



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Normal förlossning - ett otydligt begrepp

En intervjustudie

Författare: Amanda Thomasdotter & Sandra Stenberg

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Maj 2018

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Barnmorskors uppfattning av vad begreppet normal förlossning innebär

En intervjustudie

Författare: Amanda Thomasdotter & Sandra Stenberg

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Maj 2018

Abstrakt

Bakgrund: Normal förlossning är ett begrepp som ofta används av barnmorskor i förlossningsvården. Dock finns ingen gemensam, entydig definition. Det är viktigt att barnmorskor idag vet vad som innefattas i en normal förlossning för att kunna främja den.

Syfte: Att belysa vad begreppet normal förlossning innebär för barnmorskor som arbetar på förlossningsavdelning.

Metod: En kvalitativ intervjustudie. Fyra fokusgruppsintervjuer med totalt 15 barnmorskor deltog i studien i Skåne. Kvalitativ innehållsanalys utfördes enligt Graneheim & Lundman.

Resultat: Innehållsanalysen resulterade i två kategorier: *Förlossning utan interventioner* och *att intervenser kan vara normalt*.

Konklusion: I studien framkommer att normal förlossning är ett otydligt begrepp.

Barnmorskor har olika uppfattningar kring vad som anses som normalt eller ej. Barnmorskor behöver därför enas om vad som skall ingå i begreppet normal förlossning.

Nyckelord

Normal förlossning, begrepp, interventioner, barnmorskors upplevelse, partus normalis

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	4
Definitioner av normal förlossning	4
Förlossningsstatistik	5
Fysiologisk process	6
Perspektiv och utgångspunkter	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	10
Datainsamling	10
Förförståelse	12
Analys av data	12
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	14
Ett otydligt begrepp	15
Förlossning utan interventioner	16
En okomplicerad förlossning	16
Bristningar och barnets mående	17
Partus normalis-begreppet (PN)	17
Att intervensera kan vara normalt	18
Inducera och forcera	18
Att fosterövervaka	20
Att ge smärtlindring	20
Komplicerad förlossning kan vara normalt	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	25
Ett otydligt begrepp	25
Begreppet normal förlossning vidgas	27
Vad innebär begreppets otydlighet för mor och barn?	28
Betydelsen av ett tydligt evidensbaserat begrepp	29
Konklusion och implikationer	30
Referenser	31
Arbetsfördelning	34
Bilaga 1 (1)	35

Introduktion

Problemområde

Normal förlossning är ett begrepp som ofta används men som är problematiskt då det inte finns någon entydig, gemensam definition (Socialstyrelsen, 2001). WHO samt ICM har vars sin definition av normal förlossning (WHO, 1996; ICM, 2008). I takt med att den medicinska tekniken utvecklas och de medicinska interventionerna ökar påverkas synen av vad normal förlossning faktiskt innebär (a.a.).

Barnmorskan skall självständigt kunna handlägga en normal fysiologisk förlossning samt kunna identifiera avvikelser och vidta åtgärder (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Obstetrikern ansvarar för de komplicerade förlossningarna (Socialstyrelsen, 2001). Det är viktigt att veta när och vid vilka kriterier förlossningen övergår från normal till komplicerad för att mor och barn skall få optimal vård. Förlossningsvård skall bedrivas med så få interventioner som möjligt med målet att mor och barn mår bra samt få en positiv förlossningsupplevelse (Socialstyrelsen, 2001). Barnmorskan bör sträva efter normal förlossning då icke indicerade interventioner utgör en onödig risk för komplikationer (Drapkin-Lyerly, 2012). Därför är det viktigt att barnmorskor enas om vad som innefattar en normal förlossning för att kunna sträva efter att applicera detta i praktiken (Anderson, 2003).

Bakgrund

Definitioner av normal förlossning

Normal förlossning definieras enligt följande (WHO, 1996):

- Förlossning mellan gestationsvecka 37–42
- Enkel börd
- Spontan start av värkarbete

- Vid förlossningsstart föreligger inga förhöjda riskfaktorer som tros påverka förlossningen negativt
- Barnet föds spontant positionerat i huvudbjudning
- Mor och barn mår bra efter avslutad förlossning (a.a.).

Enligt denna definition räknas alltså tvillingfödelse, prematur födelse, kejsarsnitt och induktion som komplicerat förlossningsförlopp (Socialstyrelsen, 2001). Dock tar WHO inte ställning till om särskilda interventioner påverkar om förlossningen tolkas som normal eller ej, såsom smärtstillande eller värkstimulerande läkemedel (a.a.).

International confederation of midwives redogör i ett av sina "position statements" definitionen av normal förlossning. Denna ses som en dynamisk process där kvinnan och barnet interagerar psykologiskt samt fysiologiskt (ICM, 2008). Förlossningsförloppet startar spontant, med progress som resulterar i att barnet föds fram i huvudbjudning utan några medicinska, farmakologiska eller kirurgiska interventioner i fullgången graviditetstid (a.a.).

Socialstyrelsen vill inte själva ta ställning till vad begreppet normal förlossning innebär utan hänvisar till WHO:s definition (Socialstyrelsen, 2001). Socialstyrelsen menar att begreppet normalt gärna tolkas som "naturligt". Förlossningar utan några medicinska interventioner är ovanliga idag, därav skulle ytterst få förlossningar i Sverige anses som normala (a.a.).

Nationellt och internationellt finns försök till att enas om vad begreppet normal förlossning innebär. Ännu har arbetet inte lett till att vi har en gemensam, tydlig definition (Lindgren & Wiklund, 2016).

Förlossningsstatistik

År 2015 föddes 114 981 barn i Sverige (Socialstyrelsen, 2017). Av dessa barn förlöstes 6% före graviditetsvecka 37 samt 7% förlöstes efter graviditetsvecka 42+0. Andelen barn som förlöses med kejsarsnitt har ökat från 5% år 1970 till 17% år 2015. Detta tros ha en förklaring i att många mödrar idag är äldre, lider av övervikt eller andra riskfaktorer samt att sätesbarn idag förlöses med kejsarsnitt i större utsträckning (a.a.).

År 2015 startade 83,7% av förlossningarna spontant (Socialstyrelsen, n.d.). Induktioner har ökat från 7,1% år 1991 till 16,3% år 2015. År 2015 förlöstes 7,2% med instrumentell vaginal förlossning. Användandet av epidural som smärtlindring vid förlossning har ökat från 10,2% år 1990 till 35% år 2015 (a.a.).

Fysiologisk process

Normal förlossning beskrevs som en naturlig fysiologisk process enligt en litteraturstudie utförd i England (Gould, 2000). Syftet var att utveckla en modell av begreppet normal förlossning applicerbart i praktiken. Medicinska interventioner innebar inte nödvändigtvis att förlossningen skulle klassas som komplicerad. Interventioner som ofta förknippades med komplicerad förlossning avsåg amniotomi, värkstimulerande läkemedel, induktion samt episiotomi. Ordet normal förknippades gärna med ordet naturlig, vilket ansågs vara två olika begrepp. Analysen resulterade i att en förlossning ansågs som normal om kvinnan själv ansåg den normal utifrån hennes individuella önskemål då barnafödande var en del av livet (a.a.). Även Anderson (2003) beskrev en normal förlossning som en fysiologisk process i en litteraturstudie. Den fysiologiska förlossningen skulle vara fri från interventioner samt miljön skulle vara stöttande och stärkande. För att kunna uppnå en normal förlossning utan interventioner borde personcentrerad vård stå i fokus utifrån kvinnans behov och önskemål. De menade att barnmorskor strävade efter normal förlossning utan interventioner, men att kultur och verksamhet skapade hinder för att bevara den normala förlossningen. Dessa hinder tordes bero på bristande forskning inom området. Därför är det av stor vikt att barnmorskor klargör vad begreppet innebär och hur det appliceras i praktiken (a.a.). Andersson (2015) undersökte barnmorskestudenters uppfattning av begreppet normal förlossning. Data insamlades från totalt 35 barnmorskestudenter som gick sista året på sin utbildning på ett universitet i Belfast. En kombination av frågeformulär, online-diskussionsforum samt fokusgrupper användes för materialinsamling. Barnmorskestudenterna beskrev normal förlossning som en spontant startande vaginal förlossning utan några medicinska interventioner samt tillåta kvinnan göra det hon kände behov av. Utifrån denna beskrivning skedde inte många normala förlossningar. Studenterna ansåg även att det som skedde varje dag till slut ansågs normalt. Praktiska hinder för att bedriva normala förlossningar identifierades som att en gemensam definition saknades, ökad frekvens av medicinska interventioner, PM samt rädsla för rättsliga påföljder. Barnmorskans attityd ansågs påverka

utfallet av normala förlossningar då en närvarande och stöttande barnmorska gav kvinnor självförtroende under förlossningen (a.a.).

Barnmorskors osäkerhet

I en skottländsk studie upplevde barnmorskor en osäkerhet kring vid vilken tidpunkt en förlossning övergick från normal till komplicerad hos kvinnor med låg risk för komplicerad förlossning (Page & Mander, 2013). Nitton barnmorskor deltog i studien. Materialet samlades in via öppna individuella intervjuer samt fokusgrupper. Denna osäkerhet präglade barnmorskan till att så småningom utveckla egna gränser för medicinska bedömningar och beslut kring vad som ansågs vara normalt eller komplicerat. Barnmorskor som klassade en förlossning som normal under en längre tid i förlossningen hanterade förlossningen på ett bättre sätt än de som var osäkra på när förlossningen blev komplicerad. Förlossningar beskrevs som oförutsägbara. Denna oförutsägbarhet skapade oro och en rädsla att göra fel. Stöd från verksamheten samt god kommunikation med den födande kvinnan minskade denna oro hos barnmorskan (a.a.).

Healy, Humphreys & Kennedy (2017) ville få svar på om rädsla för komplikationer kunde påverka främjandet av normal förlossning hos kvinnor med låg risk för komplikationer. Denna studie hade en kvalitativ design där sammanlagt 25 barnmorskor och obstetriker intervjuades. Resultatet visade att medicinska interventioner och medicinsk övervakning har ökat då barnmorskor och obstetriker känner ett behov av att skydda sig själva och verksamheten från dåliga resultat och rättstvister. Upplevelsen var att förlossningen bedrivs av ett sådant "risktänk" att den normala processen glöms bort. Barnmorskans uppgift att främja den normala förlossningen riskerar då att förloras (a.a.).

Förlossning med interventioner

I en kvalitativ intervjustudie från Irland undersöktes om lågriskförlossningar påverkats av ett högre risktänk i förlossningsvården (Healy, Humphreys & Kennedy, 2017). Totalt 25 barnmorskor och obstetriker intervjuades. Resultatet visade att en ökning av medicinska interventioner berodde på att fler och fler mödrar får barn i högre ålder och att en större andel

födande kvinnor lider av obesitas. Men det kunde också bero på att fler såg en förlossning som en icke normal process varvid interventionerna ökar i takt med teknikutvecklingen. De medicinska interventionerna gav en bättre och mer säker vård för de kvinnor som bedöms ha stor risk för utveckling av komplikationer. Dessa interventioner har sedan börjat användas även för kvinnor som inte behövt dem, vilket kunde innebära en onödig risk för mor och barn. Utomlands är det vanligt att läkare ansvarar för förlossningarna, även hos kvinnor som bedömdes vara ha en låg risk för utveckling av komplikationer. Barnmorskeledda förlossningar ansågs minska antalet interventioner samt kvinnorna uttryckte en större tillfredsställelse med förlossningen (Healy et al, 2017).

Barnmorskans möjlighet att främja normal förlossning vid hemförlossningar undersöktes i en norsk intervjustudie (Aune, Hoston, Kolshus & Larsen, 2017). Nio barnmorskor deltog i studien. Resultatet visade att barnmorskor hade en stark fundamental tro till att kvinnors kropp kunde hantera att föda barn på egen hand utan interventioner. Genom att ge kvinnan stöd, tid, en trygg miljö, ett lugn kunde en normal förlossning främjas. Vid hemförlossning ansåg barnmorskorna att de gavs möjlighet att främja den normala förlossningen samt att möjligheterna för kvinnorna att få en normal förlossning ökade om de födde i hemmet. I studien togs även upp att barnmorskan är kunnig inom normal förlossning och kan därför avgöra när förlossningen förflyttas från normal till komplicerad (a.a.). Barnmorskans kompetensområde ligger i den normala förlossningen (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). För att kunna ge mor och barn tillgång till god vård borde förlossningsvården bedrivas med så få interventioner som möjligt för att minska komplikationsrisken. Uppfattningen av vad normal förlossning innebär påverkas av att den medicinska tekniken utvecklas samt interventionerna blir allt vanligare (Socialstyrelsen, 2001). Barnmorskor behöver enas om vad en normal förlossning innefattar för att kunna sträva efter att applicera detta i praktiken (Andersson, 2003).

Perspektiv och utgångspunkter

Barnmorskan skall arbeta hälsofrämjande och undvika komplikationer i den mån det går (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Paret i förlossningsrummet skall ges stöd och vården skall anpassas utifrån individens behov. Barnmorskan är också ålagd att kunskapsmässigt

utvecklas i enlighet med evidens samt kritiskt förhålla sig till rutiner och tillvägagångssätt (a.a.).

Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) skriver om en barnmorsketeori som handlar om barnmorskans profession. Den bygger bland annat på den goda barnmorskan personliga och professionella utveckling. Barnmorskan skall vara den vägledande och den utomstående personen, en så kallad mellanhand i beslutsfattandet hos både modern och övrig vårdpersonal. Denna kompetens innebär att barnmorskans måste integrera forskning och evidensbaserad kunskap i praktiken. Den professionella kompetens som barnmorskan bär på är en säkerhet i omvårdnaden. Den visdom som barnmorskan har med sig bygger på kunskap och erfarenheter (a.a.).

Syfte

Syftet med denna studie var att belysa vad begreppet normal förlossning innebär för barnmorskor som arbetar på förlossningsavdelning.

Metod

Studien har en kvalitativ design där data samlades in via intervjuer i fokusgrupper. Enligt Polit & Beck (2010) har den kvalitativa forskningsmetoden en holistisk syn med strävan att förstå helheten av en kontext. Då meningen med en studie är att beskriva och förklara ett fenomen anses den kvalitativa designen lämplig (a.a.). För att belysa upplevelser utifrån undersökningspersonens perspektiv anser Polit & Beck (2006) att intervjuer är en lämplig datainsamlingsmetod. Fokusgrupper användes då dessa ansågs stimulera diskussion (Olsson & Sörensen, 2011).

Urval

Inklusionskriterierna var examinerade barnmorskor yrkesverksamma på förlossningsavdelning. Totalt bjöds fem förlossningskliniker in för att delta i studien. Endast fyra tackade ja. Alla barnmorskor var i aktiv tjänst på en förlossningsavdelning förutom en informant som arbetade på en annan avdelning. Hen hade arbetat på förlossningen för sex år sedan. Barnmorskorna som deltog i studien varierade i erfarenhet mellan två månader och 40 år i yrket (*Tabell 1*, s. 12). Motiveringen till valet av informanter var att de alla under sin karriär och utbildning bär på sin syn utav normal förlossning oavsett ålder eller erfarenhet.

Datainsamling

Tillstånd att genomföra planerad studie vid förlossningsavdelningar i Skåne inhämtades från verksamhetschefer på fem förlossningsavdelningar i Region Skåne. När ett godkännande ägt rum kontaktades respektive enhetschef på förlossningsavdelningarna för att komma överens om att och när en rekrytering kunde ske på respektive ort. Efter överenskommelse med enhetschefen besöktes förlossningsavdelningarna vid bestämt tillfälle och då gavs muntlig samt skriftlig information om studien till de yrkesverksamma barnmorskor som infann sig på plats. De barnmorskor som visade intresse att delta i studien fick informationsbrev inklusive samtyckesblankett samt att kontaktuppgifter samlades in. De intresserade barnmorskorna kontaktades med föreslagen tid för intervju. De barnmorskor som inte kunde närvara vid informationsträffen fick skriftlig information om studien inklusive samtyckesblankett utdelat i deras personalfack. En av barnmorskorna som hade visat intresse för deltagande vid informationsträffen ombads att undersöka om ytterligare intresse för deltagande fanns hos någon av de andra barnmorskornakollegorna som inte deltog på mötet. En samtyckesblankett som innebar att informanterna samtyckte till att delta i studien samlades in i samband med att intervjun ägde rum.

Datainsamlingen utfördes med intervjuer i fokusgrupper. Intervjuerna genomfördes vid skiftbyte. Detta för att inte påverka arbetstillfället och dessutom bespara barnmorskorna sin fritid. Totalt utfördes fem fokusgruppsintervjuer där två utav intervjuerna utfördes på samma

förlossningsavdelning. I en fokusgrupp deltog två informanter, i tre fokusgrupper deltog tre informanter och i en annan deltog fyra informanter (*Tabell 1*). Olsson & Sörensen (2011) menar att grupper av människor som är involverade i samma situation definieras som fokusgrupper. Fokusgrupper består av experter på sitt område (a.a.). Fokusgrupperna skall bestå av fem till tio informanter för att stärka erfarenheterna (Polit & Beck, 2006). Denna typ av datainsamling ger möjlighet för informanterna att få berätta om deras olika arbetssätt och tankegångar för varandra vilket stimulerar till diskussion. Det är effektivt att intervjua personer i grupp eftersom det skapar många dialoger. För vissa personer kan det kännas obekvämt att berätta om sina erfarenheter i grupp (a.a.). Därför erbjöds enskilda samtal för de som hellre vill detta.

Den första intervjun utfördes av båda studenterna närvarande där båda var aktiva i att leda intervjun. Detta för att ge varandra idéer på hur intervjun kunde styras upp. På grund av schemamässiga svårigheter att bestämma en gemensam tid genomfördes resterande intervjuer separat. Den som intervjuar har i uppgift att uppmuntra informanterna till att tala fritt om ett ämne, men där intervjuarna kan styra upp intervjun. Detta gjordes med hjälp av en intervjuguide. Varje intervjutillfälle inleddes med att ställa en öppen inledningsfråga som tillhörde en intervjuguide. Denna fråga löd; ”hur uppfattar ni begreppet normal förlossning?” (*bilaga 1*).

Utifrån intervjuguiden hade semistrukturerade frågor utformats, enligt Polit & Beck (2006) för att underlätta för informanterna och den som intervjuar att föra en dialog. Informanterna får möjlighet att berätta deras historia på ett naturligt sätt. Semistrukturerade/fokuserade intervjuer används då en lista på ämnen eller frågor måste förekomma under intervjuens gång. Intervjuerna spelas in med en ljudupptagare (a.a.). Eventuella följdfrågor fanns med i intervjuguiden, dessa var endast till för att användas om diskussionen inte erhöles av den inledande frågan. Längden på de inspelade intervjuerna var 35–50 minuter långa. Medianen var 38 minuter.

Tabell 1. Översikt av antal informanter/intervju samt varje barnmorskas arbetslivserfarenhet.

Intervju 1	Intervju 2	Intervju 3	Intervju 4	Intervju 5
R1=40 år	R4=6 år	R7=1 år	R11=5 år	R14=2 mån
R2=18 år	R5=15 år	R8=32 år	R12=40 år	R15=1 år
R3=34 år	R6=30 år	R9=39 år	R13=35 år	
		R10=9 år		

Förförståelse

Studenterna läser båda till barnmorskor och har därmed en förförståelse till ämnet både teoretiskt och praktiskt. På praktik under utbildningen har en förförståelse för hur det fungerar praktiskt ute i verksamheten erhållits. Detta har påverkat synen på vad som kan uppfattas som normalt eller inte. En medvetenhet kring förförståelsen har lett till att författarna aktivt arbetat för att bortse från denna genom att vara medvetandegöra och diskutera den genom arbetets gång. Begreppet normal förlossning är ett otydligt begrepp, men som ofta skrivs i förlossningsjournalen för *partus normalis* (PN) då en förlossning avslutats vaginalt och utan instrument. Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) kan förförståelse påverka datainsamlingen genom att frågorna i intervjuguiden var utformade utifrån kunskap och erfarenhet.

Analys av data

En kvalitativ innehållsanalys utförs då denna metod lämpar sig för att granska och tolka texter i utskrifter av intervjuer (Graneheim & Lundman, 2004). Innehållsanalysen är av induktiv ansats vilket betyder att analysen gjorts förutsättningslöst utifrån människors berättelser om sina upplevelser. Enligt kvalitativ tradition innebär synsättet att omvärlden är komplex beroende på i vilket sammanhang det förekommer. Därmed måste det finnas en medvetenhet om personlighet, livsvillkor och rådande kultur (a.a.).

En kvalitativ innehållsanalys används med syfte att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll (Graneheim & Lundman, 2004). Efter varje intervjutillfälle spelades data upp och transkriberades ordagrant med tankepauser och mellanord. Transkriberingen delades upp på så vis att den som intervjuade inte transkriberade sitt eget material, förutom den första intervjun där både var med. Därefter skrevs alla intervjuer ut och jämfördes med varandra för att försöka förstå vad som sades och menades. De transkriberade intervjuerna lästes alltså var för sig. Dataanalysen genomfördes separat för att sedan jämföra analyserna åt. Anteckningar gjordes i kanten av texten, så kallade meningsbärande enheter lyftes ut. När texten analyserades *kondenserades* den så att den blev kortare och mer lätthanterlig. På så sätt

bevarades det centrala innehållet och inget betydelsefullt försvann. Kondensering av meningsbärande enheter samt kodning skedde i samma steg. Därefter jämfördes materialet igen. Varje kondenserad meningsenhet/kod markerades med en specifik färg utifrån vad den handlade om. Alla kondenserad meningsenheter/koder klipptes sedan ut och varje färg fick sitt eget kuvert. Noggrann analys gjordes tillsammans och efterhand så exkluderades material från intervjuerna som inte svarade på syftet. När de färgade koderna noggrant granskades så resulterade det i att flera färger slogs ihop till en gemensam underkategori. När underkategorierna sammanställts sågs skillnader och likheter. Totalt blev det sju underkategorier och två kategorier. Tre underkategorier bildade en kategori och fyra underkategorier bildade en annan kategori. Efter kategorisering kunde ett övergripande tema ses som en röd tråd genom resultatet (a.a.).

Tabell 2. Exempel på innehållsanalys av transkriberat material.

Transkriberad text	Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet/kod	Underkategori	Kategori	Tema
<i>”En normal förlossning är en förlossning utan...ehh...utan att man har behövt göra något. Egentligen. Tänker jag. Ja.”</i>	En normal förlossning utan att man behövt göra något	Inte behöva göra något	En okomplicerad förlossning	Förlossning utan interventioner	Ett otydligt begrepp
<i>”Jag tycker absolut att det kan va en normal förlossning även om man använder fosterövervakning”</i>	Tycker det kan vara normal förlossning med fosterövervakning	Fosterövervakning tillhör normal förlossning	Att fosterövervaka	Att intervensera kan vara normalt	

Forskningsetiska avvägningar

Etikansökan skickades till den Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) vid Lunds universitet för rådgivande yttrande 2017-06-15 med diarienummer VEN 73–17. VEN hade inga etiska invändningar mot att studien genomfördes.

För att få genomföra en studie skall samtyckeskrav, informationskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandepincipen uppfyllas (Helsingforsdeklarationen, 2017). Efter godkänd VEN-ansökan lämnades informationsbrev och samtyckesblankett till barnmorskor som var intresserade att delta. I enlighet med Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning (2003) beaktas godhetsprincipen, vilket innebär att nyttan att delta överväger de negativa konsekvenserna. Barnmorskorna fick möjlighet att medverka i fokusgrupp eller individuellt då obehag kan minimeras för enskild person. Negativa konsekvenser för deltagande i studien kunde omfatta avsättande av fritid, väcka känslor och meningsskiljaktighet med kollegor. Förhoppningen var att nyttan skulle överväga eventuella negativa konsekvenser. Informationsbrevet täckte informations- och konfidentialitetskravet. Informationskravet beskrivs i Helsingforsdeklarationen (2017) att deltagandet var frivilligt, på vilka villkor de ville delta (hur länge och var) och att varje informant när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att uppge varför och utan negativa konsekvenser som följd. Samtyckeskravet menas att informanterna ska underteckna en samtyckesblankett som innebär att personen i fråga går med på att delta i studien. Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter som lagras och avidentifieras ska göras på ett sådant sätt att enskilda människor ej kan identifieras av utomstående. Detta innebar att det skulle vara praktiskt omöjligt för utomstående att komma åt uppgifterna. Detta görs enklast genom att ge varje intervju en kod. Materialet har förvarats och sparats inlåst så att ingen obehörig kunde komma åt det. Nyttjandekravet innebär att datainsamlingen endast får användas som grund till forskningsändamål (a. a.). Föreliggande studie används enbart till examensarbetet. Efter examination kommer insamlat material förstöras.

Resultat

Upplevelsen av begreppet normal förlossning kunde beskrivas i detta övergripande tema; *ett otydligt begrepp*. Temat baseras på två kategorier och sju underkategorier (*tabell 3*). Kategorierna är; *Förlossning utan interventioner* och *Att interвенера kan vara normalt*.

Tabell 3. Översikt av tema, kategorier samt underkategorier.

Tema	
Ett otydligt begrepp	
Kategorier	
Förlossning utan interventioner	Att intervensera kan vara normalt
Underkategorier	
En okomplicerad förlossning	Inducera och forcera
Bristningar och barnets mående	Att fosterövervaka
Partus normalis-begreppet (PN)	Att ge smärtlindring
	Komplicerad förlossning kan vara normalt

Ett otydligt begrepp

”Ett otydligt begrepp” visade sig vara en genomgående röd tråd i resultatet. Ibland var gränsen mellan normal och komplicerad förlossning väldigt hårfin.

”Ibland kan en komplicerad förlossning vara väldigt fin, då känns den ganska normal.”
(Informant 1)

Barnmorskan uttryckte att det var väldigt viktigt att ha koll på vad som är en normal förlossning och när det avviker för att då kunna be om annan expertis. Många barnmorskor hade teoretiskt sett en klar bild av vad som innefattades begreppet ”normal förlossning”, dock visade sig denna bild vara väldigt oklar i praktiken. Om interventioner kunde finnas med i en normal förlossning berodde mycket utifrån specifika situationer. Många gånger hade barnmorskorna svårt för att bestämma sig för vad som rymdes inom begreppet ”normalt” eftersom det var mycket som spelade in.

I resultatet framgick det att det var svårt att urskilja normal förlossning från naturlig förlossning. En barnmorska tyckte att det var stor skillnad på normal förlossning och naturlig förlossning.

”För mig är det stor skillnad på normal och naturlig förlossning. Det är två helt olika saker...för mig. Naturlig förlossning är nått helt annat. När man står och bekräftar kvinnan och i princip inte gör någonting.” (Informant 6)

Förlossning utan interventioner

Resultatet visar att barnmorskorna i grunden ansåg att en normal förlossning var en förlossning med spontan förlossningsstart med god progress, utan några interventioner.

En okomplicerad förlossning

Flertalet barnmorskor hade klart för sig vad som innefattades i begreppet normal förlossning. Generellt är det en förlossning utan några interventioner samt inte avslutas instrumentellt.

”En normal förlossning är en förlossning utan...ehh...utan att man har behövt göra något. Egentligen. Tänker jag. Ja.”

”Utan ingrepp.”

”I grunden tycker jag utan interventioner men med normal progress hela tiden...”
(Informant 1, 2, 3)

I resultatet framgick det att det skulle vara en frisk kvinna som haft en normal graviditet och som väntade ett normalstort barn. Alla barnmorskor var eniga om att det skulle vara en spontan förlossningsstart med värkar eller vattenavgång. Förlossningen skulle starta i graviditetsvecka 37+0–41+6, men däremot tyckte en barnmorska att en normal förlossning kunde ske från graviditetsvecka 35+0 om förloppet var okomplicerat. Det skulle vara god progress där modermunnen öppnade sig och barnet trängde ner. Fosterljuden skulle vara normala. Barnets bjudning spelade ingen roll så länge barnet kunde födas vaginalt.

Utdrivningsskedet ska inte vara fördröjt. Uppskattad blödningsmängd skall inte uppgå mer än till 1000 ml för att klassificeras som normalt. Respektive informanter var överens om att sugklocka och tång inte tillhörde begreppet normal förlossning.

Bristningar och barnets mående

Det fanns en oklarhet bland barnmorskorna kring när förlossningen ansågs vara avslutad. Därav fanns det olika tankar och åsikter om mor och barnets mående skulle påverka om förlossningen var normal eller inte. En del menade att förlossningen kunde vara slut så fort barnet var ute alternativt när moderkakan avgått. Andra tyckte det var två timmar efter förlossningen.

Majoriteten av barnmorskorna tyckte att perinealbristning grad 1 och 2 ingick i normal förlossning. En grad 3 och 4, så kallad sfinkterruptur kunde påverka tiden efter förlossningen med bland annat svårigheter att anknyta till barnet och ansågs därmed inte normal förlossning. Däremot var det en barnmorska som menade att graden utav bristning inte påverkade om förlossningen blev normal eller ej. Det var själva läkningen efteråt som hade betydelse. Alltså kunde även en förlossning där kvinnan fått en sfinkterruptur räknas som normal vid god läkning.

”Och alltså klipp gör vi väldigt sällan. Då är det komplicerad förlossning för mig.”

”Klipp tycker jag inte bör uteslutas. Att det kan kallas för normal förlossning. För då tycker jag tvärtom, att man säger att man motverkar en rejäl bristning som gör att det inte blir en normal...” (Informant 4 & 6).

De barnmorskor som ansåg att förlossningen var avslutad två timmar postpartum ansåg att mor och barns mående skulle ta i beaktning för att klassificera förlossningen som normal eller ej. Barnet skulle helst amma för att det skulle räknas som normalt. Har någon slags åtgärd vidtagits, som CPAP eller barnläkare tillkallas, så räknades inte längre förlossningen som normal. Om barnet var LGA eller SGA så var förlossningen inte normal. Det skulle vara en pigg bebis. Däremot fanns det barnmorskor som ansåg att begreppet normal förlossning endast handlade om själva förlossningen och tog inte hänsyn till hur barnet mådde efteråt.

Partus normalis-begreppet (PN)

Det rådde olikheter kring tolkningen av begreppet normal förlossning. Det framkom att barnmorskorna dokumenterade partus normalis (PN) i förlossningsjournalen då barnets förlöstes vaginalt. Oavsett hur mycket interventioner som utförts så kom det att stå PN i journalen, så länge inte förlossningen avslutades instrumentellt.

”Så ofta när man ser att det står PN förlösta, så är det i min mening ingen PN. Vi skojade lite om det i klassen, att det borde heta PV, partus vaginalis...för det är det man använder det som. Även, vad man än har gjort, så länge det inte blev en instrumentell förlossning eller ett snitt så kallar man det för PN” (Informant 14).

Barnmorskorna uttryckte att det fattades ett begrepp för vaginal förlossning. Det fanns många situationer då barnmorskorna egentligen inte ansåg att förlossningen var normal utifrån begreppet partus normalis men det fanns inget annat begrepp för att benämna förlossningen.

Att intervensera kan vara normalt

Resultatet visar att barnmorskorna anser att en normal förlossning är en förlossning utan några interventioner. Samtidigt visar resultatet att det finns många interventioner som trots allt anses ingå i begreppet normal förlossning.

Inducera och forcera

Majoriteten av informanterna ansåg att en induktion inte kunde benämnas normal förlossning. En normal förlossning skulle starta spontant. Induktion störde det normala förloppet. Även hinnsvepning räknades som en intervention. En induktion kunde öka obstetriska risker så som bristningar och värksvaghet etc., men gick förlossningen bra kunde den räknas in i begreppet normal förlossning enligt några barnmorskor.

Resultatet visade delade åsikter kring amniotomi och normal förlossning. Vissa tyckte inte att amniotomi ingick i begreppet alls. En del barnmorskor räknade amniotomi till begreppet normal förlossning oavsett när den utfördes och i vilket syfte. Det fanns de som endast tyckte att amniotomi var normalt om den utfördes när kvinnan kommit långt i sin aktiva förlossningsfas. Utfördes amniotomin tidigt i förloppet ansågs den inte som normal. Vid god progress och då kvinnan hade väldigt svårt att hantera situationen kunde de tänka sig att kalla amniotomi som normalt om kvinnan önskade detta själv och det gjordes för att förbättra hennes upplevelse.

”...egentligen tänker jag att inga konstigheter, inga ingrepp, inga interventioner, ingenting. En amniotomi för mig kan jag tycka är helt okej, men ett s-dropp är det inte. Men kvinnan föder ju ändå normalt om man behövt sätta ett dropp. Jag tycker inte det är helt enkelt, men visst. Grunden är utan någonting överhuvudtaget” (Informant 2).

Oxytocin kunde vara positivt i värförstärkande syfte både i öppnings- och utdrivningsskedet. Barnmorskorna menade att ett oxytocindropp kunde minska risken för en långdragen förlossning och komplikationer om oxytocin gavs i rätt skede.

”Syntocinon kan ge bra värkar och hon föder galant, då räknar jag det som normal förlossning” (Informant 6).

En del av barnmorskorna ansåg att oxytocindropp inte alls tillhörde normal förlossning då kroppens naturliga process störs. Likaså fanns delade meningar gällande om oxytocin postpartum ansågs vara normalt eller ej. Oxytocin upplevdes negativt då amningen kunde få en negativ effekt av läkemedlet. En del menade att oxytocin postpartum var helt normalt. Det ges i förebyggande syfte för att minska blödningar. Medan andra ansåg att oxytocin postpartum inte ska behövas efter en normal förlossning då blödningen förväntas vara inom normala gränser.

Att fosterövervaka

Barnmorskorna var eniga om att CTG-door-test ryms inom begreppet normal förlossning. Därefter förespråkades intermittent avlyssning på fosterljud. Kontinuerlig fosterövervakning skulle inte behövas om förlossningen var normal. Några barnmorskor ansåg att fosterövervakning kan leda till en komplicerad förlossning då kvinnorna blir immobiliserade vilket kunde motverka spontan progress. Däremot fanns det andra barnmorskor som inte alls såg fosterövervakning som något slags hinder för normal förlossning.

”Jag tycker absolut att det kan va en normal förlossning även om man använder fosterövervakning. Jag tycker inte att det går emot det begreppet” (Informant 14).

”Nej, nej det känner nog inte jag heller.../...så det tänker jag väl mer är en riktlinje för vad bebisen tycker är okej och inte” (Informant 15).

Även en misstänkt CTG-kurva kunde sluta i normal förlossning. Skalpprovtagning ansågs vara en intervention. Var laktatet normalt trots en misstänkt patologisk CTG-kurva och ytterligare åtgärder inte behövdes vidtas kunde förlossningen vara som normal om allt annat var bra. Fosterövervakning med skalpelektrod ansågs också tillhöra begreppet normal förlossning.

Att ge smärtlindring

Morfin, sterila kvaddlar, bad, akupunktur samt lustgas upplevde alla barnmorskor inkluderades i begreppet normal förlossning. Gällande epiduralbedövning som smärtlindringsmetod var det dock delade meningar kring om detta ansågs normalt eller ej.

”Ähh, det här med epiduraler, jag har jättesvårt att bestämma mig om jag tycker det ingår i det normala. Jag KAN inte bestämma mig. För en del av mig tycker att hon föder helt normalt även om hon har en epidural, att hon kan göra det” (Informant 2).

Epiduralbedövning ansågs ha många fördelar. Den kunde ge god avslappning och därmed progress samt god förlossningsupplevelse. I dessa fall ansågs epidural ingå i begreppet normal förlossning hos många barnmorskor. Det fanns tillfällen då epidural gav negativa effekter så som värksvaghet. Detta medförde ofta att andra interventioner behövdes vidtas och då hamnade epidural genast utanför begreppet normal förlossning.

”Det har jag fått rucka på min inställning lite. Innan tänkte jag att det inte var normalt att ha en epidural, men det är det ju”

”Det har blivit normalt”

”Det har blivit normalt, men förr när vi startade så var det inte normalt och då blev det inte heller normalt när man la epiduraler. Kvinnorna kunde till exempel inte vara uppe som dem kan idag och man fick nästan alltid intervensera mer” (Informant 1 och 3).

Det fanns barnmorskor som tyckte att epidural inte alls tillhörde begreppet normal förlossning eftersom den också kan påverka anknytningen till barnet, amning samt kontraktioner negativt.

Komplicerad förlossning kan vara normalt

Det fanns tillstånd som ökade riskerna vid en förlossning. Exempel på dessa tillstånd kunde vara preeklampsi, högt BMI, diabetes och hypertoni. Många barnmorskor ansåg att dessa kvinnor inte kunde ha en normal förlossning enligt begreppet eftersom riskerna var stora och det krävdes mer övervakning och läkarstyrd vård.

”...Preeklampsier och alla dem här... och hypertonierna... och då, redan där, tappar vi begreppet normal förlossning även om dem föder normalt” (Informant 1)

Det fanns barnmorskor som menade att en mor med en underliggande sjukdom eller förhöjda riskfaktorer inte tvunget behövde resultera i en komplicerad förlossning.

”Du kan ju ibland ha en komplicerad förlossning som är väldigt, väldigt fin”

”Mm”

”Och då känns den ju ganska normal”

”Ja, då känns den normal. Jo, men för det kan ju va så att en oerhört komplicerad patient om är mycket sjuk och du måste ha den här beredskapen för massa olika saker, mycket kontroller och så” (Informant 2 och 3).

Även om en förlossning med förhöjd risk krävde helt annan kontroll i form av medicinsk övervakning kunde ibland förlossningen fortlöpa normalt och komplikationsfritt. Då kunde förlossningen anses som normal.

Diskussion

Nedan följer en diskussion och metodens för- och nackdelar. Efter följer diskussion kring studiens resultat.

Metoddiskussion

En studies trovärdighet bedöms genom dess giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Trovärdigheten i resultatet tolkas av läsaren (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Olsson & Sörensen (2011) beskriver fokusgruppsintervjuer som en god förutsättning för att stimulera till diskussion (a.a.). Om enskilda intervjuer utförts kunde det ha inneburit svårigheter för informanten att resonera kring den inledande frågan utan vidare diskussion kring ämnet. Längden på intervjun kunde blivit kortare eftersom det enbart är en informant som får komma till tals. Däremot kunde det varit en fördel med enskilda intervjuer då

informanten har all tid under intervjun att berätta om sina upplevelser och att det hade känts mer bekvämt att prata ensam. Då syftet var att fånga barnmorskors uppfattning av begreppet normal förlossning ansågs intervjustudier vara en lämplig metod för att belysa subjektiva uppfattningar som skulle kunna vara svåra att fånga i en kvantitativ studie i enlighet med Polit & Beck (2006). En kvantitativ design skulle kunna använts för att försöka fånga ett större urval och på så vis öka chansen för överförbarhet på populationen. Därav tros viktigt material kring hur svårt det är att tolka begreppet normal förlossning förlorats vilket framkommit som en tydlig röd tråd i resultatet.

Giltigheten handlar om hur sant resultatet verkligen är (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Om det som framkommit av studiens resultat anses vara typiskt för vad som undersökts innebär det att studien har hög giltighet. Då urval och dataanalys redogörs i metoden samt att citat från intervjuerna redovisas i resultatet kan detta vara något som stärker studiens giltighet. Variationen i antal års erfarenhet i urvalet kan stärka studiens giltighet då möjligheterna ökar att få området belyst utifrån olika erfarenheter. Därför var inklusionskriterierna yrkesverksamma barnmorskor på förlossningsavdelning, oavsett arbetslivserfarenhet. Syftet med en kvalitativ innehållsanalys är just att beskriva variationer. Dataanalysen redovisar hur tema, kategorier och underkategorier kommit fram genom intervjuerna vilket stärker giltigheten i studien (a.a.).

Variation i erfarenhet eftersträvades i urvalet. Som redovisats i metoden fanns en informant som inte uppfyllde inklusionskriterierna till studien då hon inte arbetade på en förlossningsavdelning i dagsläget. Hen hade 34 års erfarenhet som barnmorska, mestadels i förlossningsvården, samt en arbetsposition idag där hen är väl insatt och påläst om förlossningsvården. Trots att denna informant inte uppfyllde Inklusionskriterierna bidrog hen med god diskussion och valde därför att inkluderas i studien.

I samband med att en fokusgruppintervju avslutades upptäcktes det att ljudet inte hade fungerat under inspelningen. Detta material transkriberades i direkt anslutning till avslutad intervju för att minnas så mycket som möjligt. Därav blev transkriberingen inte ordagrann, således redovisas inte något citat från denna intervju i resultatet. Samtliga delar av intervjuguiden berördes och kunde transkriberas. Då detta inte var någon av de första intervjuerna kunde liknande resonemang ses i jämförelse med tidigare intervjuer. Däremot

kunde inte detaljerade tankegångar eller konversationer fångas. Det finns även en risk att material som hade kunnat vara av betydelse inte kommit med.

Enligt Polit & Beck (2006) rekommenderas en fokusgrupp helst bestå utav fem till tio deltagare. En större grupp människor anses stimulera till en djupare diskussion (a.a.). Fokusgrupperna i föreliggande studie hade två till fyra deltagare. Detta på grund utav att det var svårt att rekrytera informanter som ville delta i studien. Informationen som gavs var att barnmorskorna gärna fick delta under arbetstid, vilket uppskattades. Problemet blev däremot att det var svårt att få ihop informanter till en och samma intervju. Trots detta låga antal upplevdes intervjuerna innehålla djupa diskussioner där alla fick möjlighet att komma till tals och samtalet flöt på. Alla delar i intervjuguiden berördes och diskuterades. Upplevelsen efter att intervjuerna var färdiga var att det hade varit svårt med större grupper med större risk att alla inte fått komma till tals. Dessutom kan vissa deltagare känt sig mer trygga att prata fritt i en mindre grupp.

Första gången intervjuguiden tillämpades utfördes intervjun tillsammans. Intervjuguiden kunde då utvärderas tillsammans. Rester av intervjuerna utfördes separat. Lundman & Hällgren Graneheim (2017) menar att detta kan medföra att informanterna kan få olika följdfrågor beroende på vem som intervjuar. Samtidigt kan det även vara en fördel då de olika intervjuerna kan ta del av en större variation av materialet som undersöks (a.a.).

För att en studies tillförlitlighet skall kunna bedömas skall analysen beskrivas noggrant så att läsaren kan följa varje steg som gjorts i processen (Lundman & Hällgren Graneheim (2017)). Tillförlitligheten i föreliggande studie har försökt stärkas genom att beskriva dataanalysen så noggrant som möjligt (a.a.). Steg för steg har redovisats i analysen samt hur de mynnat ut i kategorier och underkategorier (*tabell 2*). Det anses vara en fördel att två författare utfört denna studie. Då materialet gått igenom flera gånger separat och sedan jämförts med varandra har tillförlitligheten kunnat höjas då samma resultat visats.

Resultatet kan speglas av förförståelse och erfarenhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Fördelen med förförståelse är att det finns en djupare förståelse och intresse om ämnet. För att öka trovärdigheten i studien är förförståelsen väl medveten för att inte negativt påverka analysen. Förförståelsen uppskattades som en fördel då den bidrog till att en intervjuguide kunde skapas. Denna intervjuguide var till stor hjälp i guidningen genom intervjutillfällena

om informanterna inte berörde det som ansågs viktigt att tala om. Nackdelen med förförståelsen kunde däremot vara intervjuguiden "färgade" resultatet enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) och påverkade tillförlitligheten i studien. Genom att en öppen inledningsfråga användes så behövdes inte alltid de semistrukturerade frågorna i intervjuguiden ställas.

Överförbarhet innebär om resultatet kan överföras till andra grupper av människor eller sammanhang (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Då urval, informanter, datainsamling och dataanalys i metoden är beskrivet underlättar detta bedömningen av överförbarhet (a.a.). Valet av rekryteringsenheter och variationen av informanter skapar också förutsättningar för att resultatet skall kunna gå att överföra till annan kontext (a.a.). Genom att ärligt redovisa både studies styrkor, men framförallt även svagheter får läsaren själv bedöma om studien anses vara överförbar eller ej.

Resultatdiskussion

Ett otydligt begrepp

Resultatet i föreliggande studie visade att barnmorskor anser att begreppet normal förlossning är otydligt och svårt att förhålla sig till. Barnmorskeförbundet (2018) uppger att normal förlossning ligger i barnmorskans kompetensområde. Därav är det av vikt att dagens barnmorskor vet vad som läggs i begreppet normal förlossning. I grunden anser barnmorskorna att en normal förlossning generellt innebär en förlossning med spontan start med god progress utan interventioner. Trots denna grundtanke kan barnmorskorna anse att en förlossning med interventioner är normal beroende på hur den specifika situationen ser ut. Det fanns många skillnader i hur olika barnmorskor tolkade begreppet normal förlossning. Detta är i likhet med Andersson (2003) som beskrivit att normal förlossning är ett begrepp som är komplext samt att det finns subjektiva tolkningar av begreppet.

Det blev tydligt att den enskilda barnmorskan utvecklat egna gränser för att kunna förhålla sig till begreppet normal förlossning. Detta stärks av Page & Mander (2013) som menade att barnmorskan utvecklade egna gränser för när förlossningen övergick från normal till

komplexerad pga en osäkerhet kring hur begreppet skulle tolkas. Detta skulle kunna förklara varför barnmorskorna i föreliggande studie teoretiskt sett har en klar bild av begreppet normal förlossning innebär, men när interventioner börjar diskuteras blir osäkra och uppger att det beror på situationen om förlossning anses vara normal eller ej. Problemet kanske helt enkelt ligger i att WHO:s definition är från 1996 och inte uppdaterats efterhand som förlossningsvården utvecklats. WHO:s definition kan även vara svår att förhålla sig till då vissa kriterier inte beskrivs tydligt. WHO (1996) anger att en normal förlossning inte ska ha några förhöjda riskfaktorer som kan påverka förlossningen negativt, men vilka riskfaktorer detta skulle kunna vara beskrivs inte. WHO (1996) skriver även att mor och barn ska må bra efter att avslutad förlossning utan närmre definition av vad det innebär, vilket ger utrymme för subjektiv tolkning. Definitionen nämner inte heller hur specifika interventioner så som smärtlindring, amniotomi, bristningar och fosterövervakning skall tolkas.

Resultatet visade att barnmorskorna inte var eniga kring när förlossningen ansågs vara avslutad. En del ansåg att förlossningen var slut först två timmar efter födseln medan andra ansåg att förlossningen var slut så fort barnet var ute alternativt när moderkakan avgått. Beroende på när barnmorskan ansåg att förlossningen var avslutad togs ställning till om eventuella komplikationer hos mor och barn skulle vägas in i begreppet normal förlossning. Detta har medfört olika svar kring komplikationer så som barnets mående och bristningar.

En normal förlossning dokumenteras som partus normalis i journalen (PN). Dock framkom det också att även om en förlossning innehållit flera interventioner samt ökade risker dokumenterar barnmorskorna ”PN” i patientens journal så länge inte förlossningen avslutats instrumentellt eller med sectio. Detta förklaras med att det inte finns något annat begrepp att benämna förlossningen. Begreppet normal förlossning (PN) tappas sitt syfte när barnmorskor i förlossningsvården har svårt att förhålla sig till begreppet på grund av dess otydlighet. Det vore kanske rimligt att införa begreppet partus vaginalis som framkommit i resultatet. En av barnmorskorna angav att när hon läser ”PN” i en patients journal säger det inte alls mycket om hur förlossningen varit. Anderson (2003) menar att barnmorskan är expert på normal förlossning är även barnmorskan den som bästa kan definiera begreppet normal förlossning. Därför är viktigt att barnmorskor enas kring vad som innefattas i begreppet normal förlossning (a.a.).

Begreppet normal förlossning vidgas

Det fanns olika uppfattningar kring om interventioner skulle tillhöra begreppet normal förlossning eller ej. Generellt sett ansågs interventioner kunna tillhöra den normala förlossningen trots att grundtanken skulle vara utan. Den specifika situationen i förlossningen var många gånger avgörande i bedömning om förlossningen klassades som normal eller ej. Även en del barnmorskor menade att interventioner inte var normalt förr men att interventionerna blivit normala i dagens förlossningsvård. Det framkom även att födande kvinnor idag generellt är mer sjuka och har förhöjda risker under graviditet och förlossning, vilket kan ha medfört att normalgränsen har flyttats. I en svenskt retrospektiv studie undersöktes hur väl svensk förlossningsvård följer WHO:s rekommendationer för förlossningsvård (Kvist, Damiati, Rosenqvist, & Sandin-Bojö, 2010). Detta jämfördes genom att granska förlossningsjournaler. Resultatet visade att i enlighet med WHO:s rekommendationer utförs för många interventioner och för mycket fosterövervakning i svensk förlossningsvård (a.a.). Waldenström (2007) för en diskussion kring normal förlossning samt evidensbaserad vård, då 265 obstetiker och barnmorskor i en enkätstudie fick svara på varför sectiofrekvensen ansågs ha ökat. Den vanligaste orsaken berodde på oro hos den födande kvinnan samt vårdpersonalens oro för rättsliga åtgärder. Resultatet visar att dagens förlossningsvård tycks grunda sig på oro och inte på medicinska faktorer. Om något skulle hända var det bättre att gjort för mycket än att gjort för lite. Om förlossningsvården istället hade arbetat evidensbaserat istället för att ta beslut utifrån oro hade andelen normala förlossningar ökat (a.a.). Socialstyrelsen (2001) menar att den medicinska utvecklingen leder till att interventioner blir mer och mer vanliga, vilket i sin tur påverkar barnmorskans syn av vad som anses vara normalt. I en svensk intervjustudie från 2007 intervjuades 20 barnmorskor kring deras uppfattning av hur deras roll och identitet utvecklats senaste 25 åren (Larsson, Aldegarmann & Aarts, 2007). Resultatet visade att det både fanns positiva och negativa förändringar i barnmorskans roll genom åren. Barnmorskorna upplevde att samarbetet med obstetiker och kollegor emellan förbättrats genom åren. Däremot uppgav barnmorskorna att vården var styrd utifrån riktlinjer och dokumentation. Det fanns inget större utrymme för barnmorskan att handla utifrån egen erfarenhet. Alla åtgärder som utfördes skulle dokumenteras och motiveras i journalen vilket resulterade i att barnmorskorna inte kände att verksamheten litade på deras kompetens. Det fanns också en rädsla för rättsliga påföljder vilket ledde till att övervakning användes mer än nödvändigt, denna rädsla ansågs vara ett hinder för att främja den normala förlossningen. Barnmorskorna var rädda att deras

kompetens skulle gå förlorad och att barnmorskan skulle bli en assistent till obstetrikern (a.a.). Det finns alltså många faktorer som skulle kunna påverka varför barnmorskans syn av normal förlossning börjat förändras. Anderson (2015) menar att det barnmorskan utsätts för varje dag till slut blir normalt då det är vanligt förekommande. Detta skulle kunna styrka varför resultatet visar att interventioner samt komplicerade förlossningar kan anses som normala. De har blivit mer förekommande i det dagliga arbetet. Även den enskilda barnmorskan visade sig ha motstridiga åsikter kring om interventioner ansågs vara normalt eller ej, som en barnmorska uttryckte sig ”jag kan inte bestämma mig”. Detta skulle kunna ha sin förklaring i att barnmorskor en gång fått lära sig att en normal förlossning är en utan interventioner. Samtidigt håller den synen mer eller mindre omedvetet på att förändras då dagens förlossningsvård ser annorlunda ut.

Vad innebär begreppets otydlighet för mor och barn?

Konsekvenserna av att begreppet normal förlossning verkar vidgas kan ha betydelse för mor och barn i förlossningsvården. Interventioner kan ibland leda till att komplikationer inte tillstöter. Samtidigt kan interventioner utgöra en onödig risk för mor och barn om den inte är medicinskt indicerad. I en australiensisk observationsstudie framkom det att barnmorskor upplever en stor frustration då förlossningsverksamhetens intensiva tempo inte tillåter kvinnans kropp att ta den tid det behöver för en normal förlossning (Newnham, McKellar & Pincombe, 2017). Mål avseende progress i förlossningsarbetet var avgörande för om interventioner utförs eller ej. Förlossning på sjukhuset skall ge kvinnor och barn en säker vård, däremot har övervakning och riktlinjer för progress resulterat i att kvinnor och barn utsätts för större risker då interventioner utförs utan medicinsk indikation (a.a.). Dessa studier visar att interventioner är vanligt förekommande i förlossningsvården samt att riktlinjer kan motverka det normala förloppet (Aune et al, 2017; Newnham et al, 2017). Trots en hög medvetenhet kring interventionernas risker uppgav en del barnmorskor i föreliggande studie att det inte alltid fanns medicinska skäl till varför en intervention utfördes. Den kunde ibland utföras för att skynda på processen för att korta ner förlossningen för kvinnans skull. Barnmorskan ska sträva efter en normal förlossning men hur ska detta vara möjligt när begreppet kring vad som är normalt inte går att förhålla sig till. Begreppet bör vara tydligt och inte lämna barnmorskan till att själv tolka vad som innefattas i begreppet. Detta begrepp

behöver även uppdateras över tid för att följa med i vårdens utveckling som förhoppningsvis skall vara baserad utifrån evidens. Utifrån barnmorsketeorin om barnmorskans profession av Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) har barnmorskor ett egenansvar att ta till sig och överföra ny kunskap i sitt arbete. Ny kunskap tillkommer kontinuerligt genom forskning och således är det varje barnmorskas egenansvar att ta del av denna kunskap (a.a.). Genom att tillämpa denna teori tar barnmorskan ansvar för sin egen kompetensutveckling genom att bland annat ta del av evidens samt applicera denna i praktiken, detta tros gynna mor och barn.

Betydelsen av ett tydligt evidensbaserat begrepp

Någonstans bör gränsen mellan normal och komplicerad förlossning dras. Det finns en hög medvetenhet i förlossningsvården att interventioner kan utgöra en onödig risk om den inte är medicinskt indicerad. Det känns som en oroande utveckling av begreppet ”normal förlossning” om Anderssons (2015) teori om att det barnmorskan utsätts för varje dag till slut blir normalt. Alla interventioner bör kanske inte vara normala för att värna om att mor och barn utsätts för så få risker som möjligt. Därav borde uppdatering av begreppet normal förlossning inte endast upprättas utifrån vad som anses vara normalt i praktiken utan baseras på evidens för att öka chanserna för att mor och barn ska få en så säker vård som möjligt. Det ligger dock inte endast i barnmorskans kompetensområde att förbättra förlossningsvården. Detta berör även andra yrkeskategorier så som obstetriker, undersköterskor och ledning. Tillsammans behöver frågan kring vad som innefattas i normal förlossning lyftas av samtlig vårdpersonal som arbetar med förlossningsvård för att komma överens om vad som innefattas i begreppet. Efter att en konsensus kring begreppet nåtts skulle barnmorskor kunna försöka påverka riktlinjer i högre utsträckning för att värna om att den normala förlossningen bibehålls i större utsträckning.

Konklusion och implikationer

I studie framkommer att normal förlossning är ett otydligt begrepp som barnmorskor har olika åsikter kring. Förhoppningsvis kan resultatet leda till vidare reflektion och diskussion. På så vis kan barnmorskans kompetens utvecklas och interventioner ifrågasättas då dessa kan utgöra en onödig risk. Genom att barnmorskor enas om vad som innefattas i begreppet normal förlossning och försöker främja den kan detta vara till gagn för mor och barn som får en säkrare vård samt förhoppningsvis en bra förlossningsupplevelse.

I förlossningsvården behövs en tydlig evidensbaserad definition som barnmorskorna kan arbeta utifrån. Denna definition bör inte lämna utrymme för subjektiva tolkningar. Ett förslag hade varit att ett extra begrepp införts, till exempel vaginal förlossning. WHO:s definition skulle eventuellt kunna användas men behöva modifieras och detaljeras. Det kan bli problematiskt att finna en internationell definition då sjukvårdens förutsättningar ekonomiskt samt tillgång till barnmorskor och medicinsk teknik varierar kraftigt mellan olika länder. Det skulle kunna vara bättre Sverige skapar en egen definition. Frågan är vem som ska ta beslutet kring vad som ska innefattas i definitionen *normal förlossning*. En idé hade varit att barnmorskeförbundet tagit sig an uppgiften.

Förslagsvis hade ett klassificeringssystem kunnat implementeras i förlossningsjournalen där olika uppgifter om förlossningsförloppet fylls i efter avslutad förlossning. Detta kan sedan sammanställas automatiskt i datorn och mynna ut i antingen PN, vaginal-, instrumentell förlossning eller sectio. På så vis lämnas inget utrymme för subjektiv tolkning av begreppet vilket hade lett till en enighet i klassificeringen normal förlossning.

Referenser

Anderson, G. (2003). A concept analysis of 'normal birth'. *Evidence based midwifery*, 1(2), 48-54.

Anderson, G. (2015). An evaluation of direct-entry student midwives' perceptions of normal birth. *Evidence based midwifery*, 13(2), 66-70. doi: 10.1186/s12884-016-1185-4

Aune, I., Hoston, M., Kolshus, N., & Larsen, C. (2017). *Midwifery*, 50, 21-26. doi: 10.1016/j.midw.2017.03.020

Bolten, N., De Jonge, A., Zwagerman, E., Klomp, T., Zwart, J. J., & Geerts, C. C. (2016). Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 329. doi: 10.1186/s12884-016-1130-6

Drapkin-Lyerly, A. (2012). Ethics and "normal birth". *Birth issues in perinatal care*, 39(4), 315-317. doi: 10.1111/birt.12008

Gould, D. (2000). Normal labour: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 31(2), 418-427. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01281.x

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian journal of caring science*, 25, 807-817.

Healy, S., Humphreys, E., & Kennedy, C. (2017). A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practice for low-risk woman and normal birth. *Woman and birth*, e-publicerad. doi: 10.1016/j.wombi.2017.02.005.

Helsingforsdeklarationen (2017). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2017-05-01 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

ICM (2008). *Position statement - keeping birth normal*. Hämtad 2017-04-11 från http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/Reviewed%20PS%20in%202014/PS2008_007%20V2014%20Keeping%20Birth%20Normal%20ENG.pdf

Kvist, L., Damiati, N., Rosenqvist, J., & Sandin-Bojö, A-K. (2010). Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth. *Midwifery*, 27(6), 188-194. doi: 10.1016/j.midw.2010.07.001

Larsson, M., Aldegarmann, U., & Aarts, C. (2007). Professional role and identity in a changing society: Three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery*, 25(4), 373-381. doi: 10.1016/j.midw.2007.07.009

Lindgren, H., & Wiklund, I. (2016). Det fysiologiska förloppet. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K. (red.) *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde*. (s. 437). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B., & Hällgren Lundman, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Hoglund Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (upplaga 3). Förlagsort: Studentlitteratur AB, Lund.

Newnham, E., McKellar, L., & Pincombe, J. (2017). Paradox of the institution: findings from a hospital labour ward ethnography. *BMC Pregnancy and childbirth*, 17(2), 1-11. doi: 10.1186/s12884-016-1193-4

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen - Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Liber AB.

Page, M., & Mander, R. (2013). Intrapartum uncertainty: a feature of normal birth, as experiences by midwives in Scotland. *Midwifery*, 30(1), 20-35. doi: 10.1016/j.midw.2013.01.012

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization* (6. uppl.). Philadelphia: Lippincott.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7. uppl.). Philadelphia: Lippincott.

Forskningsetisk policy och organisation i Sverige. (2003). Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Förlagsort: Uppsala. Hämtad 2017-05-12 från https://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf

Socialstyrelsen. (2001). *Handläggning av normal förlossning - state of the art*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2017-04-11 Från https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf

Socialstyrelsen. (2017). Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2015. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad: 2017-05-24 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20498/2017-3-3.pdf>

Socialstyrelsen. (n.d.). Statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda. Hämtad 2017-04-13 från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/graviditeter-forlossningarochnyfodda>

Svenska Barnmorskeförbundet (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet. Hämtad: 2018-05-15 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Waldenström, U. (2007). Normal childbirth and evidence based practice. *Women and birth*, 2007(20), 175-180. doi: 10.1016/j.wombi.2007.08.004

WHO (1996). *Care in normal birth. A practical guide*. Geneva: World Health Organization.

Arbetsfördelning

Båda författarna varit delaktiga i planering och genomförande av studien. Vissa delar av datainsamlingen har skett separat, bortsett från detta har båda författarna varit lika insatta och delaktiga i studiens samtliga delar.

Intervjuguide

Barnmorskors uppfattning av vad begreppet normal förlossning innebär

Ålder:

Antal år som barnmorska:

Inledningsfråga

Vad upplever ni begreppet normal förlossning?

Eventuella följdfrågor (ställs endast om det behövs för att stimulera till diskussion)

Ge exempel på ett komplicerat förlossningsförlopp.

Hur ställer du dig till olika smärtlindringsmetoder kontra begreppet normal förlossning?

Vilka medicinska interventioner anser du tillhöra normal förlossning?

Hur ska en förlossning starta för att den ska anses som normal?

I vilken graviditetsvecka startar förlossningen för att utgången ska kunna klassas som normal?

Kan du berätta mer om tex amniotomi/värkstimulerande dropp/sugklocka/traktion/perineotomi kontra begreppet normal förlossning.

Kan graden av bristning påverka synen på om förlossningen är normal eller ej? Förklara hur du tänker.

Kan de nyfödda barnets mående påverka om förlossningen klassas som normal eller ej?
Förklara.

Kan du ge exempel på...?

Kan du berätta mer om...?

Vad tänker ni kring...?

Varför är det så...?

Slutfråga

Är det något mer ni vill tillägga?