlossningen.

## **Förlossningsrädslan uppmärksammades**

Förlossningskontraktet kunde leda till att en del av kvinnorna i studien fullföljde vaginal förlossning. De fick möjligheten att ändra åsikt om kejsarsnitt efter att förlossningsarbetet startat, om de upplevde situationen hanterbar. Förlossningskontraktet bidrog till att de upplevde att de hade kontroll att kunna styra val av förlossningssätt.

*Men det var liksom, man hade knappen att trycka på om det skulle vara något. Jag tror att det handlade om kontroll, för mig i alla fall. I slutändan. (informant nr 4)*

En kvinna uttryckte att förlossningspersonalen inte försökte övertala henne om att fortsätta vaginal förlossning när kvinnan bad om kejsarsnitt, vilket upplevdes tryggt.

*När jag väl säger att nu är det snitt som gäller, då håller ni käften! Och de gjorde de liksom. Och det var skönt. Det var jag väldigt orolig för att det skulle sättas igång en övertalningskampanj där mitt i processen, men det slapp jag. (informant nr 6)*

En kvinna upplevde det positivt att barnmorskorna på förlossningsavdelningen stöttade och såg till hennes behov snarare än att få henne att verkställa förlossningskontraktet.

Barnmorskorna på förlossningen var lyhörda, ingav trygghet och var förtroendeingivande samt gav kontinuerligt stöd vilket uppskattades av samtliga kvinnor och detta ansågs vara en förutsättning för att fullfölja förlossningen utifrån deras önskan. Det var värdefullt att förlossningspersonalen bekräftade och var medvetna om förlossningskontraktet. Ibland framkom det från kvinnor med sekundär förlossningsrädsla att de upplevde förlossningspersonalen vara mer tillmötesgående då de hade ett förlossningskontrakt

I efterhand upplevde en del av kvinnorna förlossningsprocessen på ett annat sätt än vad de hade tänkt sig under graviditeten. På grund av förlossningskontraktet upplevde en kvinna möjligheten att ta revansch, efter en tidigare traumatisk förlossning. De kvinnor som genomgick en vaginal förlossning var efteråt tacksamma att inte barnet förlöstes med kejsarsnitt. Exempel på det är en kvinna som efter förlossningen uttryckte att hon i framtiden inte kommer vara förlossningsrädd.

*När jag slapp det och fick det den andra vägen så var det ju skönt. Och det blev någon slags seger för mig att jag hade klarat av det här och det är en av sakerna som jag är mest stolt över i mitt liv, att jag lyckades så. (informant nr 2)*

De kvinnor som genomgick kejsarsnitt var också nöjda med sitt beslut.

### **Förlossningskontrakt var inte alltid till nytta under förlossningen**

Några av kvinnorna uttryckte negativa upplevelser av förlossningskontraktet under förlossningen. Det relaterades till upplevelsen av att det var plågsamt och betydelselöst att behöva utsättas för ett förlossningsarbete. På grund av detta ansågs förlossningskontraktet sakna värde och betydelse.

*Det är onödigt att jag ska behöva gå igenom att bli öppen 4 cm, gå igenom det här som jag verkligen inte vill gå igenom men vad har jag för val. (informant nr 6)*

En annan kvinnas upplevelse av förlossningskontraktet var att ifall det inte var bekräftat av förlossningspersonalen fanns det svårigheter att fråga om kejsarsnitt under förlossningen. När ingen av förlossningspersonalen föreslog kejsarsnitt fanns inte möjligheten att föreslå det själv på grund av upplevelsen av att det var motarbetat från början.

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Forskningsresultatets trovärdighet bör utvärderas utifrån följande begrepp: giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Graneheim et al., 2004).

Studiens giltighet går ut på hur sant resultatet är. Resultatet anses giltigt ifall det som är utmärkande för det som var avsett att beskrivas lyfts fram. Resultatets giltighet påverkas av urvalet. Kvalitativ innehållsanalys beskriver variationer genom att identifiera likheter och skillnader. I studien inkluderades kvinnor i varierande åldrar från 28–40 samt att kvinnorna var både kvinnor med primär och sekundär förlossningsrädsla vilket bidrog till en rikare variation av det studerade fenomenet som styrker studiens giltighet. I studien presenteras urval samt analysprocessen och resultatet framställdes med citat från intervjuerna vilket ger läsaren möjlighet att värdera giltigheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Kvinnorna som deltog i studien blev tillfrågade och deltog frivilligt på grund av intresse för förlossningskontraktet. Med tanke på att det totalt var sju kvinnor som svarade och tackade ja för deltagandet och att det endast var en som inte var anträffbar vid tidpunkten för intervjuerna blir resultatet mer giltigt. Detta beror på att risken att en deltagare inte deltar på grund av exempelvis en negativ upplevelse av förlossningskontraktet minskar. På detta sätt erhöles både positiva och eller negativa upplevelser av förlossningskontraktet i studien. Detta medför att resultatet får en större variation och att resultatet inte vinklas. Det kan tänkas att större variation av upplevelser skulle ha erhållits om fler deltagare inkluderats i studien. Däremot skriver Malterud (2014) att mättnad uppnås när ytterligare datainsamling inte tillför någon ny kunskap. Av de sex kvinnorna som intervjuades uppmärksammades liknande fenomen i innehållet i intervjuerna och fler intervjuer hade troligtvis inte genererat ny kunskap. Å andra sidan kan ny kunskap inte erhållas ifall intervjutekniken är dålig vilket då inte beror på mättnad (Malterud, 2014). En annan inverkan på resultatets giltighet skulle kunna vara ifall en testintervju genomfördes eftersom intervjutekniken är betydelsefull för datainsamlingen men på grund av tidsbrist genomfördes ingen. Om en testintervju hade genomförts skulle styrkor och svagheter av intervjuens utformning kunna upptäckas vilket hade varit gynnsamt för datainsamlingen. Eftersom begränsad erfarenhet av intervjumetoden fanns hos intervjuerna kan detta ses som en svaghet.

Tillförlitligheten ökar när syftet beaktas under hela forskningsprocessen. Resultatets tillförlitlighet stärks av en utförlig beskrivning av analysprocessen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). På grund av tidsbrist genomfördes endast fyra av sex intervjuer

gemensamt av båda intervjuarna. Intervjuerna som genomfördes gemensamt kunde innebära att olika följdfrågor ställdes vilket kan resultera att bredare variation av upplevelsen uppmärksammades (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Flera intervjuare kan bidra till en bättre intervju på grund av att informationsmängden blir större och ökad förståelse kan uppnås. Däremot kan detta ses som en svaghet då deltagarna kunde känna sig underlägsna av två intervjuare (Trost, 2010) och på grund av detta fanns en risk att kvinnorna upplevde att de inte kunna uttrycka sig fritt. Intervjuarna arbetar inte i verksamheten och har på så sätt inte kommit i kontakt med deltagarna under tidigare omständigheter. Detta kan öka resultatets tillförlitlighet eftersom deltagarna har haft möjligheten att fritt uttrycka upplevelsen utan att behöva förvränga det.

Lundman & Hällgren Graneheim (2012) skriver att resultatet blir mer tillförlitligt när analysprocessen genomförs av alla intervjuare. Intervjuarna förde diskussioner och reflektioner tillsammans över olika tolkningsmöjligheter under analysprocessen. Däremot kan det diskuteras om analysprocessen hade blivit annorlunda ifall alla intervjuerna hade skett gemensamt eftersom större förståelse för kvinnornas upplevelse av förlossningskontraktet erhöles vid närvaro vid intervjun. Graneheim et al. (2004) skriver att med tanke på att upplevelser studeras är det inte alltid möjligt att innehållet endast passar in i en viss kategori. Under analysprocessen var detta under beaktning och medvetenhet fanns att innehållet skulle kunna passa in i fler än en kategori.

Trovärdigheten påverkas om resultatet är användbart eller överförbart. Överförbarheten ökas om resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer. Resultatet kan enklare överföras när en studie har en tydlig metodbeskrivning. Studiens metodbeskrivning kan däremot ifrågasättas då brist på erfarenhet och kunskap finns och på så sätt kan överförbarheten betvivlas (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Resultatet skulle kunna vara överförbart till kvinnor med primär och sekundär förlossningsrädsla i varierande åldrar som erhållit förlossningskontrakt. Däremot kan det diskuteras om överförbarheten hade ökat om intervjuerna endast skedde med kvinnor med primär förlossningsrädsla eller sekundär förlossningsrädsla eftersom kvinnorna bär med sig olika erfarenheter.

Lundman & Hällgren Graneheim (2012) skriver att förförståelse handlar om det forskaren bär med sig gällande fenomenet som studeras. Förförståelse innefattar exempelvis erfarenheter, förutfattade meningar och teoretisk kunskap. Graneheim et al. (2004) menar att forskarens



personliga bakgrund kan påverka tolkningen. Resultatets trovärdighet beror på hur intervjuarnas förförståelse har präglat analysprocessen. Intervjuarnas förförståelse kan ha påverkat analysprocessen eftersom intervjuarna studerar barnmorskeutbildningen och har därför både teoretisk och praktiskt erfarenhet inom studiens område. Med hjälp av förförståelse kan ny kunskap upptäckas och djupare förståelse kan nås (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). För att undvika att förförståelsen skulle påverka tolkningen under datainsamlingen fick deltagarna följdfrågor för att utveckla sina svar. Lundman & Hällgren Graneheim (2012) belyser risken att inte ha förförståelse kan vara att budskap som handlar om fenomenet inte fångas upp.

Under analysprocessen uppmärksammades att kvinnorna uttryckte upplevelsen av förlossningskontraktets från olika tidsaspekter, under graviditeten och under samt efter förlossningen. Studiens syfte var inte fokuserat på någon specifik tidpunkt och därför inkluderades all upplevelse av förlossningskontraktet. En annan faktor som kan ha påverkat resultatet är tidpunkten för intervjuarna, det vill säga om intervjun skedde efter en månad eller efter nio månader, vilket kan ha medfört att kvinnorna glömt hur upplevelsen egentligen var. Kvinnorna hade kanske haft möjlighet att bearbeta upplevelsen ifall intervjun skedde lång tid efter förlossningen vilket kan ha påverkat studiens trovärdighet.

Syftet med föreliggande studie var att beskriva förlossningsrädda kvinnors upplevelse av ett förlossningskontrakt som de erhållit innan förlossningen. Studiens syfte ska avgöra val av metod. Användning av en kvalitativ intervjumetod användes för att erhålla innehållsrika svar om upplevelser. Om föreliggande studie istället hade använts av kvantitativ metod som exempelvis enkätstudie hade det varit svårt att förstå människors sätt att reagera samt svårigheter att få förståelse för kvinnornas upplevelser och erfarenheter. Med en kvantitativ metod skulle endast ytlig kunskap samt frekvensuppgifter erhållas vilket inte skulle svara på föreliggande studiens syfte och därför hade troligtvis samma resultat inte erhållits (Trost, 2010). En kvantitativ metod hade även varit svår att utföra på grund av begränsad tillgängliga deltagare.

Det finns många studier gällande upplevelser av förlossningsrädsla däremot har inga studier gjorts gällande förlossningsrädda kvinnors upplevelse av ett förlossningskontrakt. Därför fanns svårigheter att finna vetenskapliga artiklar för att stödja studiens resultat.

## Resultatdiskussion

När en förlossningsrädd kvinna ska få förlossningskontrakt är barnmorskor och obstetriker centrala personer i vårdmötet. Resultatet visar att informationen som förmedlas bör vara anpassbar och att det ges förutsättningar att vara delaktig i beslut. Förlossningskontraktet har möjligheter samt begränsningar och anses inte alltid vara trovärdig, på så sätt har det varierande betydelse för förlossningsrädda kvinnor innan förlossningen. Kvinnorna i studien upplevde förlossningskontraktet vara både positivt samt negativt under och efter förlossningen.

Förlossningskontraktets benämning ansågs vara förvirrande. Ett kontrakt bygger på ett avtal som bägge parterna är bindande att följa. För att öka förlossningskontraktets trovärdighet kan benämningen behöva ändras. Förlossningskontraktet innehöll flera kriterier som bidrog till att kvinnor inte ansåg det vara juridisk bindande och därför inte tillräckligt trovärdigt för dem. Om benämningen ändras skulle kvinnorna möjligtvis kunna få större tilltro till förlossningskontraktet eftersom nuvarande benämning på förlossningskontraktet är motsägelsefullt. Kvinnorna i studien uppgav inga förslag på alternativa benämningar. Dock skulle ett alternativ på benämningen kunna vara förlossningsöverenskommelse eftersom benämningen av överenskommelse förekommer i andra vårdssammanhang. Denna benämning är mer neutral eftersom den grundar sig på en överenskommelse och inte på ett avtal och på så sätt hade trovärdigheten inte blivit lika ifrågasatt.

Avsikten med förlossningskontrakt är bland annat att minska antalet kejsarsnitt. Det är flera perspektiv som ska tas i beaktning när ett beslut om kejsarsnitt fattas. Enligt WHO bör kejsarsnittsfrekvensen ligga under 10–15% (WHO, 2015). Eftersom cirka 20% av gravida kvinnor i Sverige upplever någon form av förlossningsrädsla (NMI, 2011) och kvinnor med förlossningsrädsla har en större önskan om att förlösas med planerat kejsarsnitt (Hauck et al., 2016; Karlström et al., 2009; Nieminen et al., 2009 & Sercekus et al., 2007), skulle frekvensen möjligtvis öka i Sverige om kejsarsnitt genomfördes på alla förlossningsrädda kvinnor som önskade det. Eftersom kvinnans önskan om kejsarsnitt inte alltid kan beaktas behöver förlossningsrädda kvinnor med förlossningskontrakt få stöd för att bearbeta

förlossningsrädslan när kejsarsnitt inte rekommenderas. Hildingsson, Nilsson, Karlström & Lundgren (2011) menar att planerade kejsarsnitt dessutom inte är en metod för att minska förlossningsrädsla. Det är även viktigt att med hjälp av stöd få kvinnan att bli trygg med vården som ges vilket även stöds av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Auroramottagningen erbjöd förlossningskontraktet bland annat för att förebygga hälsorisker och att aktivt identifiera samt förebygga hälsorisker ingår i barnmorskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2006). Majoriteten av kvinnorna i studien genomgick vaginal förlossning. Förlossningskontraktet är alltså en metod för att förebygga hälsorisker eftersom andelen kejsarsnitt minskades samtidigt som kvinnorna i efterhand var tillfredsställda med förlossningsutfallet. Detta är betydelsefullt eftersom det kan resultera i att förlossningsrädda kvinnor som erfarar en positiv förlossningsupplevelse skulle kunna tänka sig vaginal förlossning i framtiden vilket även bekräftas i studien av Hildingsson et al., (2011).

Information om förlossningskontrakt som förmedlades upplevdes kunna vara otydlig eftersom en del av kvinnorna i föreliggande studie inte förstod varför kejsarsnitt inte rekommenderas som lösning på rädsla att genomgå vaginal förlossning. Fenwick et al., (2008) belyser att kvinnor i allmänhet upplever att kejsarsnitt är ett enklare och säkrare alternativ till att föda barn på jämfört med vaginal förlossning. Denna tankesyn behöver förtydliggöras för kvinnor med förlossningsrädsla. ICN (2014) poängterar värdet av utbildning från barnmorskan för att vården ska förbättras, vilket även är en del av barnmorskans stödjande aktiviteter. Kvinnor behöver kunskaperna för att förstå innebörden av rekommendationer från hälso- och sjukvården (ICN, 2014), som i föreliggande studie kan exemplifieras med information om förlossningskontrakt. Informationen som förmedlas av professionella till kvinnorna ska för dem generera kunskap och förståelse om den aktuella situationen, som kan resultera i att tilltron till sig själv ökar inför förlossningen (Toohill et al., 2014). Kvinnan ska kunna tillgodogöra sig betydelsen av informationen och eventuella risker ska förmedlas (Socialstyrelsen, 2015). Förlossningskontraktet behöver förmedlas under planerad tidsram som ger förutsättning för att ge förlossningsrädd kvinna möjlighet att reflektera över information hon erhållit och att det finns tid att samtala kring eventuella frågetecken. Barnmorskan bör sträva efter att svara på kvinnans frågor, bekräfta kvinnan samt vara lyhörd, vilket även stöds av Kealy & Lianputtong (2011). Socialstyrelsen (2015) beskriver att hälso- och sjukvårdspersonalen som ger informationen ska försäkra sig om att kvinnan har förstått

innehållet och betydelsen. Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för barnmorskor (2006) ska barnmorskan ge god och trygg vård. Muntlig och skriftlig information ska ges till kvinnan som önskar kejsarsnitt, gällande kort- och långsiktiga konsekvenser för kvinnan samt barnet (NMI, 2011). Villar et al., (2007) poängterar att kejsarsnitt innebär ökade risker både för kvinnan samt barnet. Detta behöver förmedlas till förlossningsrädda kvinnor som erhåller förlossningskontrakt eftersom det kan medföra att de får förståelse för varför kejsarsnitt inte rekommenderas som första alternativ framför vaginal förlossning. Det är även viktigt att information om det förmedlas tidigt under graviditeten för att stötta kvinnan att motivera sig att ändra åsikt om kejsarsnitt och erhålla insikt om fördelar med vaginal förlossning vilket även belyses i andra studier (Karlström et al., 2008; NMI, 2011 & Saisto et al., 2006).

En del av kvinnorna i studien upplevde att det fanns brister i kommunikation under vårdssamtal med barnmorskor och obstetriker på Auroramottagningen. I deras professionella roll ingår att stödja förlossningsrädda kvinnor så att de ges möjligheten att diskutera sina problem (Toohill et al., 2014). Brister i kommunikation som förlossningsrädda kvinnor upplevde i föreliggande studie vid samtal på Auroramottagningen är motsats till vad som kan vara rimligt att förvänta sig. Socialstyrelsen belyser hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att förmedla information som är individuellt anpassad utifrån patientens förutsättningar och behov (Socialstyrelsen, 2015). Förlossningsrädda kvinnor är i större behov av samtalsstöd från barnmorskan (Socialstyrelsen, 2006). Sercekus et al., (2007) belyser att för mycket information kan också skapa rädsla eftersom medvetenheten hos individen om tänkbara risker under förlossningen ökar. Det kan bli en utmaning för hälso- och sjukvårdspersonal att lägga informationen på en individuell nivå vid förmedling av förlossningskontrakt. Salomonsson et al., (2010) problematiserar att det är tidskrävande att vårda en förlossningsrädd kvinna vid vårdande samtal under graviditeten. Detta på grund av behovet av kontinuerligt stöd från barnmorska är större än för gravida kvinnor som ej är förlossningsrädda. Kvinnor med förlossningsrädsla är alltså i behov av att tiden för vårdssamtalet är anpassad, efter deras specifika behov, så att barnmorskan kan ge stöd som stärker henne i den aktuella situationen.

Kvinnorna i föreliggande studie uttryckte att de inte alltid upplevde delaktighet. Att inte vara delaktig, att bli överkörd eller inte hörd på anser Kealy & Lianputtong (2011) kunna jämföras med paternalism och menar att det är hälsosamt om kvinnan får vara delaktig i

beslutstagandet. Enligt autonomiprincipen har alla rätt att bestämma över sin kropp och sina handlingar (Statens medicinsk-etiska råd, 2008). Kvinnan ska ha möjlighet att välja behandlingsalternativ och kvinnan ska vara trygg med vården samt behandlingen (Hälsa och sjukvårdslagen, 1982:763). Socialstyrelsen (2015) nämner att patientens individuella behov och preferenser måste respekteras dessutom ska patientens självbestämmande och integritet beaktas. Ett annat sätt att få kvinnan delaktig är genom en god relation samt stödet av barnmorskan (Kealy & Lianputtong, 2011). Risker med att inte eftersträva delaktighet kan leda till ohälsa hos individen vilket barnmorskan ska förebygga (Socialstyrelsen, 2006).

Förlossningskontraktets inverkan på kvinnornas förlossningsrädsla upplevdes olika. Motivationsstrategier kan vara en metod för att minska förlossningsrädslan och skapa motivation för att genomgå vaginal förlossning (Stockdale, Sinclair, Kernohan & Keller, 2011). Som tidigare nämnt behöver information som förmedlas vara individuellt anpassat (Socialstyrelsen, 2015). Kiziliemak & Baser (2016) beskriver att genom utbildning har kvinnan möjlighet att förbereda sig inför kommande förlossningen samt att den nya kunskapen kan leda till minskad förlossningsrädsla. Förlossningsrädslan är som störst i slutet av graviditeten (Wijma, 2003) och på grund av detta är det av vikt att bearbeta kvinnornas förlossningsrädsla i tid.

Under motivationsundervisning av barnmorskor är det väsentligt att påvisa förlossningsrädd kvinnans styrkor och svagheter. Första steget i motivationsstrategin är att kvinnan behöver få uppmärksamhet för att väcka och upprätthålla intresset för varför förlossningskontraktet rekommenderas samt varför kejsarsnitt inte erbjuds i första hand. Enligt andra steget i motivationsstrategin behöver kvinnan erhålla relevant kunskap för att ha valmöjligheter att själv kunna avgöra betydelsen av förlossningskontraktet. Under tredje steget i motivationsstrategin behöver kvinnan bli stärkt i att få kontroll över förlossningsrädslan och se förlossningskontraktet som en möjlighet och under det fjärde steget i motivationsstrategin behöver kvinnan få positiv och motiverande feedback, från barnmorska, gällande hennes förmåga att klara av att genomgå vaginal förlossning (Stockdale, Sinclair, Kernohan & Keller, 2011). Det finns även andra strategier som kan användas vid samtal med förlossningsrädda kvinnor för att undvika risken att interventioner sker. Samtalsstrategier kan genomföras genom att diskutera om riskerna med interventioner och samtal som uppmuntrar

om säkerheten vid vaginal förlossning. Dessutom bör diskussionen i vårdsamtal utgå från evidens och det är viktigt att balansera förlossningsrädslan med kvinnans altruism. Barnmorskans stödjande verktyg vid mötet med kvinnan är tidsåtgången och i den förmedla trygghet samt vara medveten och ödmjuk (Van Wagner, 2016). Att värna om tidsåtgången belyses även i studie av Salomonsson et al., (2010) samt i föreliggande studie.

## **Slutsats**

Hur kvinnornas förlossningsrädsla påverkades efter att de fått förlossningskontrakt varierade. En del av kvinnorna upplevde att de fick otillräcklig information om förlossningskontraktets innebörd och att de inte alltid inkluderas vid beslutstagande. Kvinnorna hade behov av att erhålla förlossningskontraktet tidigare under graviditeten. Det grundade sig på att då hade det varit enklare för dem att motta information och bearbeta syftet med förlossningskontrakt samt hinna motivera sig att påbörja förlossningen vaginalt. Dessutom bör förlossningskontraktets benämning ändras.

## **Praktiska implikationer**

Barnmorskans stöd för förlossningsrädda kvinnor med ett förlossningskontrakt är viktigt. Barnmorskan på Auroramottagningen bör ha god tid vid informationsförmedlingen för att underlätta mottagandet av förlossningskontraktets syfte. Det är även viktigt att kvinnans behov och önskan tas i beaktning och att hon inkluderas i beslutstagandet. Förlossningspersonal bör bekräfta förlossningskontraktet för kvinnan och hennes partner samt stödja henne utifrån hennes behov och önskemål.

## Fortsatt forskning

Begränsad forskning finns gällande förlossningskontrakt och kvinnors upplevelser kring detta. Vidare forskning skulle vara av nytta gällande förlossningsutfallet vid erhållandet av ett förlossningskontrakt tidigare under graviditeten. Ett annat forskningsområde skulle kunna vara om förlossningsbarnmorskors upplevelse av att stödja kvinnor med förlossningskontrakt eftersom det finns evidens på att barnmorskor kan uppleva svårigheter att stödja förlossningsrädda kvinnor. Det kan vara en utmaning för barnmorskan att hitta en balans i vårdhandlingar avseende stöd, som inte är för påstridig att fullfölja vaginal förlossning samtidigt som barnmorskan ska öka kvinnans tilltro till förmågan att kunna föda vaginalt.

## Referenslista

- Aksoy, A. N., Aydin, F., Kucur, S. K., & Gözükar, I. (2016). Maternal and fetal doppler velocimetry in women diagnosed with fear of childbirth. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 19(5), 632. doi: 10.4103/1119-3077.183238
- Almström, E., & Sundell, G. (2004). *Kan vi förebygga förlossningsrädsla genom utformning av vården på förlossningsavdelningen och BB?* (ARG-rapport, 2004:51). Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Berg, M., & Lundgren, I. (2010). Att vårda vid barnafödande är att stödja och stärka. I M. Berg, & I. Lundgren *Att stödja och stärka: Vårdande vid barnafödande* (s. 237-241). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A., & Henricson, M. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl. ed.) (s. 129-138). Lund: Studentlitteratur.
- Björklund, U. (2004). *Förord* (ARG-rapport, 2004:51). Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Blomberg, M. (2016). Avoiding the first cesarean section—results of structured organizational and cultural changes. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 95(5), 580-586. doi:10.1111/aogs.12872
- Ellis, A. (2004). *Mödrahälsovårdens roll* (ARG-rapport, 2004:51). Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Etikprövningsnämnderna. (u.å). *Vägledning till forskningspersoninformation*. Hämtad 2016-11-17, från <http://www.epn.se/start/>



- Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D. K., & Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 26(4), 394-400. doi:10.1016/j.midw.2008.10.011
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Haapio, S., Kaunonen, M., Arffman, M., & Åstedt-Kurki, P. (2016). Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: An RCT. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, doi:10.1111/scs.12346
- Hallgren, A., & Lundgren, I. (2010). Förlossningsförberedelse och metoder för att hantera förlossningen. I M. Berg, & I. Lundgren *Att stödja och stärka: Vårdande vid barnafödande* (s. 85-116). Lund: Studentlitteratur.
- Hauck, Y., Stoll, K., Hall W, & Downie J. (2016). Association between childbirth attitudes and fear on birth preferences of a future generation of Australian parents. *Women Birth*, doi: 10.1016/j.wombi.2016.05.001
- Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlström, A., & Lundgren, I. (2011). A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 40(5), 532-543. doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01274.x
- International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Prauge: International Confederation of Midwives
- Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Nystedt, A., Thomas, J., & Hildingsson, I. (2009). Swedish caregivers' attitudes towards caesarean section on maternal request. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 22(2), 57. doi:10.1016/j.wombi.2008.12.002

- Kealy, M., & Lianputtong, P. (2011). Contemporary caesarean Section theory; risk, uncertainty and fear. In R. M. Bryar & M. Sinclair (Ed). *Theory for midwifery practice* (s.262-284). Houndmills: Palgrave
- Kizilirmak, A., & Baser, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, 29, 19-24.  
doi:10.1016/j.apnr.2015.04.002
- Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., Hildingsson, I. (2016). Counseling for childbirth fear: A national survey. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 8, 82-87.  
doi:10.1016/j.srhc.2016.02.008
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M.Granskär., & B. Höglund-Nielsen, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Lyberg, A., & Severingsson, E. (2010). Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by norwegian mothers in the context of a fear of childbirth: Midwives' supervisory styles and leadership role in the context of a fear of childbirth. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 391-399. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01083.x
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: En introduktion* (3., [uppdaterade] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Nationella medicinska indikationer, (NMI). (2011). *Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan*. Rapport: Samarbetsprojektet Nationella medicinska indikationer. Hämtad 2016-11-11, från <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-kejsarsnitt-moderns-onskan.pdf>

- Nerum, H., Halvorsen, L., Sorlie, T., & Oian, P. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*, 33(3), 221-228. doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00107.x
- Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section - a cross-sectional study at various stages of pregnancy in sweden. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 88(7), 807-813. doi:10.1080/00016340902998436
- Nilsson, C (2010). Att möta och vårda kvinnor med svår förlossningsrädsla. I M. Berg, & I. Lundgren *Att stödja och stärka: Vårdande vid barnafödande* (s. 169-189). Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of obsteric gynecologic and neonatal nursing*, 39(3), 298-309. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x.
- Nilsson, C., Lundgren, I., Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Fakulteten för humaniora och samhällsvetenskap, & Växjö universitet. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), e1-e9. doi:10.1016/j.midw.2007.01.017
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ryding, E. L., & Sundell, G. (2004). *Definitioner och diagnostik* (ARG-rapport, 2004:51). Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K., & Halmesmäki, E. (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 85(11), 1315-1319. doi:10.1080/00016340600756920
- Salomonsson, B., Wijma, K., Alehagen, S., (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26(3), 327-337. doi:10.1016/j.midw.2008.07.003

- Serçekuş, P., & Okumuş, H., (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in turkey. *Midwifery*, 25(2), 155-162. doi:10.1016/j.midw.2007.02.005
- Socialstyrelsen. (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerade barnmorskor. Hämtad 2016-11-11, från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015). Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - handbok för vårdgivare, chefer och personal. Hämtad 2016-12-17, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>
- Statens medicinsk-etiska råd. (2008). *Etik – en introduktion*. Hämtad 2016-11-14, från <http://www.smer.se/wp-content/uploads/2012/05/Etik-en-introduktion1.pdf>
- Werner, A. (2004). *Auroraverksamheten* (ARG-rapport, 2004:51). Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Stockdale, J., Sinclair, M., Kernohan, G., & Keller, J. (2011). Motivation breastfeeding and midwives: theory in action. In R. M. Bryar & M. Sinclair (Ed). *Theory for midwifery practice* (s.115-138). Houndmills: Palgrave
- Sydsjo, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjorn, L., Bladh, M., Josefsson, A., (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 115. doi:10.1186/s12884-015-0548-6
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & Ryding, E. (2014). A randomized controlled trial of a Psycho-Education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*, 41(4), 384-394. doi:10.1111/birt.12136

- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4., [omarb.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Van Wagner, V. (2016). Risk talk: Using evidence without increasing fear. *Midwifery*, 38, 21-28. doi:10.1016/j.midw.2016.04.009
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2016-11-17, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.
- Villar, J., Carroli, G., Zavaleta, N., Donner, A., Wojdyla, D., Faundes, A., . . . World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study. *BMJ: British Medical Journal*, 335(7628), 1025-1029. doi:10.1136/bmj.39363.706956.55
- WHO. (2015). *Statement on Caesarean Section Rates*. Hämtad 2016-12-16, från [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1)
- Wijma, K. (2003). Why focus on 'fear of childbirth'? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(3), 141-143. doi:10.3109/01674820309039667
- Wijma K, Wijma B, Zar M. (1998) Psychometric aspects of the WDEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19(2), 84-97.

# Bilaga 1

Tabell 2 exempel ur analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
<i>“Jag fick inte så mycket information eller hann liksom aldrig prata ut.”</i>	Jag fick inte så mycket information. Hann inte prata ut.	Inte så mycket information	Innehållet i informationen varierade beroende på vem som gav den	När kvinnor fick förlossningskontraktet upplevdes brister från barnmorskor och obstetrikern
<i>”Men jag tycker absolut att jag fick tillräcklig information om vad det innebär”</i>	Jag fick tillräcklig information	Tillräcklig information		
<i>“Idén är väl bra, alltså idén är positiv om man gör det tillsammans. Men det är viktigt att man är överens. jag kände inte mig lyssnad på utan det skrevs ner av rutin utan att lyssna på mig liksom utan att ta hänsyn till mina behov..”</i>	Idén är bra. Positivt om det görs tillsammans. Viktigt att vara överens. Inte lyssnad på, inte hänsyn till mina behov	Inte lyssnad på	Kvinnorna upplevde inte alltid delaktighet i besluten	
<i>”Lättnad att man får vara med att bestämma. Jag tror det handlade mycket om det för mig. Att man inte bara: Nej nu är det såhär och så får man inget val.”</i>	Vara med att bestämma.	Vara med att bestämma		

## Bilaga 2

### Information om studien om kvinnors upplevelser av förlossningskontrakt

#### Bakgrund och syfte

En av fem gravida kvinnor är förlossningsrädsla. Dessa kvinnor behöver extra stöd och planering av den kommande förlossningen. Ett så kallat förlossningskontrakt har prövats men studier saknas som beskriver kvinnors upplevelse.

#### Förfrågan om deltagande

Du har blivit erbjuden ett förlossningskontrakt. Vi vill veta hur Du upplevt förlossningskontraktet.

#### Hur går studien till?

Deltagandet innebär att Du intervjuas på en plats Du själv väljer. Du kommer att tillfrågas om Dina upplevelser av förlossningskontraktet. Deltagandet innebär att Du intervjuas på Sahlgrenska Universitets Sjukhuset eller en plats Du själv väljer. Intervjun beräknas ta cirka 30 minuter.

#### Finns det några fördelar?

Om Du väljer att delta i studien kommer Du att få möjlighet att tala om Dina upplevelser av förlossningskontraktet. Att delge sina erfarenheter kan upplevas positivt (och kvinnor med förlossningskontrakt kan i framtiden få nytta av de kunskaper vi får genom studien).

#### Vilka är riskerna?

I intervjuerna kan man komma nära känsliga situationer men vi bedömer inte att samtalet vid intervjun är integritetskränkande. Det kan ev. av några personer uppfattas som svårt att kritisera den vård som de är/varit beroende av.

#### Hantering av data och sekretess

Intervjuerna kommer att ljudinspelas. Forskningsmaterialet kommer att förvaras så att ingen obehörig kommer att få tillgång till det och för att möjliggöra granskning. Ingen obehörig kommer att få tillgång till det och då data från studien kommer att publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

#### Hur får jag information om studiens resultat?

Om Du vill ta del av studiens resultat, är Du välkommen att kontakta nedan angivna personer.

#### Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt och du har full rätt att när helst du önskar, dra dig ur undersökningen utan att ange något skäl. Om du väljer att avbryta medverkan i studien så kommer det inte att påverka den övriga vården som tillhandahålls.

**Ansvariga:**

**Maria Bulun**, Sjuksköterska, vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet.

Mobil: 070-0425372 e-post: [gusbuluma@student.gu.se](mailto:gusbuluma@student.gu.se)

**Farinaz Mosavatchi**, Sjuksköterska, vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs

Universitet. Mobil: +47 40490476 e-post: [gusmosavfa@student.gu.se](mailto:gusmosavfa@student.gu.se)

**Handledare**

**Margareta Mollberg**, Barnmorska, Med dr., Universitetslektor vid institutionen för vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. e-post: [margareta.mollberg@gu.se](mailto:margareta.mollberg@gu.se)

Samtyckesformulär till forskningsstudien:

”kvinnors upplevelser av förlossningskontrakt”

Jag har läst informationen och jag har fått tillfälle att ställa kompletterande frågor angående min medverkan i denna studie. Jag samtycker till att medverka i denna forskningsstudie som handlar om kvinnors upplevelser av förlossningskontrakt. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande utan att det får några konsekvenser.

Kvinnan:

Göteborg den \_\_\_\_\_ Namn: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Undertecknad har gått igenom och förklarat studiens syfte för ovanstående forskningsperson samt erhållit forskningspersonens samtycke.

Göteborg den \_\_\_\_\_ Namn: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_



## **Bilaga 3**

### **Till berörda vårdenhetschefer och verksamhetschefer på Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

#### **Förfrågan om intervjuer med patienter**

Vi är två sjuksköterskor som genomför vår magister-uppsats i reproduktiv och perinatal hälsa. Vi skriver till Er med anledning av att vi i uppsatsen avser att studera patienters upplevelser av att erhålla ett förlossningskontrakt. Vi ämnar genomföra en studie under höstterminen 2016 vilket involverar intervjuer av patienter. Med detta brev önskar vi få tillåtelse att genomföra studien hos Er, vi önskar även att kunna ta del av patientdata för att kunna planera intervjuerna. Studien vänder sig till patienter som erhåller förlossningskontrakt vid Auroramottagning, Östra Universitetssjukhuset i Göteborg.

#### **Studiens bakgrund och syfte**

Var femte gravid kvinna upplever förlossningsrädsla. På mödrahälsovården upptäcks förlossningsrädda kvinnor och de kan remitteras vidare till en specialistverksamhet för ytterligare samtal och stöd. Barnmorskans mål är att förebygga hälsorisker och strävar att få kvinnan att se möjligheten att föda barn vaginalt på grund av fördelarna för mor och barn. En del förlossningsrädda kvinnor finner ett planerat kejsarsnitt som enda utvägen för att föda barn. Dessa kvinnor kan vara i behov av att erbjudas ett förlossningskontrakt som innebär att kvinnorna kan tänka sig förlösas vaginalt om de under förlossningen har möjligheten att avslutas med kejsarsnitt. Begränsade studier finns om förlossningskontrakt och kvinnors upplevelse.

Syftet med den föreliggande studien är att beskriva hur kvinnor upplevt att ha erbjudits ett förlossningskontrakt.

## **Studiens genomförande**

Studien kommer att genomföras genom intervjuer av utvalda patienter efter informerat samtycke. Beräknad tid för samtalet är cirka 30 minuter. Samtalet mellan intervjuare och forskningsperson kommer att bestå av frågor som berör förlossningskontrakt. Intervjuerna kommer inte att påverka den övriga vården. Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Endast forskningspersonal som genomför studien samt ansvarig handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias. Deltagande i studien är helt frivilligt och patienten kan när som helst välja att avbryta sin medverkan. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer och kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

### Ansvariga för studien

Farinaz Mosavatchi  
Leg. Sjuksköterska  
Tel: +47 40490476  
gusmosavfa@student.gu.se

Maria Bulun  
Leg. Sjuksköterska  
Tel: +46 700425372  
gusbuluma@student.gu.se

Handledare  
Margareta Mollberg  
margereta.mollberg@gu.se

## Samtycke till utförande av studie på berörd enhet/verksamhet

Härmed ger jag mitt samtycke till att studien genomförs enligt beskrivning ovan.

Enhet/Verksamhet:

---

Datum: \_\_\_\_\_

Namnunderskrift:

---

Namnförtydligande:

---

Ansvariga för studien

Farinaz Mosavatchi  
Leg. Sjuksköterska  
Tel: +47 40490476  
gusmosavfa@student.gu.se

Maria Bulun  
Leg. Sjuksköterska  
Tel: +46 700425372  
gusbuluma@student.gu.se

Handledare  
Margareta Mollberg  
margareta.mollberg@gu.se