



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

ATT TVINGAS KOMPROMISSA MED BARNMORSKEPROFESSIONENS VÄRDEGRUND

– en systematisk litteraturöversikt över
barnmorskans etiska dilemman

**Lina Pollnow Appell, Camilla Skyldeberg &
Rebecka von Zweigbergk**

Examensarbete:	15 hp
Program:	Barnmorskeprogrammet
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2023
Handledare:	Elisabeth Jangsten
Examinator:	Stefan Nilsson

Titel svensk:	Att tvingas kompromissa med barnmorskeprofessionens värdegrund – en systematisk litteraturöversikt över barnmorskans etiska dilemman
Titel engelsk:	To be forced to compromise with the midwifery profession's values – a systematic literature review of the midwife's ethical dilemmas
Examensarbete:	15 hp
Program:	Barnmorskeprogrammet
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2023
Handledare:	Elisabeth Jangsten
Examinator:	Stefan Nilsson
Nyckelord:	Barnmorska, barnmorskestudent, etiskt dilemma, moralisk stress, organisatoriska begränsningar, maktbalans, hierarki, känslor

Sammanfattning

Bakgrund: Etiska dilemman är en del av barnmorskans vardag inom förlossningsvård. Ett etiskt dilemma uppstår när motstridiga värden kolliderar och det föreligger en svårighet att bedöma vilket värde som bör ges företräde. Barnmorskans etiska kod är vägledande i beslutet men i slutändan är det barnmorskan själv som avgör. Att tvingas kompromissa med barnmorskeprofessionens värdegrund kan föranleda moralisk stress och ohälsa. Litteraturöversiktens teoretiska referensram utgörs av kvinnocentrerad vård och teorier om stöd.

Syfte: Att beskriva barnmorskors och barnmorskestudenters erfarenheter av etiska dilemman inom förlossningsvård.

Metod: Systematisk litteraturöversikt med kvalitativa studier. Datainsamling i databaserna PubMed, CINAHL och PsycInfo november 2023. Dataanalys enligt Bettany-Saltikov och McSherry.

Resultat: Litteraturöversikten inkluderar femton kvalitativa artiklar, publicerade mellan 2013 – 2023 med totalt 239 deltagande barnmorskor och barnmorskestudenter i nio länder. Tre huvudteman identifieras: *diskrepans mellan vårdideal och vårdpraxis*, *maktbalans* och *emotionell påfrestning*. Barnmorskor och barnmorskestudenter beskriver hur diskrepansen mellan ideal och verklighet förorsakar etiska dilemman. Icke överensstämmande tvärprofessionella värderingar, hierarki inom förlossningsvård, organisatoriska begränsningar och otillräcklig etik kunskap är en grogrund för etiska dilemman. Barnmorskor och barnmorskestudenter som erfar etiska dilemman inom förlossningsvård beskriver en stor variation av känslor och känslöyttringar. En konsekvens av fortlöpande kompromiss av etiska värderingar är känslomässig avtrubning. Moralisk stress och ohälsa leder till att en del barnmorskor tvingas säga upp sig alternativt byta verksamhetsområde.

Slutsats: En rad insatser behöver vidtas för att förbättra barnmorskans möjligheter att hantera etiska dilemman och härigenom minska risken för yrkesrelaterad ohälsa. Viktiga komponenter är reflektion, utbildning, kollegialt stöd och tvärprofessionellt samarbete. Gällande organisatoriska begränsningar krävs såväl nationella som internationella åtgärder. Förbättrade förutsättningar för barnmorskor att identifiera och hantera etiska dilemman är betydelsefullt för barnmorskors hälsa och yrkesliv samt, i förlängningen, för kvalitativ förlossningsvård.

Nyckelord: Barnmorska, barnmorskestudent, förlossningsvård, etiskt dilemma, moralisk stress, etisk kompetens, hierarki, känslor

Abstract

Background: Ethical dilemmas are part of the midwife's everyday life in obstetric care. An ethical dilemma arises when conflicting values collide and there is a difficulty in assessing which value should be given precedence. The midwife's code of ethics guides the decision, but in the end it is the midwife herself who decides. Being forced to compromise with the midwifery profession's values can lead to moral stress and illness. The theoretical framework of the literature review consists of women-centered care and theories of support.

Aim: To describe midwives' and midwifery students' experiences of ethical dilemmas in obstetric care.

Method: Systematic literature review with qualitative studies. Data collection in the databases PubMed, CINAHL and PsycInfo November 2023. Data analysis according to Bettany-Saltikov and McSherry.

Results: The literature review includes fifteen qualitative articles, published between 2013 – 2023 with a total of 239 participating midwives and midwifery students in nine countries. Three main themes are identified: *discrepancy between care ideals and care practices*, *power imbalance* and *emotional strain*. Midwives and midwifery students describe how the discrepancy between ideals and reality causes ethical dilemmas. Inconsistent cross-professional values, hierarchy in obstetric care, organizational limitations and insufficient ethical knowledge are a breeding ground for ethical dilemmas. Midwives and midwifery students who experience ethical dilemmas in obstetric care describe a wide variety of feelings and emotional expressions. A consequence of the ongoing compromise of ethical values is emotional blunting. Moral distress and illness lead to some midwives being forced to resign or change their area of activity.

Conclusion: Several measures need to be taken to improve the midwife's ability to handle ethical dilemmas and thereby reduce the risk of occupational illness. Important components are reflection, education, peer support and cross-professional collaboration. Existing organizational constraints require both national and international measures. Improved conditions for midwives to identify and handle ethical dilemmas are important for midwives' health and professional life and, in the long run, for qualitative obstetric care.

Key words: Nurse midwife, midwifery student, midwifery, ethical dilemma, moral stress, ethical competence, hierarchy, emotions

Förord

Ett innerligt tack riktas till handledare och barnmorska Elisabeth Jangsten för hjälp och stöd i samband med examensarbetet. Tack för god handledning och givande diskussioner.

Ytterligare ett tack till personal vid Göteborgs Universitetsbibliotek för hjälpsamt bemötande och till barnmorska Linda Asp för stöd och engagemang. Avslutningsvis, varmt tack till våra familjer. Er förståelse och uppmuntran betyder allt!

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund.....	2
Etik och moral	2
Barnmorskans etiska förhållningssätt och etiska kod	3
Etik ur ett globalt perspektiv	4
Barnmorskans etiska dilemman	4
Etiska dilemman inom omvårdnad.....	5
Hantering av etiska dilemman.....	6
Sekundär traumatisk stress	6
Teoretisk referensram.....	7
Kvinnocentrerad vård	7
Stöd.....	8
Problemformulering	9
Syfte	9
Metod	10
Studiedesign	10
Datainsamling – urvalskriterier, sökstrategier och databassökning	11
Kvalitetsgranskning.....	15
Dataanalys	15
Forskningsetiska överväganden	15
Resultat	16
Diskrepansen mellan vårdideal och vårdpraxis.....	16
Motstridiga värderingar	17
Organisatoriska begränsningar	18
Otillräcklig kunskap	19
Maktobalans	20
Begränsning av barnmorskans autonomi.....	20
Begränsning av kvinnans autonomi.....	21
Emotionella påfrestningar	22
Mångfald av känslor	22

Känslomässig avtrubbning	23
Hantering av moralisk stress.....	24
Diskussion.....	25
Metoddiskussion	25
Datainsamling.....	25
Artikelurval.....	26
Dataanalys	27
Överförbarhet.....	27
Resultatdiskussion.....	28
Hierarkisk arbetsmiljö och vikten av teamsamarbete.....	28
Organisatoriska och institutionella begränsningar	30
Behovet av etisk kompetens	31
Behovet av forskning och kliniska implikationer.....	33
Slutsats	34
Referenser	35
Bilagor.....	42
Bilaga 1	42
Bilaga 2	43
Sverige.....	44
Bilaga 3	48
Bilaga 1 - Exkluderade artiklar	
Bilaga 2 - Inkluderade artiklar	
Bilaga 3 - Kvalitetsgranskning	

Inledning

Det är en hektisk kväll på förlossningsavdelningen. När barnmorska Maria kliver på sitt pass blir hon tilldelad två patienter. En förstföderska i latensfas som är kraftigt smärtpåverkad och en omföderska i aktiv fas. Efter att ha hälsat på båda patienterna inser Maria att båda är i behov av hennes stöd. Ingen annan barnmorska finns tillgänglig. Maria ställs inför ett etiskt dilemma. Vilken patient bör prioriteras? Förstföderskan som inte vill ha epidural men kontinuerligt stöd eller omföderskan som snart skall föda? Maria övertalar förstföderskan att gå med på en EDA och ber undersköterskan stanna hos patienten. Barnmorskan går sedan in i omföderskans rum för att bistå födseln. Efter födseln inträffar en postpartumblödning. Moderkakan vägrar släppa och patienten tas till operation för manuell placentalösning. Strax före Maria avslutar sitt pass tittar hon till förstföderskan. Kvinnan är mycket besviken över epiduralen. Hon upplever att förlossningen avstannat helt. När Maria går hem efter sitt arbetspass känner hon sig otillräcklig och misslyckad.

Barnmorskan Naima har hand om en patient med svår psykosocial anamnes. Hon har vårdat patienten senaste dagarna och kommit henne nära. Efter en långdragen induktion börjar kvinnan få värkar. Strax före förlossningen får Naima veta att det kommer att ske ett omhändertagande av barnet efter födseln och att beslutet behöver hemlighållas för patienten. Naima får omedelbart en klump i magen. Hon slits mellan sin lojalitet gentemot kvinnan hon vårdar och hennes skyldighet att följa lagar och bestämmelser.

Elsa är nyutexaminerad barnmorska. Hon vårdar en kvinna som önskar en så naturlig förlossning som möjligt. Kvinnan vill under inga omständigheter ha kontinuerlig fosterövervakning. Under rondan ifrågasätter förlossningsläkaren varför inget CTG har kopplats. Elsa förklarar situationen men läkaren nöjer sig inte. Han konstaterar att patienten är en riskpatient och att CTG är nödvändigt. Elsa upplever ett etiskt dilemma. Kvinnans självbestämmanderätt ställs mot läkarens ord och avdelningens riktlinjer. Elsa vet inte hur hon bör agera. Dessutom är hon rädd för att ifrågasätta läkaren.

Bakgrund

Etik och moral

Etik och moral handlar om normer och värderingar. Orden härstammar från grekiskans *éthos/êthos* och latinska *mores*, vilka betyder sedvana, bruk, oskriven lag och ståndpunkt (1, 2). Begreppen är närbesläktade, används ofta tillsammans och stundtals synonymt, men det finns emellertid skillnader. Etik är läran om moral och anger principer för hur människor bör vara och agera i interaktion med andra medan moral är mer praktiskt inriktat och åsyftar konkreta handlingar (2). Moral beskriver normer och värderingar relaterat till ålder, kön, kontext, kultur och generation. Etiken anger teorier och principer som vägleder moralen samt fokuserar på processen att fatta lämpliga beslut (3). Etiska frågeställningar aktualiseras när olika värden och intressen kolliderar (1, 4).

Etik delas in i tre huvudområden: deskriptiv etik, metaetik och normativ etik. Den deskriptiva etiken undersöker vilka etiska värderingar, principer och handlingsmönster som förekommer i olika samhällen och kulturer. Metaetiken granskar etiken som fenomen och dess grundläggande begrepp. Den normativa etiken handlar om etikens innehåll, d.v.s. de etiska principer, riktlinjer och koder som är vägledande för hur människor bör handla. När vi i allmänhet talar om etik är det den normativa etiken som åsyftas (1, 5). Traditionellt har etik framför allt varit en filosofisk disciplin men under senaste decennierna har den utvecklats till att bli mer praktisk. Numera relateras etik i hög grad till konkreta problemsituationer inom olika yrken, t.ex. hälso- och sjukvård (5). Det är den normativa och praktiska etiken inom barnmorskans kompetensområde reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa som är i fokus i detta examensarbete.

Den normativa etiken har olika teoretiska utgångspunkter. Inom pliktetik anses vissa handlingar, såsom att döda eller ljuga, ha inneboende egenskaper som gör handlingen förkastlig oavsett dess avsikt eller konsekvenser. Lögner, exempelvis, är alltid oacceptabelt även om syftet är att undvika att såra någon. Konsekvensetik sätter istället handlingens konsekvenser i centrum. Synsättet är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvård. Patienter utsätts stundtals för smärta/lidande i syfte att åstadkomma välbefinnande och hälsa. Utilitarism är en undertyp av konsekvensetik där ”största möjliga nytta för flest människor” är det mest eftersträvarvärda. Dygdetik beskriver egenskaper en moralisk god person bör inneha, t.ex. mod, vänlighet, empati och pålitlighet. Enligt teorin går det att träna upp förmågan att bedöma situationer och handla klokt. Det är erfarenhet och praktisk kunnskap som möjliggör etiskt goda beslut, inte främst teoretisk kunskap. Även dygdetik anses tillämpbar inom vården då bemötande är en grundbult inom omvårdnad. Avslutningsvis

betonar sinnelagsetiken att det är handlingens avsikt – viljan att göra det rätta – som är det väsentliga (1, 2).

Ett etiskt dilemma innebär en värdekonflikt mellan normer och värderingar där det finns flera handlingsalternativ att tillgå och det föreligger svårighet att bedöma vilken handling som är mest lämplig (2). Vilka normer skall tillmätas störst etiskt värde? De som fokuserar på den handlande personen (dygdetik), handlingen i sig (pliktetik), handlingens konsekvenser (konsekvensetik) eller avsikten med handlingen (sinnelagsetik)? Etiska dilemman utspelar sig ofta i spänningsfältet mellan vad en person kan, ska och bör göra vilket aktualiserar såväl praktiska som juridiska och etiska frågeställningar. Det som särskiljer ett etiskt dilemma från ett ”problem” är att det inte finns någon entydig lösning av problemet/situationen – det är själva valet mellan motstridiga grundläggande värden som utgör dilemman (5).

Barnmorskans etiska förhållningssätt och etiska kod

Barnmorskans kompetensbeskrivning stadgar att reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa är ett självständigt kompetensområde som grundar sig i ett etiskt förhållningssätt där barnmorskan respekterar de mänskliga rättigheterna och värnar om människors rätt till autonomi, integritet och rättvisa (6). Barnmorskan arbetar utifrån människovärdesprincipen vilken fastslår att alla individer har lika värde och skall behandlas jämlikt oavsett förutsättningar i samhället (1, 7). Barnmorskeprofessionen grundar sig på en internationell etisk kod vilken beskriver grundläggande värden, principer och förhållningssätt inom yrket. Eftersom barnmorskan i sitt yrke ansvarar för andra människors liv och hälsa är det väsentligt att etiska koden finns för att agera rättesnöre. Den är utarbetad för att vara vägledande i arbetet och skydda kvinnan då det i alla vårdsituationer föreligger en maktobalans mellan vårdgivare och patient (6, 7).

Barnmorskans internationella etiska kod är uppdelad i fyra delar: barnmorskans relationer, barnmorskans verksamhetsområde, barnmorskans ansvar och barnmorskans utveckling av kunskap. Den första delen handlar om barnmorskans professionella relationer och belyser hur barnmorskan arbetar för att kvinnor och familjer ska kunna fatta välinformerade beslut och delta aktivt i vården. Den handlar även om kollegialt stöd, d.v.s. att stärka varandra inom professionen och att kunna samarbeta med andra professioner på ett respektfullt sätt. Den andra delen av etiska koden beskriver barnmorskans verksamhetsområde. Barnmorskan skall respektera kulturella olikheter och arbeta för att eliminera eventuella skadliga handlingar inom olika kulturer. Dessutom fastslås att ingen skall komma till skada vid graviditet eller förlossning. Barnmorskan skall vara en god förebild för kvinnor, familjer och andra professioner samt arbeta evidensbaserat för att säkerställa god och säker vård. Den etiska kodens tredje del redogör för barnmorskans professionella ansvar och betonar vikten av att bevaka rätten till integritet och sekretess. Barnmorskan skall vara införstådd i de skadliga konsekvenser som kan uppstå om etiska och mänskliga rättigheter kränks. I denna del ingår även att utveckla hälsofrämjande riktlinjer för kvinnor och familjer. Den sista delen belyser

barnmorskans utveckling av kunskap och arbetsområde, att dela med sig av ämnesspecifika kunskaper, utbilda barnmorskestudenter samt delta i fortbildning och forskning (7).

Etik ur ett globalt perspektiv

Lagar och författningar som styr barnmorskeprofessionen skiljer sig åt mellan olika länder. Dessutom varierar kultur och livsåskådningar. Oberoende av dessa skillnader utgår barnmorskans arbete från internationella etiska koden (7). Grundläggande etiska principer – autonomiprincipen, icke-skada-principen, rättvisepincipen och göra-gott-principen – gäller oberoende av vart barnmorskan arbetar i världen (6, 7). Globalt finns emellertid stora svårigheter som leder till att mänskliga rättigheter kränks. Det kan bero på fattigdom, brist på mat och rent vatten, men även kränkningar av autonomi där kvinnor och flickor fråntas rätten att själva bestämma över sitt reproduktiva liv. Omständigheterna leder till att fattiga, barnafödande kvinnor, i många olika delar av världen undviker att söka vård. Som barnmorska är det viktigt att inneha goda etiska kunskaper och sprida kunskapen över landsgränser och professioner. Etiska frågor ur ett globalt perspektiv är lika viktigt i hög-, medel- och låginkomstländer (7, 8).

Barnmorskans etiska dilemman

Etiska dilemman är en del av barnmorskans vardag. I barnmorskans arbete ingår att göra kontinuerliga etiska bedömningar och besluta vilka värden eller etiska principer som skall tillmätas störst värde och ges företräde. Värden ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet men stundtals är det svårt att avgöra vilket stöd eller vilken åtgärd som är den mest lämpliga (6, 7). Vid ett etiskt dilemma används den etiska koden för att synliggöra konflikten men i slutändan är det upp till barnmorskan att avgöra vilket värde som väger tyngst (7). För att kunna tolka etiska koden och göra korrekta bedömningar i etiskt utmanande situationer krävs medvetenhet och ett reflexivt förhållningssätt. Även dialog med kollegor är betydelsefullt (1). Som barnmorska är det väsentligt att kunna skilja på egna privata värderingar och professionella värden. Alla individer har olika bakgrund, normer och värderingar men som barnmorska bör en etisk reflektion kring dessa ske, inbegripande en jämförelse mellan egna värderingar och professionens värdegrund (7).

Etiska dilemman är vanligt förekommande inom förlossningsvården. De kan vara dramatiska och handla om liv och död eller mindre framträdande (9). Båda sorter kan vara svåra för barnmorskor att hantera och generera stress och otillräcklighetskänslor, s.k. moralisk stress. Synsätt och preferenser gällande förlossning skiljer sig från individ till individ men även kulturellt. Personer från andra kulturer kan ha erfarenheter eller kunskaper från hemlandet som inte stämmer överens med den svenska förlossningsvården. I dessa fall ställs

barnmorskan inför ett etiskt dilemma där en avvägning mellan patientens behov och aktuella riktlinjer behöver göras (10). Ett annat etiskt i dilemma är då barnmorskan behöver göra en bedömning om vems hälsa som väger tyngst – den födande kvinnans eller det ofödda barnets? (11).

Etiska dilemman inom omvårdnad

Forskningen kring barnmorskans etiska dilemman är begränsad, exempelvis saknas litteraturöversikter i ämnet. Etiska dilemman inom omvårdnad är däremot välbeforskat. Alla situationer som involverar människor kan medföra etiska dilemman. Exempel på etiska dilemman inom hälso- och sjukvård är fördelning av begränsade resurser, bristande informerat samtycke och konflikter mellan kollegor (4). Ett vanligt förekommande dilemma inträffar i spänningsfältet mellan solidaritet och lojalitet. Förpliktelsen gentemot patienten (uppgiften att vara patientens ombud) ställs emot lojaliteten till kollegor, ledning eller anhöriga (5). Ett annat, mer konkret exempel, är när patienter av religiösa skäl avstår behandling. I det fallet uppstår ett dilemma mellan autonomiprincipen och göra-gott principen (3).

I en amerikansk integrativ litteraturöversikt gällande etiska dilemman inom omvårdnad (vilken studerar 35 artiklar i ämnet mellan åren 2000 – 2017) identifieras de mest förekommande etiska konflikterna inom hälso- och sjukvård: konflikter i samband med palliativ vård, maktobalans/hierarki mellan vårdpersonal, oenigheter med familjer/anhöriga, organisatoriska begränsningar och patientintegritetsproblem (3). Dessa dilemman återkommer i en dansk översiktsartikel från 2020, vilken inkluderar 15 artiklar med fokus på sjuksköterskors erfarenheter av etiska dilemman i yrkesutövandet (9). Tre teman identifieras: att balansera mellan att skada och vårda, att hög arbetsbelastning påverkar vårdens kvalitet och att navigera vid oenighet. Första temat handlar om balansen mellan att skada och vårda – när sjuksköterskan tvingas agera i strid med vad hen anser vara god och ändamålsenlig vård. Exempel på ett sådant etiskt dilemma är när patienter eller anhöriga har preferenser kring vården som strider mot sjuksköterskans yrkesansvar eller när läkare ordinerar behandling som kolliderar med sjuksköterskans grundläggande omvårdnadsvärden. I båda situationerna upplever sjuksköterskor moralisk stress. Andra temat – att hög arbetsbelastning påverkar vårdkvaliteten – innefattar etiska dilemman relaterat till arbetsmiljön. Sjuksköterskor önskar erbjuda högkvalitativ vård men tidspress, tung arbetsbelastning, personalbrist, otillräcklig utrustning, fler patienter än antalet vårdplatser samt bristande balans mellan patientvård och administrativa uppgifter gör att vårdkvaliteten försämras. Oförmåga att ge kvalitativ vård på grund av påfrestande arbetssituation leder till känslan av maktlöshet och anses vara den främsta orsaken till etisk okänslighet, d.v.s. försämrad möjlighet att agera utifrån etiska grunder i den individuella vårdssituationen. Sista temat – att navigera vid oenighet – avser relationen och hierarkin mellan sjuksköterskor och läkare. Skillnader i kompetens och ansvar kan leda till konflikter och etiska dilemman. Oenighet gällande behandlingsstrategier, krav att

följa läkarens ordinationer trots annan åsikt och att inte bli hörd eller få sina åsikter ignorerade redovisas som exempel (9).

Hantering av etiska dilemman

Det finns inga tydliga svar på hur etiska dilemman bör hanteras. Etiska principer och koder är vägledande men beslutsfattandet är en komplex process av olika faktorer (4). Identifiering och hantering av ett etiskt dilemma sker både före, under och efter den aktuella situationen. Medvetenhet kring etiska frågeställningar och etisk reflektion kring olika scenarier (konsekvensbedömningar) i förhand är väsentligt, likaså reflektion i efterhand. Etiskt handlande i stunden utgörs till stor del av erfarenhet och intuition. Ålder och erfarenhet spelar en viktig roll för hantering av etiska dilemman. Yngre sjuksköterskor identifierar, generellt sett, fler etiska dilemman än äldre kollegor. Detta kan bero på flera orsaker, exempelvis att yngre sjuksköterskor, tack vare nyligen genomgången utbildning, är mer tränade i att identifiera etiska situationer eller att äldre sjuksköterskor, genom arbetslivserfarenhet, är bättre på att hantera olika situationer och härigenom inte upplever dilemman i samma utsträckning (5).

Etisk analys innefattar följande steg: identifiera det etiska problemet, inhämta kunskapsunderlag i form av medicinska och andra relevanta fakta, urskilja aktörer och intressen, ställa upp olika handlingsalternativ, bedöma alternativens konsekvenser på kort och lång sikt samt föreslå en konkret handlingsstrategi utifrån etiska principer och koder. Olika intressenter (t.ex. patienter, anhöriga, vårdpersonal) uppfattar problem på olika vis samt har varierande grad av makt och möjlighet att göra sin röst hörd. Det är väsentligt att utreda vem som har det så kallade problemformuleringsprivilegiet och härigenom befinner sig i överläge (1).

Sekundär traumatisk stress

Etiska dilemman framkallar moralisk stress. Att behöva hantera svåra beslut och att bevittna traumatiska händelser är en del av barnmorskans arbete (12). Studier visar att en mycket hög andel barnmorskor har varit med om en traumatisk förlossning (13). De främsta orsakerna till att en förlossning upplevs traumatiskt är fosterdöd eller neonatal död, återupplivning av spädbarn, skulderdystoci samt maternell död (14). Situationen kan upplevas särskilt svår om det finns en språkbarriär mellan patient och vårdgivare (15). Att utsättas för traumatiska händelser kan leda till ohälsa och risk att drabbas av sekundär traumatisk stress (STS) och sekundärtraumatiskt stressyndrom (STSD). STS/STSD är, till skillnad från posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), en stress som uppstår i arbetet med lidande patienter. STSD och PTSD har likvärdiga symtom, såsom utmattning, sömnsvårighet, mardrömmar, isolering och ångest

(16, 17). Barnmorskor har en särskild förhöjd risk att drabbas av STS och STSD på grund av en nära relation till den födande. Barnmorskans empatiska förmåga bidrar till att känna starkt med kvinnans upplevelser (18, 19). Kvinnligt kön, tidigare psykisk ohälsa och ny i yrket är andra riskfaktorer. Bland obstetrikerna ses inte samma grad av STS som hos barnmorskor (14).

Barnmorskor och barnmorskestudenter som har drabbats av STS beskriver känslan av maktlöshet och besvikelsen över att de misslyckats med uppdraget att skydda sina patienter (16, 17). Barnmorskor som har upplevt traumatiska förlossningar blir mer försiktiga och kritiskt granskade i sitt arbete. Vissa beskriver dock att de har utvecklats positivt i sin roll som barnmorska (13). Flertalet studier visar att barnmorskor som har drabbats av STS eller varit med om traumatiska händelser överväger att lämna yrket (12, 13, 15, 16, 18). För att kunna hantera STS är det viktigt att ha bra kommunikation med och stöd av kollegor. Möjlighet till praktisk utbildning och reflektion i teamet är betydelsefullt, men även professionell samtalshjälp kan behövas (12-14, 16, 18).

Teoretisk referensram

Kvinnocentrerad vård

Det finns två olika förhållningssätt avseende barnafödande – ett psykosocialt och ett medicintekniskt. Enligt det förstnämnda synsättet ses barnafödande som något naturligt och familjärt som skall skyddas från onödiga interventioner. Det andra, medicintekniska synsättet, betraktar barnafödande som en risk där medicinska interventioner kan behövas och bedömningen huruvida en förlossning skall betraktas som normal eller ej kan göras först i efterhand (10). Kvinnocentrerad vård innebär att prioritera kvinnans unika psykosociala och medicinska behov. Inom kvinnocentrerad vård betonas det fysiologiska födandet, vilket är i linje med det psykosociala förhållningssättet. Begreppet innefattar respekt för kvinnans autonomi och integritet samt poängterar vikten av en välfungerande vårdrelation inbegripande delaktighet och god kommunikation (20). Det finns beröringspunkter mellan kvinnocentrerad och patientcentrerad vård men med en viktig skillnad. Genom att använda begreppet kvinnocentrerad vård, och undvika att titulera kvinnan som patient, betonas det friska och ett patologiskt synsätt frångås (20-22). Kvinnocentrerad vård präglas av ett holistiskt synsätt där kvinnan och hennes unika behov står i centrum. Självbestämmande, delaktighet, partnerskap och empowerment är centrala begrepp inom kvinnocentrerad vård (10, 20-22).

Internationella barnmorskeförbundet betonar betydelsen av ett partnerskap mellan barnmorskan och kvinnan, som grundas i ett icke-auktoritärt och personligt engagemang, kulturell känslighet, normalisering av födseln och främjande av egenvård (23). När barnmorskan och kvinnan ingår partnerskap upprättas en gemensam målbild där sociala, emotionella, biologiska och kulturella faktorer inkluderas (24). Partnerskapet bygger på bekräftelse, närvaro, tillgänglighet och aktivt deltagande. Detta innebär att barnmorskan finns där för kvinnan, att kvinnans egna resurser tillvaratas och att barnmorskan och kvinnan

tillsammans skapar en känsla av hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet (10). Begreppet empowerment är centralt inom den kvinnocentrerade vården och utgår ifrån kvinnans möjlighet av göra självständiga och stärkande val. Kvinnan är expert på sin situation/livsvärld och barnmorskans roll är att tillförse kvinnan med grundad kunskap och härigenom stödja henne att ta genomtänkta beslut. Möjligheten att göra välinformerade val gällande sin vård leder till ansvarstagande, självständighet och ökad självkänsla (21, 22, 24).

Utmaningen i den kvinnocentrerade vården handlar om att finna balansen mellan att tillgodose kvinnans unika behov och erbjuda en patientsäker vård i de fall önskemål och riktlinjer skiljer sig åt (25). Forskning betonar att den alltmer medicintekniska vård som bedrivs på sjukhusen behöver förändras för att ge kvinnocentrerad vård mer plats (10, 21, 22). Trots att kvinnocentrerad vård har en central roll inom barnmorskeprofessionen finns ingen enhetlig definition av begreppet utan innebörden varierar beroende på kontext, kultur och vårdform (10, 20-22). En modell för kvinnocentrerad förlossningsvård är Midwifery Model of Woman-Centred Childbirth Care (MiMo). Modellen utformades mellan åren 2012 – 2013 på sjukhus i Sverige och Island och bygger på tre grundpelare – förlossningsfrämjande miljö, ömsesidig relation och grundad kunskap (10, 26). Studien understryker vikten av samtliga beståndsdelar d.v.s. att det är modellen i sin helhet som möjliggör god kvinnocentrerad vård. Fortsatta studier rekommenderas och framtagandet av en definition kvarstår (10, 22).

I denna litteraturöversikt används benämningen kvinna, istället för patient, för att betona kvinnocentrerad vård. Det bör dock förtydligas att användandet av benämningen kvinna inte på något vis sker i syfte att exkludera den grupp av födande individer som ej identifierar sig som kvinnor. Benämningen används av förtydligande och förenklande skäl.

Stöd

Förlossning och omställningen till föräldraskap är en livsomvälvande händelse som skapar minnen för livet (27). Barnmorskans stöd är av betydande vikt för förlossningsupplevelsen. Om stödet utförs på rätt sätt kan det verka smärtlindrande, förkorta förlossningsförloppet, minska antalet interventioner och öka möjligheten till en spontan vaginal förlossning (27-29). För att kvinnan skall våga ge sig hän och följa sin kropp är det av yttersta vikt att hennes behov tillgodoses och att hon känner sig lugn och trygg i situationen (29).

Det finns olika former av stöd som behöver beaktas under förlossningen: emotionellt, fysiskt, informativt och kontinuerligt stöd (27, 30). Emotionellt stöd bidrar till en positiv förlossningsupplevelse genom att minska stress, ångest och smärta. Stödet karakteriseras av empati, omtanke och pålitlighet vilket bidrar till en ökad känsla av trygghet hos den födande (29-31). Emotionellt stöd inkluderar även bekräftande ord, uppmuntran och lyhördhet inför kvinnans rädslor och behov. Genom att vara inkännande stärker barnmorskan kvinnans självförtroende och inre styrka (27). Även partner/anhörig är en betydelsefull resurs för att höja nivån av emotionellt stöd (30). Fysiskt stöd under förlossning spelar en viktig roll för att förbättra förlossningsupplevelsen. Denna form av stöd innefattar olika metoder för

smärtlindring såsom massage, avslappningsövningar, värme/kyla, hjälp att byta förlossningsställning samt andningsteknik. I stödet ingår även att förse den födande kvinnan med näring och dryck. Stödet anpassas beroende på vart i förlossningsprocessen den födande är (27, 29). Ytterligare en väsentlig del av stöd är det informativa stödet. För flertalet människor är förlossning ett förlopp som inte tillhör det vanliga. Genom att barnmorskan informerar om förlossningsprocessens olika steg främjas känslan av kontroll, lugn och trygghet (29). Det informativa stödet förbättrar den födandes möjligheter att göra välinformerade val och känna högre grad av delaktighet (31). Avslutningsvis är kontinuerligt stöd betydelsefullt för den födandes känsla av trygghet (27). Svenska barnmorskeförbundet anger att varje födande skall tilldelas en barnmorska när förlossningen är i aktiv fas, eller tidigare vid behov (28). Barnmorskan bör därefter inte lämna kvinnan under längre stunder om den födande inte önskar detta. Genom barnmorskans närvaro främjas vårdrelationen och barnmorskan ges möjlighet att uppmärksamma den födandes olika faser och behov. Ordet midwife betyder ”med kvinnan” vilket betonar att närvaro är en väsentlig komponent av stöd (27).

Problemformulering

Etiska dilemman är en del av barnmorskans vardag. Att tvingas kompromissa med barnmorskeprofessionens värdegrund kan föranleda moralisk stress och ohälsa. Omvårdnadsforskningen kring etiska dilemman är omfattande men gällande barnmorskans etiska dilemman finns enbart ett fåtal studier. Trots att etiska dilemman är vanligt förekommande inom förlossningsvård och kan generera ohälsa finns begränsad forskning i ämnet. Dessutom berörs etiska frågeställningar enbart kortfattat under barnmorskeutbildningen. Fördjupad kunskap om barnmorskans etiska dilemman inom förlossningsvård kan vara en hjälp för barnmorskor att identifiera och hantera etiska dilemman samt, härigenom, minska risken för yrkesrelaterat illabefinnande.

Syfte

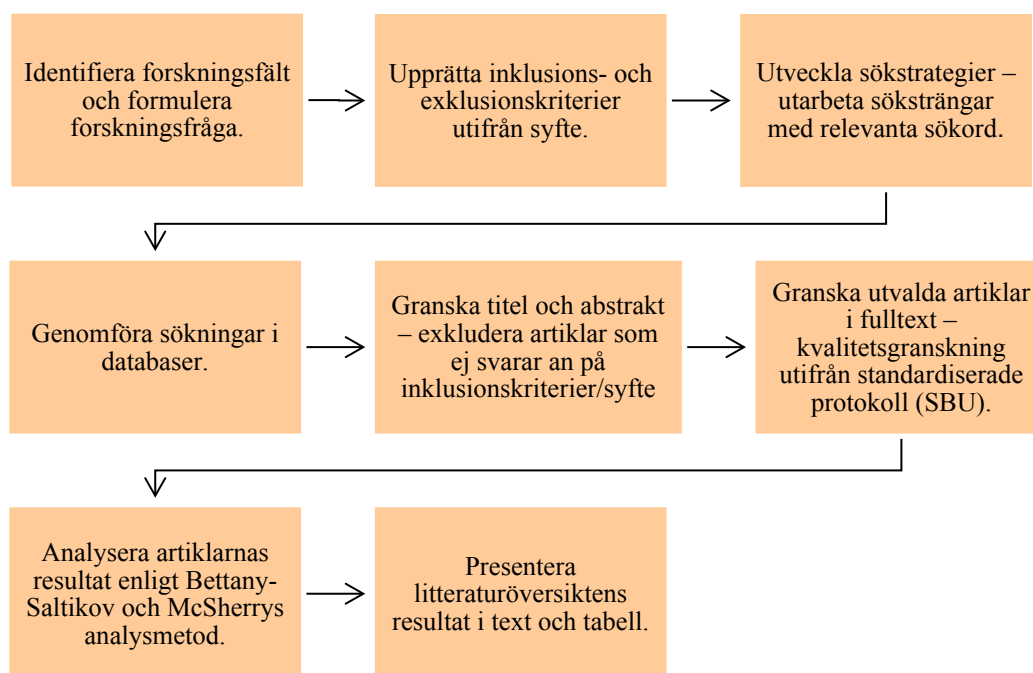
Syftet är att beskriva barnmorskors och barnmorskestudenters erfarenheter av etiska dilemman inom förlossningsvård.

Metod

Studiedesign

En systematisk litteraturoversikt är en sammanställning av originalartiklar inom ett visst forskningsfält som syftar till att ge ökad kunskap gällande en specifik forskningsfråga (32). Då avsikten med examensuppsatsen är att presentera en strukturerad översikt av kunskapsläget inom utvalt problemområde lämpar sig metoden härmed väl. Data i denna litteraturoversikt utgörs av kvalitativ forskning vilket är följdriktigt utifrån syftet. Kvalitativ ansats/metod är användbart för att undersöka mänskliga dimensioner, såsom upplevelser och erfarenheter, av visst fenomen (33), i detta fall barnmorskans erfarenheter av etiska dilemman. Studien genomfördes inom ramen för Barnmorskeprogrammet vid Göteborgs Universitet under november och december månad 2023.

Genomförandet av en systematisk litteraturoversikt ställer samma krav på struktur och transparens som vid en empirisk studie och varje steg i processen skall dokumenteras noggrant (32). I enlighet med detta upprättades en plan över litteraturoversiktens arbetsgång (Figur 1).



Figur 1. Metodprocessen

Datinsamling – urvalskriterier, sökstrategier och databassökning

Datinsamlingens första steg bestod av att identifiera forskningsfältet och formulera en forskningsfråga. För att erhålla en övergripande bild över mängden artiklar samt dess design och innehåll genomfördes ett flertal sökningar i databaserna PubMed, CINAHL och PsycInfo. Efter inledande sökningar (inklusive genomläsning av ett stort antal sammanfattningar) konstaterades att en litteraturoversikt över etiska dilemman inom förlossningsvård saknades samt var möjlig att genomföra utifrån mängden tillgänglig forskning och inom tidsramen för examensarbetet.

Inklusions- och exklusionskriterier (tabell 1) identifierades med stöd av SPICE, en modell som underlättar uppställandet av kriterier samt lämpar sig för kvalitativ forskning (34). SPICE står för Setting, Perspective, Intervention, Comparison och Evaluation, d.v.s. kontext, population, intresse, jämförelse och utfall. Förutbestämda inklusions- och exklusionskriterier samt genomarbetade sökord och söksträngar är väsentligt för datinsamlingens tillförlitlighet och förbättrar förutsättningarna för att sökningen resulterar i en hanterbar mängd relevanta artiklar (33).

Tabell 1: Inklusions- och exklusionskriterier

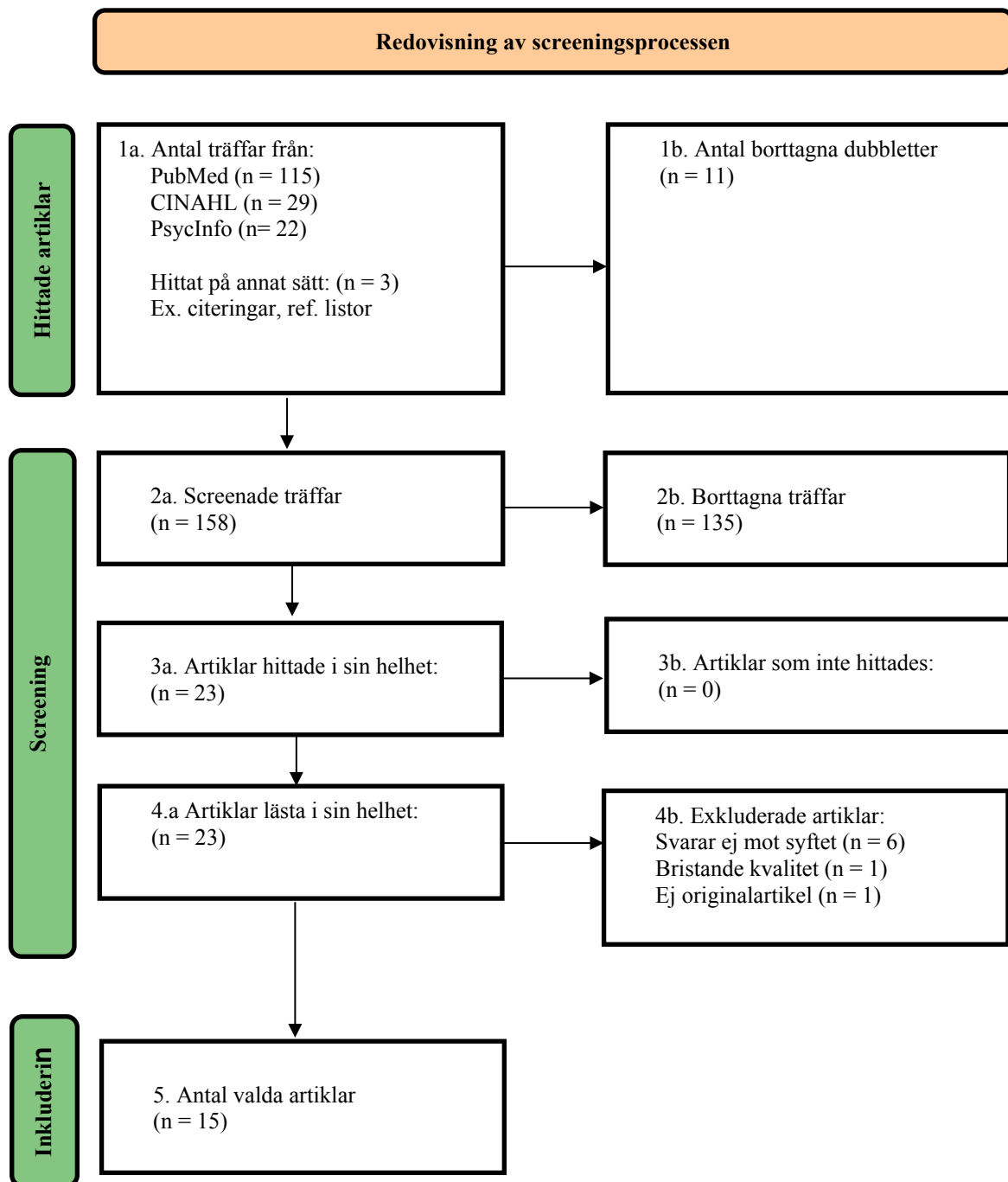
	Inklusionskriterier:	Exklusionskriterier:
S – Setting (var?)	Förlossningsvård	Mödrahälsovård Gyn/abortvård Ungdomshälsovård
P – Perspektiv/population (vem?)	Barnmorskor Barnmorskestudenter	Födande Partner/anhörig Annan vårdpersonal
I – Intervention/interest (vad?)	Etiska dilemman	Icke relevanta artiklar utifrån syfte
C – Comparison (jämfört med?)	-	-
E – Evaluation (utfall?)	Erfarenheter/upplevelser av etiska dilemman	Erfarenheter av annan sort än etiska dilemman
Studiedesign	Kvalitativ forskning Originalartiklar Publiceringsdatum 2013 – 2023 Språk – engelska Peer reviewed Godkända av etiska kommittéer	Kvantitativ forskning Ej originalartiklar Äldre artiklar än 10 år Annat språk än engelska

För att identifiera relevanta artiklar användes en rad sökstrategier, förankrade i metodlitteratur (33). Söksträngar skapades utifrån syftets olika delar: söksträng 1 inriktades på populationen (barnmorskor och barnmorskestudenter), söksträng 2 på forskningsfrågan (etiska dilemman), söksträng 3 på kontexten (förlossningsvård) och söksträng 4 på artiklarnas studiedesign (kvalitativ forskning). Databasernas ämnesord/indexeringsord kombinerades med fritextord och boolesk sökteknik (sammankoppling av sökord med ”OR” och ”AND”) användes för att vidga respektive avgränsa sökningarna. Trunkering (*) nyttjades för att få med olika ändelser av fritextord och citationstecken placerades kring sammansatta ord (t.ex. ”ethical dilemma”) i syfte att undvika omkastning av orden.

Efter inledande sökningar, uppställande av inklusions- och exklusionskriterier samt utarbetande av söksträngar genomfördes en systematisk utgallring av relevanta artiklar i databaserna PubMed, CINAHL och PsycInfo. PubMed är den största medicinska databasen och innehåller referenser till artiklar inom biomedicin och omvårdnad. CINAHL innehåller referenser till artiklar i tidskrifter, böcker och avhandlingar inom vårdvetenskap och angränsande ämnesområden. PsycInfo innefattar referenser till faktagranskad litteratur inom psykologi och närbelägna områden (35). Samtliga är engelskspråkiga och använder indexering – MeSH terms, CINAHL Subject Headings, Thesaurus. Databassökningen 16 november 2023 resulterade i 169 träffar (tabell 2) varav elva träffar var dubletter. Tre artiklar identifierades genom sekundärsökning/”similar results” i PubMed. Sekundärsökning är en lämplig metod att använda som komplement till databassökningar för att inte gå miste om användbara artiklar (33, 36). Efter genomläsning av artiklarnas titlar och sammanfattningar sorterades 135 artiklar bort. 23 artiklar lästes och granskades i sin helhet och slutligen inkluderades 15 artiklar i litteraturöversikten. De exkluderade artiklarna presenteras i bilaga 1 och inkluderade artiklar i bilaga 2. Sök- och urvalsprocessen redovisas enligt PRISMA flödesschema (37), figur 2.

Tabell 2: Söktabell

Datum	Databas	Sökning	Begränsningar	Antal träffar
231116	PubMed	((Nurse Midwives OR "nurse midwife" OR "midwifery student*") AND (ethics OR "ethical dilemma*" OR "ethical challenge*" OR moral* OR "moral dilemma*" OR "moral distress" OR "moral conflict*" OR morality OR "ethical stress*")) AND (Delivery, Obstetric OR Midwifery OR Delivery Rooms OR "delivery room")) AND (Qualitative research OR interview*)	2013 – 2023 engelska	115
231116	CINAHL	(Midwives OR Certified Nurse Midwives OR Students, Midwifery OR Students, Nurse Midwifery) AND (Ethics OR "ethical dilemma*" OR "ethical challenge*" OR moral* OR "moral dilemma*" OR "moral distress" OR "moral conflict*" OR morality OR "ethical stress") AND (Delivery, Obstetric OR Midwifery OR Delivery Rooms OR "delivery room") AND (Qualitative Studies OR Interviews)	2013 – 2023 engelska peer reviewed	29
231116	PsycInfo	(midwife OR midwives OR "nurse midwife" OR "nurse midwives" OR "midwifery student*") AND not(Ethics OR "ethical dilemma*" OR "ethical challenge*" OR moral* OR "moral dilemma*" OR "moral distress" OR "moral conflict*" OR morality OR "ethical stress") AND not(Midwifery OR "delivery room*") AND not(Qualitative Research AND Interviews)	2013 – 2023 engelska peer reviewed	22



Figur 2: PRISMA

Kvalitetsgranskning

Efter datainsamlingen skedde en kvalitetsgranskning (bilaga 3) av artiklarna utifrån Statens beredning för medicinsk och social utvärderings (SBU) granskningsmall avseende kvalitativa artiklar (38). Arbetet skedde först enskilt och därefter i grupp. Artiklarnas brister klassificerades som obetydliga/mindre, måttliga eller stora i enlighet med SBU:s mall. Tretton artiklar bedömdes ha obetydliga/mindre brister och två artiklar, måttliga brister. Ingen artikel sorterades bort p.g.a. stora brister.

Dataanalys

Analysen av artiklarnas resultat genomfördes i enlighet med Bettany-Saltikov och McSherry 8 steg för dataanalys av kvalitativ data, vilken bygger på Burnards ”method of thematic analysis” (32). Likheter och skillnader i artiklarnas resultat identifierades, kategoriserades och syntetiserades till ny helhet, litteraturöversiktens resultat. Under dataanalysen skedde en kontinuerlig återkoppling till litteraturöversiktens syfte. Processen påbörjades genom ett flertal genomläsningar av artiklarnas resultat i syfte att erhålla en grundlig förståelse för innehållet (steg 1). Därefter markerades meningar och stycken i texten som svarande an på litteraturöversiktens syfte, så kallade meningsbärande enheter (steg 2). För att tillförsäkra att samtliga relevanta textavsnitt sorterades ut skedde arbetet först enskilt och sedan i grupp. Extraherad data flyttades över till ett arbetsprotokoll, kondenserades, kodades och delades in i subteman och teman (steg 3–6). Även denna del av analysen skedde enskilt och gruppvis. Indelningen i teman kvalitetsgranskades även av två utomstående personer (steg 7). Avslutningsvis skedde ånyo en genomläsning av artiklarnas resultat i syfte att säkerställa att subteman och teman täckte samtliga relevanta delar (steg 8).

Forskningsetiska överväganden

Etiska överväganden skall ske genom hela forskningsprocessen och samhällsnyttan (kunskapsbehovet av forskningen) skall överväga eventuella risker för studiedeltagarna (39). Då en litteraturöversikt sammanfattar befintlig forskning utsätts inte deltagare för någon risk, men det är väsentligt att enbart artiklar med tillstånd från etiska kommittén inkluderas (40). Samtliga artiklar i litteraturöversikten har etiskt tillstånd. Att använda artiklar, vars originalsyfte är ett annat, kräver varsamhet (41). För att minimera risken för selektivt urval och snedvridet resultat har alla delar av originalartiklarnas resultat, som svarar an på litteraturöversiktens syfte, använts. Dessutom har en kontinuerlig reflektion kring förförståelse skett i syfte att minimera eget tyckande. För att öka pålitligheten och trovärdigheten i en systematisk översikt bör författarnas förförståelse presenteras (41). Förförståelsen gällande barnmorskeprofessionens etiska dilemman utgörs av erfarenheter som

studenter på barnmorskeprogrammet samt i arbetet som undersköterskor och sjuksköterskor på förlossningsavdelning och BB.

Resultat

Resultatet är en sammanställning av 15 kvalitativa studier, utförda i nio olika länder: Australien (n=4), Danmark (n=2), Ghana (n=1), Kina (n=1), Schweiz (n=1), Storbritannien (n=1), Sverige (n=2), Turkiet (n=1) och USA (n=2). Samtliga studier svarar an på litteraturöversiktens syfte och det totala antalet intervjuade deltagare (barnmorskor och barnmorskestudenter) uppgår till 239 personer. Studierna är publicerade mellan år 2013 och 2023. Tretton av femton artiklar är utgivna senaste fem åren, varav sju artiklar senaste två åren. Litteraturöversiktens syfte är att beskriva barnmorskors och barnmorskestudenters erfarenheter av etiska dilemman inom förlossningsvård. Resultatet presenteras i tre huvudteman och åtta subteman (tabell 3).

Tabell 3 - Barnmorskors och barnmorskestudenters erfarenheter av etiska dilemman inom förlossningsvård.

Tema:	Subtema:
Diskrepans mellan vårdideal och vårdpraxis	<ul style="list-style-type: none">• Motstridiga värderingar• Organisatoriska begränsningar• Otillräcklig kunskap
Maktobalans	<ul style="list-style-type: none">• Begränsningar av barnmorskans autonomi• Begränsningar av kvinnans autonomi
Emotionella påfrestningar	<ul style="list-style-type: none">• Mångfald av känslor• Känslomässig avtrubning• Hantering av moralisk stress

Diskrepansen mellan vårdideal och vårdpraxis

Temat handlar om hur diskrepans mellan vårdideal och vårdpraxis föranleder etiska dilemman. Barnmorskor och barnmorskestudenter upplever ett avstånd mellan teori och praktik, ideal och verklighet. Bristande överensstämmelse mellan barnmorskeprofessionens grundläggande värden och arbetet på förlossningsavdelningen aktualiserar en rad etiska frågeställningar. Temat delas in i tre subteman: *motstridiga värderingar*, *organisatoriska begränsningar* och *otillräcklig kunskap*.

Motstridiga värderingar

Flera studier belyser barnmorskans erfarenhet av hur motstridiga tvärprofessionella värderingar förorsakar etiska dilemman inom förlossningsvård (42-44). Barnmorskans arbete utgår från kvinnocentrerad vård och autonomiprincipen är central (44, 45). Skillnader i förhållningssätt kring förlossningsprocessen gör att barnmorskor stundtals behöver kompromissa med barnmorskeprofessionens grundläggande teorier och principer, vilket skapar konflikt hos barnmorskorna. Rutinmässig induktion, kontinuerligt CTG, omedelbar avnavling vid barnets födsel och funduspress utan medicinsk indikation redovisas som exempel på, enligt barnmorskorna, icke nödvändiga åtgärder (42). Barnmorskor upplever frustration och ångest över att behöva genomföra interventioner de själva anser vara oförenliga med god vård (43). Att tvingas kompromissa med kvinnocentrerad vård och göra avkall från professionella värderingar genererar moralisk stress (44). Barnmorskor känner sig medskyldiga till ogrundade vårdinsatser vilket påverkar dem negativt (43).

Barnmorskor i flera studier rapporterar om tveksamheter kring en rad interventioner under förlossningen, t.ex. när läkare vill påskynda förlossningsförloppet genom induktion eller amniotomi (42-44). Förlossning betraktas som en naturlig process där så få ingrepp som möjligt bör ske (44). Ytterligare ett etiskt dilemma som beskrivs inom förlossningsvården är utförandet av episiotomi – att bedöma när interventionen är legitim eller ej. I en svensk artikel, som handlar om rekrytering av deltagare till en RCT gällande episiotomi vid vakuumentraktion, uttrycker barnmorskor en oro för att utsätta kvinnorna i studien för en icke nödvändig åtgärd (46).

Det är inte enbart oenigheter mellan barnmorskor och läkare som leder till etiska dilemman. Även skillnader i förhållningssätt mellan barnmorskor redovisas (42, 43). Barnmorskor beskriver hur samarbetet med andra barnmorskor, som inte delar värderingar och prioriteringar, försvårar arbetet och är en grogrund till etiska dilemman:

Jag ska gå på lunch, och jag kommer tillbaka, och helt plötsligt ligger de på sängen på rygg och begär en epidural, och jag undrar vad som hände, du klarade dig fint. Men det beror på att den andra barnmorskan inte gav samma nivå av fysiskt och känslomässigt stöd som jag. (43)

Som en konsekvens av motstridiga värderingar rapporterar barnmorskor om lojalitetskonflikter: å ena sidan vill de agera utifrån sin värdegrund och stödja kvinnan/familjen de vårdar men å andra sidan önskar de vara lojala mot kollegor och arbetsplatsens praxis och riktlinjer (44). Trots att flera studier betonar svårigheten att navigera vid oenighet (42-44) poängteras även vikten av kollegialt stöd vid etiska dilemman. Barnmorskor beskriver att hanteringen av etiska dilemman underlättas när de känner trygghet i förlossningsteamet (42, 43, 45).

Det föreligger en rädsla bland barnmorskor att göra felaktiga bedömningar som leder till att kvinnan eller barnet skadas. Rädslan hindrar barnmorskor från att ifrågasätta läkares beslut, även i situationer när barnmorskan känner sig säker på sin bedömning (45). Ängslan att göra felaktiga bedömningar och rädsla för repressalier redovisas som två anledningar till att barnmorskor inte vågar föra sin talan vid motstridiga värderingar. Barnmorskor beskriver oron att bli av med arbetet, bli utfrysade eller stämplade som uppvigglare om de säger ifrån. Rädslan leder till att barnmorskan anpassar sig till vedertagen praxis snarare än att fortsätta utmana den (43). Ytterligare en anledning till att barnmorskan inte redovisar sina åsikter är för att undvika att skapa förvirring för kvinnan genom motstridiga råd (43, 44). I kommunikation med annan vårdpersonal är det viktigt att kunna motivera sin ståndpunkt men samtidigt vara öppen inför andras argument. Flera barnmorskor betonar att kollegor har mycket att lära av varandra (44).

Organisatoriska begränsningar

I en rad artiklar framkommer hur organisatoriska faktorer såsom bristfällig utrustning, hög arbetsbelastning och personalbrist medför etiska dilemman för barnmorskor (42-44, 47-50). Institutionella begränsningar leder till försämrade möjligheter att upprätthålla autonomi och vårdkvalitet. Barnmorskor som arbetar inom slutenvården uppger att de saknar nödvändiga resurser för att kunna genomföra optimal vård. Personalbrist och administrativa uppgifter omöjliggör kontinuerligt stöd och ökar frekvensen av smärtlindring och interventioner. En mindre erfaren barnmorska rapporterar hur hon tvingas handha tre födande kvinnor parallellt och känner sig oförmögen att garantera familjernas säkerhet (44). Även privatpraktiserande barnmorskor beskriver hur de upplever press från systemet när en planerad hemfödelse överflyttas till sjukhusmiljö. Barnmorskorna beskriver att de behöver anpassa sig till sjukhuskulturen och kompromissa med sina värderingar (43).

Problematiken med institutionella begränsningar är särskilt tydlig i en studie från Ghana. Ihållande brist på medicinska förnödenheter, utrymmesbrist och hög arbetsbelastning påverkar förlossningsvården och hindrar barnmorskans möjlighet att uppfylla sitt vårdansvar, vilket genererar dagliga etiska konflikter och svår moralisk stress. Vården blir begränsad, kompromissad, utebliven, avhumaniserad och oengagerad. Barnmorskorna beskriver att bristen på grundläggande förnödenheter och utrustning innebär en kollision mellan vårdideal och vårdpraxis. Omvårdnadsarbete, såsom kontinuerligt stöd vid förlossning, stöd till nyblivna mammor och amningshjälp, får ge vika för mer akuta situationer. Varje omvårdnadshandling till en kvinna, resulterar i omedelbar försummelse av en annan. Vidare beskriver barnmorskorna att brist på utrymme, patientsängar och skärmar leder till allvarliga etiska dilemman, kränkningar av mänskliga rättigheter och avhumaniserad vård. Patienter tvingas att ligga på golvet, vaginalundersökningar utförs utan skydd för insyn och flera förlossningar sker i samma rum, vilket strider mot värdighet, integritet och sekretess (49).

Barnmorskorna menar att myndigheters misslyckande att tillhandahålla nödvändiga resurser för att upprätthålla kvinnors värdighet och integritet visar en utbred respektlöshet mot

kvinnor. I en artikel från Turkiet bekräftar barnmorskor svårigheten att upprätthålla krav på integritet och sekretess när flera förlossningar äger rum i samma förlossningssal (42).

Även i flera andra artiklar redovisas hur bristfälliga resurser och organisatoriska begränsningar föranleder etiska dilemman (43, 48, 50). Barnmorskor konstaterar att hög arbetsbelastning ökar förekomsten av etiska dilemman och förhindrar barnmorskor att ge kvinnor och barn önskvärd vård (50). Information om tidskrävande alternativ/procedurer undanhålls stundtals för födande kvinnor i syfte att minimera arbetsbelastningen på avdelningen (43). Det hektiska arbetstempot på förlossningsavdelningar leder till dilemman att göra rätt prioritering när flera kvinnor behöver hjälp samtidigt (48).

Otillräcklig kunskap

Barnmorskestudenter i flera studier beskriver bristande överensstämmelse mellan teori och praktik – att kunskapen studenterna erhåller på barnmorskeprogrammet inte speglar förlossningsvårdens verklighet (43, 44, 51). Förväntningarna hos nyutexaminerade barnmorskor infrias inte, de erfar istället etiska dilemman och moralisk stress (44).

Vi fick lära oss det här vackra sättet att hjälpa en kvinna att föda och det är väldigt sällan vi får göra det... Jag tror att många studenter inte skulle slutföra examen om de visste hur det faktiskt skulle bli när de kommer ut och arbetar. (43)

Jag har blivit kontaktad av många nyutexaminerade barnmorskor som befinner sig i en enorm konflikt mellan den kunskap som förvärvats på universitetet, som är evidensbaserad, och vad de observerar i praktiken... (44)

I en kinesisk artikel konstaterar barnmorskestudenter att diskrepansen mellan teori och verklighet är stor. De beskriver etiska dilemman relaterat till dödfödsel och att det döda barnet inte behandlas på ett respektfullt vis på kinesiska sjukhus. Studenterna rapporterar att medicinsk etik och humanistisk vård är väsentliga delar av utbildningen men att vårdproceduren kring dödsfödsel är chockerande och föranleder svåra etiska konflikter (51).

Barnmorskestudenter beskriver svårigheter att definiera etiska dilemman och efterlyser fördjupad kunskap.Handledaren under klinisk praktik spelar en viktig roll för studenternas lärande gällande etiska frågeställningar och hantering av etiska dilemman (45, 47, 52). Studenter rapporterar att det är genom verksamhetsförlagd utbildning, tvärprofessionella diskussioner och hantering av konflikter som de erhåller kunskap om etik, snarare än under teoretiska kurser. Genom att studera handledarens agerande i konkreta situationer lär sig studenterna olika strategier för hantering av etiska dilemman (45, 47). De framhåller dock vikten av att handledaren är en god förebild, professionell och innehar etisk kompetens (45, 47, 52). Studenterna beskriver en stor variation i erfarenhet, kunskap och färdighet hos sina lärare. De uppger att negativt beteende hos handledare, såsom avvisande, inkonsekvent agerande eller bristande vårdkvalitet, har negativ påverkan på studenterna och gör dem

mindre öppna för lärande (45). I en artikel om svenska barnmorskestudenters erfarenheter av etiska dilemman betonas vikten av stöd. Att erhålla olika former av stöd i etiskt utmanande situationer (stöd genom tillit, ansvar, respekt, rättvisa, dialog och reflektion) uppmuntrar till lärande och tillväxt samt är avgörande för erhållandet av etisk kompetens. Betydelsefulla komponenter i barnmorskestudenternas etiska utveckling är relaterade till interaktion, dialog och reflektion. Barnmorskestudenterna poängterar vikten av att reflektera kring etiska dilemman både före och efter de har inträffat (52).

Barnmorskor har delade åsikter om den formella utbildningens betydelse för praktisk hantering av etiska dilemman. Enbart ett fåtal barnmorskor kommer ihåg etik-kunskapen från barnmorskeprogrammet och merparten beskriver otydlighet i utbildningen och icke barnmorskespecifikt innehåll. Barnmorskorna betonar vikten av att undervisningen är särskilt utformad för barnmorskor. Även kunskap om tvärprofessionell kommunikation bedöms som en väsentlig aspekt av etiskt kunnande (47).

Maktobalans

Hierarkiska strukturer inom förlossningsvård begränsar såväl barnmorskors som födande kvinnors självbestämmanderätt. Maktobalansen föranleder etiska dilemman. Temat delas in i två subteman: *begränsning av barnmorskans autonomi* och *begränsning av kvinnans autonomi*.

Begränsning av barnmorskans autonomi

Barnmorskor och barnmorskestudenter beskriver, i ett flertal studier, hur hierarkiska strukturer inom förlossningsvård begränsar barnmorskans autonomi, tvingar barnmorskan att göra avkall på kvinnocentrerad vård och föranleder etiska dilemman (42-45, 47, 50, 53). I en dansk studie påpekas att barnmorskans vardag i stor utsträckning bestäms av andra yrkesgrupper och begränsas av den institutionella miljön. Barnmorskan har ansvaret för den normala förlossningen. Likväl är det läkaren som bestämmer rutiner och riktlinjer för barnmorskans arbete då det i slutändan är hen som har det övergripande ansvaret om förlossningen övergår till att bli komplicerad. Inflytandet från andra professioner leder till att barnmorskan är oförmögen att diktera villkoren för det egna arbetet. Barnmorskor beskriver hur det saknas styrka i arbetsgruppen att stå upp för sina värderingar och motivera för läkare hur de önskar handlägga olika situationer (53).

Barnmorskor rapporterar om icke stöttande och hierarkisk kultur inom förlossningsvård. I flera studier framkommer att barnmorskans professionella åsikt inte efterfrågas och att deras kompetens negligeras både i beslutsfattande och planering av vården (42-44). Barnmorskor konstaterar att förlossningsvården snarare styrs av hierarkiska strukturer än tvärprofessionellt partnerskap. Särskilda svårigheter föreligger för oerfarna barnmorskor som i högre grad upplever sig kontrollerade eller förbisedda i jämförelse med mer erfarna kollegor (44).

Barnmorskor beskriver en kamp för att upprätthålla kvinnocentrerad vård men att tröttheten att försöka stå emot den hierarkiska sjukhuskulturen till slut tar ut sin rätt. Barnmorskorna anpassar sig och väljer sina strider. Ett exempel på ett etiskt dilemma är när barnmorskan utför icke nödvändiga undersökningar för att blidka läkaren. Detta är problematiskt ur flera aspekter menar barnmorskorna; kvinnan får utstå onödiga ingrepp, risk för bristande informerat samtycke och slöseri med resurser (43). En barnmorska berättar hur hon går emot egna värderingar och utför upprepade vaginala undersökningar för att undkomma konflikt med läkaren:

Jag vill inte utföra upprepade vaginalundersökningar på kvinnorna jag har hand om. Men när läkaren vill ha en vaginal undersökning varje gång han kommer hamnar jag i ett dilemma. Om jag säger att det inte behövs så många undersökningar blir det en argumentation, och om vi gör en undersökning utan att säga något så känner jag mig skyldig. (42)

Barnmorskor har ett holistiskt synsätt på barnafödande men upplever att helhetssynen inte prioriteras i förlossningsvården (47). Barnmorskorna understryker att de är kapabla att både ta och dela ansvar för förlossningsvården. En barnmorska beskriver frustrationen över när läkaren ordinerar åtgärder utan att först förhöra sig om vilka insatser barnmorskan redan vidtagit. Tillvägagångssättet leder till känslan att inte bli tagen på allvar och att barnmorskans arbete är oviktigt (44). Barnmorskestudenter identifierar tvärprofessionell maktobalans som en väsentlig orsak till etiska dilemman. De beskriver hur barnmorskor begränsas av motstridiga synsätt, hierarkiska strukturer och svårhanterliga system (45).

Barnmorskans upplevelse av maktlöshet i tvärprofessionella konflikter är ett återkommande tema i studierna (45, 47, 50, 54). Barnmorskorna beskriver att de känner sig maktlösa antingen p.g.a. den kliniska miljön eller någon i den. En del barnmorskor menar att maktlösheten är subtil och svårdefinierad, att den smyger sig på med tiden. En barnmorska uppger att hennes självförtroende som barnmorska har försämrats markant sedan hon tog examen för tre år sedan. Hon beskriver arbetsmiljön som hierarkisk och patriarkal och upplever en oförmåga att göra sin röst hörd. En annan barnmorska påpekar dock att även om läkar- och barnmorskekåren stundtals har olika synsätt på graviditet och förlossning delar de samma mål (54).

Begränsning av kvinnans autonomi

Maktobalans föreligger inte enbart mellan olika professioner utan även mellan den födande kvinnan och barnmorskan (och övrig vårdpersonal). Ett etiskt dilemma uppstår när kvinnan önskar viss åtgärd som barnmorskan inte anser vara förenlig med förlossningsvårdens riktlinjer. Viljan att bli förlöst med kejsarsnitt eller bli inducerad är exempel på sådana situationer. Barnmorskan hamnar i en etisk konflikt mellan autonomiprincipen och evidensen att en fysiologisk förlossning i många fall är mest fördelaktigt för mor och barn (44). Ytterligare ett exempel på maktobalans är när barnet skall omhändertas vid födseln.

Situationen är särskilt svår när vårdövertagandet skall hemlighållas för kvinnan. I dessa fall slits barnmorskan mellan hennes lojalitet gentemot kvinnan hon vårdar och hennes skyldigheter att följa lagar och bestämmelser (55, 56).

Jag fick höra av socialsekreteraren att inte låta Layla veta att de planerade att omhänderta hennes barn den morgonen, jag gillade inte att vara inblandad i det alls. Jag motsatte mig inte resonemanget om varför barnet skulle omhändertas, bara det att ljuga för kvinnan. Jag sa till dem att jag inte skulle medverka i detta, men till slut gjorde jag det, för jag hade inget val. (56)

Hierarkiska strukturer inom förlossningsvården kan resultera att födande kvinnor inte får fullständig information gällande sin vård. Bristande informerat samtycke är en vanlig orsak till etiska dilemman (44, 45). En barnmorska berättar hur hon vill informera om risker med epiduralbedövning men uppmanas av arbetsteamet att undanhålla informationen trots att kvinnan har rätt till den (50). En annan belyser hur språkförbistring kan leda till överträdelse av informerat samtycke. Om inte vårdpersonalen anpassar kommunikationen är det en omöjlighet för kvinnan att göra välinformerade val (44).

Trots att autonomiprincipen föranleder många etiska dilemman identifierar barnmorskor och barnmorskestudenter kvinnans autonomi som det mest centrala värdet i deras arbete (44, 45). Barnmorskestudenter framhåller att barnmorskans primära plikt är att värna om kvinnors autonomi, även när detta innebär konflikt med egna värderingar, åsidosättande av riktlinjer eller konfrontation med annan vårdpersonal. Att beskydda kvinnans självbestämmanderätt är fundamentalt, menar barnmorskestudenterna (45).

I slutändan är det patientens val, eller familjens val... Jag tror inte att det är min uppgift att fatta beslutet åt dem, det är mitt jobb att förse dem med alla alternativ och evidens för att fatta bästa möjliga beslut. (45)

Emotionella påfrestningar

Barnmorskor och barnmorskestudenter som erfar etiska dilemman inom förlossningsvård beskriver en stor variation av känslor och känslouttryck. Etiska dilemman förorsakar moralisk stress och kontinuerlig kompromiss av etiska värderingar kan generera känslomässig avtrubbning. Temat beskriver även barnmorskor och barnmorskestudenters strategier för hantering av moralisk stress. Temat delas in i tre subteman: *mångfald av känslor*, *känslomässig avtrubbning* och *hantering av moralisk stress*.

Mångfald av känslor

När barnmorskor och barnmorskestudenter erfar etiska dilemman och upplever moralisk stress utlöses en mångfald av känslor, vilka varierar beroende på situation/dilemma samt

barnmorskans erfarenhet och etiska kompetens. Vanligt förekommande känslomässiga reaktioner är rädsla, oro, osäkerhet, frustration, ilska, sorg, skuld känslor och hjälplöshet (42-44, 47, 50). I studierna beskrivs även potentiellt kroniska konsekvenser såsom känslomässig trötthet, ångest, minskad professionell motivation, utbrändhet, depression och traumatisk stress (42-44, 49, 50, 56). Många barnmorskor rapporterar svårigheter att släppa arbetsrelaterade frågor när de är lediga och funderar mycket över vad de hade kunnat göra annorlunda. Tvärprofessionella konflikter beskrivs som särskilt mödosamma. Känslan av att känna sig tystad eller ifrågasatt av en kollega genererar sorg, ilska och maktlöshet (44).

Ett etiskt dilemma som beskrivs som särskilt känslomässigt utmanande är sent avbrytande av graviditet (43, 44, 53). Barnmorskorna poängterar att dilemman inte avser kvinnans/parets val att avbryta graviditeten utan den situation som eventuellt inträffar om avbrytandet inte går likt planerat och fostret fortsätter att leva efter födseln. Barnmorskorna i en dansk studie förklarar att tillvägagångssättet varierar beroende på om graviditeten är önskad eller ej (53). Vid en önskad graviditet placeras barnet hos föräldrarna tills det dör men vid en oönskad graviditet åligger det barnmorskan att se efter barnet tills det avlider. Liknande problematik bekräftas i en schweizisk studie (44). Barnmorskorna i båda artiklarna beskriver känslor som hjälplöshet, maktlöshet, skuld och sorg i att inte veta hur de skall hantera situationen och tydligare riktlinjer efterfrågas (44, 53). Detsamma gäller prematura födselar där fostret ej bedöms som livsdugligt men ändå påvisar livstecken efter födsel. Barnmorskor beskriver hur beslutet att inga livsuppehållande åtgärder skall utföras på barnet försätter de i en svår situation, liknande den vid sent avbrytande (42). Ytterligare ett känslolöst etiskt dilemma är när barnet omedelbart skall omhändertas efter födseln och barnmorskan tvingas undanhålla information om vårdövertagandet för den födande kvinnan. Barnmorskor upplever uttalade känslor av panik och stress över att tvingas svika den födandes förtroende (55, 56). Även situationen där barnmorskan handhar två familjer, med starkt kontrasterande behov, samtidigt beskrivs som svårhanterlig. Att simultant stödja exempelvis en familj som förlorat sitt barn och en familj som ser fram emot förlossningen utsätter barnmorskan för ett dilemma och känslan av att vara otillräcklig (44).

Etiska dilemmans tvetydighet – avsaknad av tydlighet kring vilket handlingsalternativ som är rätt eller fel – leder till osäkerhet hos barnmorskor (47). Ett etiskt dilemma där barnmorskor beskriver påtaglig osäkerhet är när barnmorskan tvingas välja mellan kvinnans önskemål och vad som anses vara det ofödda barnets bästa (44, 48, 56). I dessa situationer föreligger en svårighet att bedöma vems intresse som bör prioriteras. I en studie från Danmark beskrivs hur en barnmorska tillgodoser en kvinnas önskemål att avstå från CTG. När barnet föds med svår asfyxi känner barnmorskan intensiv skam och skuld en lång tid efter händelsen inträffat, trots att en utredning i ärendet friar henne från skuld (48).

Känslomässig avtrubning

Flera studier belyser känslomässig avtrubning som följd av en fortlöpande kompromiss av etiska värderingar (43, 47, 49). Barnmorskorna beskriver en oförmåga att vara fullständigt

närvarande i kvinnornas vård och att daglig hantering av etiska dilemman leder till känslomässig utmattning och avtrubning (43, 47). I studien om förlossningsvården i Ghana rapporterar barnmorskor hur den konstanta bristen på resurser omöjliggör uppfyllelse av moraliskt ansvar, vilket leder till känslor av missnöje, otillräcklighet, självförebråelse och vanmakt. Den höga arbetsbelastningen och frekventa exponeringen av motgångar, negativa vårdutfall och etiska dilemman leder till försämrad lyhördhet och avtrubning:

Jag tror att det kommer till en punkt där människors samvete bara blir så bränt. De är så vana vid situationen att de inte blir rörda av den... (49)

Att utsättas för kontinuerliga etiska dilemman påverkar barnmorskorna negativt, såväl privat som professionellt. Barnmorskorna menar att moralisk stress inte primärt uppkommer av enskilda händelser utan är ett kumulativt resultat av ständig kompromiss av etiska värderingar. Det är ackumuleringen av etiska dilemman som skapar ohälsa/stress (43, 47). Upprepad exponering för situationer som utlöser etiska kompromisser leder till minskad etisk lyhördhet och försämrad förmåga att känna empati och medkänsla. I förlängningen försämras barnmorskans bemötande och vård (49). Barnmorskor som nyligen påbörjat sin karriär har ännu inte upplevt den kumulativa effekten av moralisk stress men de uttrycker en oro för hur de skall navigera i moraliska frågor. Bristande överensstämmelse mellan vårdideal och vårdpraxis samt när förväntningar kring arbetet som barnmorska inte infrias upplever nyblivna barnmorskor att de skadas av systemet. Att vara förhindrad att agera utifrån ideal påverkar barnmorskorna negativt (43).

Hantering av moralisk stress

Barnmorskors erfarenhet är en viktig faktor för att identifiera och hantera etiska dilemman och moralisk stress (44, 47). En studie rapporterar att mer erfarna barnmorskor identifierar färre antal etiska dilemman och hanterar konflikterna bättre än nyutbildade barnmorskor (42). Som kontrast till detta redovisar en annan studie att nyblivna barnmorskor, genom reflektion och utbildning, uppvisar bättre förmåga att navigera genom mångfalden känslor som etiska dilemman genererar (43). I vissa fall upplevs etiska dilemman som stärkande. Barnmorskor och barnmorskestudenter beskriver att erfarenheter av etiska dilemman leder till bättre riskuppfattning och beslutsfattande. Framför allt erfarna barnmorskor belyser hur etiskt utmanande situationer fått dem att växa och hur de, under åren, utvecklat en större säkerhet i sitt beslutsfattande. Vikten av att dra lärdom av etiska dilemman genom reflektion och diskussion betonas (47, 50). Ytterligare en skyddsfaktor mot moralisk stress är god arbetsmiljö. Trygghet inom vårdteamet stärker tilliten till egen etisk förmåga och stöd från kollegor kring etiska beslut minskar moralisk stress (42).

Två studier belyser strategier för att hantera moralisk stress (44, 47). Ett framgångsrikt tillvägagångssätt är att försöka ta ett steg tillbaka från situationen och objektivt analysera de olika handlingsalternativen före beslut tas. En annan strategi är att fokusera på det som barnmorskan kan påverka för att förbättra situationen för kvinnan och familjen (44). Det är

väsentligt att barnmorskor erbjuds möjlighet att bearbeta sina känslor och reflektera över händelsen. Detta främjar inte enkom känslomässig bearbetning av betungande händelser utan generar även lösningar för framtida problem. Många arbetsplatser erbjuder utbyte av erfarenheter genom förlossningsgenomgångar och diskussioner av fallbeskrivningar men merparten barnmorskor uttrycker en önskan om utbildning och reflektion utanför arbetsplatsen (44). Även självreflektion och insikt gällande egna värderingar och fördomar beskrivs som en viktig del för etisk kompetens och hantering av etiska dilemman (47).

I flera studier beskriver barnmorskor hur upprepade etiska kompromisser och moralisk stress leder till yrkesmässiga konsekvenser såsom minskat arbetsrelaterat självförtroende, omplacering, nya arbetsuppgifter och uppsägning. En del barnmorskor tar en paus från arbetet på förlossningsavdelningen, andra överväger att säga upp sig och några väljer att sluta arbeta som barnmorskor (43, 44, 54). Flera barnmorskor uppger emellertid att passionen för barnmorskeprofessionen väger tyngre:

Ja. Men att viljan att vara barnmorska är något mer än att bara vilja vara barnmorska. Det finns inget annat alternativ. Hur mycket jag än drömmer om att öppna ett bokhandelscafé... så kommer det inte hända, för det är inte att vara barnmorska... (43)

Diskussion

Metoddiskussion

Datainsamling

En av litteraturöversiktens styrkor är den strukturerade datainsamlingen. Samtliga steg i arbetsprocessen – upprättande av urvalskriterier utifrån syfte, utarbetande av relevanta söksträngar, användande av flertalet sökstrategier och litteratursökning i etablerade databaser – genomfördes på ett systematiskt och transparent vis i enlighet med vedertagen metodlitteratur, vilket stärker litteraturöversiktens trovärdighet (32, 33, 36, 40, 57). Att den slutgiltiga databassökningen upprepades vid flera tillfällen och att samma resultat erhöles vid varje sökning är en bekräftelse på metodens tillförlitlighet.

Gällande söksträngen om etiska dilemman bör ett par förtydliganden göras. Inom medicinsk litteratur och omvårdnadsforskning saknas enhetliga definitioner av etiska dilemman. Exempelvis används termerna ethical dilemma, ethical conflict och moral distress omväxlande och synonymt (3, 4). Bristen på ett gemensamt språk och inkonsekvent användning av terminologi försvårade uppgiften att bestämma relevanta sökord. I syfte att finna samtliga relevanta studier användes såväl dessa begrepp som andra närbesläktade termer

som sökord i databassökningarna. Observeras bör att enbart artiklar där det tydligt framgår att artikeln avser etiska dilemman har inkluderats. Inga enskilda sökningar på utvalda dilemman har skett. Detta kan ses som en nackdel men genomförandet av en sådan studie hade varit en omöjlighet inom tidsramen för detta examensarbete.

Datainsamlingen skedde i databaserna PubMed, CINAHL och PsycInfo vilka alla är väletablerade källor inom medicin, omvårdnad och psykologi. Avgränsningen till tre databaser kan innebära en risk för att användbara artiklar i andra databaser har förbisetts. Med hänvisning till kriterierna för examensarbetet (omfattning och tidsaspekt) anses dock begränsningen rimlig. Även att samtliga artiklar är författade på engelska innebär en risk att eventuella studier gällande barnmorskor etiska dilemman inom förlossningsvård skriva på andra språk har exkluderats. Avgränsning beträffande språk är vanligt förekommande vid systematiska litteraturöversikter (32) men det är likväl en brist. Begränsningen var emellertid nödvändig då ingen i arbetsgruppen behärskar annat språk än svenska och engelska.

Artikelurval

Viktiga aspekter vid värdering av artiklar är relevans (överensstämmelse med syfte), studiepopulation, aktualitet, studietyp och studiekvalitet (58). För säkerställande av relevans och för att möjliggöra jämförelser mellan olika studier krävs likvärdiga inklusionskriterier (33). Samtliga studier i litteraturöversikten undersöker barnmorskors och/eller barnmorskestudenters erfarenheter av etiska dilemman inom förlossningsvård. I två studier (48, 55) deltar, utöver barnmorskor, även patienter och annan vårdpersonal. I dessa fall har enbart barnmorskornas erfarenheter använts i resultatet. Litteraturöversikten är avgränsad till förlossningsvården. Att ha tydliga avgränsningar (inklusionskriterier och exklusionskriterier), utarbetade efter syftet, är en väsentlig del av datainsamlingen (32). Avgränsningen till förlossningsvård anses vara en styrka då djupare förståelse för denna specifika kontext erhålls. Det bör emellertid belysas att etiska dilemman även är förekommande inom andra delar av barnmorskans verksamhetsområde, exempelvis inom abortvård, mödravård och reproduktionsmedicin.

En annan av litteraturöversiktens styrkor är dess aktualitet. Huruvida forskning bedöms som aktuell varierar inom olika ämnesområden och är beroende på mängden tillgänglig forskning. Vanliga kriterier för aktualitet är att artiklar ej är äldre än fem alternativt tio år (58). Artiklarna i litteraturöversikten är publicerade mellan åren 2013 – 2023. Tretton av femton artiklar är utgivna senaste fem åren, varav sju artiklar senaste två åren. Litteraturöversikten uppfyller härmed kraven på aktualitet. En begränsning är dock att två forskarteam (ett australiensiskt och ett amerikanskt) har utfört två artiklar vardera (43, 45, 47, 50). Detta är en nackdel vid sammanställning av forskning då det kan innebära att forskarteamens resultat ges oproportionerligt stort utrymme i översikten.

En systematisk litteraturöversikt syftar till att ge en fullständig överblick av aktuellt kunskapsläge inom utvalt problemområde. Ett av inklusionskriterierna i litteraturöversikten är

kvalitativa artiklar. Detta är ett avsiktligt val då litteraturöversikten syfte är att beskriva barnmorskans erfarenheter av etiska dilemman. Kvalitativ forskning lämpar sig väl för att undersöka mänskliga dimensioner av ett fenomen, såsom erfarenheter (32). Medvetenhet finns emellertid att exkluderandet av kvantitativa studier kan ha medfört att kunskap om ämnet gått förlorad. Fjorton av femton artiklar har kvalitativ metod. En artikel (50) är s.k. mixad metod. Påpekas bör att enbart de kvalitativa delarna i denna artikel har använts i enlighet med våra inklusionskriterier. Artiklarna kvalitetsgranskades med hjälp av SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier (38), vilken är en vedertagen mall. Att samtliga studiers metodbrister bedömdes vara obetydliga/mindre ($n = 13$) alternativt måttliga ($n = 2$) är en styrka. Reservation behöver dock göras för begränsad erfarenhet av kvalitetsgranskning. I syfte att öka kvalitetsgranskningens tillförlitlighet utfördes artikelgranskningen först enskilt och därefter i grupp.

Dataanalys

Dataanalysen skedde på ett strukturerat vis i enlighet med Bettany-Saltikov och McSherrys analysmodell (32). Noggrant genomförande av metodsteg och kontinuerlig återkoppling till litteraturöversiktens syfte stärker litteraturöversiktens kvalitet och trovärdighet. Likaså att analysen genomfördes först individuellt och därefter gemensamt samt validerades av två utomstående personer. Identifierade teman representerar likheter och skillnader i artiklarnas resultat väl. Ett påpekande bör emellertid göras kring att litteraturöversiktens teman delvis överlappar varandra – t.ex. ”motstridiga värderingar” och ”maktobalans”. Att belysa barnmorskans erfarenheter av hierarki i ett eget tema är ett avsiktligt val då dessa erfarenheter är framträdande i artiklarna. Känslouttryck beskrivs i temat ”emotionella påfrestningar” men förekommer även under andra teman. Detta är ofrånkomligt då etiska dilemman (en situation) och moralisk stress (en känsla) följs åt. Vilket har redovisats ovan används begreppen synonymt och överlappande i forskning kring etiska dilemman.

Vid dataanalys krävs etiska överväganden för att minimera risken för godtycklighet eller att förförståelse påverkar analys och resultat (32). Kunskap om och erfarenhet av ett ämne medför risk att välbekanta situationer (medvetet eller omedvetet) eftersöks i artiklarnas resultat och att resultatet härmed bli snedvridet (40). Att reflektera kring förförståelse är en viktig kvalitetsaspekt som stärker litteraturöversiktens pålitlighet (40, 57). För att säkerställa pålitlighet har en kontinuerlig diskussion kring förförståelse skett under hela arbetsprocessen och samtliga delar av artiklarnas resultat som svarar an på litteraturöversiktens syfte har inkluderats i resultatet.

Överförbarhet

Vid sammanställning av forskning krävs reflektion gällande inkluderade studiers kontext och huruvida resultatet går att överföra till svensk/nordisk hälso- och sjukvård (33, 57). Ingen avgränsning till land, världsdel eller levnadsstandard har skett då syftet med litteraturöversikten är att ge en heltäckande sammanställning av barnmorskor och barnmorskestudenters erfarenheter av etiska dilemman inom förlossningsvård. Att stora delar

av världen ingår i litteraturstudien betraktas som en styrka. Även om olika länders hälso- och sjukvårdssystem skiljer sig markant åt är förekomsten av etiska dilemman inom förlossningsvård universell. Etiska dilemman och moralisk stress är en ofrånkomlig del av barnmorskors vardag även om graden av och mängden dilemman varierar beroende på kontext och vart i världen barnmorskan arbetar. I enlighet med detta resonemang är det rimligt att anta att litteraturöversiktens resultat, åtminstone delvis, är överförbart till svensk/nordisk kontext.

Resultatdiskussion

Litteraturöversiktens syfte är att beskriva barnmorskors och barnmorskestudenters erfarenheter av etiska dilemman inom förlossningsvård. Resultatet bildar tre huvudteman: *diskrepans mellan vårdideal och vårdpraxis, maktobalans* och *emotionell påfrestning*. Barnmorskor och barnmorskestudenter beskriver hur diskrepansen mellan vårdideal och vårdpraxis förorsakar etiska dilemman. Motstridiga värderingar mellan vårdpersonal, organisatoriska begränsningar och otillräcklig etikkunskap är en grogrund för etiska dilemman. Hierarkiska strukturer inom förlossningsvården är en uttalad källa till konflikter. Maktobalansen begränsar såväl barnmorskors som födandes kvinnors autonomi och föranleder etiska dilemman. Vidare visar resultatet att barnmorskor och barnmorskestudenter som erfar etiska dilemman inom förlossningsvård upplever en stor variation av känslor och känslöytringar. En konsekvens av fortlöpande kompromiss av etiska värderingar är känslomässig avtrubning. Avslutningsvis belyser resultatet viktiga komponenter för hantering av moralisk stress såsom reflektion, utbildning, kollegialt stöd och tvärprofessionellt samarbete. Det framkommer att en del barnmorskor väljer att sluta arbeta som barnmorskor eller byta verksamhetsområde p.g.a. den moraliska stress och ohälsa etiska dilemman genererar.

Resultatet bjuder på flertalet intressanta infallsvinklar att diskutera. Vi har valt ut *hierarkisk arbetsmiljö och vikten av teamsamarbete, problematiken avseende organisatoriska begränsningar* och *behovet av etisk kompetens*. Barnmorskans perspektiv är i fokus men även födande kvinnors rättigheter belyses. Gällande organisatoriska begränsningar diskuteras även etiska dilemman utifrån en global kontext och ett mänskliga rättigheters perspektiv. Även vikten av hållbar utveckling avseende barnmorskans yrkesliv belyses.

Hierarkisk arbetsmiljö och vikten av teamsamarbete

I litteraturöversiktens resultat framkommer att motstridiga tvärprofessionella värderingar kring födelsetprocessen och en hierarkisk arbetsmiljö gör att barnmorskor tvingas kompromissa med kvinnocentrerad vård, vilket föranleder etiska dilemman (42-45, 47, 50, 53). Vidare beskriver barnmorskor svårigheter att göra sin röst hörd och upplevelsen av att deras arbete bedöms oviktigt, vilket leder till känslan av maktlöshet (45, 47, 50, 54). Bristfälligt tvärprofessionellt samarbete och hierarkiska strukturer inom förlossningsvård

bekräftas även i annan forskning (59-62), vilket förstärker resultatets trovärdighet (40, 57). Barnmorskor beskriver hur maktobalansen genererar osäkerhetskänslor och hämmar möjligheten att arbeta kvinnocentrerat. Barnmorskor börjar tvivla på sina kunskaper och förmågor vilket leder till att arbetsuppgifter, i högre utsträckning, utförs mer slentrianmässigt. En icke stödjande arbetsmiljö eller kritiska kommentarer från kollegor kan leda till långsiktiga negativa effekter på barnmorskors självförtroende och hälsa (59-62).

Vi anser det högst beklagligt att barnmorskans kompetens inte värdesätts i större utsträckning inom förlossningsvård. Barnmorskans kompetensbeskrivning stadgar att reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa är ett självständigt kompetensområde för barnmorskor (6). Barnmorskan är den yrkeskategori som har den närmaste relationen med kvinnan och åsidosättande av barnmorskor innebär även åsidosättande av födande kvinnor. När barnmorskan tvingas göra avkall från kvinnocenterad vård och inte känner sig respekterad eller hörd påverkas vården negativt. Poängteras bör att litteraturöversikten inte enkom avser svensk förlossningsvård utan är en sammanställning av olika länders vård. Barnmorskans roll och kompetens samt förlossningsvårdens utformning skiljer sig åt i olika länder, härmed varierar även graden av tvärprofessionella konflikter och hierarki. Utifrån en global kontext är dock litteraturöversiktens resultat tydligt – barnmorskor arbetar under svåra arbetsförhållanden där maktobalansen är betydande. Oberoende av vilket lands förlossningsvård som diskuteras önskar vi betona vikten av teamsamarbete. Ett fungerande tvärprofessionellt samarbete är centralt för att uppnå god och säker förlossningsvård. Ett arbetsklimat där alla professioner har respekt för varandra och värnar om varandras kunskaper bidrar till, inte bara en förbättrad arbetsmiljö, utan även förbättrad vård. Samtliga yrkeskategorier inom förlossningsvård arbetar utifrån samma mål – välmående mamma och barn. Vi önskar även poängtera att kvinnocenterad vård och medicinskteknisk vård inte utesluter, utan kompletterar, varandra. Det är den aktuella situationen som avgör vilket synsätt som bör vara i förgrunden. Även vid medicinskt komplicerade förlossningar är det dock väsentligt att, i möjligaste mån, arbeta kvinnocentrerat och främja det friska.

I resultatet beskriver barnmorskor vikten av kollegialt stöd vid etiska dilemman och uppger att hanteringen av etiska dilemman underlättas när de känner trygghet i förlossningsteamet (42, 43, 45). Flera barnmorskor betonar att vårdpersonal har mycket att lära av varandra (44). Betydelsen av tvärprofessionellt samarbetet inom förlossningsvård belyses även i internationella etiska koden (7) och i flertalet andra artiklar (60-65). Samarbete är av avgörande vikt för att säkerställa patientsäkerhet och god vårdkvalitet. Det är väsentligt att samtliga unika kompetenser i teamet utnyttjas, vilket kräver förståelse, kunskap och respekt för varandras professioner. För ett välfungerande samarbete behöver vårdpersonal kunna vara både ledare och teammedlemmar, framföra egna åsikter men även lyssna på andras (7, 63). Ett positivt arbetsklimat med kollegialt stöd ökar barnmorskans möjlighet att arbeta kvinnocentrerat samt stärker barnmorskans självförtroende (60-62).

Forskningen visar, likt litteraturöversiktens resultat, att teamarbetet stundtals inte fungerar optimalt. Läkare tenderar att inta en ledande roll även i situationer där denna rollfördelning inte är självklar (65). Vidare redovisas att läkarstyrd vård kan resultera att fler beslut tas utan kvinnans delaktighet än vid barnmorskeledd vård (62). Vi önskar betona vikten av att dela kunskap och lära av varandra. I barnmorskans etiska kod framhålls att det ingår i barnmorskans arbete att dela med sig av ämnesspecifika kunskaper (7). Förutom respekt för varandras arbete och öppenhet att lära krävs även utbildning. Samtliga yrkeskategorier som är involverade i förlossningsvård borde, inom ramen för arbetet, genomgå tvärprofessionell utbildning för att träna upp samarbete och hantering av utmanande situationer. Även gemensam reflektion kring etiska dilemman är, enligt vår åsikt, av betydande vikt. Att tvärprofessionellt samarbetet kräver utbildning och träning bekräftas i forskning (7, 63, 64).

Organisatoriska och institutionella begränsningar

Av litteraturöversiktens resultat framgår att organisatoriska, institutionella och strukturella begränsningar såsom hög arbetsbelastning, personalbrist, platsbrist och bristfällig utrustning är vanliga orsaker till etiska dilemman inom förlossningsvård (42-44, 47-50). Resultatet överensstämmer med omvårdnadsforskningen kring etiska dilemman, vilken beskriver hur organisatoriska begränsningar tvingar sjuksköterskor att bortprioritera patienter/arbetsuppgifter och kompromissa med grundläggande omvårdnadsvärden (3, 9). Krav på effektivisering och standardisering inom hälso- och sjukvård utmanar barnmorskors möjlighet att agera utifrån etiska och moraliska grunder i individuella vårdsituationer. Frågan om prioriteringar är en fråga där etik och politik sammanflätas. Prioriteringar inom svensk offentligfinansierad sjukvård skall utgå från människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Den förstnämnda, vilken är överordnad de andra principerna, stadgar att alla människor har samma värde och samma rätt till sjukvård oberoende av personliga egenskaper eller funktioner i samhället. Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att resurserna bör fördelas efter behov och kostnadseffektivitetsprincipen handlar om fördelning av begränsade resurser, att det skall finnas en rimlig relation mellan kostnader för vården och dess hälsovinster. Trots förekomsten av prioriteringsregler genererar prioriteringar etiska dilemman (1).

Oberoende av landgränser eller socioekonomi beskriver barnmorskor en kollision mellan vårdideal och vårdpraxis där barnmorskans etiska värderingar inte överensstämmer med vårdens/sjukhusets riktlinjer och arbetssätt. Förekomsten av etiska dilemman är universell men graden av och mängden dilemman varierar beroende på kontext och vart i världen barnmorskan arbetar. I bakgrunden redovisas att etiska dilemman vanligtvis utspelar sig i spänningsfältet mellan vad en person (i detta fall barnmorskan) kan, ska och bör göra, vilket aktualiserar såväl praktiska som juridiska och etiska frågeställningar (5). Organisatoriska begränsningar bakbinder barnmorskan och begränsar det hen *kan* göra. Lagar och föreskrifter i landet som barnmorskan verkar i sätter ramarna för vad barnmorskan *ska* göra och barnmorskans värdegrund (etiken) vägleder hur hen *bör* agera. Att behöva ta hänsyn till samtliga av dessa komponenter föranleder etiska dilemman.

Litteraturöversikten redovisar hur organisatoriska begränsningar orsakar etiska dilemman och tvingar barnmorskor att kompromissa med kvinnocentrerad vård (44, 49, 50). Detta bekräftas i en australiensisk studie gällande arbetsplatskultur. Barnmorskorna beskriver hur hög arbetsbelastning och uppgiftsorienterad vård förhindrar kvinnocentrerad vård. ”Riktigt barnmorskeri” och ”one-to-one-care” praktiseras inte längre inom förlossningsvård, menar barnmorskorna (62). På liknande vis beskriver sjuksköterskor inom omvårdnadsforskning hur tidspress, hög arbetsbelastning, personalbrist och ökande mängd administrativa uppgifter försämrar vårdkvaliteten (9). Resonemanget är i linje med forskningen som beskrivs i bakgrunden – att kvinnocentrerad vård och psykosocialt synsätt på barnafödande får ge vika för den alltmer medicintekniska vården (10, 21, 22). Svenska barnmorskeförbundet anger att varje födande kvinna i aktiv fas skall ha tillgång till en barnmorska som inte bör lämna kvinnan om inte kvinnan själv önskar det (28). Barnmorskans närvaro ökar möjligheten att uppmärksamma kvinnans behov och förlossningsprocessens olika faser. Kontinuerligt stöd är således av betydande vikt för såväl förlossningsutfall som förlossningsupplevelse (27).

Knapphändiga resurser leder inte enbart till etiska dilemman för barnmorskor utan även till kränkningar av födande kvinnors mänskliga rättigheter. I FN:s deklaration om mänskliga rättigheter fastslås att alla människor har lika värde och rätt till social trygghet samt tillgång till hälso- och sjukvård (66). Agenda 2030 stadgar i de globala målen för hållbar utveckling människors rätt till god hälsa och välbefinnande. Insatser för att förbättra hälso- och sjukvård samt minskad mödra- och barndödlighet betonas särskilt (67). Samtidigt vittnar barnmorskor i litteraturöversikten hur bristande arbetsvillkor leder till att födande kvinnor försummas (44, 49, 50). Barnmorskorna tvingas besluta vilken kvinnas vård och mänskliga rättigheter som skall prioriteras, en synnerligen utmanande uppgift som genererar hög grad av moralisk stress.

Personalbrist är en betydande orsak till etiska dilemman. Ur global kontext är avsaknaden av barnmorskor ett akut problem. I en rapport skriver WHO att det i nuläget finns en brist på 900 000 barnmorskor världen över, vilket representerar en tredjedel av den globala mängden barnmorskor som behövs. Detta innebär att miljontals kvinnor och barn riskerar att skadas eller dö p.g.a. bristande tillgång till god och säker vård (68). Vi anser att förbättrade arbetsvillkor för barnmorskor världen över är av avgörande vikt för såväl barnmorskors hälsa som födande kvinnors vård. Problemet behöver uppmärksammas och angripas från flera håll. Ytterst är det en politisk och samhällsfråga men även barnmorskor behöver hjälpas åt att sprida kunskap om etik och mänskliga rättigheter över lands- och professionsgränser. Etiken är kittet som håller människor samman och bygger broar mellan svårförenliga intressen (1). Vi bär alla ett gemensamt ansvar för världens kvinnor och barn.

Behovet av etisk kompetens

Litteraturöversiktens resultat redovisar att barnmorskor och barnmorskestudenter anser att etikutbildningen inom barnmorskeprogrammet är bristfällig (45, 47). Studenter beskriver svårigheter att identifiera och hantera etiska dilemman. De menar att utbildningen inte är

ämnesspecifik för barnmorskeprofessionen. Barnmorskestudenter upplever ett avstånd mellan ideal och verklighet – att det de lär sig i klassrummet inte stämmer överens med förlossningsvårdens verklighet (43, 44, 51). Gapet mellan teori och praktik bekräftas även i annan forskning (69). Barnmorskor och barnmorskestudenter belyser att etikundervisningen är felaktigt utformad. Undervisningen lär ut etiska dilemman av extrem karaktär istället för att problematisera den typen av dilemman barnmorskor ständigt utsätts för i sin vardag. Litteraturöversikten visar att det inte, i första hand, är enskilda etiska dilemman som orsakar moralisk stress och ohälsa utan den ackumulativa effekten av att konstant tvingas kompromissa med etiska värderingar och barnmorskeprofessionens värdegrund (43, 47). I enlighet med detta efterlyses fördjupad etikundervisning kring barnmorskans vardagliga etiska dilemman. Vilken kvinna bör prioriteras när barnmorskan handhar flera samtidigt? Hur bör barnmorskan agera när kvinnans önskemål går emot gällande riktlinjer eller när tvärprofessionella oenigheter föreligger?

I litteraturöversikten betonas betydelsen av etiskt kompetenta handledare för att identifiera och hantera etiska dilemman (45, 47, 52). Barnmorskestudenter beskriver dock stora variationer av kunskap och färdighet hos handledarna, vilket påverkar lärandet. Handledarens roll problematiseras även i annan forskning. I en svensk studie, som undersöker barnmorskehandledares erfarenheter av att handleda barnmorskestudenter på tre förlossningsenheter, understryks vikten av att handledare tilldelas den tid som krävs för att handleda på ett lärorikt sätt. Handledarna betonar att reflektion är en viktig del av studenters lärande men att de sällan hinner reflektera med studenter när etiska dilemman inträffar. Dessutom poängteras betydelsen av att handledaren innehar etisk kompetens och ”etiskt självförtroende” som studenten kan lära av. Barnmorskehandledarna menar att studenternas lärandeprocess går från att observera, till att imitera och, till slut, utveckla egen kompetens (70). Tankegångarna känns igen från dygdetiken – det är genom erfarenhet och praktiskt kunnande som etiskt goda beslut möjliggörs, inte främst genom teoretiska kunskaper (5). Då handledaren spelar en nyckelroll för barnmorskestudenters etiska lärande önskar vi betona vikten av att handledare erhåller tid, stöd och utbildning för att kunna genomföra sin uppgift. Gällande etikundervisning bör även ett påpekande gällande aktualitet göras. Världen och vården är ständigt föränderlig – nya etiska frågeställningar och dilemman uppstår i takt med att omvärlden och vården förändras. Härmed är det väsentligt att etikundervisningen speglar verkligheten (71).

Vi anser att fördjupad etikkunskap är viktigt av två skäl. Dels för att förbättra vården för födande kvinnor, dels för att minska moralisk stress och yrkesrelaterad ohälsa hos barnmorskor. I litteraturöversikten framkommer att frekvent förekomst av etiska dilemman leder till moralisk stress och annan ohälsa hos barnmorskor och barnmorskestudenter. Långsiktiga konsekvenser är känslomässig avtrubning, utmattning/utbrändhet, depression och traumatisk stress – symtom som känns igen från avsnittet i bakgrunden kring STS och PTSD (16, 17). Litteraturöversiktens resultat överensstämmer med annan forskning kring barnmorskans yrkesrelaterade ohälsa, vilket stärker trovärdigheten. I flera artiklar redovisas

att barnmorskor är en särskilt utsatt yrkesgrupp för moralisk stress p.g.a. barnmorskans empatiska förmåga och nära relation med kvinnan. Empati anges, tillsammans med traumatiska händelser, som den största riskfaktorn för STS. Vid traumatiska händelser tenderar barnmorskan att sätta kvinnans hälsa framför sin egen och noterar sällan egen utsatthet (71, 72). Symtom, liknande de som beskrivs för STS, står för cirka en tredjedel av alla sjukskrivningar inom hälso- och sjukvården och barnmorskor är överrepresenterade i denna grupp. Dessutom rapporteras att barnmorskor lider av ohälsa under en långt tid före de söker hjälp (72).

Såväl litteraturstudien som annan forskning (72) visar att moralisk stress och annan form av yrkesrelaterad ohälsa leder till att barnmorskor byter arbete. Vilket ovan redovisats saknas 900 000 barnmorskor globalt (68). Det är således av fundamental vikt att en rad insatser genomförs parallellt för att förbättra barnmorskors hälsa och för att förhindra att fler barnmorskor säger upp sig. Förbättrad etikundervisning är en viktig del. Förbättrade arbetsvillkor en annan. Möjlighet till etisk reflektion en tredje. Vikten av reflektion vid etiska dilemman redovisas i litteraturöversiktens bakgrund och resultat samt bekräftas även i annan forskning (70, 72).

Behovet av forskning och kliniska implikationer

Litteraturöversikten sammanfattar kunskapsläget inom kvalitativ forskning gällande barnmorskors och barnmorskestudenters erfarenheter av etiska dilemman inom förlossningsvård. Tretton av femton artiklar är publicerade senaste fem åren, varav sju artiklar senaste två åren, vilket tyder på ett ökat forskningsintresse för problematiken. Även om trenden är positiv är forskningen fortfarande begränsad. Framför allt saknas studier gällande strategier för att identifiera och hantera etiska dilemman. Vi har enbart identifierat ett fåtal artiklar som redovisar konkreta verktyg för hantering av etiska dilemman. Ytterligare forskning behövs även kring etiska dilemman inom svensk/nordisk förlossningsvård. Sådan forskning hade möjliggjort jämförelser mellan nordisk och global kontext. Forskning saknas även kring sambandet mellan etiska dilemman och STS. Avslutningsvis efterlyses konsekvent terminologi inom problemområdet då bristen på ett gemensamt språk försvårar genomförandet av forskning. Vi föreslår begreppet *etiskt dilemma* för att beskriva *situationen* barnmorskan står inför när en avvägning behöver göras mellan olika värden/intressen och begreppet *moralisk stress* för att beskriva *känslan* och stressen valet medför. Förhoppningen är att denna litteraturöversikt bidrar till fördjupad kunskap och härigenom gör barnmorskor bättre rustade att identifiera och hantera etiska dilemman inom förlossningsvård. Sådan kunskap kan i förlängningen minska risken för moralisk stress och yrkesrelaterad ohälsa.

Slutsats

Etiska dilemman är en del av barnmorskans vardag inom förlossningsvård. I barnmorskans arbete ingår att göra kontinuerliga etiska bedömningar och besluta vilka värden som bör prioriteras i det enskilda fallet. Det finns dock inga tydliga svar på hur etiska dilemman bör hanteras. Litteraturöversiktens resultat visar att beslutsfattandet kompliceras av tvärprofessionella oenigheter, strukturella/institutionella/organisatoriska begränsningar och hierarki inom förlossningsvård. Att tvingas kompromissa med barnmorskeprofessionens värdegrund (kvinnocentrerad vård och kontinuerligt stöd) förorsakar moralisk stress och annan yrkesrelaterad ohälsa. En rad insatser behöver vidtas för att förbättra barnmorskans möjligheter att hantera etiska dilemman och härigenom minska risken för yrkesrelaterad ohälsa. Viktiga komponenter är reflektion, utbildning, kollegialt stöd och tvärprofessionellt samarbete. Gällande organisatoriska begränsningar krävs såväl nationella som internationella åtgärder. Förbättrade förutsättningar för barnmorskor att identifiera och hantera etiska dilemman är betydelsefullt för barnmorskors hälsa och yrkesliv samt, i förlängningen, för kvalitativ förlossningsvård.

Referenser

1. SMER. Etik - En introduktion [Internet]. Stockholm: Statens medicinsk-etiska råd; 2018 [uppdaterad 2018 Maj; citerad 2023, 22 November]. Hämtad från: https://smer.se/wp-content/uploads/2018/06/Etik.-En-introduktion_WEB.pdf.
2. Birkler J. Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn. 1 ed: Liber; 2007.
3. Rainer J, Schneider JK, Lorenz RA. Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(19-20):3446-61.
4. Erman Y. Ethics in nursing: A systematic review of the framework of evidence perspective. *Nursing ethics*. 2019;26(4):1128-48.
5. Birkler J. Etiska hantverk - att hantera etiska dilemman i klinisk omvårdnad. 1 ed: Liber; 2011.
6. Svenska Barnmorskeförbundet. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska [Internet]. Svenska Barnmorskeförbundet; 2019 [uppdaterad Januari 2019; citerad 2023, 15 November]. Hämtad från: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>.
7. International Confederation of Midwives. International code of ethics for midwives [Internet]. International Confederation of Midwives; 2014 [uppdaterad 2014; citerad 2023, 15 november]. Hämtad från: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>.
8. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS medicine*. 2015;12(6):e1001847-e.
9. Haahr A, Norlyk A, Martinsen B, Dreyer P. Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing ethics*. 2020;27(1):258-72.
10. Berg M, Asta Ólafsdóttir Ó, Lundgren I. A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & reproductive healthcare*. 2012;3(2):79-87.
11. Thorstensson S, Ekström A, Lundgren I, Hertfelt Wahn E. Exploring professional support offered by midwives during labour: an observation and interview study. *Nursing Research And Practice*, 2012, Vol 2012, Iss Article ID 648405. 2012;2012(Article ID 648405).

12. Kerkman T, Dijkman LM, Baas MAM, Evers R, Pampus MG, Stramrood CAI. Traumatic Experiences and the Midwifery Profession: A Cross-Sectional Study Among Dutch Midwives. *Journal of midwifery & women's health*. 2019;64(4):435-42.
13. Uddin N, Ayers S, Khine R, Webb R. The perceived impact of birth trauma witnessed by maternity health professionals: A systematic review. *Midwifery*. 2022;114:103460-.
14. Schröder K, Larsen PV, Jørgensen JS, Hjelmberg JvB, Lamont RF, Hvidt NC. Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth. *Midwifery*. 2016;41:45-53.
15. Beck CT, Gable RK. A Mixed Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Labor and Delivery Nurses. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*. 2012;41(6):747-60.
16. Bayri Bingol F, Demirgoz Bal M, Aygun M, Bilgic E. Secondary traumatic stress among midwifery students. *Perspectives in psychiatric care*. 2021;57(3):1195-201.
17. Aydın R, Aktaş S. Midwives' experiences of traumatic births: A systematic review and meta-synthesis. *European journal of midwifery*. 2021;5(July):1-10.
18. Beck CT, LoGiudice J, Gable RK. A Mixed-Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Certified Nurse-Midwives: Shaken Belief in the Birth Process. *Journal of midwifery & women's health*. 2015;60(1):16-23.
19. Hajiesmaello M, Hajian S, Riazi H, Majd HA, Yavarian R. Secondary traumatic stress in iranian midwives: stimuli factors, outcomes and risk management. *BMC psychiatry*. 2022;22(1):56-.
20. Fontein-Kuipers Y, de Groot R, van Staa A. Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European journal of midwifery*. 2018;2(May):5-.
21. Hunter A, Devane D, Houghton C, Grealish A, Tully A, Smith V. Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC pregnancy and childbirth*. 2017;17(1):322-.
22. Brady S, Lee N, Gibbons K, Bogossian F. Woman-centred care: An integrative review of the empirical literature. *International journal of nursing studies*. 2019;94:107-19.
23. International Confederation of Midwives. ICM definitions [Internet]. 2017 [uppdaterad 2017; citerad 2023 14 november]. Hämtad från: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>.

24. Lundgren I, Dahl B. Woman-centred care. I: Lundgren I, Blixt E, Gottfredsdóttir H, Wikberg A, Aagaard Nøhr E, redaktörer. Theories and perspectives for midwifery: a Nordic view. 1:1 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2022. p. 143-56.
25. Sveriges Riksdag. Patientsäkerhetslagen (2010:659) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet; 2010 [uppdaterad 2023-09-01; citerad 2023 14 november]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/.
26. Göteborgs Universitet. MiMo - en studie om en modell för barnmorskans vård som har kvinnan i fokus [Internet]. 2022 [uppdaterad 2022-12-01; citerad 2023 15 november]. Hämtad från: <https://www.gu.se/varvetenskap-halsa/mimo-en-studie-om-en-modell-for-barnmorskans-var-d-som-har-kvinnan-i-fokus>.
27. Lunda P, Minnie CS, Benadé P. Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. BMC pregnancy and childbirth. 2018;18(1):167-.
28. Svenska Barnmorskeförbundet. En födande - en barnmorska [Internet]. Svenska Barnmorskeförbundet2022 [uppdaterad 22-04-27; citerad 2023, 19 November]. Hämtad från: <https://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/policydokument-en-fodande-en-barnmorska/>.
29. Bäckström C, Thorstensson S. Support. In: Lundgren I, Blixt E, Gottfredsdóttir H, Wikberg A, Aagaard Nøhr E, editors. Theories and perspectives for midwifery - a Nordic view. 1:1 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2022. p. 195-207.
30. Sosa GA, Crozier KE, Stockl A. Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. Midwifery. 2018;62:230-9.
31. Adams ED, Bianchi AL. A Practical Approach to Labor Support. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing. 2008;37(1):106-15.
32. Bettany-Saltikov J, McSherry R. How to do a systematic literature review in nursing - A step-by-step guide. 2 ed. London: McGraw-Hill Education/Open University Press; 2016.
33. Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B. Evidensbaserad omvårdnad : en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. 4 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2016.
34. Lund Universitet. Hur gör jag? EBM-modeller och checklistor [Internet]. Lund Universitet; 2023 [uppdaterad 23-01-12; citerad 2023, 22 November]. Hämtad från: <https://libguides.lub.lu.se/c.php?g=643108&p=4505748>.
35. Universitetsbiblioteket. Databaser & e-resurser [Internet]. Stockholm: Karolinska Institutet; [uppdaterad -; citerad 2023, 16 November]. Hämtad från: <https://kib.ki.se/databaser>.

36. Österlund L. Informationssökning. I: Friberg F, redaktör. Dags att skriva uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur AB; 2017. p. 59-82.
37. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Journal of clinical epidemiology*. 2021;134:178-89.
38. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Bedömning av studier med kvalitativ metodik [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2022 [uppdaterad 2022-05-11; citerad 2023, 16 November]. Hämtad från:
https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf.
39. Kjellström S. Forskningsetik. I: Henricson IM, redaktör. Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad. 1 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2012. p. 69-92.
40. Wallengren C, Henricson IM. Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserade examensarbeten. I: Henricson IM, redaktör. Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad. 1 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2012. p. 481-95.
41. Friberg F. Att göra en litteraturöversikt. I: Friberg F, redaktör. Dags att skriva uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. 1 ed. Lund: Studentlitteratur; 2017. p. 141-52.
42. Türken H, Çalım Sİ. Ethical dilemmas experienced by midwives working in the delivery room. *Nursing ethics*. 2022;29(5):1231-43.
43. Foster W, McKellar L, Fleet J-A, Sweet L. Exploring moral distress in Australian midwifery practice. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2022;35(4):349-59.
44. Oelhafen S, Monteverde S, Cignacco E. Exploring moral problems and moral competences in midwifery: A qualitative study. *Nursing ethics*. 2019;26(5):1373-86.
45. Megregian M, Low LK, Emeis C, de Vries R, Nieuwenhuijze M. Midwifery students' expectations of and experiences with ethics education: A qualitative study. *Nurse education today*. 2021;105:105035-.
46. Malm M-C, Hesselman S, Brismar Wendel S, Ericson J. Episiotomy or not? Midwives' experiences of recruiting to a randomized controlled trial during pregnancy and labor – A qualitative study. *Sexual & reproductive healthcare*. 2021;30:100674-.
47. Megregian M, Low LK, Emeis C, de Vries R, Nieuwenhuijze M. "I'm sure we talked about it": Midwives experiences of ethics education and ethical dilemmas, a

- qualitative study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2020;33(6):e519-e26.
48. Schrøder K, la Cour K, Jørgensen JS, Lamont RF, Hvidt NC. Guilt without fault: A qualitative study into the ethics of forgiveness after traumatic childbirth. *Social science & medicine* (1982). 2017;176:14-20.
 49. Boakye PN. 'No other alternative than to compromise': Experiences of midwives/nurses providing care in the context of scarce resources. *Nursing inquiry*. 2022;29(4):e12496-n/a.
 50. Foster MW, McKellar L, Fleet J-A, Sweet L. Moral distress in midwifery practice: A Delphi study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2023;36(5):e544-e55.
 51. Shen Q, Liang J, Gao Y. Experience of undergraduate midwifery students faced with perinatal death in clinical practice: A qualitative study. *Nurse education today*. 2022;108:105159-.
 52. Honkavuo L. Midwifery students' experiences of support for ethical competence. *Nursing ethics*. 2022;29(1):145-56.
 53. Vinggaard Christensen A, Christiansen AH, Petersson B. Faced with a dilemma: Danish midwives' experiences with and attitudes towards late termination of pregnancy. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2013;27(4):913-20.
 54. Jefford E, Nolan S, Jomeen J, Maier B. Giving midwives a voice - Qualitative perspectives of an 'empowering decision-making workshop'. *Journal of clinical nursing*. 2022;31(5-6):592-600.
 55. Marsh CA, Browne J, Taylor J, Davis D. Making the hidden seen: A narrative analysis of the experiences of Assumption of Care at birth. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2019;32(1):e1-e11.
 56. Marsh W, Robinson A, Shawe J, Gallagher A. Removal of babies at birth and the moral distress of midwives. *Nursing ethics*. 2020;27(4):1103-14.
 57. Henricson M. Diskussion. I: Henricson M, redaktör. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. 1 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2012. p. 471-9.
 58. Karolinska Institutet. Värdera information [Internet]. Stockholm: Karolinska Institutet; [uppdaterad 2023-12-05; citerad 2023, 16 december]. Hämtad från: <https://kib.ki.se/soka-vardera/vardera-information>.
 59. Jefford E, Fahy K, Sundin D. A review of the literature: Midwifery decision-making and birth. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2010;23(4):127-34.

60. Healy S, Humphreys E, Kennedy C. Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2016;29(2):107-16.
61. Bedwell C, McGowan L, Lavender DT. Factors affecting midwives' confidence in intrapartum care: A phenomenological study. *Midwifery*. 2015;31(1):170-6.
62. Catling CJ, Reid F, Hunter B. Australian midwives' experiences of their workplace culture. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2017;30(2):137-45.
63. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice [Internet]. World Health Organization; 2010 [citerad 2023, 21 December]. Hämtad från: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>.
64. Eddy K, Jordan Z, Stephenson M. Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*. 2016;14(4):96-137.
65. Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*. 2017;15(11):2723-88.
66. Förenta Nationerna. Allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna [Internet]. Förenta Nationerna; 2008 [citerad 2023, 14 December]. Hämtad från: <https://fn.se/wp-content/uploads/2016/07/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>.
67. Agenda 2030. Globala målen [Internet]. Agenda 2030; 2015 [citerad 2023, 14 December]. Hämtad från: <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/>.
68. World Health Organization. New report sounds the alarm on global shortage of 900 000 midwives [Internet]. World Health Organization; 2021 [citerad 2023, 14 December]. Hämtad från: <https://www.who.int/news/item/05-05-2021-new-report-sounds-the-alarm-on-global-shortage-of-900-000-midwives>.
69. Oelhafen S, Hölzli U, Häsänen M, Kärema A, Kasemets M-T, Bartels I, et al. Increasing midwives' ethical competence: a European educational and practice development project. *International journal of ethics education*. 2017;2(2):147-60.
70. S Z, K FF, M R, A B, M B. Midwives' experiences as preceptors and the development of good preceptorships in obstetric units. *Midwifery*. 2020;87:102718-.
71. Leinweber J, Rowe HJ. The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*. 2010;26(1):76-87.

72. Pezaro S, Clyne W, Turner A, Fulton EA, Gerada C. 'Midwives Overboard!' Inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2016;29(3):e59-e66.

Bilagor

Bilaga 1. Exkluderade artiklar

Exkluderade artiklar	Orsak
Bedwell C, McGowan L, Lavender DT. Factors affecting midwives' confidence in intrapartum care: A phenomenological study. <i>Midwifery</i> . 2015;31(1):170–6.	Svarar ej mot syftet
Christianson M, Lehn S, Velandia M. The advancement of a gender ethics protocol to uncover gender ethical dilemmas in midwifery: a preliminary theory model. <i>Reproductive health</i> . 2022;19(1):1–211.	Ej originalartikel
Haseli A, Khosravi S, Hajimirzaie SS, Feli R, Rasool D. Midwifery students' experiences: Violations of dignity during childbirth. <i>Nursing ethics</i> . 2023;9697330231197703–9697330231197703	Svarar ej mot syftet
Höglund B, Larsson M. Ethical dilemmas and legal aspects in contraceptive counselling for women with intellectual disability— Focus group interviews among midwives in Sweden. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities [Internet]</i> . 2019 nov	Svarar ej mot syftet
Newnham E, Kirkham M. Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. <i>Nursing ethics</i> . 2019;26(7-8):2147–57	Bristande kvalitet
Newnham E, McKellar L, Pincombe J. 'It's your body, but...' Mixed messages in childbirth education: Findings from a hospital ethnography. <i>Midwifery</i> . 2017;55:53–9.	Svarar ej mot syftet
Sheehy A, Baird K. A qualitative study of early career Australian midwives' encounters with perinatal grief, loss and trauma. <i>Women and birth : journal of the Australian College of Midwives</i> . 2022;35(6) :e539–e548.	Svarar ej mot syftet
Zwedberg S, Forslund Frykedal K, Rosander M, Berlin A, Barimani M. Midwives' experiences as preceptors and the development of good preceptorships in obstetric units. <i>Midwifery</i> . 2020;87:102718–102718.	Svarar ej mot syftet

Bilaga 2. Inkluderade artiklar

Författare, titel och årtal	Databas och land	Syfte	Resultat
Boakye PN. 'No other alternative than to compromise': Experiences of midwives/nurses providing care in the context of scarce resources. (2022)	PubMed Ghana	Att förstå hur resursbrist påverkar barnmorskans/sjuksköterskans arbete.	<p><u>Fem teman:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompromissad vård • Begränsad vård • Avhumaniserad vård • Utebliven vård • Oengagerad vård <p>För att mödrahälsan skall kunna förbättras samt att mödrasjukligheten skall förhindras krävs att investeringar görs i hälso- och sjukvårdsinfrastruktur som stödjer tillhandahållandet av etisk och säker barnmorskevård för kvinnor.</p>
Foster MW, McKellar L, Fleet JA, Sweet L. Moral distress in midwifery practice: A Delphi study. (2023)	PubMed Australien	Att presentera en lista över situations- och utfallspåståenden associerade med moralisk kompromiss samt nivåer av moralisk stress hos barnmorskor. Detta för att utveckla ett verktyg (kontinuumskala) för att mäta nivåer av moralisk stress hos barnmorskor.	Fyrtio moraliskt svåra situationer beskrivs. Högst rankas hög arbetsbelastning och de negativa konsekvenserna detta genererar – försämrad vård för kvinnor och familjer. Nitton psykologiska konsekvenser beskrivs, här bland maktlöshet, skuld och rädsla. Utvecklingen av en kontinuumskala från moralisk frustration till moralisk skada.
Foster W, McKellar L, Fleet JA, Sweet L. Exploring moral distress in Australian midwifery practice. (2022)	PubMed Australien	Att utforska australiensiska barnmorskors erfarenheter av moralisk stress samt konsekvenser av moralisk stress.	<p><u>3 huvudteman och 5 subteman:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Upplevelsen av moraliska kompromisser: <ul style="list-style-type: none"> • Navigera vid motstridiga värderingar • Avbrytande av graviditet • Kulminerade effekt • Att erfara moraliska begränsningar, dilemman och osäkerhet <ul style="list-style-type: none"> • Ge efter för sjukhuskultur och hierarkier • Arbeta med rädsla och osäkerhet • Personliga och professionella konsekvenser

Honkavuo L. Midwifery students' experiences of support for ethical competence. (2022)	PubMed Sverige	Att utforska barnmorskestudenters etiska kompetens och undersöka hur etiskt utmanande situationer hanteras under verksamhetsförlagd utbildning.	Att erhålla stöd vid etiskt utmanande situationer under verksamhetsförlagd utbildning är viktigt och nödvändigt. <u>1 huvudtema med 4 subteman:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Stöd är en mänsklig och omhändertagande faktor i barnmorskestudenternas utbildning om etisk kompetens: <ul style="list-style-type: none"> • Stödja genom tillit och ansvar • Stödja genom värdighet och respekt • Stödja genom sanning och rättvisa • Stödja genom dialog och reflektion
Jefford E, Nolan S, Jomeen J, Maier B. Giving midwives a voice - Qualitative perspectives of an 'empowering decision-making workshop'. (2022)	PubMed Australien	Att fastställa barnmorskors uppfattningar om värdet av workshops som är utformade för att stärka deras beslutsfattande och ledarskapsförmåga.	Verktyg och strategier för beslutsfattande kan stärka ledarskapsegenskaper och öka känslan av egenmakt. Workshopaktiviteter ger ökad förståelse för orsakerna till "barnmorskeabdikation". <u>1 tema och 3 subteman:</u> "Att hitta min barnmorskeröst": <ul style="list-style-type: none"> • "Jag är inte ensam" • "Att använda ledarskap för att främja samarbete och åstadkomma förändring" • "En fortsatt resa mot upplysning och egenmakt"
Malm MC, Hesselman S, Brismar Wendel S, Ericson J. Episiotomy or not? Midwives' experiences of recruiting to a randomized controlled trial during pregnancy and labor – A qualitative study. (2021)	PubMed Sverige	Att beskriva barnmorskors erfarenheter av att rekrytera gravida och födande kvinnor till en RCT gällande av episiotomi vid vakuumassisterad förlossning.	<u>Fyra teman:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Erfarenheter och uppfattningar om att tillhandahålla information om studier • Rätt tidpunkt för att informera om studier • Erfarenheter av hur information om studier emottas av kvinnor • Upplevda farhågor och oro inför studien <p>Barnmorskor uttrycker oro över hur information gällande studier presenteras. Hur information emottas är beroende av vart i graviditeten/förlossningen kvinnan befinner sig. Etiska konflikter om hur, var och när information bör ges för bästa deltagande i studier.</p>

<p>Marsh CA, Browne J, Taylor J, Davis D. Making the hidden seen: A narrative analysis of the experiences of Assumption of Care at birth. (2019)</p>	<p>PubMed Australien</p>	<p>Att studera barnafödande kvinnors och yrkesverksamma [häribland barnmorskors] erfarenheter av vårdövertagande vid födseln för att öka förståelsen för enskilda deltagares berättelser/upplevelser.</p>	<p>Vårdövertagande är en traumatisk händelse för alla berörda, inte minst mamman. Det är en händelse som formar en kvinnas liv. Oönskade känslor såsom isolering, skam, skuld, förlust, sorg, är vanligt förekommande hos kvinnor som är med om vårdövertagande vid födsel. Fysiska konsekvenser är t.ex. depression och missbruk.</p> <p>Det finns motstridiga etiska och moraliska ståndpunkter för de inblandade yrkesgrupperna. Maktutövning/maktmissbruk, undanhållande av fakta och sorg identifieras som sammanflätade faktorer som orsakar/ökar spänningar.</p>
<p>Marsh W, Robinson A, Shawe J, Gallagher A. Removal of babies at birth and the moral distress of midwives. (2020)</p>	<p>PubMed Storbritannien</p>	<p>Att utforska barnmorskors erfarenheter av moralisk stress när de vårdar kvinnor vars barn omhändertas vid födseln och härigenom ge värdefull insikt kring den problematik som sjuksköterskor och barnmorskor möter i sin yrkesutövning.</p>	<p>Barnmorskor som tar hand om kvinnor vars barn omhändertas vid födseln rapporterar att det är ett av de mest plågsamma upplevelserna inom deras yrke. Vidare rapporterar de om känslor av skuld, hjälplöshet och svek i relationen mellan barnmorska och mamma. Många av barnmorskorna i studien uppger att dessa upplevelser stannar kvar hos dem under lång tid, långt mer än de mer glädjefyllda aspekter av deras roll.</p>
<p>Megregian M, Low LK, Emeis C, de Vries R, Nieuwenhuijze M. Midwifery students' expectations of and experiences with ethics education: A qualitative study. (2021)</p>	<p>PubMed USA</p>	<p>Att undersöka barnmorskestudenters uppfattningar om etikundervisning.</p>	<p><u>Tre huvudteman och 2 subteman:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuvarande erfarenheter och identifierade behov • Handledare-dilemmat <ul style="list-style-type: none"> • Kritiska rollen av modellering av etik • Maktlöshet i interprofessionella konflikter • Komplicerade relationer: påverkan, autonomi och valfrihet <p>Studenterna förlitar sig i första hand på kliniska handledare som en viktig källa till lärande av etikinhåll och etiskt beteende. Studenterna efterlyser mer kunskap om etik, särskilt barnmorskespecifikt innehåll, samt ökade möjligheter till reflektion över etiska frågeställningar.</p>

<p>Megregian, M., Low, L., Emeis, C., De Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. "I'm sure we talked about it": Midwives experiences of ethics education and ethical dilemmas, a qualitative study. (2020)</p>	<p>PubMed USA</p>	<p>Att utforska amerikanska barnmorskors erfarenheter av etiska dilemman i klinisk praktik och att identifiera viktiga källor till etiska lärande.</p>	<p><u>2 huvudteman och 6 subteman:</u> Oro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osäkerhet i handling • Obehag relaterat till en kompromiss i handling • Obehag i att reflektera över handling <p>Lärdom om etiska problem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lärande från individer utanför klassrummet, t.ex. mentor, kollegor och handledare • Använda egna erfarenheter för att vägleda etiskt beslutsfattande • Utbildning för att identifiera och hantera etiska dilemman
<p>Oelhafen S, Monteverde S, Cignacco E. Exploring moral problems and moral competences in midwifery: A qualitative study. (2019)</p>	<p>PubMed Schweiz</p>	<p>Att få insikt om etiska frågeställningar som barnmorskor möter i sitt dagliga arbete, vilka nyckelkompetenser och resurser de anser vara viktiga för att förstå och hantera dem samt att bedöma fenomen kopplade till moralisk stress.</p>	<p>Yttre hinder som begränsar barnmorskans och patientens autonomi och interpersonella konflikter är de mest relevanta etiska frågorna i klinisk verksamhet och de är förknippade med moralisk stress. Konflikterna uppstår ofta i samband med medicinska interventioner som barnmorskan anser vara onödiga. Mindre erfarna barnmorskor observerar en brist på både professionell kommunikation och förtroende för sin yrkeskompetens.</p>
<p>Schröder, K., La Cour, K., Jørgensen, J., Lamont, R., & Hvidt, N. Guilt without fault: A qualitative study into the ethics of forgiveness after traumatic childbirth. (2017)</p>	<p>PubMed Danmark</p>	<p>Att illustrera hur barnmorskor och obstetrikere erfar skuldskänslor efter negativa vårdutfall trots att de ej handlat felaktigt.</p>	<p>Resultatet presenteras i tre empiriska fall som representerar "skuldskänslor utan skuld" – även när barnmorskor och obstetrikere vet att de inte handlat felaktigt känner de sig skyldiga. Hur skall barnmorskor och obstetrikere kunna förlåta sig själva? Att känna ett moraliskt ansvar för händelsen är svårt att bearbeta. Filosofisk teori (Gamlunds teori om förlåtelse) har visat sig vara en användbar resurs för att hantera psykologiska skuldfrågor.</p>

<p>Shen Q, Liang J, Gao Y. Experience of undergraduate midwifery students faced with perinatal death in clinical practice: A qualitative study. (2022)</p>	<p>PubMed Kina</p>	<p>Att utforska barnmorskestudenters erfarenheter av perinatal död under klinisk praktik.</p>	<p><u>Fyra teman:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Oundviklig ångest och undvikande respons • Överväldigande rädsla och tabun relaterat till döden • Självförelser och känslomässiga hämningar • Etisk konflikt och reflektion över praktiken
<p>Türken H, Çalim S İldan. Ethical dilemmas experienced by midwives working in the delivery room. (2022)</p>	<p>PubMed Turkiet</p>	<p>Att identifiera barnmorskors erfarenheter av etiska dilemman inom förlossningsvården i Turkiet.</p>	<p><u>4 teman:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Skillnader i förhållningssätt gällande födelseprocessen • Sjukhusledning • Kommunikation • Skillnader i etiskt förhållningssätt
<p>Vinggaard Christensen, A., Christiansen, A., & Petersson, B. Faced with a dilemma: Danish midwives' experiences with and attitudes towards late termination of pregnancy. (2013)</p>	<p>PubMed Danmark</p>	<p>Att undersöka danska barnmorskors erfarenheter av och attityder till sen abort.</p>	<p><u>Huvudkategori:</u> Att ge "rätt" vård</p> <p><u>Underkategorier:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalisering av det aborterade fostret • Motivering av barnmorskerollen vid sen abort <p><u>Begrepp:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erkännande av kvinnans/parets sorg • Ändring av det aborterade fostrets status • Det etiska dilemman • Påverkan från andra yrken

Bilaga 3. Kvalitetsgranskning

Artikelförfattare:	Boakye, P (49)	Foster MW, McKellar L, Fleet JA, Sweet L (50)	Foster W, McKellar L, Fleet JA, Sweet L (43)	Honkavuo L (52)	Jefford E, Nolan S, Jomeen J, Maier B (54)	Malm MC, Hesselman S, Brismar Wendel S, Ericson J (46)	Marsh CA, Browne J, Taylor J, Davis D (55)
Vilken teori/filosofisk hållning utgick författarna från?	Etnografi	Mixed-method	Kvalitativ metod	Kvalitativ metod med hermeneutisk ansats	Kvalitativ metod	Kvalitativ metod	Kvalitativ metod
Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hur gjordes urvalet?	Målmedvetet urval från 3 sjukhus i Ghana.	Målmedvetet urval. Rekrytering via sociala medier, epost och snowballing.	Målmedvetet urval. Rekrytering via hemsida och sociala medier.	Målmedvetet urval.	Målmedvetet urval.	Barnmorskor i två svenska regioner bjöds in. Öppen inbjudan till cirka 160 barnmorskor.	Målmedvetet urval. Barnmorskor rekryterades via sjukhusinterna annonser på anslagstavlor och mail.
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Finns det allvarliga brister i urvalsmetoden som kan påverkat tillförlitligheten?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Vilka metoder användes för datainsamling?	Semi-strukturerade intervjuer	E-Delphi survey	Semi-strukturerade intervjuer	Semi-strukturerade intervjuer och fokusgrupper	Workshop med Visual Imagery Cards	Semi-strukturerade intervjuer	Intervjuer
Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverkat tillförlitligheten?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Vilken metod användes för analys?	Tematisk narrativ analys	Innehållsanalys	Tematisk analys	Innehållsanalys	Tematisk analys	Innehållsanalys	Tematisk narrativ analys
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Validerades tolkningarna?	Ja	Ja	Oklart	Ja	Ja	Oklart	Ja
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverkat tillförlitligheten?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?	Oklart	Forskare, universitet	Forskare, universitet	Oklart	Forskare, barnmorska, universitet	Forskare, universitet	Barnmorska, universitet

Har forskarna någon relation till studie-deltagarna som kan påverkat datainsamlingen?	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Nej	Oklart
Har forskarna hanterat sin förståelse på ett accepterat sätt?	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Ja	Ja
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverkat analysen?	Oklart	Oklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Finns det allvarliga brister gällande förståelse/ forskare som kan påverkat tillförlitligheten?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:	Obetydliga/ Mindre	Måttlig	Obetydliga/ Mindre	Måttlig	Obetydliga/ Mindre	Obetydliga/ Mindre	Obetydliga/ Mindre

Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Validerades tolkningarna?	Oklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Oklart
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverkat tillförlitligheten?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?	Oklart	Forskare, universitet	Forskare, universitet, professorer	Oklart	Forskare, universitets-sjukhus, universitet	Medicinskt universitet	Barnmorska	Forskare, universitet
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverkat datainsamlingen?	Nej	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart
Har forskarna hanterat sin förståelse på ett accepterat sätt?	Ja	Oklart	Oklart	Oklart	Oklart	Ja	Ja	Oklart
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverkat analysen?	Ja	Ja	Ja	Nej	Oklart	Ja	Ja	Oklart

Finns det allvarliga brister gällande förståelse/ forskare som kan påverkat tillförlitligheten?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:	Obetydliga/ Mindre	Obetydliga/ Mindre	Obetydliga/ Mindre	Obetydliga/ Mindre	Obetydlig/ Mindre	Obetydlig/ Mindre	Obetydliga/ Mindre	Obetydliga/ Mindre