RF

UMEÅ UNIVERSITET

Induktion på humanitär indikation

Barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter

Kati Väyrynen.

Examensarbete, master nivå 30 hp

Sexuell och reproduktiv hälsa, 30 hp

Vt 2026

Innehållsförteckning

Abstrakt
Abstract
Introduktion
Bakgrund **1**
Tidigare forskning 1
Induktion av förlossning 2
Risker och komplikationer 3
Humanitära skäl till induktion 4
Barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter vid humanitär induktion 5
Kvinnors upplevelser 6
Barnmorskans professionella uppdrag och etiska grund 6
Omsorgsetik 7
Motiv för studien 7
Syfte 8
Metod **8**
Design 8
Studiekontext 10
Urval /Deltagare 10
Datainsamling/Procedur 11
Analys 11
Forskningsetiska överväganden 14
Resultat **14**
1. Etisk möta kvinnors behov utan att ge avkall på vårdgivares ansvar 14
1.1 Etisk vägleda utan att styra 15
1.2 Tolkningsutrymme för kvinnors subjektiva lidande 16
2. Organisatoriska villkor påverkar handlingsutrymmet i förlossningsvården 16
2.1 Tidspress och arbetsbelastning begränsar kommunikationen 17
2.2 Barnmorskors och förlossningsläkares olika ansvar påverkar synen på induktionsprocessen 18
3. Induktion i praktiken innebär etiska överväganden som ofta är mer flexibla än vad riktlinjer antyder 19
3.1 Medicinska riktlinjer följs inte alltid 19
3.2 Etisk hantering av kvinnors förväntningar och upplevd risk 20
Kärnkategori: Att etiskt navigera mellan kvinnors autonomi, professionalitet och säker förlossningsvård 21
Diskussion **22**
Resultatdiskussion 22
Att navigera mellan att ge kvinnor inflytande och samtidigt upprätthålla professionalitet och säker förlossningsvård 22
Etiskt möta kvinnors behov utan att ge avkall på vårdgivares ansvar 23
Organisatoriska villkor påverkar handlingsutrymmet i förlossningsvården 24
Induktion i praktiken innebär etiska överväganden som ofta är mer flexibla än vad riktlinjer antyder 24
Etiska och tvärprofessionella reflektioner 25

Ny kunskap och implikationer för klinisk praxis 26
Förslag på framtida forskning 26
Metoddiskussion 27
Konklusion **28**
Referenser **30**
Bilaga 1 Förfrågan & informationsbrev till verksamhetschef
Bilaga 2 Informationsbrev till deltagare
Bilaga 3 Samtycke för personuppgiftsbehandling och information till registrerade
Bilaga 4 Frågeguide

Induktion på humanitär indikation - barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter

Abstrakt

Bakgrund: Induktion av förlossning har ökat markant i Sverige under de senaste åren. Utöver medicinska orsaker förekommer även induktion på humanitär indikation, vilket innebär att beslutet grundas på kvinnans psykiska eller sociala situation snarare än på medicinska skäl. Samtidigt betonas kvinnors rätt till delaktighet och informerat samtycke som centrala principer i förlossningsvården. Hur vårdpersonal upplever och hanterar dessa beslut i praktiken är dock mindre utforskat, särskilt i den svenska kontexten.
Motiv: Eftersom beslut om humanitär induktion ofta innebär en etisk och professionell avvägning mellan kvinnans självbestämmande och vårdgivarens ansvar för medicinsk säkerhet, behövs en fördjupad förståelse av vårdpersonalens erfarenheter och perspektiv.
Syfte: Att undersöka barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter av induktionsprocessen på grund av humanitär indikation.
Metod: Studien har en kvalitativ design med induktiv ansats enligt konstruktivistisk grundad teori. Datainsamlingen bestod av individuella semistrukturerade intervjuer med barnmorskor och förlossningsläkare vid tre förlossningskliniker i Stockholm. Analysen genomfördes i flera steg genom initial, fokuserad och teoretisk kodning, vilket resulterade i tre kategorier och en kärnkategori.
Resultat: Tre huvudkategorier växte fram: *Etisk möta kvinnors behov utan att ge avkall på vårdgivares ansvar*, *Organisatoriska villkor påverkar handlingsutrymmet i förlossningsvården*, och *Induktion i praktiken innebär etiska överväganden som ofta är mer flexibla än vad riktlinjer antyder*. Kärnkategorin är *Att etiskt navigera mellan kvinnors autonomi, professionalitet och säker förlossningsvård*
Konklusion: Studien visar att beslut om humanitär induktion präglas av en komplex balans mellan kvinnors delaktighet, professionellt ansvar och organisatoriska förutsättningar. För att främja kvinnocentrerad vård krävs både strukturellt stöd och tid för dialog, där barnmorskors och förlossningsläkares samverkan stärks och kvinnors individuella behov erkänns som centrala för en trygg och etiskt hållbar vård.

Nyckelord: Barnmorskor; Erfarenheter; Förlossningsläkare; Förlossningsvård; Grundad teori; Humanitärinduktion

Induction of labor on humanitarian indication – midwives' and obstetricians' experiences

Abstract

Background: The rate induction of labour has increased significantly in Sweden in recent years. In addition to medical reasons, inductions are also performed on humanitarian indications, meaning that the decision is based on the woman's psychological or social situation rather than on medical necessity. At the same time, women's right to participation and informed consent is emphasized as a central principle in maternity care. However, how healthcare professionals experience and manage these decisions in practice remains under-explored, particularly within the Swedish context.
Motive: As decisions regarding humanitarian induction involve ethical and professional considerations balancing women's autonomy with providers' responsibility for safety, a deeper understanding of healthcare professionals' experiences is needed.
Aim: To explore midwives' and obstetricians' experiences of the induction process on humanitarian indication.
Methods: A qualitative design with an inductive approach based on constructivist grounded theory was used. Data were collected through semi-structured individual interviews with midwives and obstetricians from three maternity units in Stockholm. Data were analysed through initial, focused and theoretical coding, resulting in three main categories and one core category.
Result: Three main categories emerged: Ethically *meeting women's needs without compromising professional responsibility*, *Organizational conditions influencing professional autonomy in maternity care*, and *Induction in practice involves ethical considerations that are often more flexible than the guidelines suggest*. The core category is *Ethically navigating between women's autonomy, professional responsibility, and safe maternity care*.
Conclusion: The study elicits the complex balance between women's participation, professional responsibility and organisational constraints in decisions about humanitarian induction. To promote woman-centred care, structural support, time for dialogue and strengthened interdisciplinary collaboration are essential. Ensuring both medical safety and emotional security is crucial for ethically sustainable maternity care.

Keywords: Midwives; Experiences; Obstetricians; Maternity care; Grounded theory; Humanitarianinduction

Översikt över arbetets omfattning

	Master (max 10 000 ord)
Antal sidor	35
Antal ord	9980
Antal tabeller	1
Antal figurer	2

Introduktion

Andelen induktioner av förlossning har under de senaste decennierna ökat markant i Sverige från 8 % år 1993 till 28 % år 2023 (Socialstyrelsen, 2024). Under samma period har kejsarsnittsfrekvensen stiger, och forskning visar att kejsarsnitt är vanligare vid induktion än vid spontan förlossning (Butler et al., 2024; Pfleiderer et al., 2023). Intressant nog har andelen kejsarsnitt bland kvinnor vars graviditet inducerats i vecka 41 minskat, vilket kan bero på förändrade rutiner och ett mer selektivt urval (Socialstyrelsen, 2024). Andelen induktioner har även ökat, visar en populationbaserad studie (Aziz et al, 2025;) i Kanada. I Australien ökade induktionen 25,4% år 2012 till 37,7% 2020 och bland förstföderskor ännu mer kraftfull ökning från 26% 2004 till omkring 46 % år 2020 enligt Australian institute of health and welfare (2025). I takt med denna utveckling har forskningen riktat fokus mot både medicinska och psykosociala konsekvenser. Samtidigt finns studier som påvisar dokumenterade risker för medicinska komplikationer såsom värksvaghet, blödning och ökad andel kejsarsnitt vid induktion av förlossning. Därtill har induktion associerats med negativa psykologiska förlossningsupplevelser, inklusive minskad känsla av kontroll och ökad stress (Carlson et al., 2021; Sengpiel & Wallström, 2021). Utöver de medicinska indikationerna har även humanitära skäl fått ökad betydelse i beslut om igångsättning, till exempel vid psykisk ohälsa eller svåra livsomständigheter (Ekman-Ordeberg, 2014; Kowalska et al., 2025). Detta aktualiserar etiska frågeställningar där vården behöver balansera kvinnors självbestämmande mot riskerna för barnet (SFOG, 2024). Då evidensen fortfarande är begränsad kring induktion före graviditetsvecka 40 är behovet av vidare forskning stort (Holzmann & Nordström, 2022).

Bakgrund

Mycket av forskningen kring induktion har fokuserat på induktion på medicinsk indikation samt kvinnor med överburenhet graviditet. En nationell svensk studie, SWEPIS (Swedish Post-term Induction Study), har haft betydelse för utformningen av kliniska riktlinjer genom att visa att det finns en minskad risk för perinatal fosterdöd när förlossningen sätts igång redan i graviditetsvecka 41, i stället för att avvakta till vecka 42 (Wennerholm et al., 2019). Studien jämförde förlossningsutfall mellan kvinnor som blev igångsatta i vecka 41 och de som följdes till vecka 42, och visade på fördelar med tidigare induktion ur ett säkerhetsperspektiv. Det finns även studier som visar att alla forskare inte är eniga om klinisk tolkning samt generaliserbarhet kring SWEPIS studie. Man har ifrågasatt både

metod och tolkning. Enligt Keulen et al.,(2019) randomiserade kontrollerade studie INDEX, som hade liknande upplägg som SWEPIS, visade ingen statistiskt signifikant skillnad i perinatal dödlighet mellan induktion i v.41 och kvinnor som fick vänta till graviditetsvecka 42, om ingen spontan förlossning startade tidigare. Vissa menar att den ökade perinatala dödligheten i SWEPIS kunde beror på tillfälligheter (Keulen et al., (2019). En nederländsk nationell kohortstudie (Ravelli et al.,2023) med låg-risk-gravida visade att induktion vid vecka 41 var associerad med ökad risk för kejsarsnitt, lågt Apgar-värde och behov av neonatal intensivvård. Samtidigt sågs minskad risk för intrauterin fosterdöd i vissa grupper. Resultaten belyser komplexiteten i beslut om rutinmässig induktion vid 41 veckor och vikten av att väga risker mot potentiella fördelar (Ravelli et al.,2023). Däremot är kunskapsläget betydligt mer begränsat när det gäller induktion vid humanitära indikation. Trots att flera studier har visat på medicinska fördelar med induktion av förlossning vid 41 fullgångna veckor, är resultaten inte entydiga. En systematisk översikt och metaanalys av Jeer et al., (2023), som inkluderade totalt 23 960 kvinnor och 22 191 nyfödda barn visade visserligen att tidig induktion kan minska risken för vissa perinatala komplikationer, men forskarna själva påpekar att underlagen är heterogena och att beslut bör anpassas till den enskilda kvinnans förutsättningar och önskemål. Det är därför viktigt att väga dessa resultat mot andra faktorer såsom kvinnors upplevelse, psykosociala aspekter samt risken för onödiga interventioner.

Prematur induktion, det vill säga före vecka 37, innebär betydande risker för barnet, exempelvis andningssvårigheter, infektionskänslighet och neurologiska komplikationer, med ökat behov av neonatal intensivvård (Holzmann & Nordström, 2022). Induktion i vecka 39 anses däremot generellt säker, då fostret vid den tiden oftast är moget. Förlossningsinduktionen som påbörjas i vecka 40–41 har visat sig ge goda förutsättningar för både modern och barnet, förutsatt att cervix är mogen (Ekman-Ordeberg, 2014). Tidigare forskning visar att induktion efter vecka 39 är relativt säker, medan kunskapen om induktion före vecka 40, särskilt på humanitära indikationer fortfarande är bristfällig. Detta tydliggör behovet av mer forskning där både medicinska, psykosociala och etiska aspekter beaktas (Ekman-Ordeberg, 2014; Holzmann & Nordström, 2022).

Induktion av förlossning

Indikationerna för induktion är många, bland annat överburenhet, preeklampsi, flerbörd, tillväxthämning eller andra maternella tillstånd. Bedömning av cervixmognad sker ofta med Bishops score, där ett högre värde indikerar goda förutsättningar för lyckad induktion (SFOG, 2024). Ett område som väckt diskussion är induktion före vecka 40 utan tydlig medicinsk indikation men på grund av humanitära skäl, där kunskapsläget fortfarande är

begränsat. Metoder för induktion av förlossning varierar. Vid omogen cervix används ofta mekaniska metoder såsom hinnsvepning eller farmakologiska metoder med prostaglandiner för att mjuka upp cervix. Därefter blir det möjlighet att fortsätta induktion med mekaniska metoder så som ballongkateter eller amniotomi (fostervattenavgång) eller farmakologiska metoder såsom intravenös infusion av oxytocin®, vilket stimulerar uteruskontraktioner genom att förstärka och stimulera värkarna (NICE, 2021; SFOG, 2024; WHO, 2018). Oxytocin® ges vanligtvis som en kontinuerlig infusion med stigande dos enligt fast schema, där målet är att uppnå ett regelbundet värkarbete 3–5 värkar per 10 minuter, utan att orsaka hyperstimulering eller påverkan på fosterhjärtljuden. Behandlingen övervakas noggrant genom kontinuerlig fosterövervakning (CTG) och värkregistrering (SFOG, 2024; WHO, 2018). Utöver de medicinska metoderna förekommer ibland komplementära alternativ som akupunktur eller hinnsvepning i ett tidigt skede, även om evidensen för deras effekt är begränsad (Chen et al.,2025). Oavsett metod syftar induktion till att initiera förlossningsprocessen på ett sätt som efterliknar det naturliga förloppet och samtidigt säkerställer trygghet för både mor och barn.

Den svenska SWEPIS-studien har haft stor betydelse för förändringar i nationella riktlinjer (Wennerholm et al.,2019). Studien jämförde igångsättning i vecka 41+0 med förlossningsstart i vecka 42+0 hos lågriskgravida kvinnor. Trots att den avbröts i förtid på grund av etiska överväganden visade resultaten att perinatal dödlighet var högre i kontrollgruppen, vilket bidrog till att rekommendationerna ändrades så att induktion erbjuds redan från vecka 41+0 (Wennerholm et al., 2019). Socialstyrelsen (2022) har påpekat att dödfödslar minskat under senare år, delvis som en följd av tidigarelagd induktion. Samtidigt framhåller SFOG:s riktlinjer (2024) att kvinnor bör vara i aktivt värkarbete eller ha fött senast i vecka 42+0. I Sverige fattas beslut om induktion i samråd mellan den gravida kvinnan och förlossningsläkare. Under graviditetsvecka 41 ska läkare erbjuda en medicinsk bedömning samt informera om fördelar och risker med igångsättning. Utifrån denna information har kvinnor möjlighet att fatta ett informerat beslut om hon vill genomgå induktion eller avvakta.

Risker och komplikationer

Eftersom induktion innebär en medicinsk intervention i den naturliga förlossningsprocessen finns potentiella risker för både kvinnor och barn. Framför allt förstföderskor och kvinnor med omoget cervixstatus löper större risk för kejsarsnitt än vid spontan förlossning (Sengpiel & Wallström, 2021). Metoder som oxytocindropp och amniotomi har också associerats med ökad risk för akut kejsarsnitt (Carlson et al., 2021). Maternella

komplikationer som värksvaghet, postpartumblödning och placentaavlossning har rapporterats samt neonatala problem såsom infektioner, sepsis och intrakraniella blödningar har rapporterats i samband med induktion (Kowalska et al.,2025). Trots att induktion av förlossning kan vara livräddande i vissa situationer, finns det också risker, särskilt vid induktion före fullgången tid. En systematisk översikt och metaanalys av Dong et al., (2022), som sammanfattade randomiserade kontrollerade studier om induktion före graviditetsvecka 40 hos låg-risk gravida, visade inte signifikant skillnad i kejsarsnittsfrekvensen. Däremot fanns indikationer på ökad användning av epidural, längre förlossningsarbete och vissa perinatala komplikationer vid induktion. Detta understryker behovet av noggrann individuell bedömning innan induktion initieras i denna grupp. Induktion före vecka 37 innebär dessutom risk för prematuritetsrelaterade komplikationer som andningssvårigheter, instabil temperaturreglering och infektionskänslighet (SFOG, 2024). För modern kan induktion öka risken för bristningar, cervixskador och förlängd återhämtning. Om förlossningen blir utdragen eller avslutas med kejsarsnitt ökar även risken för negativa psykologiska konsekvenser, såsom trauma eller upplevelser av misslyckande (Sengpiel & Wallström, 2021; SFOG, 2024). Vid humanitär induktion före vecka 40 kan dessutom omogen cervix försvåra förloppet och öka sannolikheten för misslyckad induktion som leder till kejsarsnitt, vilket belastar både moderns och barnets hälsa ytterligare (Debele et al., 2021; Senanayake et al., 2022).

Humanitära skäl till induktion

Under senare tid har induktion på humanitära grunder, det vill säga utan medicinsk indikation men med psykosociala orsaker, blivit mer vanligt förekommande (Socialstyrelsen, 2022). Psykisk ohälsa är den vanligaste faktorn. Kvinnor med depression, ångest eller posttraumatiskt stressyndrom kan ha svårt att hantera graviditetens påfrestningar, vilket i vissa fall motiverar en tidigarelagd förlossning (Ekman-Ordeberg, 2014). Beslut om humanitär induktion kräver alltid en individuell riskbedömning där både moderns psykiska hälsa och barnets utvecklingsnivå vägs in. Ofta sker detta i samråd mellan obstetriker, barnmorskor och ibland psykiatrisk expertis (SFOG, 2024). Det etiska dilemmat rör balansen mellan kvinnors självbestämmande och barnets behov av skydd, samtidigt som forskning visar att psykisk ohälsa under graviditeten kan få långsiktiga konsekvenser även för barnet (SFOG, 2024). Trots ökad uppmärksamhet kring psykosociala faktorer är det vetenskapliga underlaget om långsiktiga effekter av humanitär induktion fortfarande bristfälligt. Behovet av fler studier är därför stort för att utveckla evidensbaserade riktlinjer som kan vägleda vården i dessa komplexa situationer (Coates et al., 2020 b ; Ekman-Ordeberg, 2014).

Barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter vid humanitär induktion

När induktion övervägs på humanitär indikation, ställs både barnmorskor och förlossningsläkare inför komplexa beslut och situationer. Vårdpersonalens roll blir central för att ge kvinnor stöd, information och trygghet i ett skede där det ofta saknas tydliga medicinska riktlinjer och där beslutet i hög grad bygger på individuella bedömningar (Nilvén et al., 2022). Barnmorskornas uppdrag är att erbjuda en individanpassad vård och att stärka kvinnors känsla av delaktighet och kontroll. Samtidigt kan resursbrist och hög arbetsbelastning försvåra möjligheterna till kontinuerligt stöd, vilket i sin tur kan påverka kvinnors upplevelse av förlossningen negativt (Ekström-Bergström et al., 2022). Yrkesrollen innebär en balans mellan självständighet och samverkan. Vid induktion på humanitära grunder, där medicinsk evidens ofta är begränsad, blir samarbetet mellan barnmorskor och förlossningsläkare särskilt viktigt. Besluten rymmer etiska dilemman, där kvinnors önskemål och psykiska hälsa måste vägas mot barnets behov av skydd och riskerna med en tidig förlossning (Wilkinson et al., 2025).

Kvinnor i dessa situationer efterfrågar tydlig och respektfull kommunikation samt realistiska förväntningar inför induktionsförloppet. Bristande information kan annars skapa osäkerhet och brist på tillit till vården (Jay et al., 2018). Enligt Coates et al., (2020 a); samt Daemers et al., (2017) forskning visar också att bedömningar kring lämpligheten av induktion kan skilja sig mellan professioner, vilket kan leda till oenighet och variation i praxis. Enligt tvärsnittsstudien av Coates et al.,(2020 a) fanns betydande variation mellan olika sjukhus gällande vilka indikationer man använder för planerad förlossning, när man planerar förlossning och hur mycket kvinnor involveras i beslutsprocessen. I samma studie fann man att läkarna var mer benägna än barnmorskor att anse att kvinnor var tillräckligt informerade om processen och mindre benägna att anse att deras sjukhus behövde ändra praxis för induktion. Man upptäckte även att sjukhusen som upplevde störst behov av förändring kring induktion, ofta var de som upplevde lägst beredskap för att genomföra förändring till exempel i ledarskap, kultur och resurser. Studien Daemers et al., (2017) visade också att barnmorskornas kliniska bedömningar och handlande påverkades inte bara av evidens och riktlinjer utan även av deras personliga erfarenheter, intuition och praktiska kunskap. Synen på vad som är normalt skiljde sig mellan barnmorskor även lokala samarbete mellan olika professioner och vårdorganisationen spelade stor roll vid eventuella konsultation av induktionsbeslut. För att hantera dessa utmaningar krävs organisatoriska lösningar som främjar kvalitet och kontinuitet (Daemers et al., 2017). Ett förslag som lyfts fram är att genomföra delar av induktionsprocessen i hemmet eller på särskilda enheter utanför

förlossningsavdelningen, vilket kan ge kvinnor större trygghet och samtidigt avlasta vården (Black et al., 2024). Socialstyrelsen (2022) betonar att den ökande andelen induktioner behöver uppmärksammas i planeringen av förlossningsvården, både ur ett patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv.

Kvinnors upplevelser

När förväntningar om en spontan och ”normal” förlossning inte uppfylls exempelvis på grund av induktion, kan detta leda till känslor av besvikelse eller misslyckande. I studien av Gaudernack et al., (2020) uttryckte kvinnor att de känt sig passiva, medicinskt hanterade, och i vissa fall otillräckligt informerade inför beslutet att inducera, vilket i efterhand påverkat deras psykiska välbefinnande negativt. Gaudernack et al., (2020) visade även att kvinnor som genomgått inducerad förlossning oftare rapporterade känslor av oro, stress och ångest, särskilt när induktionen ledde till en rad av medicinska interventioner, exempelvis medicinsk smärtlindring, instrumentell förlossning eller kejsarsnitt. Dessa ingrepp kan upplevas som eskalerande och svårkontrollerade, vilket ökar risken för att förlossningen upplevs som traumatisk.

Barnmorskans professionella uppdrag och etiska grund

Barnmorskornas professionella uppdrag omfattar hela spektrumet av kvinnors reproduktiva, perinatala och sexuella hälsa. Uppdraget bygger på att främja välbefinnande och förebygga sjukdomstillstånd, samtidigt som vården ska präglas av ett helhetsperspektiv där fysiska, psykiska och sociala dimensioner samverkar (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). En viktig del i detta är att värna kvinnors autonomi och skapa förutsättningar för delaktighet och kontroll över vårdsituationen (ICM, 2018; Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). I situationer där vårdbehovet kräver insatser utanför barnmorskornas ansvarsområde, exempelvis vid beslut om induktion, sker dessa i samarbete med obstetriker. Barnmorskor ansvarar för hela induktionsprocessen allt från att stödja kvinnor, bidra med information, skapa trygghet samt sköta allt medicinskt genom hela processen. Forskning har visat att avvikelse från en förväntad, fysiologisk förlossning kan ha en negativ inverkan på kvinnors upplevelse av födandet. Induktion av förlossning, särskilt när den inte upplevs som nödvändig av kvinnor själva, kan uppfattas som en medicinsk kontroll av en annars naturlig process. I studier har det framkommit att induktion i vissa fall är kopplad till ökad risk för psykologiskt trauma och en känsla av förlust av kontroll, särskilt om förloppet blir långdraget, smärtsamt eller oförutsägbart (Baxter, 2020; Gaudernack et al., 2020).

Omsorgsetik

Etiska aspekter är centrala i beslut om induktion, särskilt när det saknas medicinsk indikation. Det handlar om att väga kvinnors autonomi mot fostrets bästa och att fatta beslut i komplexa situationer där tydliga riktlinjer ofta saknas. Barnmorskors etiska ansvar innebär att agera i enlighet med principerna om respekt för människovärde, integritet, rättvisa och självbestämmande (Wiklund-Gustin & Lindwall, 2023). Dessa principer aktualiseras särskilt vid humanitär induktion, där barnmorskor och läkare behöver navigera mellan kvinnors uttryckta behov och det etiska ansvaret att förebygga potentiella skador för barnet. I detta sammanhang är det avgörande att vårdpersonal erbjuder informerade val, delaktighet och ett professionellt förhållningssätt som bygger på omsorgsetik (Pettersen, 2012; Noddings, 2013). Baxter (2020) pekar på att brist på kontinuitet i vården, kombinerat med långa väntetider och ovisshet under induktionsförloppet, bidrar till att många kvinnor känner sig psykiskt utmattade och överväldigade. Denna typ av upplevelser kan i vissa fall leda till postpartum-trauma eller förlossningsrädsla inför framtida graviditeter. Denna etiska hållning kan förstås i ljuset av omsorgsetiken som teoretisk utgångspunkt. Omsorgsetiken, som bland annat utvecklats av Carol Gilligan (1982, s.85), betonar att etiska beslut inte enbart kan grunda sig på abstrakta principer om rättvisa, utan måste förstås i ljuset av relationer, ansvar och omsorg. Gilligan framhöll att moralisk förståelse formas i konkreta mänskliga sammanhang där empati, lyhördhet och relationell förståelse är centrala. Detta perspektiv vidareutvecklades av Nel Noddings, som i sin bok *Caring* (2013) betonar att omsorg växer fram i ett ömsesidigt och relationellt sammanhang, där den etiska handlingen utgår från mottagarens behov och den vårdandes responsivitet (Noddings, 2013). I en vårdkontext innebär detta att barnmorskor och läkare inte bara ska tillämpa etiska regler, utan även uppmärksamma den födande kvinnans unika situation och behov. Tove Pettersen (2008) lyfter dessutom fram begreppet “relational autonomy”, vilket tydliggör hur kvinnors beslutsförmåga formas i relation till omgivande stöd, maktstrukturer och professionellt bemötande (Pettersen, 2008). Ett omsorgsetiskt perspektiv fokuserar därmed på att skapa relationer präglade av förtroende och närvaro, där beslut fattas med hänsyn till både den enskilda kvinnans erfarenhet och det ömsesidiga beroendet mellan mor och barn. Genom denna teoretiska ram blir barnmorskors och förlossningsläkares etiska överväganden en fråga om att balansera empati och ansvar på ett sätt som främjar välbefinnande för alla inblandade.

Motiv för studien

Induktion av förlossning har ökat markant under de senaste åren i Sverige (Socialstyrelsen,

2024), vilket gör det särskilt angeläget att fördjupa förståelsen för barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter av denna intervention. Även om det finns omfattande forskning kring medicinska indikationer, för- och nackdelar samt internationella rekommendationer för induktion (WHO, 2018), saknas det i hög grad studier som fokuserar på de professionellas upplevelser och perspektiv. Barnmorskor och förlossningsläkare har en central roll i beslutsfattandet kring induktion, och deras kliniska bedömningar och rekommendationer kan i hög grad påverka den födande kvinnans upplevelse och valmöjligheter. Det är därför av stor betydelse att undersöka hur dessa yrkesgrupper erfar induktionsprocessen, samt vilka dimensioner som påverkar deras beslut i praktiken. Genom att belysa barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter kan man identifiera både styrkor och brister i vårdprocessen, vilket i sin tur på sikt kan bidra till att förbättra kvaliteten i förlossningsvården. Behovet av ytterligare forskning är särskilt stort när det gäller induktion på humanitär indikation, det vill säga när det inte föreligger tydliga medicinska skäl då detta område fortfarande är otillräckligt utforskat och kan vara avgörande för ett mer informerat och jämlikt beslutsfattande.

Syfte

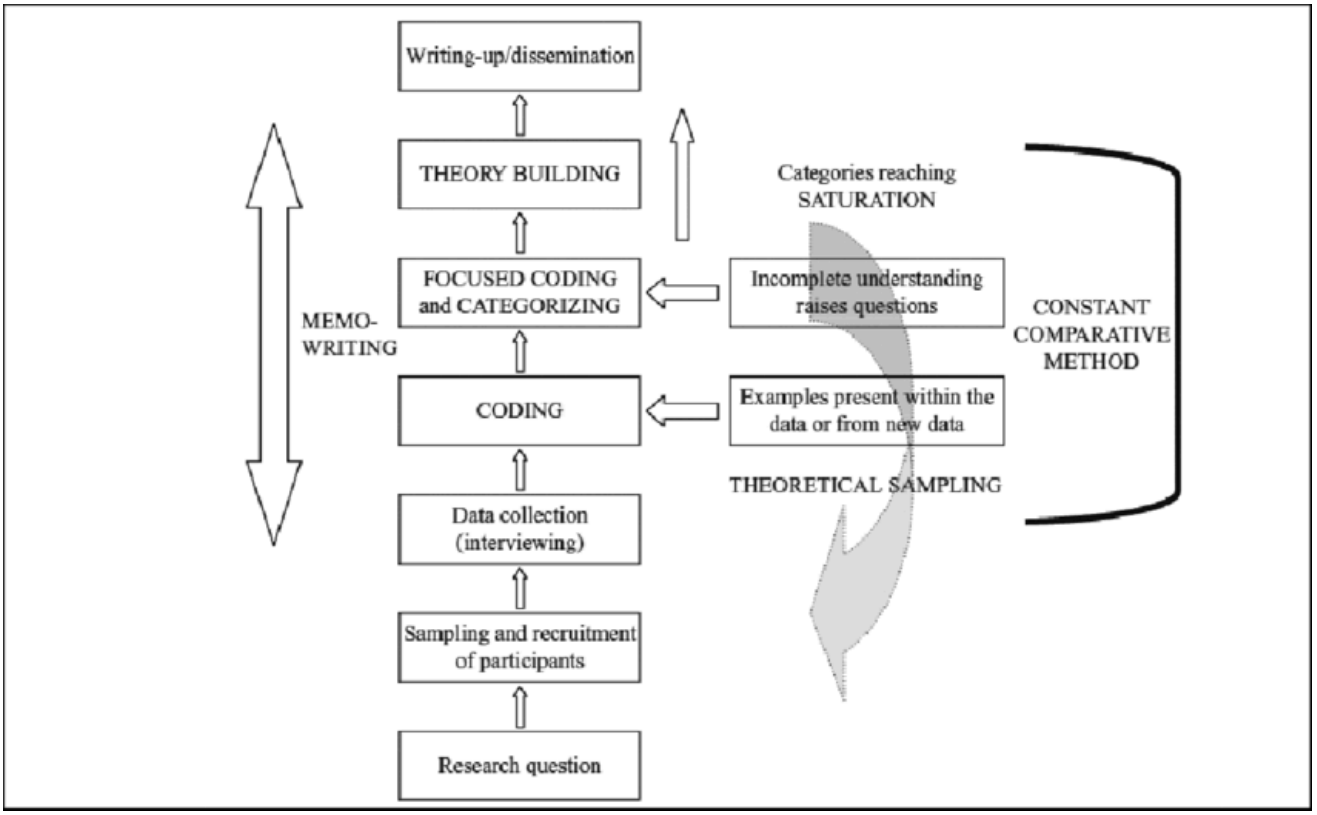
Syftet med denna intervjustudie var att undersöka barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter av induktionsprocessen på grund av humanitär indikation.

Metod

Design

Grundad teori är en kvalitativ forskningsmetod som används främst inom samhälls- och beteendevetenskaperna samt inom hälsovetenskaplig forskning. Metoden växte fram under 1960-talet och har sedan dess utvecklats i flera riktningar. Inom den konstruktivistiska ansatsen ses teori som något som forskarna konstruerar genom att tolka och analysera deltagarnas erfarenheter i deras specifika kontext (Charmaz, 2014, s.651). Detta synsätt lämpar sig väl för den aktuella studien, som syftar till att undersöka barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter till induktionsprosessen på humanitär indikation, ett område där yrkesutövarnas perspektiv och meningsskapande är centrala för förståelsen av det komplexa kliniska beslutsfattandet. För denna studie valdes en kvalitativ induktiv metod med enskilda semistrukturerade intervjuer, vilken är förenlig med grundad teorins ansats inspirerad av Charmaz (2014). Metoden bygger på en dynamisk process där datainsamling och analys sker parallellt, vilket gör det möjligt att systematiskt tolka och

analysera deltagarnas erfarenheter i deras specifika kontext. Forskaren rör sig fram och tillbaka mellan fältarbete och kodning, vilket möjliggör en fördjupad förståelse och successiv teorigenerering (figur 1). Syftet är inte att validera en befintlig teori, utan att låta teorin växa fram ur det empiriska materialet. Genom denna process utvecklas begrepp och kategorier som är nära förankrade i deltagarnas perspektiv och språkbruk. I denna studie har metoden möjliggjort en djupare analys av hur barnmorskor och förlossningsläkare uppfattar och hanterar induktion på humanitär indikation i sin yrkesvardag. Grundad teori enligt Charmaz är särskilt användbar när forskaren vill förstå sociala processer, identitetsskapande eller meningsskapande utifrån deltagarnas egna villkor. Genom att inte gå in i studien med förutfattade hypoteser kan forskaren vara öppen för oväntade mönster och nya insikter (Charmaz, 2014). Detta har varit avgörande i den aktuella studien, då deltagarnas beskrivningar av kliniska överväganden, etiska dilemman och organisatoriska villkor visade sig innehålla komplexa och ibland motsägelsefulla erfarenheter, vilka krävde en öppen och lyhörd analysansats. Enligt Polit & Beck (2021) är det lämpligt att använda en beskrivande design då syftet är att ta del av andras erfarenheter och för att få en helhetsbild av fenomenet induktion på humanitär indikation. Den konstruktivistiska varianten av Grundad teori, som utvecklats av Kathy Charmaz, utgår från en tolkande och induktiv forskningslogik där teorier genereras ur data snarare än prövas mot den. Till skillnad från den klassiska versioner av grundad teori (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990) betonar Charmaz (2014) forskarens aktiva roll i kunskapsproduktionen samt det samskapande förhållandet mellan forskare och deltagare (Charmaz, 2014, s.113).



Figur 1. Dataanalys enligt grundad teori (Charmaz, 2014, s.18)

Studiekontext

Studien genomfördes med barnmorskor och förlossningsläkare verksamma vid tre förlossningskliniker i Stockholm. Klinikernas patientvolym varierade mellan cirka 3 400 och 5 600 per år. Samtliga kliniker erbjuder både planerade induktioner och förlossningar med spontan start, vilket ger en representativ bild av klinisk praxis vid induktion av förlossning i Stockholmsregionen. Vid klinikerna arbetar barnmorskor, förlossningsläkare, undersköterskor, administrativ personal, avdelningsassistenter och städpersonal, vilket speglar den tvärprofessionella miljö som präglar förlossningsvården. I denna studie inkluderades dock enbart barnmorskor och förlossningsläkare, eftersom dessa yrkesgrupper bedömdes vara mest relevanta för studiens syfte. Barnmorskor ansvarar för att genomföra induktionsprocessen, övervaka förlossningsförloppet samt ge kontinuerlig information och emotionellt stöd för kvinnan och partner. Förlossningsläkarnas arbetsuppgifter vid induktionsprocessen omfattar bland annat att samtala med och informera kvinnor inför induktion, fatta beslut om induktion tillsammans med kvinnan, delta i själva induktionsförloppet vid behov samt bistå under förlossningar som utvecklas komplicerat. Genom att inkludera personal med varierande erfarenhet från tre olika kliniker syftade studien till att fånga en mångsidig bild av hur beslut om induktion fattas och hur rutiner praktiseras i olika vårdmiljöer. Induktioner i Region Stockholm regleras av verksamhetsspecifika riktlinjer vid respektive förlossningsklinik, där indikationer, tidpunkt och metoder för igångsättning av förlossning anges. Detta ger en gemensam struktur men samtidigt möjliggör viss flexibilitet utifrån kvinnans behov och klinisk bedömning. Enligt Socialstyrelsens statistik från 2024 har andelen igångsatta förlossningar fortsatt att öka i Sverige. I Region Stockholm utgjorde inducerade förlossningar under 2023 totalt 7 558 av alla förlossningar, vilket motsvarar 29,3 %. Samma år föddes totalt 25 761 barn i regionen (Socialstyrelsen, 2024).

Urval /Deltagare

I denna studie informerades samtliga barnmorskor och förlossningsläkare om studien från de tre förlossningsklinikerna i Stockholm. De barnmorskor och förlossningsläkare som uttryckte intresse inkluderades i studien. Studien omfattade totalt tio deltagare, sex barnmorskor och fyra förlossningsläkare, rekryterade från tre separata förlossningskliniker i Stockholm. Urvalet syftade till att fånga variation i yrkeserfarenhet och omfattade både mycket erfarna och relativt nyutexaminerade deltagare, med en yrkeserfarenhet som varierade mellan 3 och 28 år. På så sätt säkerställdes en mångfald av perspektiv och

erfarenheter, vilket är viktigt för att studiens resultat ska kunna spegla olika professionella erfarenheter inom förlossningsvården. Inklusionskriterierna omfattade att deltagarna var verksamma inom förlossningsvården vid någon av de tre klinikerna, hade möjlighet att avsätta tid för intervjun samt hade minst ett års yrkeserfarenhet. Exklusionskriterier var andra yrkesgrupper än barnmorskor och förlossningsläkare samt personer som inte var verksamma vid de utvalda klinikerna.

Datainsamling/Procedur

Datainsamlingen genomfördes vid tre förlossningskliniker i Region Stockholm. Inledningsvis skickades ett informationsbrev (Bilaga 1) till verksamhetschefen vid respektive klinik i syfte att ansöka om tillstånd att genomföra studien. Efter skriftligt godkännande från verksamhetscheferna distribuerades ytterligare ett informationsbrev (Bilaga 2) till barnmorskor och förlossningsläkare på respektive klinik, där syftet med studien förklarades, tillsammans med information om frivilligt deltagande, konfidentialitet och möjlighet att avbryta deltagandet när som helst. I samma brev bifogades även samtyckesformuläret. Rekryteringen skedde genom att intresserade deltagare själva tog kontakt med författaren via e-post eller telefon. Efter att kontakten hade etablerats, ringde jag upp deltagarna för att tillsammans komma överens om en tid som passade för intervju. Datainsamlingen bestod av semistrukturerade intervjuer, vilket möjliggjorde en flexibel men ändå fokuserad samtalsstruktur. En intervjuguide med öppna frågor (Bilaga 3) användes för att säkerställa att relevanta ämnet behandlades, samtidigt som det fanns utrymme för deltagarna att tala fritt utifrån sina egna erfarenheter. Intervjuguiden omfattade frågor kring deltagarnas yrkeserfarenhet och utbildningsbakgrund, deras syn på och erfarenheter av induktion på humanitär indikation, samt deras bedömningar av indikationer, fördelar och risker med induktion. Vidare behandlades hur information ges till den gravida kvinnan, hur delaktighet i beslutsprocessen främjas, samt deltagarnas upplevelser av lyckade och mindre lyckade induktioner. Intervjuerna genomfördes individuellt i ett ostört rum på respektive sjukhus, där förutsättningar för lugn och avskildhet kunde säkerställas. Samtliga intervjuer spelades in med ljudinspelare efter samtycke från deltagarna. Intervjuerna varierade i sin längd, med ett medelvärde på 24,7 minuter. Den kortaste intervjun var 13 minuter och den längsta 40 minuter. Inspelningarna transkriberades ordagrant av mig och analyserades därefter enligt grundad teori (Charmaz, 2014).

Analys

Denna studie utgår från en kvalitativ ansats med stöd av konstruktivistisk grundad teori enligt Charmaz (2014). Metoden valdes eftersom den ger utrymme för en tolkande och processinriktad analys där förståelsen av deltagarnas erfarenheter växer fram successivt ur materialet. Syftet med analysen var att utveckla en teoretisk modell som beskriver hur barnmorskor och förlossningsläkare upplever, resonerar kring och agerar i relation till induktion av förlossning på humanitär indikation. Analysprocessen genomfördes i fyra steg: initial kodning, fokuserad kodning, teoretisk kodning samt utveckling av en kärnkategori. Arbetet utfördes manuellt med stöd av Microsoft Word och Excel för att organisera koder, subkategorier och kategorier. Jag valde att inte använda datorbaserade analysprogram som NVivo eller Atlas.ti, eftersom jag ville arbeta nära texten och fördjupa mig i deltagarnas uttryck, språkbruk och sammanhang. Samtliga intervjuer genomfördes och analyserades på svenska, vilket innebar att ingen översättning behövdes. Analysen inleddes med att jag läste igenom varje transkription flera gånger för att få en helhetskänsla av innehållet. Därefter genomfördes initial kodning, där jag kodade data bit för bit för att identifiera vad som pågick i deltagarnas berättelser. Kodningen utgick från deras egna ord och begrepp för att bevara nyanser och betydelser så nära materialet som möjligt. Efter varje intervju skrev jag ett memo där jag sammanfattade mina intryck och reflektioner kring intervjun, exempelvis vad som överraskade mig, vilka mönster som började framträda och vilka begrepp som verkade centrala. Dessa memon fungerade som en länk mellan datamaterialet och den växande analysen. I nästa steg återvände jag till de initiala koderna för att identifiera de som var mest återkommande och analytiskt meningsfulla, fokuserad kodning. Här valde jag de koder som var mest centrala och relevanta för studiens syfte. Jag jämförde dessa koder mellan olika intervjuer, vilket är centralt i grundad teoris konstanta jämförelsemetod (Charmaz, 2014). På så sätt kunde jag se likheter, skillnader och variationer i hur deltagarna beskrev sina erfarenheter. Koder som handlade om liknande fenomen grupperades till subkategorier, till exempel hur beslut fattas i samråd med kvinnan, hur etiska överväganden uttrycks eller hur kliniska rutiner påverkar handlingsutrymmet. Under denna fas började mer sammanhängande mönster och processer framträda. När subkategorierna hade identifierats analyserade jag relationerna mellan dem för att skapa en mer sammanhållen förståelse av fenomenet. Jag ställde återkommande frågor till materialet, såsom ”vad händer här?”, ”vilken process beskriver detta?” och ”hur relaterar dessa kategorier till varandra?” för att fördjupa analysen. I denna fas blev memoskrivandet särskilt viktigt, eftersom det hjälpte mig att pröva olika analytiska tolkningar och successivt bygga en mer teoretisk förståelse av det som framträdde i materialet. I det avslutande steget identifierade jag en kärnkategori, som integrerade de centrala kategorierna till en övergripande förklaringsmodell. Kärnkategorin växte fram gradvis ur det systematiska jämförandet mellan data, koder och kategorier, och utgör studiens teoretiska kärna. Kärnkategorin beskrev processen, som bäst sammanfattade hur deltagarna hanterade induktion på humanitär indikation i sin kliniska

vardag. Resultatet av detta teoretiska arbete presenteras i detalj i resultatavsnittet. För att stärka analysens trovärdighet tillämpades flera strategier. Den konstanta jämförelsemetoden användes genom hela analysprocessen för att pröva och förfina kategorierna i relation till data. Memoskrivning fungerade som ett verktyg för att dokumentera reflektioner, metodologiska överväganden och framväxande idéer (Charmaz, 2014). Genom att kontinuerligt återvända till materialet kunde jag säkerställa att analysen var väl förankrad i deltagarnas egna beskrivningar och erfarenheter. För att bredda förståelsen av fenomenet inkluderades både barnmorskor och förlossningsläkare, vilket gjorde det möjligt att belysa ämnet ur flera yrkesmässiga perspektiv. Detta ökade variationen i materialet och fördjupade analysen. Kodningsprocessen dokumenterades systematiskt i tabellform för att synliggöra sambandet mellan koder, subkategorier och övergripande kategorier (tabell 1). Eftersom studien bygger på kvalitativ metodik var syftet inte att uppnå reliabilitet och validitet i kvantitativ bemärkelse. I stället fokuserades kvalitativ validitet (Charmaz, 2014; Lincoln & Guba, 1985), vilket handlar om att skapa en trovärdig och meningsfull representation av deltagarnas perspektiv, tolkade i sin kontext.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen enligt Charmaz (2014)

Initial kodning	Fokuserat kodning / Subkategori	Kategori	Kärnkategori
-Bekräfta oro -Bedömning av psykiskt lidande -Etisk ansvar i beslut -Informera stegvis -Skapa trygghet -Humanitär vs medicinsk induktion	-Etiskt vägleda utan att styra -Tolkningsutrymme för lidande	Etisk möta kvinnors behov utan att ge avkall på vårdgivarens ansvar	Att etiskt navigera mellan kvinnors autonomi, professionalitet och säker förlossningsvård
-Tidspress vid information -Bristande kommunikation -Bristande teamarbete -Professionella ansvar -Barnmorskans och förlossningsläkares rollfördelning	-Tidspress och arbetsbelastning begränsar kommunikationen -Barnmorskors och förlossningsläkares olika ansvar påverkar induktionsprocessen	Organisatoriska villkor påverkar handlingsutrymmet i förlossningsvården	
-Hänsyn till tidigare erfarenheter -Etiska övervägande mellan regelverk och individ -Emotionella stöd -Trygghet som positiv faktor	-Medicinska riktlinjer följs inte alltid -Etiskt hantering av kvinnors förväntningar och upplevd risk	Induktion i praktiken innebär etiska överväganden som ofta är mer flexibla än vad riktlinjer antyder	

Forskningsetiska överväganden

Studien har genomförts med utgångspunkt i principerna för god forskningssed enligt Vetenskapsrådet (2024 a) samt riktlinjerna i CODEX för forskning (Vetenskapsrådet, 2024 b) och i enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013). För att säkerställa deltagarnas autonomi och rätt till informerat samtycke informerades alla deltagare skriftligt och muntligt om studiens syfte, frivilligheten i deltagandet, möjligheten att avbryta när som helst samt att inga negativa konsekvenser uppstår om de valde att tacka nej (bilaga 1). Deltagarna gav skriftligt samtycke innan intervjuerna genomfördes (bilaga 2). Konfidentialitet och anonymitet har varit centrala aspekter i studien. Alla inspelningar och transkriberade intervjuer har hanterats med strikt sekretess, lagrats på säker plats och endast författare och handledare har haft tillgång till materialet. Personuppgifter har avidentifierats så att ingen enskild deltagare kan identifieras i rapporteringen av resultaten.

Vidare har studiens nyttoaspekt beaktats, med fokus på att resultaten kan bidra till ökad förståelse för professionella handlingsmönster och erfarenheter vid induktion på humanitär indikation. Eventuella etiska utmaningar, såsom risken för obehag eller känsliga reflektioner under intervjuerna, har hanterats genom att ge deltagarna möjlighet att avbryta eller avstå från att besvara frågor utan förklaring, men ingen av deltagarna önskade avbryta samtalet under intervjun.

Resultat

Intervjuerna med barnmorskor och förlossningsläkare resulterade i tre centrala kategorier med tillhörande subkategorier. Dessa belyser barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter, reflektioner och bedömningar kring induktion på humanitär indikation i möten med kvinnor som önskar bli igångsatta och vid själva induktionsprosessen samt när kvinnor föder. I resultatets avslutande sektion presenteras kärnkategorin, som lyfter fram den centrala process som binder samman studiens kategorier, vårdpersonalens etiska dilemman att navigera etisk mellan kvinnors autonomi och det professionella ansvaret för säker vård.

1. Etiskt möta kvinnors behov utan att ge avkall på vårdgivares ansvar

1.1 Etiskt vägleda utan att styra

Barnmorskor och förlossningsläkare beskrev ett återkommande mönster där de balanserade mellan att tillgodose kvinnors önskemål om induktion och att upprätthålla sitt professionella och etiska ansvar. Flera deltagare framhöll att beslut om igångsättning ofta innebär en komplex avvägning mellan medicinska riktlinjer, säkerhetsaspekter och kvinnors psykiska välbefinnande. Etiska överväganden framkom särskilt när psykiskt lidande, oro eller tidigare traumatiska förlossningar hos vissa kvinnor kunde väga tungt i beslutsprocessen. Detta resulterade i en mer humanitär bedömning, där beslut ibland grundades på bredare hänsyn än enbart medicinska skäl. Förlossningsläkare beskrev hur de försökte väga medicinska faktorer mot psykosociala behov på ett etiskt sätt. I vissa fall kunde induktion användas som ett sätt att lindra kvinnors ångest eller återge henne känslan av trygghet och kontroll. Samtidigt uttryckte barnmorskor en oro för att gränserna för humanitärt motiverad induktion kunde bli otydliga, särskilt när beslutet fattades av förlossningsläkaren innan de själva blev delaktiga:

> "Det varierar ganska mycket. I vissa fall tycker jag det är bra att sätta igång kvinnorna. Om de är väldigt trötta och att fortsätta graviditet det blir inte bra för barnet. Men sen samtidigt tänker jag att i vissa fall… bara för att de inte har kunnat sova förra natten… och att det är för jobbigt att vara gravid… det är inte en bra orsak för en igångsättningstid." (Barnmorska 4)

Arbetsfördelningen beskrevs som tydligt strukturerad: Förlossningsläkaren ansvarade för samtalet där information om för- och nackdelar gavs, och kvinnor i samråd med förlossningsläkare fattar beslutet om eventuell induktion. Barnmorskor deltog inte i själva beslutsfattandet, utan mötte ofta kvinnor först när beslutet redan var taget. De flesta barnmorskor uttryckte tillfredsställelse med denna ordning, eftersom ansvaret för beslutet låg hos förlossningsläkaren och kvinnor, vilket också minimerade etiska konflikter i deras yrkesroll.

> "Allting är redan planerat när jag träffar patienten. Jag upplever ju inte att jag som barnmorska måste komma in med min åsikt i det när någonting redan är bestämt utan jag har ju en tillit till sjukvården eller till den läkaren att läkaren och patienten redan har haft den här diskussionen om induktionsprocessen." (Barnmorska 5)

När beslutet väl var fattat betonade barnmorskorna sin roll i att skapa trygghet och delaktighet genom tydlig information, emotionellt stöd och kontinuerlig återkoppling. De beskrev hur det var viktigt att anpassa informationen till kvinnors behov, ge realistiska förväntningar och bekräfta hennes upplevelser. Kommunikation och närvaro beskrevs som

centrala verktyg för att skapa en känsla av kontroll och trygghet, även när handlingsutrymmet var begränsat. Detta arbete uppfattades som en etisk handling, eftersom det syftade till att respektera kvinnors autonomi och stärka deras delaktighet.

1.2 Tolkningsutrymme för kvinnors subjektiva lidande

Deltagarna beskrev att bedömningen av lidande ofta innebar ett tolkningsutrymme där subjektiva faktorer vägde tungt. Psykisk ohälsa, tidigare trauma eller stark oro upplevdes som legitima skäl för induktion, medan mer vardagliga graviditetsbesvär ibland ifrågasattes som grund. Förlossningsläkare berättade att de behövde balansera mellan att ta kvinnors upplevelse på allvar och att följa medicinska riktlinjer, vilket också innebar etiska överväganden kring när det är rimligt att avvika från standardprotokoll.

> "Kvinnor med tidigare traumatisk förlossningsupplevelse som liksom inte står ut att vara längre gravida på grund av sin ångest och oro att det här barnet kommer också dö… Jag tror att dom har jag nog väldigt lätt att sätta igång, om de vill." (Läkare 10)

Barnmorskor beskrev hur praktiska och sociala faktorer ibland togs i beaktande, exempelvis lång resväg, brist på barnomsorg eller social utsatthet, men att dessa skäl uppfattades olika mellan professioner och barnmorskor var ibland kritiska till skälen.

> "Jag har ju faktiskt läst alla möjliga konstiga saker… beviljad induktion för att hon föddes snabbt tidigare… bor alldeles för långt bort… att man kanske inte har barnvakt. Allt möjligt kan stå." (Barnmorska 3)

Bedömningen av lidande präglades därmed av både medicinska, psykologiska och sociala överväganden. Förlossningsläkare betonade att de försökte hitta alternativa lösningar innan de godkände induktion, medan barnmorskor upplevde att deras egen bedömning ofta blev sekundär. Trots detta arbetade de aktivt med att skapa trygghet och förståelse för kvinnor under processen. Deltagarna betonade att det professionella ansvaret sträckte sig bortom medicinsk säkerhet och inkluderade emotionellt stöd. Bedömningen av kvinnors behov blev en balansgång mellan föreskrivna riktlinjer och kvinnors subjektiva upplevelse, ett ansvar som i första hand bars av förlossningsläkare men där barnmorskor hade en viktig roll i att förmedla trygghet och delaktighet efter beslutet. Detta inkluderade också etiska reflektioner kring respekt för kvinnors autonomi och välbefinnande.

2. Organisatoriska villkor påverkar handlingsutrymmet i förlossningsvården

2.1 Tidspress och arbetsbelastning begränsar kommunikationen

Tidspress och hög arbetsbelastning beskrevs av både barnmorskor och förlossningsläkare som faktorer som inte bara begränsade kommunikationen, utan även påverkade känslan av att kunna ge vård av hög kvalitet. Deltagarna uttryckte frustration över att beslut om induktion ibland behövde fattas snabbt, vilket kunde skapa osäkerhet kring om bedömningarna var tillräckligt välgrundade. Korta konsultationer och hög patientvolym innebar att informationen ibland upplevdes otillräcklig, vilket kunde skapa frustration hos barnmorskor. Samtidigt innebar de korta mötena med gravida kvinnor att möjligheten till individanpassad och relationsbaserad vård ofta blev begränsad.

> "Jag upplever att oftast har kvinnor inte fått tillräcklig information eller inte fattat och tagit till sig informationen om hur lång tid det kan ta." (Barnmorska 6)

Flera förlossningsläkare betonade vikten av att kunna möta den gravida kvinnan utifrån en helhetssyn, där både medicinska och psykosociala aspekter av situationen beaktades innan beslut om induktion fattades. Samtidigt upplevdes detta som en utmaning i en klinisk vardag präglad av tidspress. Några beskrev hur de korta samtalen ibland gjorde det svårt att skapa förtroende och att verkligen förstå kvinnors behov, bakgrund och känslomässiga tillstånd. En förlossningsläkare uttryckte det så här:

> "Där har ju vi ofta ganska korta tider på oss. En halvtimme räcker ju sällan till att verkligen förstå vem har jag framför mig här." (Läkare 7)

Citatet illustrerar hur begränsad tid kan påverka möjligheterna att göra en holistisk bedömning av kvinnors situation. Samtidigt framkom det att upplevelserna varierade mellan informanterna. Några förlossningsläkare upplevde att de, trots ett pressat schema, kunde avsätta tillräckligt med tid för dessa samtal och därigenom skapa en mer nyanserad förståelse av kvinnors önskemål och livssituation. Skillnaderna speglar hur organisatoriska förutsättningar och individuella arbetssätt påverkar möjligheten att tillämpa en kvinnocentrerad och enhetlig vård vid beslut om induktion. Trots dessa organisatoriska begränsningar försökte barnmorskorna stärka kvinnors delaktighet och säkra informerat samtycke genom tydlig, stegvis kommunikation och kontinuerlig återkoppling under induktionsprosessen.

> "Det viktigaste tror jag är att de själva är medvetna om dels vad det finns för olika metoder som vi använder oss av och vad det finns för för- och nackdelar med de här metoderna, och att vi också vid varje moment försäkrar dem att de fortfarande är med på vad vi gör." (Barnmorska 5)

2.2 Barnmorskors och förlossningsläkares olika ansvar påverkar synen på induktionsprocessen

Rollfördelningen mellan barnmorskor och förlossningsläkare beskrevs som tydlig men ibland begränsande. Förlossningsläkare fattar beslut om igångsättning tillsammans med kvinnor, medan barnmorskor ansvarar för att genomföra de tekniska och medicinska interventionerna, övervaka förloppet och ge emotionellt stöd till både den födande kvinnan och hennes partner. Flera barnmorskor uttryckte en känsla av att induktionerna ibland drevs fram i ett alltför snabbt tempo, där beslutet om igångsättning medförde att vårdprocessen måste fortgå enligt ett förutbestämt schema. Möjligheten att låta kvinnors kropp ”puttra på”, det vill säga att låta förlossningen utvecklas i sin egen takt upplevdes som begränsad. En barnmorska beskrev det så här:

> "Det händer att jag känner: 'Varför ska vi vara så klåfingriga? Kan vi inte låta kvinnan få puttra på?' – men beslutet är redan taget." (Barnmorska 3)

Citatet illustrerar den spänning som flera barnmorskor beskrev mellan en medicinsk logik som betonar effektivitet och tidsstyrning, och en omvårdnadslogik som värnar om att stödja kvinnans fysiologiska förlossningsprocess och individuella rytm. För barnmorskorna handlade det om att hitta en balans mellan att följa fastställda rutiner och att samtidigt värna kvinnors individuella rytm och kroppsliga process. Denna upplevelse av forcering framkom däremot inte i läkarnas intervjuer, där fokus snarare låg på att säkerställa patientsäkerhet och medicinsk effektivitet. Denna struktur kunde skapa frustration hos barnmorskor, särskilt när deras erfarenhet inte beaktades i beslutsprocessen. Den hierarkiska ordning som präglar förlossningsvården, där det medicinska ansvaret ytterst ligger hos förlossningsläkare, upplevdes ibland som begränsande för barnmorskornas professionella handlingsutrymme. Dessutom sker förlossningsverksamheten dygnet runt, vilket innebär att personalen måste kunna fatta och genomföra beslut om induktion när som helst på dygnet, vilket kan förstärka pressen och påverka handlingsutrymmet.

> “ Lilla konflikten (syftar mellan barnmorskor och förlossningsläkare). Den tycker jag är väldigt tråkig och onödig. Vi måste samarbeta och om vi inte samarbetar bra så blir det inget bra för patienten” (Läkare 9)

I vissa fall framkom i analyserna att den medicinskt styrda logiken kunde få större genomslag än den mer holistiska utgångspunkt som ofta präglar barnmorskors arbetssätt, där förlossningen förstås som en kroppslig process som vanligen utvecklas spontant.

> “Jag tycker inte att det finns egentligen någon fördel med induktion med humanitära skäl. Varför ska vi sätta igång någonting som kroppen själv kan egentligen göra?” (Barnmorska 1)

Detta innebär inte att deltagarna alltid uttryckte detta explicit, men deras beskrivningar antydde att den medicinska logiken ibland tog över på bekostnad av barnmorskors professionella bedömningar och arbetssätt. Detta kunde ge upphov till en känsla av att kvinnors kroppar hanterades utifrån en mer teknisk eller instrumentell syn, snarare än som en dynamisk och självreglerande process. Samtidigt betonade flera deltagare vikten av ett fungerande samarbete mellan barnmorskor och förlossningsläkare för att säkerställa kvinnors trygghet. När riktlinjer tillämpades alltför strikt upplevde barnmorskor att vården blev mindre individualiserad. Samtidigt noterades att ökningen av humanitärt motiverade induktioner kunde skapa ytterligare belastning på verksamheten.

> "Men det är klart att det kanske blir väldigt problematiskt om vi har för många som sätts igång av den anledningen humanitär. Om vi redan har så många som sätts igång av medicinska orsaker så belastar det alla kedjor i vården." (Barnmorska 3)

För vissa förlossningsläkare framstod dock humanitära induktioner främst som en utveckling i samhället snarare än ett stort problem i den kliniska praktiken, vilket en deltagare uttryckte:

> "Induktion på grund av humanitär indikation är inget stort problem men det kan vara en samhällstrend under uppsegling." (Läkare 10)

Deltagarna framhöll att organisatoriska faktorer, resursbrist och tydliga roller inom ramen för olika professioner påverkade deras handlingsutrymme och utmanade möjligheten att ge vård i linje med både professionell etik och kvinnors behov.

3. Induktion i praktiken innebär etiska överväganden som ofta är mer flexibla än vad riktlinjer antyder

3.1 Medicinska riktlinjer följs inte alltid

Förlossningsläkare och barnmorskor beskrev att bedömningen av när en induktion skulle genomföras ofta byggde på en kombination av medicinska faktorer, den gravidas tidigare erfarenheter och kvinnors psykologiska tillstånd. Strikt följsamhet till riktlinjer för induktion ansågs inte alltid möjlig eller optimal, eftersom varje kvinnas situation var unik. I praktiken behövde förlossningsläkare väga medicinska risker mot psykologiska och sociala

faktorer, vilket skapade ett tolkningsutrymme där professionella etiska överväganden balanserades mot kvinnors behov. Barnmorskor beskrev hur de anpassade vården under induktionsförloppet, både för att främja trygghet och för att stärka kvinnors känsla av kontroll. Samtidigt utgick deltagarna från att de följde medicinska riktlinjer för induktion som är verksamhetsspecifika för respektive förlossningsklinik inom Region Stockholm. Riktlinjer anger indikationer, tidpunkter och rekommenderade metoder för induktion, men som i klinisk praxis ibland behövde anpassas till den enskilda kvinnans situation.

> "Jag är väldigt tydlig med att de ska få bestämma själva, även om de redan har tagit induktionsbeslut och kommit överens med läkarna om induktionsmetoden. Så har de (syftar till kvinnor) valmöjlighet precis när som helst att avbryta induktionen." (Barnmorska 3)

Barnmorskor betonade att denna flexibilitet var central för kvinnocentrerad vård men krävde erfarenhet och gott omdöme. Det kunde uppstå etiska dilemman när kvinnors behov och medicinska riktlinjer inte helt överensstämde, men de menade att delaktighet och dialog ofta ledde till en bättre upplevelse och minskad psykologisk stress.

3.2 Etiskt hantering av kvinnors förväntningar och upplevd risk

Både barnmorskor och förlossningsläkare beskrev att kvinnors förväntningar på induktion ofta skilde sig från verkligheten. Många trodde att induktion skulle påskynda förlossningen, medan processen i praktiken ofta blev lång och fysiskt krävande.

> "Det blir oftast en förvåning för många patienter, för att de tror att deras förlossning går snabbare med induktion än medelpatienter med spontan start." (Läkare 8)

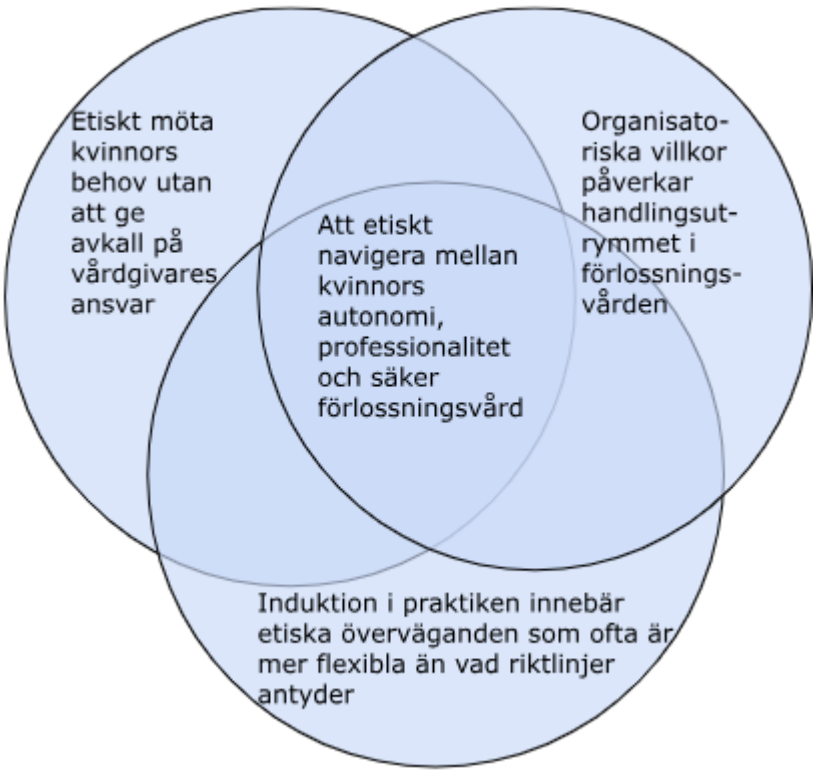
Flera deltagare lyfte även riskerna vid induktion, såsom ökad sannolikhet för instrumentell förlossning, kejsarsnitt, blödningar och bristningar.

> "Det kan bli komplikation som ökad risk för sugklocka, instrumental förlossning, kejsarsnitt, blödningar, stora bristningar." (Barnmorska 2)

Barnmorskor beskrev hur de kontinuerligt gav stöd, information och bekräftelse för att minska kvinnors stress och stärka känslan av kontroll. Förlossningsläkare betonade att emotionellt stöd även hade en medicinsk betydelse, eftersom oro och stress kunde påverka förlossningens förlopp. Deltagarna menade att induktion både kunde vara ett sätt att öka kvinnors trygghet och en potentiell källa till komplikationer. Balansen mellan vårdpersonalens bedömning av kvinnors behov, riktlinjer och medicinsk säkerhet sågs som en central del av det professionella ansvaret och etiska överväganden, och deltagarna

betonade vikten av erfarenhet, flexibilitet och kontinuerlig kommunikation. Efter att induktionen genomförts beskrev flera barnmorskor och förlossningsläkare att reflektionen kring vårdförloppet ofta fortsatte, både på individ- och verksamhetsnivå. För barnmorskorna handlade detta om att utvärdera hur väl processen hade mött kvinnors behov av delaktighet, trygghet och förståelse för det som skett. En lyckad induktion definierades inte enbart utifrån det medicinska utfallet, utan även genom kvinnors upplevelse av att ha blivit lyssnad på och respekterad, vilket var en central etisk aspekt. Samtidigt uttryckte vissa deltagare att när tiden varit begränsad eller kommunikationen brustit, kunde dom efteråt känna osäkerhet eller otillfredsställelse. Förlossningsläkare betonade vikten av återkoppling och lärande i teamet, där gemensam reflektion efter avslutad induktion sågs som en möjlighet att stärka samarbete och kvalitet i vården och att säkerställa etiska principer i praktiken.

Kärnkategori: Att etiskt navigera mellan kvinnors autonomi, professionalitet och säker förlossningsvård



Figur 2. Modell över induktionsprocessen vid humanitär indikation

Resultatet visar att vårdpersonalens arbete med induktion av förlossning sker i ett komplext fält där flera dimensioner måste vägas mot varandra. Centralt i intervjuerna framträder en återkommande strävan efter att skapa balans mellan att tillgodose gravida kvinnors

önskemål om att påverka beslutet. Samtidigt betonas vårdgivarens ansvar att fatta medicinskt motiverade och patientsäkra beslut. Denna balansgång påverkas samtidigt av yttre organisatoriska faktorer, såsom resursbrist, tidspress och organisatoriska ramar. De organisatoriska ramarna beskrevs som ett system där verksamheten pågår dygnet runt, med krav på att upprätthålla ett jämnt flöde av förlossningar och en effektiv användning av vårdplatser. Detta innebär att induktionsprocesser ofta behövde planeras och genomföras i ett visst tempo, vilket i praktiken kunde begränsa möjligheten till individuell anpassning och skapa en upplevelse av obalans mellan mängden induktioner och tillgängliga resurser. Kvinnors delaktighet, vårdpersonalens professionella bedömningar och verksamhetens förutsättningar samspelar ständigt i beslutet om humanitär induktion. Det handlar inte enbart om att väga medicinska risker mot psykologiskt lidande, utan också om att förhålla sig till hur olika riktlinjer samverkar, där nationella rekommendationer, lokala rutiner och individuella bedömningar kan tolkas och tillämpas på olika sätt i den kliniska praktiken. I denna process beskrivs hur vårdpersonal navigerar mellan att ge kvinnor inflytande och att samtidigt upprätthålla professionalitet och säker förlossningsvård. Denna kärnkategori fångar därför helheten i resultatet och binder samman tre centrala kategorier (figur 2) :

- Etiskt möta kvinnors behov utan att ge avkall på vårdgivares ansvar
- Organisatoriska villkor påverkar handlingsutrymmet i förlossningsvården
- Induktion i praktiken innebär etiska överväganden som ofta är mer flexibla än vad riktlinjer antyder

Tillsammans visar den framväxande kärnkategorin på komplexiteten i att förverkliga kvinnocentrerad vård i praktiken, där varje induktionsbeslut innebär en individuell förhandling mellan önskningar, ansvar och organisatoriska realiteter.

Diskussion

Resultatdiskussion

Att navigera mellan att ge kvinnor inflytande och samtidigt upprätthålla professionalitet och säker förlossningsvård

Resultaten i denna studie visar att beslut om induktion av förlossning präglas av en komplex avvägning där barnmorskor och förlossningsläkare måste balansera medicinskt ansvar, organisatoriska villkor och behovet av att ge individuellt anpassad vård. Forskning visar att förlossningsläkare i regel har det formella mandatet att tillsammans med kvinnan fatta beslut om induktion, medan barnmorskor ofta kommer in först i den praktiska implementeringen (Chua et al., 2024; Raoust et al., 2024). Detta skapar en tydlig rollfördelning, där läkare betonar medicinska riskbedömningar medan barnmorskor lyfter fram det kliniska helhetsomdömet och den kontinuerliga omsorgen. Liknande mönster beskrivs i både svenska och internationella studier, där professionerna måste hantera balansen mellan att vara lyhörda för individuella behov och samtidigt säkerställa en trygg handläggning (Chua et al., 2024; Dahlberg et al., 2025). I min studie framträder denna balansgång inte enbart som en organisatorisk fråga, utan som en vardaglig etisk praktik där barnmorskor och förlossningsläkare kontinuerligt behöver omförhandla sitt professionella ansvar i relation till kvinnans behov och önskemål. Detta kan förstås som ett uttryck för hur etiska beslut i förlossningsvården sällan är entydiga, utan formas i mötet mellan profession, organisation och individ. Forskning visar dessutom att interventioner som induktion ofta innebär en ökad risk för att kvinnor upplever minskad kontroll och emotionell stress om kommunikationen eller stödet brister (Baxter, 2020; Nilvén et al., 2022). Detta understryker behovet av att barnmorskor och läkare arbetar utifrån ett gemensamt förhållningssätt där både medicinsk säkerhet och emotionellt stöd integreras. Induktion framstår som en process som kräver flexibilitet, klinisk erfarenhet och vikten av tvärprofessionellt samarbete, vilket framträder i denna studies resultat.

Etiskt möta kvinnors behov utan att ge avkall på vårdgivares ansvar

En central aspekt som framträder i resultaten är hur barnmorskor och förlossningsläkare navigerar etiska överväganden när psykosociala eller emotionella faktorer vägs mot medicinska indikationer. Liknande dilemman beskrivs i tidigare forskning där vårdpersonal upplever osäkerhet kring hur icke-medicinska argument ska värderas (Chua et al., 2024; Raoust et al., 2024). Barnmorskor arbetar i hög grad utifrån en relationell omsorgslogik medan förlossningsläkare ofta utgår från medicinska riktlinjer. Gilligans (1982, s.109) omsorgsetik kan bidra till att förstå dessa skillnader då den lyfter fram vikten av relation, lyhördhet, moral och kontext i etiskt handlande. Min tolkning är att denna skillnad inte bör förstås som en motsättning mellan professionerna, utan snarare som kompletterande etiska perspektiv där båda behövs för att möjliggöra en vård som är både säker och

kvinnocentrerad. Resultaten tyder på att spänningen mellan dessa perspektiv i sig kan fungera som en etisk resurs, snarare än ett hinder, när samarbete och dialog fungerar väl. Ett återkommande tema i både denna och tidigare studier är att informerat samtycke är svårt att säkerställa i situationer där tid eller organisatoriska resurser saknas (Abiola et al., 2025). Forskning visar att bristfälligt stöd och otydlig kommunikation kan leda till att kvinnor inte fullt ut förstår induktionsprocessens konsekvenser, vilket påverkar deras upplevelse av trygghet och delaktighet (Baxter, 2020; Nilvén et al., 2022). Även kliniska faktorer påverkar etiken. Internationella studier visar till exempel att vissa induktionsmetoder ofta innebär längre och mer krävande förlossningsförlopp jämfört med spontan start, vilket ställer ytterligare krav på etisk reflektion i mötet med kvinnor (Carlson et al., 2021). Utifrån min studie framstår det som att etiska utmaningar inte primärt uppstår i valet av induktionsmetod i sig, utan i hur induktionsprocessen kommuniceras, förbereds och följs upp av vårdpersonalen. Detta visar att etik i induktionsvården i hög grad praktiseras genom barnmorskans och läkarens sätt att informera, stödja och följa kvinnan, snarare än genom beslutet i sig. Resultaten visar att barnmorskor och förlossningsläkare försöker förena omsorg och medicinsk säkerhet, men att etiska utmaningar uppstår i relation till hur kvinnors behov vägs mot medicinska riskbedömningar.

Organisatoriska villkor påverkar handlingsutrymmet i förlossningsvården

Resultaten i denna studie tydliggör att organisatoriska villkor har stor påverkan på både barnmorskors och förlossningsläkares handlingsutrymme. Tidspress, resursbrist och högt patientinflöde begränsar möjligheten till grundliga samtal och tvärprofessionell samverkan. Liknande hinder har rapporterats både nationellt och internationellt, där vårdpersonal upplever att induktion ibland genomförs enligt organisatoriska flöden snarare än utifrån en individanpassad modell (Chua et al., 2024; Dahlberg et al., 2025). Barnmorskor beskriver i flera studier att de sällan deltar i det initiala beslutsfattandet, vilket skapar en upplevelse av reducerat professionellt inflytande (Raoust et al., 2024). I min studie framstår detta som särskilt problematiskt ur ett etiskt perspektiv, då barnmorskans kontinuerliga närvaro och kunskap om kvinnans upplevelse inte alltid får genomslag i de tidiga besluten. Detta kan ses som en strukturell begränsning av barnmorskans möjligheter att fullt ut verka i enlighet med sitt professionella ansvar. Förlossningsläkare framhåller samtidigt att stora patientflöden, medicinska krav och ett omfattande ansvar gör att beslut ibland tas hastigt (Dahlberg et al., 2025). Forskning visar även att hög arbetsbelastning och bristande kontinuitet ökar risken för klinisk variation, vilket både barnmorskor och förlossningsläkare beskriver som en utmaning i induktionsarbetet (Coates et al., 2020 a). Även specifika arbetsmoment, såsom amniotomi, har visat sig påverkas av organisatoriska krav, där

barnmorskor upplever att deras handlingsutrymme minskar när tidspress styr det kliniska arbetet (Ekström-Bergström et al., 2022). Sammantaget visar resultaten i den föreliggande studien, tillsammans med tidigare forskning, att organisatoriska villkor formar förutsättningarna för professionellt handlande, ansvarsfördelning och teamarbete.

Induktion i praktiken innebär etiska överväganden som ofta är mer flexibla än vad riktlinjer antyder

Resultaten visar att även om riktlinjer är centrala för beslut om induktion, används de i praktiken med flexibilitet. Denna flexibilitet beskrivs i forskning som en professionell nödvändighet i situationer där standardiserade kriterier inte fångar upp de psykosociala eller sammanhangsrelaterade faktorer som påverkar induktionsbeslutet (Chua et al., 2024; Dahlberg et al., 2025). Samtidigt hanterar barnmorskor och läkare denna flexibilitet olika. Läkare förknippar flexibilitet främst med medicinsk komplexitet och risknivåer, medan barnmorskor betonar helhetsbedömning, vårdrelation och kontinuitet (Raoust et al., 2024). Här blir Gilligans (1982, s.109) omsorgsetik relevant eftersom den belyser betydelsen av lyhördhet och relation i etiskt resonemang. Dessutom visar forskning att olika kliniska metoder och interventioner vid induktion, såsom användning av prostaglandiner, mekaniska ballongkatetrar eller syntetiskt oxytocin, har varierande effekter på förlossningsförlopp, duration och vårdbehov, vilket i sig kräver etisk flexibilitet och professionell omdömesförmåga i mötet med kvinnor (Carlson et al., 2021; Dong et al., 2022). Min övergripande tolkning är att denna flexibilitet inte ska förstås som ett avsteg från riktlinjer, utan som ett uttryck för professionell etik i praktiken. Resultaten visar att barnmorskor och förlossningsläkare kontinuerligt behöver tolka, anpassa och ibland omförhandla riktlinjer för att kunna möta kvinnors behov på ett etiskt försvarbart sätt.

Etiska och tvärprofessionella reflektioner

Denna studie belyser hur etiska överväganden och professionella perspektiv formar beslutsprocessen vid induktion. Barnmorskor och förlossningsläkare tolkar risker och behov på olika sätt, men forskningen visar att samarbetet fungerar bäst när dessa perspektiv integreras (Beier et al., 2025; Romijn et al., 2018; Schulz & Wirtz, 2023). Professionerna beskriver att god kommunikation, tydliga roller och en respektfull dialog är centrala för att säkerställa både säkerhet och individanpassad vård. Samarbetsforskning visar att bristande förståelse för varandras kompetens och ansvarsområden kan leda till en bristfälligt samordnad vårdprocess (Romijn et al., 2018). Samtidigt framhåller studier att stärkt tvärprofessionell samverkan förbättrar både arbetsmiljö och vårdkvalitet (Beier et al., 2025).

Barnmorskor och läkare befinner sig i en maktsituation gentemot gravida kvinnor, särskilt då läkare ofta är en privilegierad profession som har det formella mandatet att fatta beslut om induktion. Även om beslutet bör ske i dialog med kvinnan finns det en risk att vissa kvinnors röster inte alltid blir hörda, exempelvis på grund av ålder, socioekonomisk bakgrund, etnicitet eller språkbarriärer. Detta perspektiv kan förstås utifrån intersektionalitet, som betonar hur olika maktstrukturer samverkar och påverkar individers möjligheter att göra sin röst hörd i vårdmötet (Crenshaw, 1991; Hankivsky et al., 2014). Utifrån föreliggande studie framträder att etiska reflektioner, organisatoriska förutsättningar och tvärprofessionell samverkan är oupplösligt sammanlänkade i arbetet med induktion, vilket också avspeglas i studiens resultat.

Ny kunskap och implikationer för klinisk praxis

Denna studie bidrar med kunskap om hur beslut om humanitär induktion formas i klinisk praxis, ur barnmorskors och förlossningsläkares perspektiv, där medicinska bedömningar, organisatoriska villkor och professionella etiska överväganden samverkar. Resultaten visar att vårdpersonal upplever att genuin delaktighet i beslutsprocessen inte enbart handlar om att ge kvinnor information om risker och fördelar, utan även om att skapa tid för dialog, upprätthålla kontinuitet, använda lyhörd kommunikation och inhämta samtycke vid interventioner under förlossning (Häggsgård et al., 2024). För klinisk praxis innebär detta behovet av tydliga modeller för gemensamt beslutsfattande där både barnmorskor och förlossningsläkare deltar tidigt och systematiskt i processen. Att använda omsorgsetiska principer, såsom att vara lyhörd för kvinnans behov och känslor, värdera relationer och sammanhang, samt integrera moral och omsorg i handling, kan hjälpa vårdpersonal att förena sitt medicinska ansvar med omtanke om patienternas behov, även inom de organisatoriska ramar som begränsar handlingsutrymmet (Gilligan, 1982, s.173-174). Detta kan konkret tillämpas i induktionsprocessen genom att barnmorskor och förlossningsläkare aktivt informerar, lyssnar på kvinnans önskemål, skapar trygghet och följer henne kontinuerligt under hela processen.

Förslag på framtida forskning

Framtida forskning bör undersöka kvinnors upplevelser av delaktighet vid beslut om induktion, särskilt med fokus på olika socioekonomiska grupper och olika indikationsgrunder, såsom medicinska behov, psykosociala skäl eller organisatoriska faktorer. För att få en djupare förståelse kan kvalitativa metoder, som semistrukturerade intervjuer eller fokusgrupper med kvinnor som genomgått induktion, vara värdefulla. Vidare

behövs studier om hur multiprofessionell samverkan kan stärkas, exempelvis genom gemensamma konsultationer mellan förlossningsläkare och barnmorskor. Här kan interventionsstudier eller observationsstudier av arbetsflöden på förlossningsavdelningar ge värdefull kunskap om vilka organisatoriska modeller som fungerar bäst. Det är också angeläget att undersöka hur riktlinjer för humanitär induktion tolkas och tillämpas i klinisk praxis, med målet att öka transparens, jämlikhet och kvinnors inflytande i vården. En kombination av kvalitativa studier med vårdpersonal och registerbaserade kvantitativa studier skulle kunna belysa både upplevelser och faktiska mönster i klinisk praxis.

Metoddiskussion

Denna studie har genomförts med ett konstruktivistiskt grundad teori-perspektiv enligt Charmaz (2014), vilket var ett ändamålsenligt metodval i relation till studiens syfte att fördjupa förståelsen för hur induktion utifrån humanitära indikationer hanteras och resonerats kring inom förlossningsvården. Grundad teori möjliggjorde en induktiv och processinriktad analys där deltagarnas erfarenheter, handlingar stod i fokus. Metoden gav även utrymme att synliggöra både relationella och strukturella dimensioner av handläggningen, vilket kan betraktas som en styrka. En metodologisk begränsning är att detta var mitt första arbete med grundad teori, vilket påverkade både datainsamling och analys. De inledande intervjuerna upplevdes som utmanande, då det krävdes träning i att ställa öppna följdfrågor och att följa deltagarnas utsagor på ett sätt som fördjupade de analytiskt relevanta processerna. Den första intervjun blev exempelvis relativt kort (13 minuter), vilket begränsade möjligheten att utforska utsagor mer djupgående i just den intervjun. Samtidigt utvecklades intervjutekniken successivt under studiens gång, vilket ligger i linje med Charmaz (2014) beskrivning av grundad teori som en iterativ och lärande metod. Urvalet bestod av ett begränsat antal deltagare inom förlossningsvård, vilket påverkar studiens överförbarhet. Även om målet inte var statistisk generaliserbarhet, kan resultaten bidra till teoretisk generaliserbarhet genom de mönster och processer som identifierats. Analysen resulterade i tydliga analytiska kategorier, men full teoretisk mättnad i Charmaz (2014) mening uppnåddes inte. Vissa kategorier hade kunnat utvecklas ytterligare genom fler intervjuer, särskilt där variationen i data var begränsad. Den framväxande modellen bör därför betraktas som preliminär. Studiens trovärdighet har stärkts genom en systematisk analysprocess som inkluderade initial, fokuserad och teoretisk kodning samt kontinuerlig jämförelse mellan data, koder och kategorier, vilket är centralt inom grundad teori (Charmaz, 2014). I linje med Lincoln och Guba (1985) har trovärdighet eftersträvats

genom en transparent och systematisk analysprocess samt genom att låta resultaten vara tydligt förankrade i det empiriska materialet. Memoskrivning användes fortlöpande för att fördjupa den analytiska reflektionen och för att synliggöra relationer mellan kategorier och mina tolkningar (Charmaz, 2014). Detta kan även ses som ett sätt att stärka studiens trovärdighet och tillförlitlighet, enligt Lincoln och Guba (1985), genom att analysprocessen gjorts spårbar och reflekterad. Att både barnmorskor och förlossningsläkare inkluderades i urvalet bidrog dessutom till variation i perspektiv och möjliggjorde jämförelser mellan professionella positioner inom samma organisatoriska kontext. Som insider-forskare, då jag själv arbetar som barnmorska på en förlossningsklinik i Stockholm, kan jag stå inför särskilda utmaningar såsom maktdifferenser i relationen till deltagare, risk för antagen förståelse av fenomenet och svårigheter att förhålla sig analytiskt kritisk. Detta har jag hanterat genom medveten memo-skrivning och reflexivitet under hela datainsamlingen (Aburn et al., 2021). Även min begränsade erfarenhet av metoden kan ha påverkat de analytiska tolkningarna, vilket understryker vikten av reflexivitet. I linje med konstruktivistisk grundad teori har analysen varit en fortlöpande och iterativ process där datainsamling, kodning och analys utvecklades parallellt. Genom kontinuerlig jämförelse mellan intervjuer, koder och framväxande kategorier har min analytiska förståelse successivt fördjupats, och tidigare tolkningar har omprövats i ljuset av ny data (Charmaz, 2014). Lärandet har därmed varit en integrerad del av den genomförda analysprocessen. Studien har genomförts med en metod som är väl anpassad till forskningsfrågan och som möjliggjort en fördjupad förståelse av ett komplext fenomen. Trots begränsningar såsom ett begränsat urval och att den teoretiska mättnaden inte fullt ut uppnåddes, bidrar studien med värdefulla insikter om hur professionella inom förlossningsvården balanserar kvinnors upplevda önskemål mot medicinska bedömningar inom vårdens organisatoriska ramar. Resultaten kan därmed vara relevanta även i andra liknande vårdkontexter.

Konklusion

Denna studie belyser den komplexitet som präglar beslut om humanitär induktion av förlossning, där vårdpersonal kontinuerligt behöver balansera medicinska bedömningar, etiska överväganden och organisatoriska förutsättningar. Resultaten visar att handläggningen ofta sker i ett spänningsfält mellan medicinskt ansvar och strävan efter att skapa delaktighet och trygghet för kvinnan, samtidigt som tidspress, resursbrist och organisatoriska ramar begränsar handlingsutrymmet. Studien synliggör att delaktighet inte enbart är en fråga om informerat samtycke, utan även om hur samtal, relationer och professionell närvaro utformas i praktiken. Etiska aspekter såsom respekt för kvinnans upplevelse, autonomi och behov av emotionell trygghet framträder som centrala, särskilt när beslut om induktion fattas på humanitära grunder. Ett tydligt resultat är att samarbetet

mellan barnmorskor och förlossningsläkare har stor betydelse för vårdens kvalitet. När barnmorskor involveras först efter att beslut redan är fattat begränsas möjligheten till ett gemensamt professionellt resonemang, vilket kan påverka både vårdprocessen och kvinnans upplevelse. Ökat interprofessionellt samarbete och tidigare involvering av barnmorskor, exempelvis att barnmorskor delta i induktiosamtalet kan bidra till ett bredare perspektiv och en mer sammanhållen vård. Studien pekar även på behovet av att se över riktlinjer för humanitär induktion, särskilt vad gäller tydlighet, etisk förankring och utrymme för individuella bedömningar. Vidare framstår tiden för samtal som en avgörande faktor. För att möjliggöra verklig delaktighet och trygghet behöver vården skapa utrymme för dialog och reflektion, även när detta utmanar en alltför rationell och effektiviserad vårdlogik. Studien visar att kvinnocentrerad och etiskt hållbar vård vid humanitär induktion förutsätter organisatoriska strukturer som stödjer professionell samverkan, tillräcklig tid för samtal och en balans mellan medicinsk säkerhet och mänskliga behov.

Referenser

Abiola, L., Legendre, G., Koechlin, A., & Coutellec, L. (2025). Barriers to informed consent in obstetric care during childbirth from practitioner's perspective: a qualitative study. *BMJ Open*, *15*(6), e101591. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-101591

Aburn, G. E., Gott, M., & Hoare, K. (2021). Experiences of an insider researcher – interviewing your own colleagues. *Nurse Researcher, 29*(3), 22–28. https://doi.org/10.7748/nr.2021.e1794

Australian institute of health and welfare (2025). https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/national-core-maternity-indicators/contents/labour-and-birth-indicators/induction-of-labour?utm_source

Aziz, S., Bruinsma, F., Blackburn, K., Homer, C. S. E., & Vogel, J. P. (2025). Trends in the use of induction of labor by methods and indications: A population-based study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *104*(5), 875–885. https://doi.org/10.1111/aogs.15087

Baxter, J. (2020). An exploration of reasons why some women may leave the birth experience with emotional distress. *British Journal of Midwifery*, *28*(1), 24–33. https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.1.24

Beier, L., Luyben, A., Thaqi, Q., & Rahel Naef (2025). Enhancing collaboration between midwives and obstetricians: A qualitative content analysis study. *Women and Birth : journal of the Australian College of Midwives*, *38*(4), 101929. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2025.101929

Black, M., Yuill, C., Harkness, M., Ahmed, S., Williams, L., Boyd, K. A., Reid, M., Bhide, A., Heera, N., Huddleston, J., Modi, N., Norrie, J., Pasupathy, D., Sanders, J., Smith, G. C. S., Townsend, R., Cheyne, H., McCourt, C., & Stock, S. (2024). Cervical ripening at home or in hospital during induction of labour: the CHOICE prospective cohort study, process evaluation and economic analysis. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, *28*(81), 1–142. https://doi.org/10.3310/LPYT7894

Butler, S. E., Wallace, E. M., Bisits, A., Selvaratnam, R. J., & Davey, M. (2024). Induction of labor and cesarean birth in lower‐risk nulliparous women at term: A retrospective cohort study. *Birth : Issues in Perinatal Care.*, *51*(3), 521–529. https://doi.org/10.1111/birt.12806

Carlson, N., Ellis, J., Page, K., Dunn, A., Phillippi, J. (2021). Review of Evidence-based Methods for Successful Labor Induction. *J Midwifery Womens Health 66 (4)*, 459- 469. https://doi.org/10.1111/jmwh.13238

Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2nd ed.). Sage Publications.

Chen, A., Zhang, J., Gao, D., Xu, Y., Jin, S., Zhou, T., Qu, F., & Acharya, G. (2025). Acupuncture for induction of labor in uncomplicated term pregnancies and the role of the acupoint selection: A systematic review and meta‐analysis. *ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA SCANDINAVICA*. https://doi.org/10.1111/aogs.70036

Chua, J. Y. X., Choolani, M., Lalor, J. G., Yi, H., Chong, Y. S., & Shorey, S. (2024). Perceptions of healthcare professionals regarding labour induction and augmentation: A qualitative systematic review. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, *37*(1), 79–87. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.09.003

Coates, D., Donnolley, N., Maralyn, F., Virgina, S., Henry, A., (2020 a). Exploring unwarranted clinical variation: The attitudes of midwives and obstetric medical staff regarding induction of labour and planned caesarean section. *Woman and Birth* 10. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.07.003

Coates, D., Makris, A., Catling, C., Henry, A., Scarf, V., Watts, N., Fox, D., Thirukumar, P., Wong, V., Russell, H., & Homer, C. (2020 b). A systematic scoping review of clinical indications for induction of labour. *PloS one*, *15*(1), e0228196. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228196

Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. https://doi.org/10.2307/1229039

Dahlberg, E., Blix, A., Sengpiel, V., & Elden, H. (2025). Health care professionals' perspectives and experiences of low-risk outpatient and inpatient labour induction: A qualitative interview study within the Swedish OPTION trial. *Midwifery*, *148*, Article 104462. https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104462

Daemers, D. O. A., van Limbeek, E. B. M., Wijnen, H. A. A., Nieuwenhuijze, M. J., & de Vries, R. G. (2017). Factors influencing the clinical decision-making of midwives: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 345. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1511-5

Debele, T. Z., Cherkos, E. A., Badi, M. B., Anteneh, K. T., Demssie, F. W., Abdo, A. A., Mihret, M.S. (2021) Factors and outcomes associated with the induction of labor in referral hospitals of Amhara regional state, Ethiopia: a multicenter study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 21, 225. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03709-5

Dong, S., Bapoo, S., Shukla, M., Abbasi, N., Horn, D., & D'Souza, R. (2022). Induction of labour in low-risk pregnancies before 40 weeks of gestation: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, *79*, 107–125. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.12.007

Ekman Ordeberg, G. (2014). Förlossningsinduktion. I H. Hagberg, K. Maršál & M. Westergren (Red.), Obstetrik. (s. 485–489). Studentlitteratur.

Ekström-Bergström, A., Thorstensson, S., & Bäckström, C. (2022). The concept, importance and values of support during childbearing and breastfeeding - A discourse paper. *Nursing open*, *9*(1), 156–167. https://doi.org/10.1002/nop2.1108

Gaudernack, L. C., Michelsen, T. M., Egeland, T., Voldner, N., & Lukasse, M. (2020). Does prolonged labor affect the birth experience and subsequent wish for cesarean section among first-time mothers? A quantitative and qualitative analysis of a survey from Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), 605–605. https://doi.org/10.1186/s12884-020-03196-0

Gilligan, C. (1982). In a different voice: Psychological theory and women's development. Harvard University Press.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine.

Hankivsky, O., Grace, D., Hunting, G., Giesbrecht, M., Fridkin, A., Rudrum, S., Ferlatte, O., & Clark, N. (2014). An intersectionality-based policy analysis framework: critical reflections on a methodology for advancing equity. *International journal for equity in health*, *13*, 119. https://doi.org/10.1186/s12939-014-0119-x

Holzmann, M. & Nordström L. (2022). Induktion av förlossning. I U. H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), Reproduktiv hälsa. (s. 550–554). Studentlitteratur.

Häggsgård, C., Rubertsson, C., Teleman, P. & Edqvist, M. (2024). Informed consent to midwifery practices and interventions during the second stage of labor—An observational study within the Oneplus trial. *PLoS One*, 19(6): e0304418. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0304418 PMC

International Confederation of Midwives. (2018). Keeping Birth Normal. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keepingbirth-normal-eng.pdf

Jay, A., Thomas, H., Brooks, F. (2018). In labor or in limbo? The experiences of women undergoing induction of labor in hospital: Findings of a qualitative study. *Birth* 45(1), 64-70. https://doi.org/10.1111/birt.12310

Jeer, B., Haberfeld, E., Khalil, A., Thangaratinam, S., & Allotey, J. (2023). Perinatal and maternal outcomes according to timing of induction of labour: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *288*, 175–182. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.07.021

Keulen, J. K. J., Bruinsma, A., Kortekaas, J. C., van Dillen, J., Bossuyt, P. M. M., Oudijk, M. A., Duijnhoven, R. G., van Kaam, A. H., Vandenbussche, F. P. H. A., van der Post, J. A. M., Mol, B. W., & de Miranda, E.
(2019). *Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): multicentre, randomised non-inferiority trial*. BMJ, 364, l344. https://doi.org/10.1136/bmj.l344

Kowalska, M., Nowak, K., Schneider, A., & Müller, S. (2025). A comparative analysis of methods of preinduction cervical ripening and induction of labor in Poland and in Germany: Maternal and neonatal outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, Article 118. https://doi.org/10.1186/s12884-024-07015-8

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

NICE. (2021). *Inducing labour. NICE guideline [NG207].* National Institute for Health and Care Excellence. https://www.nice.org.uk/guidance/ng207/resources/inducing-labour-pdf-66143719773637

Nilvén, H., Lundgren, I., Elden, H., Dencker, A. (2022). Women´s lived experiences of induction of labour in late- and post-term pregnancy within Swedish post-term induction study- a phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being* 17 (1). https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2056958

Noddings, N. (2013). Caring: A relational approach to ethics and moral education (2nd ed.). University of California Press.

Pettersen, T. (2008). Comprehending care: Problems and possibilities in the ethics of care. Lexington Books.

Pettersen, T. (2012). Conceptions of Care: Altruism, Feminism, and Mature Care. *Hypatia*, *27*(2), 366–389. https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2011.01197.x

Pfleiderer, M., Gilman, E., Grutner, B., Ratiu, J., Mallmann, P., Baek, S., Ratiu, D., & Mallmann-Gottschalk, N. (2023). Maternal and Perinatal Outcome After Induction of Labor Versus Expectant Management in Low-risk Pregnancies Beyond Term. *In Vivo.*, *38*(1), 299–307. https://doi.org/10.21873/invivo.13439

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice. (Eleventh edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Raoust, G., Hansson, S. R., & Kajonius, P. (2024). Swedish maternity care professionals' perception of labor induction. *Midwifery*, *133*, 103997. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103997

Ravelli, A. C. J., van der Post, J. A. M., de Groot, C. J. M., Abu-Hanna, A., & Eskes, M. (2023). Does induction of labor at 41 weeks (early, mid or late) improve birth outcomes in low-risk pregnancy? A nationwide propensity score-matched study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, *102*(5), 612–625. https://doi.org/10.1111/aogs.14536

Romijn, A., Teunissen, P. W., de Bruijne, M. C., Wagner, C., & de Groot, C. J. M. (2018). Interprofessional collaboration among care professionals in obstetrical care: are perceptions aligned?. *BMJ quality & safety*, *27*(4), 279–286. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006401

Schulz, A. A., & Wirtz, M. A. (2023). Assessment of interprofessional obstetric and midwifery care from the midwives' perspective using the Interprofessional Collaboration Scale (ICS). *Frontiers in psychology*, *14*, 1143110. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1143110

Senanayake, H., Mariani, I., Valente, E. P., Piccoli, M., Armocida, B., Businelli, C., Rishard, M., Covi, B., & Lazzerini, M. (2022). Outcomes of induction versus spontaneous onset of labour at 40 and 41 GW: findings from a prospective database, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth.*, *22*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-022-04800-1

Sengpiel, V., & Wallström, T. (2021). Förlossningsindikation. I Ajne, G. Blomberg, M.& Carlsson, Y (Red.), Obstetrik (3 uppl., s. 543–549). Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2022) Utveckling av förlossningsvården – kartläggning och analys https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/df9ded48788947f3a41a794ea6fc61b9/2022-11-8245.pdf

Socialstyrelsen. (2024). Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_mfr_004/val.aspx

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). Basics of Qualitative Research: Grounded Theory *Procedures and Techniques*. Newbury Park, CA: Sage.

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. (2024, 12 april). *Riktlinje: Induktion av förlossnin*g (rev 240412). https://www.sfog.se/dokument/sfog-riktlinje-induktion-av-forlossning-rev-240412/

Svenska barnmorskeförbundet (2018) Kompetensbeskrivning. https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf

Vetenskapsrådet. (2024 a). God forskningssed. https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html

Vetenskapsrådet. (2024 b). Codex – Vägledning om forskningsetik. https://www.codex.vr.se/index.shtml

Wennerholm, U. B., Saltvedt, S., Wessberg, A., Alkmark, M., Bergh, C., Wendel, S. 1193 B., Fadl, H., Jonsson, M., Ladfors, L., Sengpiel, V., Wesström, J., Wennergren, G., 1194 Wikström, A. K., Elden, H., Stephansson, O., & Hagberg, H. (2019). Induction of 1195 labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 1196 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIS): multicentre, open label, 1197 randomised, superiority trial. *BMJ* (Clinical research ed.), 367, l6131. 1198 https://doi.org/10.1136/bmj.l6131

WHO. (2018). *WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240052796

Wiklund-Gustin, L., & Lindwall, L. (2023). Etik för barnmorskor (2. uppl.). Studentlitteratur.

Wilkinson, D., Teli, S., Litchfield, C., Madeley, A., Kelly, B., Impey, L., Brown, R. C., Kingma, E., & Turnham, H. L. (2025). Ethics round table: choice and autonomy in obstetrics. *Journal of medical ethics*, *51*(9), 588–592. https://doi.org/10.1136/jme-2024-110503

World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects.
https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

Bilaga 1

Förfrågan & informationsbrev till verksamhetschef XX
Ansökan om tillstånd att genomföra en intervjustudie om igångsättning av förlossning på humanitär indikation

Mitt namn är Kati Väyrynen och inom ramen för ett examensarbete på avancerad nivå vid Umeå universitet önskar jag rekrytera deltagare till en intervjustudie om induktion på grund av humanitär indikation.

Bakgrund

Under senare år har ökningen av igångsättning av förlossningar av humanitära skäl, före graviditetsvecka 40, blivit ett allt mer uppmärksammat fenomen inom modern obstetrik. I dessa fall kan igångsättning av förlossningen ske av psykosociala skäl, ofta kopplade till psykisk ohälsa, svåra livsförhållanden eller andra faktorer som gör att en fortsatt graviditet anses innebära risker för kvinnors eller barnets hälsa och välbefinnande. Denna studie fokuserar på barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter av att möta gravida kvinnor i samband med igångsättning före vecka 40 på grund av humanitär indikation.

Syftet med denna intervjustudie var att undersöka barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter av induktions prosessen på grund av humanitär indikation.

Metod

En kvalitativ metod med enskilda semistrukturerade intervjuer för att beskriva barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter av induktion på grund av humanitär indikation före graviditetsvecka 40. Data analysering sker med hjälp av grundad teori (grounded theory) som är en metod, baserat på idén att växelvis samla in och analysera data. Denna ansats är passande för att fånga upp barnmorskors och förlossningsläkarens erfarenheter. Det är lämpligt att använda en beskrivande design då syftet är att ta del av andras erfarenheter och för att få en helhetsbild av fenomenet induktion med humanitär indikation före graviditetsvecka 40.
Urval: Deltagarna ska väljas ut genom bekvämlighetsurval som är lämplig att använda för att finna personer som är mest passade till studiens syfte. Inklusionskriterierna för att delta i studien är att deltagarna arbetar som barnmorskor och förlossningsläkare på förlossningskliniken och har minst ett års erfarenhet av förlossningsvård.

Hur går intervjustudien till?
Deltagare rekryteras via förlossningskliniker genom informationsbrev riktat till potentiella deltagare som därefter kontaktas ansvarig person för studien. Intervjuer bokas in.

Studien genomförs genom intervjuer under perioden 1/3-30/3, 2025. Intervjun kommer att innehålla frågor om barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter av induktion på grund av humanitär indikation före graviditetsvecka 40. Intervjun beräknas ta 30-45 minuter och det är viktigt att

intervjun sker i en ostörd miljö, på en tid och plats som man kommer att komma överens om tillsammans med varje intervjuperson. Intervjun kommer att spelas in och transkriberas till text.

Rapporteringen av resultaten kommer att göras så att ingen individ kan identifieras. När examensarbetet är klart och godkänt kommer det att lagras i en databas vid Umeå universitet. Inspelningarna och den utskrivna texten kommer att raderas när examensarbetet har godkänts.

Deltagandet är helt frivilligt och deltagaren kan när som helst avbryta sitt deltagande utan ytterligare motivering.

Studien genomförs inom ramen för en masterexamen i sexuell och reproduktiv hälsa och institution för omvårdnad Umeå universitet tillhandahåller handledare.

Härmed ber jag den ansvarige om tillstånd att genomföra denna studie vid sjukhuset i XX, Stockholm.

……..

Namn och datum för godkännande.

Kati Väyrynen	Monica Christianson
Leg.barnmorska och ansvarig för studien institutionen för omvårdnad /sexuell och reproduktiv hälsa, Umeå universitet	Universiteslektor, docent, leg.barnmorska institutionen för omvårdnad /sexuell och reproduktiv hälsa, Umeå universitet

Bilaga 2

Informationsbrev till deltagare

Vill du delta i en intervjustudie om barnmorskors och förlossningsläkares erfarenhet av induktion på grund av humanitär indikation före graviditetsvecka 40

Mitt namn är Kati Väyrynen och inom ramen för ett examensarbete på avancerad nivå vid Umeå universitet önskar jag rekrytera deltagare till en intervjustudie om induktion på grund av humanitär indikation.

Bakgrund

Under senare år har ökningen av igångsättning av förlossningar av humanitära skäl, före graviditetsvecka 40, blivit ett allt mer uppmärksammat fenomen inom modern obstetrik. I dessa fall kan igångsättning av förlossningen ske av psykosociala skäl, ofta kopplade till psykisk ohälsa, svåra livsförhållanden eller andra faktorer som gör att en fortsatt graviditet anses innebära risker för kvinnors eller barnets hälsa och välbefinnande. Inom ramen för ett masterarbete fokuserar denna studie på barnmorskors och förlossinngsläkares erfarenheter av att möta gravida kvinnor i samband med igångsättning före vecka 40 på grund av humanitär indikation.

Syftet med denna intervjustudie var att undersöka barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter av induktionsprocessen på grund av humanitär indikation.

Metod

En kvalitativ metod med enskilda semistrukturerade intervjuer för att beskriva barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter av induktion på grund av humanitär indikation före graviditetsvecka 40. Data analysering sker med hjälp av grundad teori (grounded theory) som är en metod, baserat på idén att växelvis samla in och analysera data. Denna ansats är passande för att fånga upp barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter. Det är lämpligt att använda en beskrivande design då syftet är att ta del av andras erfarenheter och för att få en helhetsbild av fenomenet.
Urval: Deltagarna ska väljas ut genom bekvämlighetsurval som är lämplig att använda för att finna personer som är mest passade till studiens syfte. Inklusionskriterierna för att delta i studien är att deltagarna arbetar som barnmorskor och förlossningsläkare på förlossningskliniken och har minst ett års erfarenhet av förlossningsvård.

Hur går intervjustudien till?
Deltagare rekryteras via förlossningskliniker genom informationsbrev riktat till potentiella deltagare som därefter kontaktar ansvarig person för studien. Intervjuer bokas in.

Studien genomförs genom intervjuer under perioden 1/3-30/3, 2025. Intervjun kommer att innehålla frågor om barnmorskors och förlossningsläkares erfarenheter av induktion på grund av humanitär

indikation före graviditetsvecka 40. Intervjun beräknas ta 30-45 minuter och det är viktigt att intervjun sker i en ostörd miljö, på en tid och plats som man kommer att komma överens om tillsammans med varje intervjuperson. Intervjun kommer att spelas in och transkriberas till text.

Den information du ger via intervjun kommer att behandlas säkert så att ingen obehörig person får tillgång till data. Inspelningarna sparas på en lösenordsskyddad dator vid Umeå universitet. Inga uppgifter som riskerar att röja din identitet kommer att röjas. Resultatet kommer att presenteras i masteruppsats som skrivs vid Umeå universitet och presenteras på en konferens på institutionen för omvårdnad, Umeå universitet år 2025. När examensarbetet är klart och godkänt kommer det att lagras i en databas vid Umeå universitet. Inspelningarna och den utskrivna texten kommer att raderas när examensarbetet har godkänts. Du kommer att ha möjlighet att ta del av examensarbetet genom att få en kopia av arbetet.

Deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan vidare motivering.

Dina erfarenheter är viktiga att få ta del av. Vänligen, kontakta mig om du är intresserad av och vill delta i denna studie.

Kontaktperson / Ansvarig för studien

Kati Väyrynen

Leg.barnmorska och ansvarig för studien
institutionen för omvårdnad /sexuell
och reproduktiv hälsa, Umeå universitet

Handledare för studien

Monica Christianson

Universiteslektor, docent,leg.barnmorska
institutionen för omvårdnad /sexuell och
reproduktiv hälsa, Umeå universitet

Bilaga 3

Samtycke till personuppgiftsbehandling och information till registrerade

Inför studentarbetet barnmorskors och förlossningsläkares erfarenhet av induktion på grund av humanitär indikation före graviditetsvecka 40 vid Umeå universitet kommer följande personuppgifter om dig att samlas in och behandlas

- *Namn*
- *Profession*

Ditt samtycke behövs för att ovanstående personuppgifter inför studentarbetet ska kunna behandlas. Mer information om studentarbetet finner du längre ner i blanketten. Det är Umeå universitet som är personuppgiftsansvarig för behandlingen. Kontaktuppgifter till Umeå universitet är Umeå universitet, 901 87 Umeå, registrator@umu.se, 090-786 50 00. Umeå universitet har utsett ett dataskyddsombud. Dataskyddsombudet nås på pulo@umu.se eller genom växeln 090-786 50 00. Du kan även kontakta den ansvariga Kati Väyrynen för studentarbetet via telefon 070-240 6532 eller e-mejl kati.vayrynen80@gmail.com.

Dina personuppgifter kommer med stöd av samtycket att behandlas längst fram till att studentarbetet har godkänts 2025.

Dina personuppgifter kommer endast att hanteras av behörig student samt behörig personal vid Umeå universitet.

Du har när som helst rätt att ta tillbaka ditt samtycke. Detta gör du genom att kontakta kursansvarig Umeå universitet, Madeleine Blusi Universitetslektor /madeleine.blusi@umu.se. Observera dock att ett återkallande av ditt samtycke inte påverkar lagligheten av behandlingen innan samtycket återkallats.

Du har även rätt att kontakta Umeå universitet för att få information om vilka uppgifter som behandlas om dig eller för att begära rättelse, överföring, radering eller begräsning av dina personuppgifter. Du kan även kontakta universitetets dataskyddsombud på mejl pulo@umu.se. För mer information om hur universitetet behandlar personuppgifter se: umu.se/gdpr

Du har även rätt att inge klagomål till tillsynsmyndigheten Integritetskyddsmyndigheten om du tycker att vi behandlar dina personuppgifter på ett felaktigt sätt.

Samtycker du till att dina personuppgifter används på sätt som beskrivs ovan?

1. Ja Datum: Namn:

Information om Umeå universitets behandling av personuppgifter i studentarbeten

Om du väljer att delta kommer viss information om dig att behandlas [ange vilken information som kommer att behandlas inom ramen för studentarbetet]. Denna information kommer att samlas in genom [ange hur och varifrån informationen inhämtas]. Informationen eller en del av informationen kommer att kunna kopplas till dig genom [beskriv hur informationen kan härledas till den som deltar]. Uppgifter som kan kopplas till dig på detta sätt räknas som personuppgifter enligt EU:s dataskyddsförordning 2016/679 (GDPR). Anledningen till att det i studentarbetet behöver behandlas sådana personuppgifter är [ange varför ni bedömt att personuppgifter behöver behandlas i studentarbetet].

Umeå universitet är personuppgiftsansvarig för denna behandling. Den rättsliga grunden för personuppgiftsbehandlingen är ditt samtycke i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, artikel 6.1 a.

Personuppgifterna kommer att förvaras vid universitetet på ett sådant sätt att, utöver ansvarig student, kommer endast behörig personal vid universitetet att ges tillgång till personuppgifterna. Uppgifterna kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Dina personuppgifter kommer att behandlas under hela studentarbetet som kommer att pågå i [ange under hur lång tid personuppgifterna kommer att behandlas].

Underlag till studentarbeten, där dina personuppgifter ingår, gallras efter att studentens betyg rapporterats i universitetets studieregister.

Enligt EU:s dataskyddsförordning samt nationell kompletterande lagstiftning har du rätt att:

· begära tillgång till dina personuppgifter (begära sk. registerutdrag)

· få dina personuppgifter rättade

· få dina personuppgifter raderade

· få behandlingen av dina personuppgifter begränsad.

Under vissa omständigheter medger dataskyddsförordningen samt kompletterande nationell lagstiftning undantag från dessa rättigheter. Rätten till tillgång till sina uppgifter kan exempelvis begränsas av sekretesskrav, och rätten att få uppgifter raderade kan begränsas av regler rörande arkivering.

Om du vill åberopa någon av dessa rättigheter ska du ta kontakt med dataskyddsombudet vid Umeå universitet (pulo@umu.se) och ange uppgifter om aktuellt studentarbete.

Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att klaga hos Integritetsskyddsmyndigheten. Information om detta finns på myndighetens webbplats (imy.se).

Bilaga 4

Frågeguiden

2. Hur länge har du arbetat som leg barnmorska / förlossningsläkare?
3. Hur länge har du arbetat på förlossningsavdelningen?
4. Har du någon form av specifik utbildning om induktion på grund av humanitär indikation?
5. Hur ofta arbetar du med att inducera förlossning?
6. Vad är din syn på induktion på grund av humanitär indikation före graviditetsvecka 40?
7. Kan du beskriva vilka kvinnor som kan behöva sättas igång?
8. Kan du beskriva vilka fördelar du ser med induktion på grund av humanitär indikation?
9. Kan du beskriva vilka risker som du uppfattar kan uppstå vid induktion före graviditetsvecka 40 enligt din erfarenhet?
10. Vilken är din erfarenhet av induktion innan graviditetsvecka 40 jämfört med induktion efter graviditetsvecka 40?
11. Hur väljer du att informera kvinnor om risker att bli inducerad på grund av humanitär indikation vid omogen cervix före graviditetsvecka 40?
12. Hur gör du den gravida delaktig i induktionsbeslutet?
13. Upplever du att du har tillräckligt med tid att informera patienterna?
14. Vilka råd ger du till en kvinna som önskar bli igångsatt?
15. Vilken graviditetsvecka enligt dig är ogynnsam att inducera och varför?
16. Vilken är din roll under själva induktionsprocessen?
17. Kan du beskriva en situation där du upplevde att induktionen blev “lyckad”?
18. Kan du beskriva en situation där du upplevde att induktionen blev mindre “lyckad”?
19. Har du ytterligare synpunkter som du önskar inkludera?

Tack för att du har deltagit!