



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Barnmorskors upplevelser, inställningar och tankar kring valet av förlossningsställningar.

En intervjustudie

Författare: Camilla Segerlind, Sandra Norlund

Handledare: Anna-Karin Dykes

Examensarbete

Januari 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Barnmorskors upplevelser, inställningar och tankar kring valet av förlossningsställningar

En intervjustudie

Författare: Camilla Segerlind, Sandra Norlund

Handledare: Anna-Karin Dykes

Examensarbete

Januari 2014

Abstrakt

Syftet med studien var att belysa barnmorskors upplevelser, inställningar och tankar kring olika förlossningsställningar. Totalt utfördes 16 individuella öppna intervjuer med förlossningsbarnmorskor. Innehållsanalys genomfördes. Tre huvudkategorier kunde urskiljas i resultatet: *Lyhördhet för att tillgodose kvinnans önskemål och autonomi*, *Barnmorskans val av förlossningsställning* samt *Formandet av barnmorskan som individ*. Fram till krystskedet har barnmorskorna liknande resonemang. Vikt läggs vid att möta kvinnans önskemål. I krystskedet skiljer sig barnmorskornas upplevelser åt. Åsikterna går isär om vad som kan leda till bristningar. Stort fokus ligger på att förhindra bristningar genom fullgott perinealskydd. Olika erfarenhet har betydelse för barnmorskans inställning. Forskningen är oenig inom området förlossningsställningar. Detta kan leda till att barnmorskorna tolkar studierna olika, vilket påverkar deras resonemang i deras arbete med kvinnan. Mer forskning behövs för att barnmorskorna ska arbeta enligt bästa evidens.

Nyckelord

Barnmorskor, förlossningsställningar, inställningar, upplevelser, utdrivningsskedet, öppningsskedet

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problemområde	2
Bakgrund	2
Aktuellt kunskapsläge	2
Historik och kultur	3
Omvårdnadsteoretisk reflektion	4
Definitioner	5
Aktiv fas	5
Öppningsskedet	5
Utdrivningsskedet	5
Förlossningsställningar	5
Perinealskydd	7
Syfte	7
Metod	7
Författarnas förförståelse	8
Urval av undersökningsgrupp	9
Genomförande av datainsamling	9
Genomförande av databearbetning	10
Etisk avvägning	12
Resultat	12
Information om informanterna	12
Kategorier	12
Tabell 1	13
Sammanfattning av kategorier	13
Lyhörddhet för att tillgodose kvinnans önskemål och autonomi	14
Att stödja, uppmuntra och motivera	16
Riskfaktorer att beakta	16
Barnmorskans val av förlossningsställning	18
Öppningsskedet	19
Utdrivningsskedet	20
Krystskedet	21
Formandet av barnmorskan som individ	23
Utbildning och erfarenhet	23
Forskning och organisationskultur	24
Diskussion	25
Diskussion av vald metod	25
Diskussion av innebörden i kategorierna	28
Omvårdnadsteoretisk koppling	30
Slutsats	31
Klinisk implikation	32
Referenser	32
Bilaga 1 Intervjuguide	36
Bilaga 2 Exempel ur kondenseringsprocessen	37

Problemområde

WHO har delat in sina rekommendationer av handläggandet av den normala förlossningen i fyra kategorier: handläggning som är fördelaktig och bör uppmuntras (kategori A), handläggning som är skadlig eller ineffektiv och borde elimineras (kategori B), handläggning där otillräckligt underlag existerar för att stödja en klar rekommendation och som bör användas med försiktighet tills ytterligare forskning har gjorts (kategori C) samt handläggning som ofta används felaktigt (kategori D) (WHO, 1996). Kvinnan bör ha frihet att välja förlossningsställning och röra på sig under förlossningen samt uppmuntras till att inta andra ställningar än ryggläge (kategori A). Rutin användning av ryggläge eller gynläge med eller utan benstöd under förlossningen faller under kategori B. Enda undantaget från rekommendationerna om att undvika ryggläge är då hinnorna har brustit och huvudet inte är fixerat då detta kan leda till att navelsträngen hamnar i kläm. Barnmorskor bör tränas i att förlösa i alternativa förlossningsställningar för att inte vara anledningen till att inte olika förlossningsställningar kan intas. Perinealskydd kan lättast appliceras i ryggläge, men barnmorskan kan vid upprätta förlossningsställningar stödja perineum blint eller anta passiv handläggning (ibid). Mycket av forskningen kring förlossningsställningar har fokuserat på fysiologiska konsekvenser av att föda i olika förlossningsställningar. Enligt Priddis, Dahlen och Schmied (2012) behövs det mer forskning kring barnmorskors uppfattningar om förlossningsställningar och hur deras uppfattningar omvandlas till praktik.

Bakgrund

Aktuellt kunskapsläge

Sandin-Bojö och Kvist (2008) utvärderade förlossningsvården i Sverige med hjälp av instrumentet Bologna Score, som är baserat på WHO:s rekommendationer om en normal förlossning. Fem poäng innebär att förlossningen har skötts enligt rekommenderad evidensbaserad praktik. Endast 22,7 % av förlossningarna erhöll fem poäng. Ryggläge och benen i gynläge gav poängavdrag. När förlossningar som avslutades med sugklocka eller akut kejsarsnitt exkluderades från de förlossningar som undersöktes i studien, födde 78,3 % i ryggläge. Det skiljde sig kraftigt mellan de olika förlossningsklinikerna i antalet förlossningar

som följde WHO:s rekommendationer (0-53,1 %) (ibid). I en annan svensk studie födde 72,2 % av kvinnorna i ryggläge (Kvist, Dammati, Rosenqvist & Sandin-Bojö, 2011).

I en studie som jämfört dokumenterad vård i enlighet med WHO:s rekommendationer visade resultaten att under öppningsskedet hade 46 % av barnmorskorna dokumenterat att kvinnorna uppmanats att röra på sig och ändra läge och 46 % av kvinnorna födde i ryggläge (Sandin-Bojö, Larsson, Axelsson & Hall-Lord, 2006). Enligt Patientsäkerhetslagen (SOSFS 2010:659) ska all hälso- och sjukvårdspersonal utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och denna vård ska i möjligaste mån utföras och genomföras i samråd med vårdtagaren.

I en Cochrane review framkommer det att det inte finns någon skillnad i utdrivningsskedet (second stage of labour) mellan upprätt position och liggande vad gäller grad tre till grad fyra bristningar, längre duration eller komplikation som sectio (Gupta, Hofmeyr & Shehmar, 2012). Statistiskt signifikant färre episiotomier och instrumentella förlossningar kunde ses vid upprätt förlossningsposition jämfört med liggande position (ibid).

Enligt en review bestående av 40 stycken artiklar visar resultaten på en kortare duration på 4,28 minuter vid upprätt position under utdrivningsfasen jämfört med liggande position för förstföderskor (Priddis, Dahlen & Schmied, 2011). Resultaten visade även att kvinnor fann sig mer nöjda med sin förlossning och hade mindre svåra smärtor (ibid). I en svensk studie framkom att förlossningen blir i genomsnitt sex minuter kortare om kvinnan sitter på förlossningspall (Thies-Lagergren, Kvist, Christensson & Hildingsson, 2012). I denna studie framkom även att det var sannolikt att mindre oxytocininfusion användes i utdrivningsfasen, men en ökad risk för blodförlust på 500-1000 ml förelåg då kvinnan födde på pall. Resultaten visade att om oxytocininfusion användes under öppningsskedet hade kvinnorna ökad risk för större blödning oavsett om de satt på förlossningspall eller hade en mer liggande position (ibid). I en Cochrane review från 2013 visade resultatet inte på någon skillnad på utdrivningsskedets längd oavsett förlossningsställning vid användning av epiduralanestesi (Kemp, Kingswood, Kibuka, Thornton, 2013).

Historik och kultur

Inställningen till förlossningsställningar har varierat över tid. Förlossningsstolen användes redan i Babylonien 2000 f. Kr (Dundes, 1987). Soranos beskriver hundratalet före Kristus hur kvinnorna i vanliga fall födde sittandes på en förlossningsstol eller på en annan kvinnas knä (Höjeberg, 2000). Svaga kvinnor födde liggandes (ibid). Kvinnor under medeltiden födde

sittandes på stolar (Liu, 1979). När kvinnan satt på förlossningsstolen hissades endast kjolarna upp (Höjeberg, 1991). Från 1500-talet ägde många hem förlossningsstolar och dessa gick i arv från generation till generation. Det fanns till och med transportabla förlossningsstolar. Förlossningsstolar användes fram till 1800-talet (ibid). Höjeberg (1981) beskriver hur en kvinna födde liggandes tvärs över sängen för att det inte fanns någon förlossningsstol i huset under 1600-talets Sverige. Under renässansen klättrade kvinnorna upp i sängen och stod på knä med händerna på sängräcket för att ha något att dra i (ibid; Romond&Baker, 1985). Den vetenskapliga förlossningskonstens fader Johan von Hoorn beskriver tre förlossningsställningar i sina böcker: stående, sittande, liggande (Höjeberg, 1991). Liggande förlossningsställning ansågs vara lättare för att anlägga tänger (Liu, 1979). Under 1800-talet introducerades den liggande förlossningsställningen i USA. Att föda liggandes på sidan samt liggandes på rygg spreds senare över västra Europa (ibid).

Omvårdnadsteoretisk reflektion

Omvårdnadsteoretikern Jean Watsons teori innebär ett humanistiskt och altruistiskt värderingssystem (Watson, 1989). Kvinnan ska hjälpas frivilligt genom generositet och uppoffring även om det strider mot ens egen uppfattning. Teorin förespråkar ett empatiskt och holistiskt förhållningssätt (ibid). Författarna tycker att denna teori är överförbar på barnmorskans roll då teorin bygger på att vårdaren ska stödja och stötta utifrån personens behov och önskan. Denna omvårdnadsteori bygger på vikten av att se människan som en unik individ och främja hennes olikheter. Handlingar och mål utgår ifrån vad kvinnan själv vill uppnå vid vården. En av huvudaspekterna är att ha tro och hopp till individen och hennes förmåga och kunskap för att kunna etablera harmoni som leder till självkänedom, självläkning och egenvård. Den som ger vård ska göra detta beprövat och vetenskapligt samt främja ett mellanmänniskt samspel med inläring och undervisning. Omsorg och kärlek är nödvändiga för överlevnad och ger näring till mänskligheten. Filosofin belyser vikten av att ta hand om, och att älska sig själv för att kunna ta hand om andra. Genom att se människan som den unika individ hon är med sina olikheter skapas en förtroendefull relation psykiskt, fysiskt och på det andliga planet. Watson belyser vikten av hur viktigt barnmorskans erfarenhet och hennes tro på sig själv är (ibid).

Definitioner

Aktiv fas

Definition av aktiv fas i denna studie avser att kvinnan har ett etablerat värkarbete med tre till fyra smärtsamma och regelbundna värkar per tio minuter. Hon har en öppningsgrad på cervix på 3-4 cm och/eller att vattenavgång har skett (Thies-Lagergren, 2013).

Öppningsskedet

Från aktiv fas till cervix är utplånad och fullvidgad enligt Nordström och Wiklund (2008).

Utdrivningsskedet

Utdrivningsskedet har två faser. Den första fasen innebär att barnets huvud ska rotera ner till bäckenbotten, den så kallade nedträngningsfasen. Den andra fasen kallas krystskedet, när kvinnan krystar aktivt och slutar med att barnet är framfött enligt Nordström och Wiklund (2008).

Förlossningsställningar

Med förlossningsställningar avses i denna studie olika ställningar som kvinnan intar under både öppningsskedet samt utdrivningsskedet.

För att vidga det sagittala ingångsmåttet kan kvinnan inta olika ställningar. Genom att kvinnan intar halvsittande ryggläge med knäna uppdragna och utåtböjda kan utrymmet ökas med 1-3 cm (Hogg, 2009). Kvinnan kan även sitta på sina särade ben och luta sig bakåt, stödjandes på raka armar alternativt ligga på sängen med benen hängandes ned över sängkanten (ibid). För att vidga utrymmet i bäckenhålan kan kvinnan växla mellan att sitta på huk med fötterna brett isär och med fötterna mer ihop med utåt flekterade ben. Kvinnan kan även växla mellan att sitta på höger och vänster skinka, med det andra benet böjt framför sig och det andra uppdraget mot sig. Slutligen, för att vidga det sagittala utgångsmåttet kan kvinnan stå upp framåtlutad eller knästående framåtlutad, knästående på alla fyra, huksittande med hälarna i golvet, sittandes på hälarna eller på en pall. För att motverka tidig krystkänsla kan kvinnan ligga på sidan eller stå på alla fyra (ibid). Nedan följer en kort beskrivning av olika förlossningsställningar som kan vara behjälpliga under förlossningen.

- *Halvsittande*: Kvinnan sitter lite halvt lutad och kan ha knäna uppdagna så att bäckenet vidgas. Kvinnan kan ha en saccosäck eller partnern bakom som stöd. Denna ställning kan intas i förlossningssängen med huvudändan som stöd bakom (Thies-Lagergren, 2013).
- *Huk*: Kvinnan sitter i hukläge med benen högt uppdagna och brett isär. Bäckenet får vid denna ställning det största möjliga utrymmet och kvinnan hindras att knipa eller hålla emot med musklerna. Partnern kan sitta bakom som stöd, vilket gör det möjligt för kvinnan att stödja sig mot hans/hennes lår. Denna ställning är möjlig även på huk sittandes i säng. Ett stödjande hjälpmedel kan då vara en saccosäck (Thies-Lagergren, 2013; Romond&Baker, 1985).
- *Knästående*: Vid knästående i förlossningssängen lutar sig kvinnan mot en uppfälld huvudända. En saccosäck eller kudde vid magen kan vara avlastande att luta sig mot. Knästående kan även göras på annan plats än sängen och partnern får då agera som stöd för kvinnan att luta sig mot (Thies-Lagergren, 2013).
- *Stående*: Kvinnan står upp med hjälp av att hänga på sin partner, gåbord, säng eller annan möbel. En viktig aspekt är att stå med lätt böjda knän och brett isär med fötterna samt gunga med höfterna (Thies-Lagergren, 2013).
- *Liggande*: Liggandes på rygg i sängen med en vinkel på huvudändan upp emot 45 grader (Thies-Lagergren, 2013).
- *Sidan*: Liggandes på sidan är ett alternativ som förbättrar blodcirkulationen. Det kan även underlätta trycket mot ändtarmen. I förlossningssängen kan ett benstöd användas som hjälp att hålla uppe och avlasta benet (Thies-Lagergren, 2013).
- *Gynläge*: En halvsittande ställning i samma position som vid gynekologisk undersökning. Benen ligger vilande i benstöd (Thies-Lagergren, 2013).

- *Fyrfota*: Stå på alla fyra i säng eller på golvet är ett bra alternativ vid ryggsmärta eller om kvinnan önskar att lindra på trycket mot ändtarmen. Barnet kan även få lättare att rotera ner i förlossningskanalen om kvinnan står på alla fyra (Thies-Lagergren, 2013).
- *Förlossningspall/förlossningsstol*: Ett liknande alternativ till huksittande. En pall formad som en halvmåne används så att kvinnan sitter på huk och har möjlighet att avlasta lår- och sätesmuskler. En person kan sitta bakom kvinnan som stöd. Pallen kan även användas i förlossningssängen (Thies-Lagergren, 2013).

Perinealskydd

Avsikten med perinealskydd är att försöka förhindra perinealruptur, vaginala bristningar eller sfinkterruptur i samband med barnets framfödande (Nordström & Wiklund, 2008). Flera undersökningar har visat på betydelsen av att skydda perineum och ha kontroll på hastigheten med vilket barnets huvud passerar slidmynnningen, för att förhindra djupa bristningar. (SFOG, 2001)

Syfte

Syftet med studien var att belysa barnmorskors upplevelser, inställningar och tankar kring olika förlossningsställningar under förlossningens aktiva fas till och med partus.

Metod

En empirisk intervjustudie inom det hermeneutiska paradigmet utfördes med induktiv ansats. Med hermeneutiskt synsätt försöker forskaren förstå vad ett beteende innebär för individerna som studeras samt förstå tankar, känslor och motiv för handlingar (Carlsson, 1991, Nyström, 2008). Förförståelse är ett viktigt begrepp inom hermeneutiken, vilket innebär att forskaren alltid är påverkad av tidigare erfarenheter som gör det svårt att vara objektiv (Nyström, 2008). Därför bör varje forskare reflektera över sin egen förförståelse, forskningsmetod och vilka frågor som ställs (ibid). En induktiv ansats valdes för att det innebär en fördomsfri textanalys av berättelser om människors upplevelser till skillnad från en deduktiv ansats som utgår från en i förväg formulerad teori (Lundman & Graneheim, 2008). Tematiska öppna intervjuer utfördes, då vissa teman som författarna ville att informanterna skulle tala om i intervjuerna

var formulerade i förhand. Intervjuerna inleddes med frågan: ”Hur resonerar du kring förlossningsställningar och hur arbetar du med dem. Berätta!” Barnmorskorna fick gärna berätta om förlossningsställningarna utifrån ett patientfall. Öppna intervjuer valdes för att få informanterna att öppna sig och berätta och är särskilt lämpligt för syftet att fördjupa sig i barnmorskors tankar och reflektioner kring den födande kvinnan och valet av förlossningsställningar. Intervjuerna utfördes med låg standardisering, men var strukturerade. Med låg standardisering avses att följdfrågor ställs utefter vad informanterna har sagt, vilket ger en större variationsmöjlighet (Trost, 2010). Intervjuerna är strukturerade därför att de handlar om ett speciellt område (ibid). Intervjuerna skedde i dialogform. Kontakt med barnmorskor på förlossningsavdelningar i Skåne och Halland skedde via avdelningscheferna, efter att verksamhetscheferna gett sitt godkännande till att studien utfördes inom deras verksamhetsområde, och fungerade därmed som gate-keepers (Polit & Beck, 2013).

Författarnas förförståelse

Inom det hermeneutiska paradigmet bör forskaren reflektera över sin egen förförståelse samt reflektera över varför vissa frågor ställs, hur de ställs och vilken metod som används för att minska förförståelsens påverkan på studien (Nyström, 2008). Framkommer det inget nytt av forskningsresultatet kan det bero på att förförståelsen har styrt forskningsprocessen (ibid). Förförståelse är inte enbart negativt. Ny kunskap kan uppstå genom förförståelsen och ny förståelse av en företeelse skapas. Den nya förståelsen bildar en ny förförståelse samt utgångspunkt för fortsatt kunskapsskapande (Dahlberg, 1997).

Författarnas förförståelse består av den teoretiska kunskap som tillgodogjorts under utbildningen till barnmorska. I utbildningen betonas den normala förlossningen och att onödiga interventioner bör undvikas. Kritiskt tänkande till etablerade rutiner uppmuntras. Den positiva effekten av ändring av olika förlossningsställningar under förlossningen har tagits upp samt att arbeta med tyngdlagen genom att kvinnan kommer upp och står. Kvinnan bör undvika att föda liggandes plant på rygg då detta innebär att hon arbetar mot tyngdlagen samt riskerar att drabbas av vena cava kompression enligt Priddis, Dahlen och Schmied (2012). Genom att ha varit ute på förlossningsklinikerna har författarna uppmärksammat att utbildningsprogrammets värld skiljer sig från yrkeslivets men även att åsikterna mellan barnmorskorna skiljer sig åt. Krystskedet har skett utan undantag i förlossningssängen. Det är denna förförståelse som författarna hade med sig in i studien. Förhoppningen var att barnmorskorna skulle tala fritt och generera ny förståelse av valet av förlossningsställningar.

Urval av undersökningsgrupp

För att fånga in så många varierande tankar och åsikter som möjligt och därmed ett stort material att analysera efter intervjuerna önskades ett brett urval. För att få detta användes ett strategiskt urval (Trost, 2010). I samband med kvalitativa studier är ett representativt urval ointressant medan ett strategiskt urval kan ge större variation. Urvalet ska vara heterogent. För att garantera detta valdes variabler ut som kunde vara teoretiskt relevanta såsom klinisk erfarenhet enligt Trost (2010). Informanter bestod av nyutbildade barnmorskor och erfarna barnmorskor, som arbetar på sex olika förlossningskliniker inom Region Skåne och Region Halland. Urvalet begränsades av att barnmorskan skulle arbeta aktivt inom förlossningsvården. Önskvärt var att kunna få in material från mellan 10-15 informanter. Sexton intervjuer utfördes sammanlagt.

Genomförande av datainsamling

Verksamhetscheferna kontaktades personligen samt via e-post. Kontakt med avdelningscheferna skedde via e-post och personlig kontakt. Avdelningscheferna hjälpte till att informera om studierna på några av förlossningsavdelningarna. Kontakt med barnmorskorna skedde därefter via e-post och personlig kontakt. Informationsbrev till potentiella deltagare sattes upp på vissa av förlossningsavdelningarna, men detta tillvägagångssätt lyckades inte locka några informanter till att delta i studien. På två av förlossningsavdelningarna skedde värvningen av informanter med hjälp av snöbollsurval (Polit & Beck, 2013).

Insamling av data skedde under hösten 2013. Författarna utförde var sin pilotintervju för att utvärdera metoden med öppna intervjuer och för att författarna skulle få övning i rollen som intervjuare. Kvaliteten på pilotintervjuerna bedömdes vara av sådan hög kvalitet att författarna beslutade sig för att använda sig av pilotintervjuerna i resultatet. Individuella intervjuer utfördes med en av författarna närvarande. Antalet intervjuer fördelades ungefär jämt mellan författarna. Dessa utfördes som individuella intervjuer som varade från cirka 30 till 70 minuter. Intervjuerna skedde på en plats och tid bestämd av informanten. Intervjuerna spelades in med en bandspelare. Tillgång till bandat material hade endast författarna. Materialet kodades och förvarades utom räckhåll för obehöriga och kodlista förvarades separat. Materialet kommer att destrueras då studien är avslutad.

Genomförande av databearbetning

Intervjuerna transkriberades verbatim av intervjuarna fortlöpande under studiens gång. Kontroll skedde av författarna individuellt för att garantera att intervjuerna skrivits av ordagrant. Analysen påbörjades inte förrän alla intervjuer var utförda. En kvalitativ innehållsanalys utfördes enligt Burnards fyra steg (Burnard, Gill, Stewart, Treasure & Chadwick, 2008). Materialet kodades och kategorier skapades fritt. Irrelevant material för studien sållades bort och liknande kategorier slogs samman. Materialet i intervjustudien analyserades med en tematisk innehållsanalys (ibid). Författarna både kodade och sammanställde kategorierna först individuellt och sedan gemensamt. Gemensamma koder från olika intervjuer klipptes ut med hjälp av datorn och samlades i underkategorier som slogs samman i kategorier och huvudkategorier. Därefter diskuterades de olika koderna och kategorierna och huvudkategorierna tillsammans med handledaren tills konsensus uppnåddes. Detta gjordes i syfte att öka trovärdigheten på kategoriseringsprocessen.

Etisk avvägning

En etikansökan skickades in till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Medicinska fakulteten, Lunds universitet för rådgivande yttrande innan studien påbörjades i överensstämmelse med vad Helsingforsdeklarationen påbjuder om etisk granskning (World Medical Association, 2008). Deltagarna i studien fick skriftlig och muntlig information om studiens syfte, metod, författarnas institutionstillhörighet samt förväntade vinster och obehag som studien kunde innebära enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2008). Deltagarna informerades om rätten till frivilligt deltagande, rätt till avbrytande av studien när de så önskade utan att behöva uppge orsak, samt rätten till konfidentialitet (ibid). Materialet avpersonifierades med kodnummer och detaljer som innebar att informationen kunde kopplas ihop med informanten uteslöt (Polit & Beck, 2013). Rådata och kodlista förvarades separat och inlåst. I resultatet anges inte informationen på ett sådant sätt att det kan kopplas till den individuella informanten. Informanterna ombads att skriva under ett informerat samtycke innan intervjuerna påbörjades enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2008).

Studien har konsekvenser inte bara för informanterna utan också för födande kvinnor. Det är viktigt att belysa hur barnmorskor resonerar då de handhar den normala förlossningen självständigt. Förhoppningsvis kan resultatet av studien leda till nya uppslag, reflektion och

ökad kunskap. För informanterna i denna studie kan ett medverkande leda till ökad kunskap om sig själva genom självreflektion. En annan vinst är att genom att barnmorskornas tankar kommer upp till ytan kan det resultera i förbättrat patientarbete/kvalitetssäkring. Deltagandet i studien innebär minimal risk (Polit & Beck, 2013). Den olägenhet som kom ifråga var framför allt tidsåtgång för informanterna.

Resultat

Information om informanterna

Barnmorskor som intervjuades arbetar på förlossningskliniker i Skåne och Halland. Antal år som de varit verksamma i förlossningsvården varierade från åtta månader till över 25 år som barnmorskor. Det framkom att erfarenhet av att arbeta på olika förlossningskliniker varierade från att arbetat endast på en klinik till flertalet i Sverige och även utomlands. En del av barnmorskorna hade praktiserat på aktuell klinik som barnmorskestudenter och sedan fått anställning där. Andra hade gått sin utbildning i andra delar av Sverige och arbetat på flera förlossningskliniker under sin tid som legitimerad barnmorska. Samtliga barnmorskor som intervjuades var kvinnor.

Kategorier

Av de 16 transkriberade intervjuerna kunde genom innehållsanalysen tre olika huvudkategorier urskiljas och till dessa flertal kategorier. Den första huvudkategorin ”Lyhördhet för att tillgodose kvinnans önskemål och autonomi” med kategorierna *Att stödja, uppmuntra och motivera* samt *Riskfaktorer att beakta*. Den andra huvudkategorin som framkommit ur innehållsanalysen är ”Barnmorskans val av förlossningsställning” med kategorierna *Öppningsskedet*, *Utdrivningsskedet* och *Krystskedet*. Den sista huvudkategorin som framkom i analysen av intervjuerna är ”Formandet av barnmorskan som individ” med kategorierna *Utbildning och yrkeserfarenhet* samt *Forskning och Organisationskultur*.

Nedan visas ett exempel på hur kondenseringsprocessen såg ut för att komma fram till en kategori, se tabell 1.

Tabell 1 Del ur kondenseringsprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori	Huvudkategori
<i>Det är likadant om de har <u>värkförstärkande dropp</u>. Då är dom ju <u>mycket uppkopplade</u> för att <u>ha koll på sammandragningarna</u>. Är det <u>påverkan på fosterljuden</u>, så är dom ju uppkopplade av den anledningen. Och jag tror att vi <u>har dom uppkopplade mer än vad vi ska</u>, generellt våra kvinnor. Jag tror det, här är det så. Vilket gör att dom ofta är fast och inte kommer ifrån maskinen. (C6)</i>	Värkförstärkande dropp gör mammorna mer uppkopplade, begränsar rörelsefriheten	CTG Kontinuerlig fosterövervakning	Fosterövervakning vid avvikelse	riskfaktorer att beakta	Lyhördhet för att tillgodose kvinnans önskemål och autonomi

Sammanfattning av huvudkategorierna

Resultaten ur innehållsanalysen visar att barnmorskan resonerar utifrån kvinnans önskemål och vad barnmorskan är mest bekväm med i rådande situation. Att vara upprätt och variera ställning är något som är framträdande, som de flesta håller med om under öppningsskedet. Det som skiljer sig i barnmorskans resonemang är under utdrivningsskedet. Olika kategorier har kunnat urskiljas utifrån analysen som spelar roll i hur barnmorskan resonerar kring valet av förlossningsställningar.

Vissa förlossningsställningar ses som ett hinder för fullgott perinealskydd och uppsikt över perineum vid huvudets framfödande. I praktiken görs på olika sätt och det baseras på individuella uppfattningar och inställningar till olika förlossningsställningar. Omtalade ställningar är att förlösa i uppräta ställningar eller att förlösa i mer liggande ställningar. Här är det en tydlig skillnad bland barnmorskorna att flertalet gärna har upprätt ställning fram tills det är dags att krysta och sedan därefter vänder över kvinnan till halvsittandes med benstöd, fotplattor eller liggandes på sidan. Barnmorskorna som är av annan åsikt tycker att det är bäst att förlösa kvinna i upprätt ställning för att det blir mer oforcerad krystning och mindre bristningar, men även att kvinna upplevs mer tillfredsställd med sin förlossning.

Hur barnmorskan resonerar kring valet av förlossningsställningar kan skilja sig beroende av var man arbetar. På olika kliniker finns olika traditioner och organisationskultur. Det skiljer sig även i hur populationen ser ut som föder på de olika orterna. En större klinik kan ha flera olika kompetenser och mer komplicerade förlossningar och därav erhålls olika erfarenheter. Vad som framkommer utifrån barnmorskans perspektiv är att det är många olika faktorer som spelar in. Viktigt för barnmorskan är att utgå ifrån den födande kvinnans önskningar och vad som är bäst för henne i stunden. Vilken förlossningsställning som barnmorskan är bekväm med påverkar i stor utsträckning hennes inställning. Valen barnmorskan gör är utifrån hur hon bäst kan arbeta säkert och ha bra överblick utifrån den kunskap hon har.

Lyhördhet för att tillgodose kvinnans önskemål och autonomi

Barnmorskan har en viktig roll i att lyssna in kvinnan och samtidigt arbeta med kvinnan så att hon känner sig avslappnad under tiden som förlossningen går framåt. Det är viktigt att hjälpa kvinnan att kunna inta en bekväm position oavsett var hon är i förlossningsarbetet. Det som framkom är vikten av att se kvinnan som den individ hon är. Främsta målet är att utgå ifrån kvinnans önskemål och tillgodose dessa i den mån det går. Barnmorskans roll är att stötta kvinnan då hon känner sig rädd, trött och orkeslös och försöka få henne att finna kraften inom sig.

Att stödja, uppmuntra och motivera

Informanterna framhåller att varje kvinna är unik och att det inte finns någon mall för just denna kvinnas förlossning. Det är viktigt att vara lyhörd för kvinnans önskemål. Det är viktigt att barnmorskan skapar trygghet för kvinnan samt bygger upp ett förtroende hos paret för att kvinnan ska våga släppa på kontrollen.

... känsla av att de vill ha kontroll själv, och det kan, förlossningen i sig är en kontrollförlust. Det är ju väldigt svårt, men man kan ju skapa nån form av struktur/.../ så att de vågar släppa kontrollen, också att man skapar en ram eller sammanhang, en famn eller vad vi kan kalla det, så att de vågar ge sig hän till förlossningsarbetet. (C1)

Det framkommer att barnmorskan förklarar och motiverar för kvinnan för att få henne med sig i vad som är gynnsam förlossningsställning i rådande stund. Barnmorskan ger kvinnan vid god progress stort utrymme att själv få bestämma vilken förlossningsställning som hon ska inta och som känns skön. Många kvinnor är tacksamma för förslag enligt barnmorskorna.

Därefter kan jag tycka att det är bra att hon kommer upp och är rörlig och, men sen så är det ju alltid oavsett när i förlossningsarbetet, kvinnan själv som ska besluta och bestämma hur hon vill. Hon ska inte be om tillåtelse för att inta någon viss position. Däremot så är det min uppgift som barnmorska att informera henne, upplysa henne, råda henne om vad som finns av olika möjligheter och vad som kan underlätta för henne just i den stund hon är i. (S5)

Det beskrivs att kvinnorna kan ha med sig en födelseplan där förlossningsställning är preciserad. Barnmorskan kan diskutera förlossningsställning med kvinnan trots förlossningsbrev. I slutet kan barnmorskan styra upp förlossningen så att det i slutändan blir som kvinnan önskade från början genom att påminna henne om vad hon ville. En av barnmorskans viktiga roller är att stötta kvinnan, ge henne valmöjligheter samt stärka henne i sig själv genom att visa henne att hon kan.

Och de som har minsta lilla önskan att stå på knä, och så fast de känner att det inte går på slutet, så brukar jag hjälpa dem så att de verkligen hittar, får tillbaka det där att de får göra så som de hade en dröm om. (C3)

Barnmorskorna framhäver att de har ett stort inflytande men att det är viktigt med självbestämmande och att kvinna känner sig delaktig i hennes egen förlossning, vilket i sig ger en positiv förlossningsupplevelse. Barnmorskan kan behöva uppmäna och uppmuntra kvinnan att inta olika positioner. Tid med kvinnan är en viktig faktor för att kunna ge ett gott stöd. När det inte blir som kvinnan hade önskat framför allt vid akuta situationer eller långsam progress så är det viktigt att barnmorskan informerar om anledningen till detta.

I slutet av förlossningen kan kvinnan efterfråga barnmorskans åsikt om vilken position hon ska inta. Barnmorskan kan motivera kvinnan till att inta en särskild förlossningsställning utifrån vad hon anser vara bäst. Att tillgodose kvinnans önskemål och vara tillåtande kan göra att kvinnan känner sig stärkt och ger en mer positiv förlossningsupplevelse och att hon efter förlossningen mår bättre.

Riskfaktorer att beakta

Ibland måste barnmorskan gå emot mammas önskan om det finns riskfaktorer eller något som avviker under förlossningsarbetet. Det kan vara tidigare eller förväntat stort barn, tidigare blödning, högt BMI, tidigare stor bristning, sjukdom eller avvikande fosterljud.

Vid tidigare stor blödning vill barnmorskan helst ha kvinnan i sängen eller i närheten under utdrivningsskedet för att snabbt kunna agera. När det finns misstanke om stort barn eller mamman tidigare fött stora barn är det framför allt i utdrivningsskedet som barnmorskan väljer att motivera kvinnan till att inta de positioner som hon anser vara mest gynnsamma för att undvika skulderdystoci och stora bristningar. Även lokala riktlinjer kan påverka hur barnmorskan ska hantera förlossningen av stora barn.

Gynläge är inget jag brukar välja i första hand för de kvinnorna. Inte heller knästående även om jag vet att många gör det då när det är stort barn och tänker att det är en bra ställning. Men jag är /.../inte så van vid den ställningen, så jag väljer inte den ställningen. Utan hellre sidoläge då på de stora barnen och diabetesbarnen. (C4)

Då doktorn tillkallas vid instrumentella förlossningar får kvinnan komma upp i benstöd. Dock finns det möjlighet att dra en sugklocka i annan position om doktorn och barnmorskan känner sig trygga med detta, dock ej vid akuta situationer. På samtliga förlossningskliniker i Skåne och Halland så ska mammor förlösas i benstöd vid instrumentella förlossningar.

Kvinnor med högt BMI kan förlösas på olika sätt. Lokala riktlinjer kan påverka hur dessa kvinnor ska förlösas. Oftast handlar det om att det kan vara svårt att hantera kvinnan på grund

av kroppstyngden och att det är svårt att ha en adekvat fosterljudsövervakning på grund av mammans ödematösa hud över buken.

Ja, en kvinna som ska ha kontinuerligt CTG t ex är svårare att ha i en upprätt ställning eller stå upp. Det går att ha oftast om de inte är för stora och kraftiga, så kan man ha CTG på även om de står upp t ex. (S1)

Det finns riktlinjer på de olika klinikerna som bestämmer hur ofta och när fosterljudsövervakning bör göras. När övervakningen visar på avvikande fosterljud kan det komma tillfällen då barnmorskan väljer att vissa positioner är bättre än andra för att få en tillförlitlig övervakning. Detta kan ibland upplevas som att kvinnan blir mer sängbunden och begränsad i sin rörelse.

Är det påverkan på fosterljuden, så är de ju uppkopplade av den anledningen. Och jag tror att vi har de uppkopplade mer än vad vi ska, generellt våra kvinnor. Jag tror det, här är det så. Vilket gör att de ofta är fast och inte kommer ifrån maskinen. (C6)

Det som styr oss är behovet av fosterövervakning när det är riskförlossningar och de måste vi förhålla oss till, men man kan likaväl jobba med ställningarna även om man har en kontinuerlig övervakning och ibland så innebär det att det kanske är för mammas skull, att hon kanske får lättare att registrera via skalpelektrod för då kan hon stå på knä utan att riskera att förlora information som CTG har om barnet. Och det blir ju, här använder vi STAN mycket och det blir att automatiskt en skalpelektrod ganska tidigt på riskmammor så att då finns ju inte det, då är inte problemet, då kan hon röra sig, stå bredvid sängen. Hon är ju ändå hindrad med de saker man kan göra eller de ställningar man kan ha, ska ha. (S6)

Vid hypertoni eller preeklampsi så nämner informanterna att de inte känner sig begränsade i sitt val av förlossningsställning, men att det är viktigt att förlossningen går framåt och inte har ett utdraget krystskede. Vid tvillingförlossningar säger riktlinjer att tvillingar bör förlösas i benstöd men flertalet informanter uppger att om obstetrikern och barnmorskan har god

erfarenhet så kan även tvillingar förlösas på det vis som mamman uppger vara mest bekvämt för henne.

Olika åsikter gällande bristningar råder, särskilt om mamman tidigare haft stor bristning. Detta kan påverka hur barnmorskan väljer att motivera mamman till lägesförändring.

Har man tidigare haft någon stor bristning, en sfinkter t ex eller så, då kanske det är bättre om man står på knä eller ligger på sidan. Att det får lov att ta lite längre tid. Där kan jag känna ibland att om man sitter på pallen så kanske det går lite fort och att en perineum som är lite rigid, lite ärrvävnad i, så inte kanske ska ha det, att det ska gå fort utan att det gärna får ta lite tid och det kan du, att motverka att det går för fort kanske kan vara att man ligger på sidan t ex. (S4)

Barnmorskans val av förlossningsställning

Under öppningsskedet då kvinnan befinner sig i aktiv fas är de flesta informanter överens om att kvinnan bör alternera mellan vila och att vara i aktiv rörelse samt gärna vara i upprätta ställningar. Avslappning och aktivitet ger god progress.

Under utdrivningsskedet visar erfarenhet på att det är viktigt att lägesförändra för att barnet ska kunna tränga ner. Under utdrivningsskedet har barnmorskan olika sätt för att kunna underlätta för kvinnan när hon upplever tidig krystkänsla och smärta i ländryggen. Under krystskedet skiljer sig barnmorskors upplevelser åt om hur de helst arbetar med förlossningsställningar. Faktorer som påverkar resonemanget är arbetsställning, översikt över perineum och vad som underlättar för att hålla ett gott perinealskydd. Olika åsikter vad gäller ökad risk för bristning spelar stor roll när kvinnan ska krysta i olika förlossningsställningar. Under krystskedet har barnmorskan en mer framträdande roll och påverkar valet av förlossningsställning.

Öppningsskedet

Det som framkommer i barnmorskornas resonemang när de har en kvinna som befinner sig i öppningsskedet, är att upprätt ställning upplevs vara effektivt för att få effektiva värkar och progress.

...ju mer man kan motivera patienten att vara uppe och röra på sig. Att ändra på sig, ställningar. Att inte bli liggande i sängen i samma ställning under öppningsskedet. Desto mer tror jag att man hjälper till både att ha effektiva värkar och hjälpa bebisen att tränga ner. Vilket ju kan hindra att man behöver värkstimulera med ett oxytocindropp. (C4)

Barnmorskan upplever att kvinnan känner sig mer stärkt när hon befinner sig i upprätt ställning. Det upplevs en känsla av att kvinnan känner sig mer delaktig och äger sin förlossning. Kvinnorna upplevs ha mindre ont när de är mer aktiva och i upprätta ställningar. Kvinnan påverkar förlossningsställningen mycket själv genom att uppge vad som känns bäst för henne själv och barnmorskan anpassar sig sedan efter kvinnans önskemål.

I de situationer när barnmorskan får uppfattningen om att barnet inte ställt in sig adekvat eller behöver få progress finns det vissa positioner som de tycker kan hjälpa. Framförallt uppger många av informanterna att upprätta ställningar är ett alternativ som brukar ge god progress.

Om det inte tränger ner riktigt så som man tycker att det borde göra. Så är det jättebra att ha dem på knä. Dels för att det vidgar bäckenet och dels för tyngdlagen. (C6)

Kvinnor kan uppleva tidig krystkänsla och smärta i ländryggen. Vissa förlossningsställningar uppfattas då kunna lindra och minska trycket som kvinnan känner. Stå på knä eller fyrfota uppges kunna hjälpa kvinnan.

I öppningsskedet talar barnmorskorna om att rygggläge upplevs ge mindre effektiva värkar, som kan leda till värksvaghet. Det är när kvinnan intar rygggläge som barnmorskan kan bli mer styrande över förlossningsställningarna för att det är mindre gynnsamt läge för mamma och barn. För en trött mamma väljer många barnmorskor att föreslå sidoläge för att kunna vila. Som hjälpmedel för att vara upprätt används gärna pilatesboll, gåbord, mannen som stöttning eller att kvinnan går till toaletten och sätter sig en stund eller tar en varm dusch. Men framför

allt pratar barnmorskorna om att vila är viktigt i början för att sedan ha kraft i slutet av förlossningen. Barnmorskorna upplever ofta att kvinnor önskar vara mer aktiva i början och vill vila på slutet. Det är vid dessa tillfällen som barnmorskan får använda sin profession och erfarenhet till att motivera kvinnan till vad som är bäst för stunden för henne och barnet. Barnmorskan sätter upp olika mål för kvinnan som att stå upp ett par varkar för att sedan vila i en behaglig position. Bad är också ett alternativ som många barnmorskor använder sig av under öppningsskedet, både som smärtlindring och för lägesförändring.

...att vara i vattnet underlättar ju att ändra ställning. Man blir nästan viktlös. Påfrestningen på rygg och höfter och så försvinner så att det ger en väldig rörelsefrihet till mamman som hon liksom nästan flyta i vattnet mellan värkarna och sen ställning värken kommer så att behöver man nästan aldrig säga till mamman att du kanske ska byta ställning för det gör hon av sig själv så att det är väldigt, väldigt bra med bad. (S6)

Utdrivningsskedet

Vid utdrivningsskedet handlar det mycket om att få barnet att tränga ner till bäckenbotten på ett sätt som känns bekvämt för kvinnan och ger progress.

...då kan man ju få en känsla för att sida eller t o m knästående, att det kan vara det bästa eller stå på alla fyra. Alltså fyrfota kan ju vara jättebra då ju, men då ska man också gärna, men liksom säga att det går framåt också så att det inte är något annat som är orsaken till att den inte föds. (S3)

Att sitta gränsle över en stol med mannen bakom som masserar kan både ge progress och avslappning under nedträngningsfasen. Även att stå upp och luta sig över sängen eller sin partner hjälper barnet att rotera ner bättre. Att alternera detta med att ligga på sidan med benet i benstöd eller en kudde mellan knäna, uppger barnmorskorna brukar ge progress och välmående för kvinnan. Många barnmorskor använder sig gärna av upprätta ställningar under utdrivningsfasen men att de sedan vänder om kvinnan när det är dags att krysta.

Pallen anses vara ett bra hjälpmedel för att få barn att tränga ner och att förlossningsarbetet då kan gå lite fortare framåt.

Att lägga kvinnan ner i mer liggande ställning upplevs kunna sakta ner förloppet då det går för fort. Men som barnmorskorna ofta uppger oavsett var kvinnan befinner sig i för fas så beror det på vilken kvinna man har framför sig och hur situationen ser ut. Att anpassa sig och försöka hitta ett sätt som hjälper just för den kvinna som föder är alltid målet.

Krystskedet

Under krystskedet så är viljan att ha översikt över perineum det som framkommer mest under intervjuerna. Barnmorskan vill ha kvinnan i den position där hon känner att hon har bäst översikt och kan upprätthålla ett bra perinealskydd.

Jag tycker jag har svårt att hålla emot. Jag känner inte helt bekväm med den förlossningsställningen faktiskt. Så jag personligen använder inte knästående precis vid utdrivningen. Men gärna till barnet börjar skära in, så kan man lägga över på sidan till exempel. (C7)

En annan uppfattning är hur förlossningsställningen påverkar mammans upplevelse av sin förlossning som i sin tur påverkar valet hos barnmorskan. Bland de uppräta ställningarna var det framförallt pallen som upplevs ge kvinnan kraft och delaktighet.

Det får dem att känna sig väldigt duktiga och då kan de haft både epidural och dropp och alltihopa. Men att de stod upp och födde. Det är någonting som man känner sig lite prinsessa utav av att man gjorde. Man växer och man känner sig duktig. (C3)

Även arbetsställningen avgör i vissa situationer vilken förlossningsställning barnmorskan föreslår. Barnmorskan får inte flera olika arbetsställningar för att kunna hålla uppsikt över perineum och hålla ett gott perinealskydd. Det framkommer att barnmorskan försöker hitta en

bekväm arbetsställning för henne i den mån det är möjligt. Arbetsställningen kan upplevas som obekväm vid vissa förlossningsställningar. Det som avgör valet av förlossningsställning är dels en önskan från barnmorskan att tillgodose kvinnans önskemål samt utifrån vad hon själv tycker är bekvämt.

Om omföderskorna haft en tidigare normal förlossning är barnmorskans påverkan på valet av förlossningsställning inte lika stort, utan utgår då utifrån vad kvinnan själv vill under krystskedet. Här kan åsikterna gå isär, vissa barnmorskor upplever det mer fördelaktigt att använda benstöd t ex för att förhindra att kvinnan håller ihop benen.

Barnmorskor är oeniga om vilken ställning som ger mest bristning. Barnmorskorna vet också att vissa bristningar kan de inte göra något åt oavsett förlossningsställning eller perinealskydd.

De barnmorskor som väljer de mer liggande ställningarna som gynläge, sida och halvsittande i säng motiverar att ögonkontakt är viktigt för att kunna få med sig kvinnan och att de har bäst översikt över perineum men att det även är en bra utgångsposition vid skulderdystoci, blödning eller för att undvika bristningar. De barnmorskor som föredrar upprätta ställningar vid krystskedet tycker att de kan få en fin kontakt med mamman och att det är gynnsamt för att det blir en mer oforcerad krystning som ger mindre bristningar. Barnmorskorna känner sig även bekväma och kan hantera situationer som skulderdystoci eller blödningar om det skulle inträffa. Många av barnmorskorna i vår studie upplever att de tycker de har bäst arbetsställning och kontakt med kvinnan när de sitter på en pall eller knä framför henne. De upplever att kvinnan själv känner av progressen på pallen och får extra kraft.

Formandet av barnmorskan som individ

Många olika faktorer påverkar hur barnmorskan resonerar i sina val av förlossningsställningar. Både tiden under utbildning till barnmorska och handledare hon haft, men även hur många år hon arbetat och om hon har arbetat på olika kliniker under sin

verksam tid. Riktlinjer ser olika ut på de olika förlossningsklinikerna i Skåne och Halland och påverkar även dessa barnmorskans olika val för den födande kvinnan. Det framkommer även att barnmorskor tolkar forskning på olika vis och hur de sedan använder detta i praktiken. Barnmorskor förhåller sig olika till förlossningsställningar och väljer bort de ställningar de inte känner sig bekväma med under åren.

Utbildning och yrkeserfarenhet

Utbildning påverkar barnmorskan i viss utsträckning, men även att arbeta på olika förlossningskliniker och genom detta hitta sitt sätt som upplevs fungera bäst för kvinnan och barnmorskan.

Så det var fult att förlösa i kortbädd och det var fult att även förlösa halvsittande i långbädd. Utan man förlöste på sidan, knä och så stående. Och gärna inne i duschen och gärna krypandes så i den här mjuka sängen. Så det är så jag blev lärd. Och det sitter, det sitter.
(C3)

Sen började jag jobba på en stor förlossningsklinik där de flesta låg i benstöd och födde, men sen började kvinnorna själv vilja, önska att inte ligga i benstöd/---/Man lär sig faktiskt en del av kvinnorna också, vad de vill och så har man sett att ja, det funkar ju jättebra. (S4)

Något som några av barnmorskorna i vår studie önskar och har gjort är att vara med på varandras förlossningar och skaffa erfarenhet och mer kunskap på det viset. Någon reflekterar även över att det kanske vore utvecklande att byta arbetsplats. Att ha tid för reflektion är önskvärt enligt vissa barnmorskor för att det annars är lätt att köra på rutin, för att man genom erfarenhet vet att vissa saker brukar fungera.

Forskning och organisationskultur

Det framkommer inte under intervjuerna var informanterna har läst den forskning de grundar flera av sina val på. Utifrån hur barnmorskorna tolkar forskning, är att den inte alltid överensstämmer vad de själva har erfarenhet av eller hört talas om av kollegor. De barnmorskor som använder sig av pallförlossningar uppger att det inte finns något belägg för

att pallförlossning ger fler eller större bristningar eller ökad blödning. Andra barnmorskor som inte använder pall eller aldrig gjort det uppger att den ger fler bristningar enligt studier som de läst. Forskning har genom åren visat på olika resultat vad gäller just bristningar menar barnmorskorna i studien och genom sin erfarenhet väljer barnmorskan därför att göra på det vis hon själv tycker är bäst för kvinnan.

Jag har gynnläge som sagt var. Sen har jag med benstöd, det brukar jag också ta. Och sen har jag förlöst någon gång på sidan, men jag tycker att bristningarna blir större då. Vilken studie inte visar, blir mindre då, men det, jag vet inte. Inte mina iallafall. Så då vill jag göra det bästa som jag kan och det är det jag kan. (S7)

Man har också pratat mycket om förlossningspallen, och det fick jag också med mig som nyfärdig barnmorska att det också ökade risken för stora bristningar. Och det är därför jag har valt bort det under de här åren. Men där är ju inte forskningen riktigt enig i detta, utan då kommer det med känsla av vad man själv tror. (C4)

Det förekommer även olika studier som barnmorskor själva utför på sina kliniker för att just kunna undersöka och reflektera kring olika situationer, som när det upplevs vara ökad blödning eller annan riskfaktor i samband med någon förlossningsställning.

Vi jobbar på en klinik som... har ju utvecklingsdagar två dagar om året och jag tror att vi är ganska så uppdaterade så man är väldigt snabb på att revidera PM och man försöker jobba evidensbaserat när det gäller mycket, men... det är svårt med när forskningen och studier visar en sak som påverkar hur vi jobbar och sen visar det sig i efterhand att det här var inte väl underbyggd forskning. Det här var inte representativt för de patienter vi har i Sverige t ex men likaväl så får vi förändrade rutiner, arbetsuppgifter och det är trist. Man hade önskat att man hade fått lite strängare regler för hur man ändrar sitt sätt att jobba och vad man anser är evidens så att man inte låter en liten skara människor styra hur vi hanterar en normal förlossning i hela landet egentligen. (S6)

Efter intervjuerna framkommer det att det ser olika ut på de olika förlossningsklinikerna i Skåne och Halland. På någon klinik finns det ingen pall och på en annan används den mer frekvent än på andra kliniker. Även förlossningsrummen ser olika ut på de olika klinikerna. Riktlinjer om hur ofta fosterövervakning bör utföras ser olika ut mellan de olika klinikerna. Det är också skillnad på vilka kvinnor det är som föder på klinikerna och hur många förlossningsrum det finns att tillgå.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Informanter valdes från olika förlossningskliniker för att kunna få ett så brett urval som möjligt. Informanterna har på detta vis med sig erfarenheter och upplevelser från olika arbetsplatser då författarna hade en tanke om att detta skulle kunna komma att påverka hur de resonerade i sitt arbete med förlossningsställningar. Tillstånd från verksamhetscheferna behövdes för att få utföra intervjuerna på de olika förlossningsavdelningarna. På en av förlossningsavdelningarna tillfrågades informanterna direkt av avdelningschefen om de ville delta. Därefter kontaktades författarna av informanterna via e-post. Huruvida detta påverkade bredden på urvalet samt antalet deltagare är svårt att veta. Det kan dock vara en svaghet i studien om inte alla barnmorskor fått information om studien. På en annan förlossningsavdelning var gensvaret från förlossningsavdelningen och avdelningschefen svagt, vilket kan ha påverkat antalet deltagare på ett negativt sätt, och det kan vara en brist i studien. Ansträngningar gjordes för att öka antalet deltagare genom att ta kontakt med barnmorskor från avdelningen. Tyvärr fanns det inte möjlighet att inom rimlig tid ordna fler intervjuer. Ett snöbollsurval användes på två av förlossningsavdelningarna, vilket var ett väldigt effektivt sätt att värva informanter (Polit&Beck, 2013). Eventuellt kan ett snöbollsurval utgöra en bias i urvalet av informanter, däremot ökade deltagarantalet från de olika förlossningsavdelningar, vilket måste anses som en styrka i studien (ibid).

Öppna intervjuer utfördes för att försöka få informanterna att tala mer fritt om studieämnet och därmed lättare fånga deras upplevelser eftersom det inte begränsar deras svarsalternativ enligt Polit & Beck (2013). Intervjuerna skedde mellan en informant och en intervjuare. Det är viktigt att den intervjuade känner sig trygg i den miljö där intervjun utförs (Trost, 2010).

TVå intervjuare kan kännas som ett maktövertagande och att informanten känner sig vara i underläge. Dock hade två intervjuare kunnat komplettera varandra under intervjun (ibid). De flesta intervjuer har skett under arbetstid på förlossningsavdelningen. Intervjuerna har kunnat utföras ostört. Vissa intervjuer har varit tidsbegränsade av barnmorskan, dock har de flesta intervjuer kunna slutföras. Intervjuerna har bandats vilket har både för- och nackdelar. Bandade intervjuer har den fördelen att intervjun kan skrivas ut ordagrant, vilket minskar risken för feltolkning och felcitering (ibid). Ur författarnas synpunkt blir det ohållbart utan en bandspelare. En nackdel med en bandspelare är att informanten kan känna obehag inför att bli inspelad på band (ibid). Författarna är inte vana intervjuare, vilket är en svaghet i studien. Öppna intervjuer kan ställa mer krav på intervjuerna.

En svaghet och samtidigt en styrka med studien kan vara författarnas förförståelse. Till viss mån kan författarnas förförståelse ha påverkat intervjusituationen när följdfrågor ställdes. Dock anser författarna att förförståelsen har lett till ny förståelse och därmed ny kunskap, vilket är en styrka i studien och målet med förförståelse enligt Dahlberg (1997).

Graneheim och Lundman (2004) beskriver hur forskaren på olika sätt kan uppnå trovärdighet. Credibility handlar om hur väl data och analysprocessen hanterar forskningsfrågan. Genom att välja informanter med olika erfarenheter, finna den bästa metoden för att studera forskningsfrågan och samla in tillräckligt med datamängd ökar trovärdigheten i en studie. Övriga sätt att öka trovärdigheten är genom noggrann kodning, bortsortering av irrelevant material samt att bedöma likheter och skillnader mellan kategorier. Ett tillvägagångssätt för att uppnå detta är att använda sig av representativa citat i resultatet samt söka bekräftelse hos andra forskare (ibid). Författarna anser att trovärdigheten (credibility) i studien stärks av att analysen har skett tillsammans med handledaren, en van forskare (ibid; Burnard, Gill, Stewart, Treasure, Chadwick, 2008). Trovärdigheten i studien ökas även av att intervjuerna har skett med öppna frågor och blivit bandade för att säkerställa att det överensstämmer med vad informanten har sagt (Polit & Beck, 2013; Graneheim&Lundman, 2004). Målet var att minst tio intervjuer skulle hållas för att försöka nå målet om datamättnad (Polit&Beck, 2013). Totalt utfördes sexton intervjuer, vilket är en styrka i studien att fler åsikter har vävts in i resultatet och utökat materialet och därmed ökat chansen till att få ett bredare resultat. Mängden data anses öka trovärdigheten ytterligare (Graneheim&Lundman, 2004). Informanterna kommer från olika förlossningskliniker och flera av dem har erfarenhet från andra förlossningsavdelningar, antingen som student eller som arbetande barnmorska. De skiljer sig åt i hur lång erfarenhet de har av förlossningsarbete. Därmed har målet om att

försöka få ett så brett urval som möjligt uppnått. Detta i sin tur ökar trovärdigheten (ibid). Slutligen så stärker citat i resultatredovisningen trovärdigheten.

Ett sätt att öka trovärdigheten i resultaten är att forskarkollegor bekräftar hur resultatet är rubricerat och sorterat (confirmability) (Graneheim&Lundman, 2004; Polit&Beck, 2013). Trovärdigheten ökas ytterligare då handledaren och författarna analyserat var för sig och diskuterat sig fram till konsensus.

Trovärdigheten av en studies resultat handlar även om frågan i vilken utsträckning resultaten kan överföras till andra grupper av människor än de som studerats i studien (transferability) (Polit&Beck, 2013; Graneheim&Lundman, 2004). Författarna kan ge förslag på överförbarheten av resultaten, men det är upp till läsaren att göra bedömning av huruvida resultaten är överförbara till en annan kontext (Graneheim&Lundman, 2004). För att läsaren ska kunna göra denna bedömning kan författarna beskriva kontexten som studien är utförd i, deltagarna, hur datainsamlingen gick till och dataanalysen. En rik resultatpresentation med citat ökar möjligheten för läsaren att göra denna bedömning. Författarna anser att detta är uppnått i studien. Författarna har själva gjort den bedömningen att resultaten troligtvis skulle kunna överföras till andra förlossningskliniker i landet och inte bara på de förlossningskliniker som varit involverade i studien.

Diskussion av innebörden i huvudkategorierna

Resultatet diskuteras nedan utifrån de olika huvudkategorierna. Utifrån resultatet så framgår det att det handlar om att hitta sitt sätt och vad barnmorskan upplever fungerar bäst gällande de faktorer som hon vill undvika, men ändå kunna vara tillmötesgående för kvinnans önskemål.

Lyhördhet för att tillgodose kvinnans önskemål och autonomi

I en holländsk intervjustudie med fokusgrupper intervjuades barnmorskor om hur de förhåller sig till förlossningsställningar under aktiv fas till partus (de Jonge, Teunissen, van Diem, Scheepers och Lagro-Janssen, 2008). Deras resultat överensstämmer i stor utsträckning med det resultat som framkommer i vår studie, att det är viktigt för barnmorskan att lyssna på

kvinnan och utgå från hennes önskemål. Barnmorskorna kan i stor utsträckning påverka valet av förlossningsställningar både genom att föreslå ställningar som kvinnan kan inta samt motivera till lägesförändringar och att inta en särskild position under krystskedet. Kvinnan får i stor utsträckning själv bestämma så länge det finns god progress. Barnmorskan försöker hjälpa kvinnan att inta en ställning som hon kan vara avslappnad och bekväm i (ibid).

Vid förväntade riskfaktorer agerade barnmorskorna olika i vår studie och vid medicinsk indikation påverkades barnmorskans val av förlossningsställning. Detta resultat visades även i den holländska studien (de Jonge, Teunissen, van Diem, Scheepers och Lagro-Janssen, 2008). Ryggläge var bättre för barnmorskorna för att hantera förväntade problem och barnmorskorna föredrog antingen ryggläge eller en upprätt ställning och att förlösa kvinnor på rygg var väldigt vanligt (ibid).

Barnmorskans val av förlossningsställning

Barnmorskor förhåller sig olika till hur de väljer förlossningsställningar utifrån samma utgångspunkt som att minska risken för bristningar eller att få progress. Barnmorskorna var överens i studien om att upprätta ställningar var mer fördelaktigt under öppningsskedet. I den holländska studien framkom liksom i vår studie att det rädde delade meningar under krystskedet vilken ställning barnmorskan var bekväm att förlösa i (de Jonge, Teunissen, van Diem, Scheepers och Lagro-Janssen, 2008). Vissa barnmorskor valde att vända över kvinnan i slutet av krystskedet för att kunna ha uppsikt över perineum och för att kunna hålla ett fullgott perinealskydd. Även om vissa ställningar var mindre bekväma för barnmorskan försökte en del av barnmorskorna att tillmötesgå kvinnans önskemål (ibid).

Formandet av barnmorskan som individ

Under intervjuerna framgick det att vissa handledare under utbildningen var begränsade i sitt val av förlossningsställningar. Barnmorskorna uppger att de blir präglade av sina handledare och hur andra kollegor arbetar på sin klinik. Erfarenheten påverkar barnmorskans inställning till de olika förlossningsställningarna. I samma holländska studie av de Jonge, Teunissen, van Diem, Scheepers och Lagro-Janssen (2008) framkommer att erfarenheten av de upprätta förlossningsställningarna varierade precis som resultatet visade i vår studie. Enligt WHO

(1996) bör barnmorskan tränas i att förlösa i alternativa förlossningsställningar för att inte vara anledningen till att inte olika förlossningsställningar kan intas.

Barnmorskor läser forskning och applicerar forskning i sitt arbete. Barnmorskorna i vår studie hänvisar till forskning i deras resonemang kring vilka ställningar som är mest fördelaktiga för att förebygga bristningar under krystskedet. Enligt *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska* är det viktigt att barnmorskor lär sig att inta ett kritiskt förhållningssätt till de studier som publiceras och tolkar forskning på rätt sätt (Socialstyrelsen, 2006). Det gäller att bedöma kvaliteten på de studier som utförs för att bedöma om resultaten är tillförlitliga. Det finns ingen entydig evidens i dagsläget (Kemp, Kingswood, Kibuka, Thornton, 2013; Gupta, Hofmeyr, Shehmar, 2012). Barnmorskorna väljer att applicera den forskning i sitt arbete som bäst överensstämmer med det sätt som de finner passar ihop bäst med den erfarenhet som de har skaffat sig under sin verksamhet.

En Cochrane review från 2009 utvärderar effekten av upprätta gentemot liggande ställningar i tid och kunde påvisa signifikans för att upprätta ställningar i öppningsskedet ger en timmes kortare duration och att sannolikheten för behovet av epiduralanestesi blev mindre (Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Dowswell, Styles (2009). Samtliga barnmorskor hänvisar till studier när de resonerar om vad som påverkar valet av förlossningsställning. Kemp, Kingswood, Kibuka och Thornton (2013) jämför i en Cochrane review upprätta förlossningsställningar med liggande ställning under utdrivningsskedet för kvinnor med ryggbedövning. Det framkommer ingen statistisk signifikant skillnad angående bristningar och författarna rekommenderar att kvinnor bör erbjudas att vara i den ställning som de tycker känns mest bekväm. Ingen signifikant skillnad kunde visas avseende kortare duration av utdrivningsskedet (ibid). En liknande Cochrane review från 2012 har undersökt fördelar och nackdelar med användandet av olika förlossningsställningar under utdrivningsskedet hos kvinnor utan ryggbedövning (Gupta, Hofmeyr, Shehmar, 2012). Någon signifikant skillnad kunde inte heller visas vad gäller tid för utdrivningsskedet (ibid). Utifrån vad dessa Cochrane studier (Gupta, Hofmeyr, Shehmar, 2012; Kemp, Kingswood, Kibuka, Thornton, 2013) visar frågar sig författarna varför barnmorskor upplever en sådan klar övertygelse om vilken förlossningsställning som är mer fördelaktig under utdrivningsskedet. I Cochrane studierna tas det upp att många av de studier som undersökts i dessa metaanalyser har varierande kvalitet och resultaten ska därmed tolkas med försiktighet.

Resultatet visar på hur olika det ser ut på de olika förlossningsklinikerna gällande riktlinjer. Alla vårdpersonal ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Detta kan upplevas som anmärkningsvärt av författarna, då resultatet visar på att det skiljer sig på förlossningsklinikerna om vad som bör eftersträvas. Riktlinjerna (PM) på förlossningsklinikerna skrivs av obstetriker och läkarna har därmed tolkningsföreträde framför barnmorskorna när det kommer till att värdera forskningsresultat. Det är anmärkningsvärt att riktlinjerna skiljer sig åt på klinikerna beroende på vilken ansvarig obstetriker det är som arbetar där. Barnmorskan bör rimligtvis vara delaktig i utvecklandet av riktlinjer då barnmorskan handhar den normala förlossningen självständigt samt den komplicerade förlossningen i samråd med ansvarig obstetriker.

Vårt resultat stärker resultaten i den holländska studien av de Jonge, Teunissen, van Diem, Scheepers och Lagro-Janssen (2008). Resultaten visar på att det är ett internationellt problemområde. Resultaten är därmed troligtvis överförbara även internationellt.

Omvårdnadsteoretisk koppling

Resultatet utifrån intervjuerna tycker författarna är överensstämmande med vad Watson (1989) uppger i sin omvårdnadsteori och även WHO:s rekommendationer från 1996. Barnmorskorna anser att barnmorskans roll bygger på att vårdaren ska stödja och stötta utifrån personens behov och önskan. Dessutom är det viktigt att se människan som en unik individ och främja hennes olikheter. Handlingar och mål utgår ifrån vad kvinnan själv vill uppnå vid vården. En av huvudaspekterna är att ha tro och hopp till individen och hennes förmåga och kunskap för att kunna etablera harmoni som leder till självkänedom, självläkning och egenvård. Den som ger vård ska göra detta beprövat och vetenskapligt samt främja ett mellanmänniskt samspel med inläring och undervisning. En barnmorska ska arbeta både evidensbaserat och teoribaserat.

Enligt Halldorsdottirs och Karlsdottirs (2011) teori är en barnmorskas professionalism uppbyggt av fem huvudsakliga aspekter: Professionell *omsorg* kring den barnafödande kvinnan och hennes familj. Professionell *visdom*, som innebär ett samspel mellan kunskap och erfarenhet. Den professionella barnmorskan ska ha *interpersonell kompetens* genom god kommunikation och ett positivt samarbete med kvinnan och hennes familj. Professionalismen ska upprätthållas genom *personlig utveckling* och barnmorskan ska hålla sig uppdaterad med dagens kunskap och sträva efter att kunna utveckla nya idéer. Vidare ska barnmorskan ha

professionell *kompetens* inom sitt område för att kunna upprätthålla en god och säker vård för kvinnan och hennes familj (ibid). En del av resultatet handlar om barnmorskans mjuka värden, hennes roll och vad som formar en barnmorska till den individ hon är i sin profession. Därför anser författarna att det är aktuellt att jämföra med denna teori som en professionell barnmorska ska besitta.

Slutsats

Det som framkommer i resultatet är att barnmorskan är präglad av förebilder, traditioner och riktlinjer på aktuell arbetsplats samt utförda forskningsstudier i deras tankar och inställningar till de olika förlossningsställningarna. Barnmorskorna är eniga i fördelen med upprätta förlossningsställningar under öppningsskedet och arbetar likartat med förlossningsställningar under denna fas under förlossningen. Under krystskedet är det större spridning i resonemang om hur barnmorskan bäst arbetar med de olika förlossningsställningarna. De som föredrar upprätta ställningar anser att de leder till oforcerad krystning, bättre förlossningsupplevelse för kvinnan samt att kvinnan har större delaktighet i sin förlossning. Förespråkarna för liggande positioner upplever att de har bättre uppsikt och kontroll av perineum. En annan aspekt är att kommunikationen upplevs bli bättre när barnmorskan kan få ögonkontakt med kvinnan under krystskedet.

Klinisk implikation

I utbildningen till barnmorska ska studenterna lära sig att kritiskt ifrågasätta rådande rutiner vid en förlossning och se sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet samt dess betydelse för yrkesutövningen. Enligt Schytt och Waldenström (2013) anser både barnmorskestudenter, erfarna barnmorskor och obstetrikern att för mycket tid av utbildningen läggs på forskning på bekostnad av klinisk utbildning. Vad som framgår i vårt resultat är att det kan behövas mer utbildning i att kritiskt granska forskning för att kunna utvärdera vad som är ett tillförlitligt resultat. Vidare ska studenten kunna se sitt behov av ytterligare kunskap samt kontinuerligt vidareutveckla sin kompetens. Som färdig barnmorska är kraven liknande enligt *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Ett viktigt led i detta är att reflektera kring den vård som bedrivs. Med denna studie hoppas författarna kunna lyfta fram att det finns behov av klinisk fortutbildning för barnmorskan att förlösa i alternativa

förlossningsställningar. Önskan finns att närvara vid varandras förlossningar för att utveckla sin kunskap.

Referenser

- Burnard, P, Gill, P, Stewart, K, Treasure, E och Chadwick, B (2008) Analysing and presenting qualitative data, *British Dental Journal*, 204 (8), 429-432.
- Carlsson, B (1991) *Kvalitativa forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Dahlberg, K (1997) *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- De Jonge A, Teunissen D.A.M, van Diem M. Th, Scheepers P.L.H och Lagro-Janssen A.L.M (2008) Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives, *Journal of Advanced Nursing* 63(4), 347–356.
- Dundes, L. (1987). The evolution of maternal birthing position. *American Journal of Public Health*, 77(5), 636-641.
- Graneheim, UH och Lundman, B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*. Volym 24, sid 105-112.
- Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. (2012) Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review), *The Cochrane Library*. Volym 5.
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, SI. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery service: an evolving theory of professionalism in midwifery, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 806-817.
- Hogg, B (2009) Den okomplicerade förlossningen I: Kaplan, A, Hogg, B, Hildingsson, I och Lundgren (2009) (red) *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Höjeberg, P (1981) *Jordemor. Barnmorskor och barnaföderskor i Sverige*. Möklinta: Gidlunds.

Höjeberg, P (1991) *Jordemor. Barnmorskor och barnsängskvinnor i Sverige*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.

Höjeberg, P (2000) *Tröskelkvinnor – Barnafödande som kultur*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.

Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M och Thornton JG (2013) Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia (Review), *The Cochrane Library*. Volym 1.

Kvist, L J, Damiani, N, Rosenqvist, J och Sandin-Bojö, A-K (2011) Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth, *Midwifery*. 27 (6), 188-194.

Lawrence, A, Lewis, L, Hofmeyr, GJ, Dowswell, T, Styles, C (2009) Maternal positions and mobility during first stage labour (Review), *The Cochrane Library*. Volym 2.

Liu, Y C (1979) Position During Labor and Delivery: History and Perspective, *Journal of Nurse-Midwifery*, 24 (3), 23-26.

Lundman, B och Graneheim, U H (2008) Kvalitativ innehållsanalys I: Granskär, M och Höglund-Nielsen, B (red) (2008) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Nordström, L och Wiklund, I (2008) Förlossningens fysiologi och handläggning I: Hagberg, H, Maršál, K, Westgren, M (red) (2008) *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.

Nyström, M (2008) Hermeneutik I: Granskär, M och Höglund-Nielsen, B (red) (2008) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D F, Beck C T (2013) *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice* (8:e uppl) USA:Lippincott Williams & Wilkins.

Priddis, H, Dahlen, H, Schied, V (2012) What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature, *Women and Birth* 25, 100-106.

Romond, JL och Baker, IT (1985) Squatting in Childbirth. A New Look at an Old Tradition, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. Volym 14, Nr 5, sid 406–411, september 1985.

Sandin-Bojö, A-K, Larsson, BW, Axelsson, O och Hall-Lord, M L (2006) Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to World Health Organization recommendations for care in normal birth, *Midwifery*. 22 (3), 207-217.

Sandin-Bojö, A-K och Kvist, L J (2008) Care in Labor: A Swedish Survey Using the Bologna Score, *Birth*. 35(4), 321-328.

Schytt, E och Waldenström, U (2013) How well does midwifery education prepare for clinical practice? Exploring the views of Swedish students, midwives and obstetricians, *Midwifery*. Volym 29, Nr 2, februari 2013, sid 102–109.

SFOG (2001) Anal inkontinens hos kvinnor – Utredning och behandling. ARG-Rapport nr 46.

Socialstyrelsen (2006) *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Artikelnr: 2006-105-1. > http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf< Hämtad 2014-01-13.

Thies-Lagergren, L, Kvist, L J, Christensson, K och Hildingsson, I (2011) No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial, *BMC Pregnancy & Childbirth*. 11 (1), 22-30.

Thies-Lagergren, L, Kvist, L J, Christensson, K och Hildingsson, I (2012) Striving for scientific stringency: a re-analysis of a randomised controlled trial considering first-time mothers' obstetric outcomes in relation to birth position, *BMC Pregnancy & Childbirth*. 12 (1), 135-143.

Thies-Lagergren, L (2013) *The Swedish Birth Seat Trial*. Stockholm: Karolinska Institutet.

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

Watson, J (1989) Watson's philosophy and theory of human caring in nursing I: Chinn, P L, Kramer, M K (1991) *Theory and Nursing a systematic approach*. (3:e uppl) USA: Mosby-Year Book.

WHO (1996) *Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group*.

World Medical Association (2008) Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects

><http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>< (Hämtad 2013-04-05.)

Inledningsfråga: Hur resonerar du kring valet av förlossningsställningar och hur arbetar du med dem? Berätta!

TEMA

- Kvinnans perspektiv: autonomi/delaktighet, konsekvenser för kvinnan, för- och nackdelar, bristningar
- Barnmorskans perspektiv: arbetsställning, perinealskydd, arbetsmiljö
- Evidens
- Normal förlossning/interventioner

Bilaga 2

Tabell 2. Exempel ur kondenseringsprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori	Huvudkategori
<p>Det är likadant om de har <u>värkförstärkande dropp</u>. Då är dom ju <u>mycket uppkopplade</u> för att ha koll på <u>sammandragningarna</u>. Är det <u>påverkan på fosterljuden</u>, så är dom ju uppkopplade av den anledningen. Och jag tror att vi <u>har dom uppkopplade mer än vad vi ska</u>, generellt våra kvinnor. Jag tror det, här är det så. Vilket gör att dom ofta är fast och inte kommer ifrån maskinen. (C6)</p>	<p>Värkförstärkande dropp eller kontinuerlig fosterövervakning gör mammorna mer uppkopplade, begränsar rörelsefriheten</p>	<p>CTG Kontinuerlig fosterövervakning begränsar rörelsefriheten</p>	<p>Fosterövervakning vid avvikelse begränsar rörelsefriheten</p>	<p>Riskfaktorer att beakta begränsar rörelsefriheten</p>	<p>Lyhördhet för att tillgodose kvinnans önskemål och autonomi</p>
<p>...om man tänker sig alternativa förlossningsställningar precis under utdrivningen. Där kan det, tycker jag</p>	<p>Alternativa förlossningsställningar kan göra det svårt att hålla perinealskydd. Kan hålla perinealskydd på pall,</p>	<p>Perinealskydd svårt vid alternativa förlossningsställningar, perinealskydd, pall, halvsittande, stående, knästående</p>	<p>Perinealskydd vid alternativa förlossningsställningar vid utdrivningsskedet</p>	<p>Utdrivningsskedet</p>	<p>Barnmorskans val av förlossningsställning</p>

<p>personligen att det kan vara mycket svårt att ha ett bra perinealskydd om kvinnan står på knä till exempel. Det går bra om hon sitter på en pall eller halvsitter eller ja, men varken när hon står eller på knä. (C1)</p>	<p>halvsittande, men inte stående eller på knä.</p>				
<p>Vi jobbar på en klinik som... har ju utvecklingsdagar två dagar om året och jag tror att vi är ganska så uppdaterade så man är väldigt snabb på att revidera PM och man försöker jobba evidensbaserat när det gäller mycket, men...</p> <p>det är svårt med när forskningen och studier visar en sak som påverkar hur vi jobbar och sen visar det sig i efterhand att det här var inte väl underbyggd forskning.</p>	<p>Har utvecklingsdagar</p> <p>Barnmorskor uppdaterade.</p> <p>Snabba på att revidera PM.</p> <p>Försöker arbeta evidensbaserat.</p> <p>Forskning påverkar hur barnmorskorna utför sitt arbete.</p> <p>Forskning inte alltid av god kvalitet.</p>	<p>Utvecklingsdagar</p> <p>Uppdaterade</p> <p>PM</p> <p>Evidensbaserat</p> <p>Forskning</p>	<p>Riktlinjer</p> <p>Arbeta evidensbaserat</p>	<p>Forskning och organisationskultur</p>	<p>Formandet av barnmorskan som individ</p>

<p>likaväl så får vi förändrade rutiner, arbetsuppgifter och det är trist. Man hade önskat att man hade fått lite strängare regler för hur man ändrar sitt sätt att jobba och vad man anser är evidens så att man inte låter en liten skara människor styra hur vi hanterar en normal förlossning i hela landet egentligen. (S6)</p>	<p>Får förändrade arbetsuppgifter till följd av forskning. Önskare hårdare krav för att forskning ska få inflytande över arbetet.</p>	<p>Arbetsuppgifter</p>			
--	---	------------------------	--	--	--

