



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Önskan om vaginal förlossning vid sätesbjudning

- Kvinnans upplevelse av bemötande och information, en kvalitativ intervjustudie

The wish for a vaginal birth with a baby in breech position

- Women's experience of response and information, a qualitative interview study

Författare: Frida Lindvall & Jasmine Wernicke

Handledare: Eva K Persson

Magisteruppsats

Hösten 2019

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

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

Önskan om vaginal förlossning vid sätesbjudning

- Kvinnans upplevelse av bemötande och information, en kvalitativ intervjustudie

The request for a vaginal birth with a baby in breech position

- Women's experience of response and information, a qualitative interview study

Författare: Frida Lindvall & Jasmine Wernicke

Handledare: Eva K Persson

Magisteruppsats

Hösten 2019

Abstrakt

Syfte: Att undersöka kvinnors upplevelse av bemötande och information i samband med beslut av förlossningssätt vid sätesbjudning och i samband med förlossning i de fall kvinnan initialt önskat föda vaginalt.

Metod: Kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Kvinnor från 15 olika sjukhus intervjuades, ingen hade fött på samma sjukhus. Innehållsanalys gjordes enligt Graneheim och Lundman.

Resultat: Ett övergripande tema framkom; *bemötande och graden av information påverka upplevelsen*, samt tre kategorier; *kompetens färgar personalens inställning, upplevelse av tilltro och trygghet* samt *önskan att påverka utfallet av sin förlossning*. Utifrån dessa framkom åtta underkategorier.

Konklusion: Delaktighet främjade en positiv upplevelse för kvinnorna. För att kvinnorna ska få korrekt information, ett trygg bemötande och bättre stöd genom sin graviditet och

förlossning krävs en utökad kunskap och kompetens gällande vaginala sätesförlossningar hos läkare och barnmorskor.

Nyckelord

Barnmorskans roll, bemötande, information, kompetens, sätesbjudning, vaginal sätesförlossning

Innehållsförteckning

Problemområde	6
Bakgrund	7
Definitioner	7
Incidens	7
Orsaker	7
Handläggning vid sätesbjudning och förlossning	8
Risker med sätesförlossning	9
Risker med kejsarsnitt	10
Bemötande	11
Barnmorskans roll	12
Förförståelse	13
Syfte	13
Metod	13
Urval	14
Datainsamling	14
Analys av data	15
Forskningsetiska avvägningar	17
Resultat	18
Övergripande tema: bemötandet och graden av information påverkar upplevelsen	18
Kompetens färgar personalens inställning	18
Att mötas av tillräcklig kunskap och information	19
Att påverkas av personalens inställning	19
Upplevelse av tilltro och trygghet	20
Att känna ömsesidig tilltro och trygghet	20
Att känna rädsla och oro	22
Önskan att påverka utfallet av sin förlossning	23
Att förebygga stress och främja en positiv upplevelse	23
Att påverkas psykiskt till följd av förlust av kontroll	24
Att känna delaktighet	24
Att påverkas av omgivningens åsikter	25
Diskussion	25
Metoddiskussion	25
Resultatdiskussion	28
Konklusion och implikationer	31

Referenser 33
Bilaga 1 (2)..... 38
Bilaga 2 (2)..... 40

Problemområde

Antalet förlossningar med kejsarsnitt vid sätesbjudning i Sverige har ökat från mellan 77–89 % år 2000–2001, till att åren 2003–2006 ligga på mellan 93–94 %. Detta innebär att de vaginala sätesförlossningarna i genomsnitt minska med 10% på dessa år (Källen, 2010). Ett samband med den minskade frekvensen av vaginala sätesförlossningar kan ses efter att studien av Hannah et al. (2000) publicerades. I studien framkom att det generellt är säkrare för ett barn i sätesbjudning att förlösas med planerat kejsarsnitt än vaginalt. Studien har dock kritiserats gällande hur väl resultatet kan implementeras till svenska förhållanden.

Möjligheterna för kvinnor som vill föda vaginalt varierar beroende på var i Sverige de planerar att föda, 14 av 21 landsting och regioner erbjuder vaginal förlossning vid sätesbjudning förutsatt att vissa kriterier är uppfyllda (Björkman, 2018). Internationella studier har visat att bemötandet kvinnorna upplever varierar beroende på om de befann sig på ett sjukhus som erbjöd vaginala förlossningar eller inte (Gutter et al., 2011; Homer, Watts, Petrovska, Sjostedt & Bisits, 2015). Därmed går det att anta att det varierar stort i hur kvinnorna upplever bemötandet vid denna önskan även i Sverige. Enligt Socialstyrelsen (2019) förlöstes 89,9 % av alla sätesbjudningar med kejsarsnitt år 2017. Den ökade frekvensen av kejsarsnitt vid sätesbjudning har bidragit till att få läkare och barnmorskor har erfarenhet av vaginala sätesförlossningar. Detta kan tänkas leda till att det i framtiden kommer finnas allt färre barnmorskor och läkare med kunskap inom området (Lövsog & Orest, 2013).

Genom att undersöka kvinnors upplevelse kan kunskapen och förståelsen gällande vad som ligger till grund för önskan att föda vaginalt vid sätesbjudning utforskas. Detta för att stärka kvinnors inflytande och delaktighet i sina graviditeter och förlossningar, samt bidra till att fler kvinnor som inte tillhör någon riskgrupp kan föda vaginalt. I längden bidrar det till att läkare och barnmorskor kan bibehålla sin kunskap och kompetens gällande vaginala sätesförlossningar.

Bakgrund

Definitioner

Sätetsbjudning innebär att barnet kommer med sätet eller benen först. Det förekommer i olika varianter, och benämns beroende på hur barnets ben ligger i förhållande till sätet (Herbst, 2014). De fem olika sätten är:

- Ren sätetsbjudning – Sätet först, uppdragna ben med flekterade höfter och extenderade knän.
- Fullständig fot-sätetsbjudning – fötterna framför sätet med böjda knän och benen i kors.
- Ofullständig fot-sätetsbjudning – ett ben uppdraget och flekterat, medan det andra benet har foten ned.
- Enkel fotbjudning – ena benet utsträckt och det bjuder sig före sätet.
- Dubbel fotbjudning – båda benen utsträckta och de bjuder sig före sätet.

Incidens

I fullgången tid ligger cirka tre till fyra procent av alla barn i sätetsbjudning (Socialstyrelsen, 2015). Före graviditetsvecka 37 är incidensen större, men majoriteten vänder sig till huvudbjudning. Sätetsbjudning är något vanligare hos förstföderskor än omföderskor och den vanligaste bjudningen är ren sätetsbjudning, som förekommer i två tredjedelar av antalet sätetsbjudningar (Herbst, 2014).

Orsaker

Det kan föreligga faktorer som påverkar hur barnet bjuder sig, men oftast finns ingen orsak (Herbst, 2014). Placenta som sitter i ena hörnet av uterus eller placenta praevia kan orsaka att barnet bjuder sätet först. Oligohydramnios, det vill säga minskad mängd fostervatten, kan påverka fosterläget genom att fostret har mindre utrymme för att vända sig till huvudbjudning. På samma sätt kan polyhydramnios, ökad mängd fostervatten, leda till att barnet har svårare att ställa in sig till huvudbjudning på grund av ökat utrymme. Andra orsaker kan vara prematurbörd, flerbörd, intrauterin tillväxthämning, uterusmissbildningar, fostermissbildningar samt kort navelsträng (a.a.)

Handläggning vid sätesbjudning och förlossning

Barnmorskan utför yttre palpation vid rutinbesök under graviditeten och kan bjudningen inte avgöras vid vecka 35 utförs ultraljud. Ibland konstateras en sätesbjudning först vid inläggning på förlossningen i aktivt värkarbete, då genom yttre och/eller vaginal palpation (Herbst, 2014).

Att erbjuda vaginal förlossning vid sätesändläge skiljer sig mellan landsting och regioner i Sverige (Björkman, 2018). Alla erbjuder dock som rutin vändningsförsök omkring graviditetsvecka 36–37, varav cirka hälften lyckas vändas till huvudbjudning (Algovik, 2016; Herbst, 2014). En liten risk, <0,5 %, vid vändningsförsök är ablatio (Herbst, 2014). En studie av Watts, Petrovska, Bisits, Catling och Homer (2016), visade att av de kvinnor som genomgick ett vändningsförsök skulle 46 % av kvinnorna inte genomgå ett vändningsförsök vid eventuellt kommande graviditeter. Kvinnorna uppgav bland annat att de både vid och efter vändningsförsöket upplevde fysisk smärta samt kände skuld till barnet i magen.

Vid misslyckat eller medicinskt olämpligt vändningsförsök på grund av kontraindikationer, eller att kvinnan inte vill genomgå ett vändningsförsök, finns alternativen planerat kejsarsnitt eller vaginal sätesförlossning. Kontraindikationer för yttre vändningsförsök är preeklampsi då detta ökar risken för ablatio, det vill säga att moderkakan lossnar, samt intrauterin tillväxthämning som tyder på nedsatt placentafunktion (Herbst, 2014). För att vaginal förlossning ska bli aktuell utförs bäckenmätning med röntgen för att försäkra sig om att bäckenet är tillräckligt stort och att huvudet som är den största delen på barnet inte ska fastna. Vid en sätesbjudning hinner inte huvudet omforma sig efter förlossningskanalen på samma sätt som vid huvudbjudning och kräver därför ett visst bäckenmått. Barnets vikt skattas, vilket görs med ultraljud och barnets vikt ska vid en vaginal sätesförlossning vara mellan 2000-4000g (Algovik, 2016; Herbst, 2014). Bjudningen ska vara antingen rent säte eller fot-sätesbjudning, detta för att det inte ska vara för litet ledande segment och riskera navelsträngsprolaps eller att det större huvudet fastnar.

Herbst (2014) beskriver handläggandet vid vaginal sätesförlossning genom att erfaren personal ska närvara i förlossningssalen när barnet ska förlösas. Induktion av förlossning bör inte ske, utan det krävs att förlossningen startar med spontana värkar. Kontinuerlig CTG-övervakning rekommenderas under den aktiva förlossningen. Progressen ska vara god, och

även om det inte finns belägg för att oxytocininfusion är kontraindicerat, rekommenderas kejsarsnitt om värkstimulering inte normaliserar progressen. För att undvika att navelsträngen kläms åt, ska amniotomi undvikas så länge som det är möjligt. Ett antal riskfaktorer för misslyckad vaginal sätesförlossning identifierades i studien av Parissenti et al. (2017). Dessa var epiduralbedövning, förstföderska, hög födelsevikt samt induktion. Orsaker till att kvinnor som planerat att föda vaginalt i sätesbjudning förlöstes med akut kejsarsnitt var dålig progress, ändrat fosterläge till fotbjudning och patologiskt CTG.

I en norsk studie gjord av Glasø, Sandstad och Vanky (2013), undersöktes vilka faktorer som påverkade kvinnornas val av förlossningssätt. Resultatet visade att de kvinnor som valde att föda vaginalt förlitade sig mer på professionella råd, var yngre, förstföderskor och födde barn med lägre födelsevikt. De kvinnor som valde att förlösas med kejsarsnitt hade lägre förtroende för de professionella råden och i grunden en mer negativ inställning till att föda vaginalt. Information söktes av båda grupperna på nätet i lika stor utsträckning, däremot tog kvinnorna som valde kejsarsnitt ofta mer råd från icke-professionella i sitt beslutsfattande. Oavsett vilket förlossningssätt som kvinnorna valde kände de att deras önskan tillgodosattes.

Risker med sätesförlossning

Hannah et al. (2000) visade med sitt resultat att det generellt är säkrare för barnet i sätesbjudning att födas med planerat kejsarsnitt än vaginalt. Studien utfördes i totalt 26 olika länder med varierande grad av dödlighet relaterat till förlossning. Detta har i efterhand lett till att studien fått mycket kritik och det har ifrågasatts hur väl den kan implementeras till svenska förhållanden och övriga länder som bedriver barnmorskeledda förlossningar. Studiens resultat korrelerar väl med ökningen av kejsarsnitt vid sätesbjudning, varför ett samband med studien och den minskade frekvensen vaginala sätesförlossningar uppmärksammats av bland annat Källen (2010).

Herbst et al. (2005) studerade svenska förhållanden mellan åren 1991–2000 och kom fram till att för att kunna undvika ett fall av låg apgar (<7) vid fem minuters ålder måste 70 kvinnor genomgå kejsarsnitt. För att undvika ett fetalt dödsfall i samband med vaginal sätesförlossning måste 400 kvinnor förlösas med kejsarsnitt. I studien rekommenderas att alla gravida bör informeras om de risker som finns för barnet vid vaginal sätesförlossning, men även hur liten denna risk är. Kvinnorna bör även informeras om fördelar med vaginal

förlossning och att komplikationer vid eventuellt kommande graviditeter minskar efter vaginal förlossning (a.a.).

Studier som jämfört skillnader i utfall mellan vaginal sätesförlossning och planerat kejsarsnitt belyser ett antal risker som finns vid vaginal förlossning. Herbst och Thorngren-Jerneck (2001) gjorde en studie i Lund som visade att hos de vaginalförlösta var pH i navelsträngsblodet lägre, apgar vid fem minuters ålder var lägre samt ledde till fler inläggningar på neonatalvårdsavdelning. Vid vaginala sätesförlossningar drabbades fler barn av asfyxi, samt hade en högre andel neurologiska skador.

Hellsten, Lindqvist och Olofsson (2003) har undersökt utfallet av vaginala sätesförlossningar i Malmö. Till skillnad från studien gjord av Herbst och Thorngren-Jerneck (2001), hade denna studie striktare kriterier för att få föda vaginalt vid sätesbjudning. Dubbel fotbjudning och en uppskattad vikt under 4000-4500g accepterades vid vaginal förlossning i studien av Herbst och Thorngren-Jerneck (2001), medan Hellsten et al. (2003) rekommenderade kejsarsnitt vid dubbel fotbjudning och godkänd vikt på barnet var 2000-4000g. Resultatet visade sämre apgar vid en minuts ålder samt sämre arteriellt pH i navelsträngsblodet hos de som födde vaginalt. Studien visade däremot inte på något samband mellan vaginal sätesförlossning och ökat behov av neonatalvård eller ökad förekomst av neurologiska skador.

Ett land som valt att fortsätta med vaginala sätesförlossningar är Norge. Vistad, Cvancarova, Hustad och Henriksen (2013) jämförde utfallet mellan vaginala förlossningar och kejsarsnitt. Vid fem minuters ålder kunde apgar under sju ses oftare vid vaginala förlossningar än kejsarsnitt samt att fler barn som föddes vaginalt fick ligga på neonatalvårdsavdelning, dock mindre än fyra dagar. Inget samband mellan ökat antal förlossningsskador och vaginal förlossning kunde bevisas. En signifikant större blodförlust vid kejsarsnitt jämfört med vaginala förlossningar identifierades i studien.

Risker med kejsarsnitt

Kejsarsnitt kan precis som vaginal förlossning medföra risker för både mamma och barn. Vid information gällande kejsarsnitt är det viktigt att kvinnan informeras om de ökade risker som ett kejsarsnitt medför (Socialstyrelsen, 2018; Herbst et al., 2005). En vaginal förlossning innebär mindre risk för både mamma och barn såvida det inte finns några medicinska skäl för

att göra kejsarsnitt. Risken för att drabbas av djup ventrombos är förhöjd i samband med en graviditet, men ökar ytterligare om kvinnan genomgår kejsarsnitt. Även tiden för återhämtning efter en förlossning är längre vid kejsarsnitt jämfört med vaginal förlossning. Kejsarsnitt ökar även risken för att drabbas av infektion efter förlossningen, endometrit (Socialstyrelsen, 2018).

De långsiktiga riskerna efter ett kejsarsnitt är bland annat ökad risk för uterusruptur och placentakomplikationer vid kommande graviditeter (Andolf et al., 2010; Socialstyrelsen, 2018). Risken för uterusruptur vid kommande förlossningar ökade med 50 gånger om kvinnan tidigare genomgått kejsarsnitt. Har kvinnan genomgått två kejsarsnitt ökar risken ytterligare. Även risken för placenta accreta, placenta praevia och ablatio placentae ökar vid efterföljande graviditeter om kvinnan tidigare genomgått kejsarsnitt (Andolf et al., 2010).

Kejsarsnitt bidrar även till ökade risker för barnet, bland annat ökar risken för neonatal andningsstörning, hypoglykemi (lågt blodsocker) och hypotermi (låg kroppstemperatur) (SFOG, 2011). Ett kejsarsnitt kan även ha en negativ påverkan på amningen då kejsarsnitt bidrar till en fördröjd frisättning av hormonet oxytocin (Uvnäs Moberg, 2009). Detta beror på att oxytocin frisätts i samband med värkarbetet under en förlossning. En epiduralbedövning under kejsarsnitt eller vaginal förlossning bidrar även det till fördröjd frisättning av oxytocin då nerverna som bidrar till frisättningen blockeras.

Bemötande

Vid val av förlossningssätt med ett barn i sätesbjudning upplevde kvinnor i en studie av Gutter et al. (2011) att information som de fick var otillräcklig, vilket även Homer et al. (2015) uppmärksammat. Kvinnorna som deltog i båda studierna efterfrågade mer objektiv information då de ansåg att personalen mest pratade om riskerna vid en vaginal sätesförlossning. De ansåg inte att läkaren som gav informationen tog hänsyn till deras åsikter och erfarenheter. Kvinnorna beskrev även att de förväntades göra som läkaren sa och att informationen som gavs hade en påverkan på kvinnornas känslor, det upplevdes som att personalen försökte skrämja kvinnorna. Detta genom att påstå att vaginal sätesförlossning gör mer ont än vaginal förlossning vid huvudbjudning samt att kvinnorna sätter barnets liv i fara genom att föda vaginalt. Kvinnorna kände sig utelämnade och upplevde att de själv behövde kämpa för att hitta en klinik som erbjöd vaginal förlossning vid sätesbjudning.

Motsatsen belyses även i studien av Homer et al. (2015), där kvinnorna upplevde ett gott bemötande på de sjukhus där vaginala sätesförlossningar erbjöds. De beskrev även att kvinnorna fick evidensbaserad information som inte var baserad på personalens personliga åsikter samt att personalen tog sig tid att svara på frågor. Till följd av detta beskrev kvinnorna i studien att valet var deras, att de kunde ändra sig i sitt beslut och upplevde en större kontroll över sin förlossning.

Barnmorskans roll

Barnmorskeförbundet (2018) beskriver att barnmorskan ska arbeta utifrån kvinnors rätt till autonomi och rättvisa genom att i alla lägen respektera mänskliga rättigheter. Barnmorskan ska utgå från den etiska koden genom att ta hänsyn till varje människas eget värde och rätt till självbestämmande (ICM, 2014). Detta gör barnmorskan bland annat genom att tillgodose patientens rätt till självbestämmande och medverka i vården samt stödja patientens självbild, integritet och autonomi genom att skapa trygghet, delaktighet och jämlikhet (Berg, Olafsdottir & Lundgren, 2012). Det krävs att en ömsesidig relation etableras mellan barnmorskan och kvinnan samt partnern. Barnmorskan får då kunskaper om kvinnans behov och kan stödja och vägleda kvinnan på hennes villkor. Den gravida och födande kvinnan behöver bli bekräftad av barnmorskan och känna sig delaktig, att hon har kontroll och är i stånd till att föda. I modellen som beskrivs av Berg, Olafsdottir & Lundgren (2012) belyses att barnmorskan ska skapa en främjande miljö för kvinnan, som ska innefatta en känsla av lugn, tillit och säkerhet. Barnmorskan ska ha tillräcklig kunskap för att kunna möta varje kvinnas specifika behov, vilket innebär teoretisk kunskap, erfarenhet och kunskapen om kvinnan. Nilsson (2012) beskriver att födande kvinnor som känt en stark ensamhetskänsla och lågt stöd av barnmorskan samt svårigheter att kommunicera, hade en negativ förlossningsupplevelse och löpte större risk att utveckla förlossningsrädsla inför nästa graviditet.

Barnmorskan ska även, enligt barnmorskans kompetensbeskrivning, identifiera avvikelser och komplikationer under graviditet, förlossning och eftervård. Tillsammans med andra professioner ska barnmorskan kunna handlägga komplicerad graviditet, förlossning och eftervård (Barnmorskeförbundet, 2018).

En av lagarna som hälso- och sjukvårdspersonal går under är Patientlagen (PL, SFS 2014:821), där patientens delaktighet och samtycke samt rätt till att få information regleras. Det framgår av 4 kap 1 § att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras. Samtycke måste inhämtas innan vård eller åtgärder genomförs. För att ett informerat samtycke ska kunna ges, behöver patienten ha fått tillräcklig information om hälsotillståndet, alternativ för behandling eller åtgärder, förväntat förlopp, risker och komplikationer samt förebyggande åtgärder (PL, 3 kap 1 §). Först då har patienten god möjlighet att vara delaktig i sin vård.

Genom att undersöka kvinnors upplevelse kan barnmorskan få kunskap om och förståelse för hur hen kan utveckla sin stödjande roll. Studien bidrar även till ökad kunskap och förståelse för kvinnans upplevelse av bemötandet vid diagnostiserad sätesbjudning och i samband med förlossning.

Förförståelse

Författarna i denna studie har tidigare arbetat på en BB-avdelning där intresset för sätesförlossningar väcktes. Författarna har i sitt arbete endast träffat på kvinnorna som gått igenom ett kejsarsnitt till följd av sätesbjudning.

Syfte

Studiens syfte var att undersöka kvinnors upplevelse av bemötande och information i samband med beslut av förlossningssätt vid sätesbjudning och i samband med förlossning i de fall kvinnan initialt önskat föda vaginalt.

Metod

Studien genomfördes med en kvalitativ metod och semistrukturerade intervjufrågor, samt analyserades med en induktiv ansats. Kvalitativa metoder kännetecknas av avsaknad av siffror och består istället av verbala formuleringar, antingen genom skrift eller tal. Den kvalitativa

metoden riktar intresset mot individen och syftar till att få förståelse för hur en individ tolkar och formar sin verklighet (Backman, 2016).

Urval

Deltagarna till studien rekryterades genom ett subjektivt urval med ett antal inklusions- och exklusionskriterier. Med subjektivt urval menas att den intresserade själv anmäler sitt intresse att delta (Olsson & Sörensen, 2011).

Inklusionskriterier var att kvinnan skulle vara svensktalande, över 18 år samt under de senaste fem åren önskat att föda vaginalt i sätesbjudning på ett sjukhus i Sverige. Även de fall där medicinska orsaker i samband med diagnostiseringen och fram till förlossningen, eller där komplikationer under förlossningen lett till kejsarsnitt, inkluderades. För att detaljer inte ska ha gått förlorade samt att riktlinjer ska vara enhetliga med hur de ser ut idag exkluderades de förlossningar som ägt rum för över fem år sedan. Även odiagnostiserade sätesbjudningar vid inläggning på förlossningsavdelning exkluderades oavsett förlossningssätt.

Datainsamling

Datan samlades in via intervjuer, önskat antal deltagare var mellan tolv och 20 personer vilket slutligen blev 15 deltagare. Intervjuerna skedde efterhand som deltagarna anmälde sitt intresse.

Rekrytering och information om studiens syfte, inklusionskriterier och kontaktinformation till författarna samt information om konfidentialitet och frivilligt deltagande lades ut på sociala medier. Detta påbörjades 29 mars 2019 och innefattade författarnas privata Facebook- samt Instagam-profiler, Facebookgrupperna ”Medvetet födande, kvinnans rätt att föda av egen kraft”, ”Bärsjalarnas grupp om allt annat än bärsjalar 1.0” och ”Mensaner i Sverige” samt i forum på Familjeliv.se och Alltforforaldrar.se.

Första veckan, då datainsamlingen också startade, anmälde 17 deltagare sitt intresse. Insamlingen av data pågick mellan mars och augusti 2019. I maj hade tolv intervjuer gjorts, och i juli lades annonsen för studiedeltagare ut i en Facebookgrupp till, ”Sen avnavling – barnets födslorätt” och efter detta genomfördes de tre sista intervjuerna i augusti. Totalt anmälde 22 kvinnor sitt intresse där två exkluderades, en på grund av för många år sedan

förlossningen och en för att hon fick reda på sätesbjudningen under krystskedet. Fem kvinnor som anmält intresse återkom inte med önskemål om när intervjun kunde hållas och föll bort.

De kvinnor som önskade delta i intervjun ombads skicka sin kontaktinformation till författarna via mail eller telefon/sms. När kontakt etablerats försäkrade författarna sig om att deltagarna tagit del av informationen, inklusionskriterier samt frivilligt deltagande och samtyckesblankett. Beroende på var i Sverige deltagaren var bosatt kunde intervjuerna hållas genom personligt möte, alternativt på telefon eller Skype. Alla deltagare valde att utföra intervjuerna via telefon. Samtycke inhämtades muntligt i telefonsamtalet genom att spelas in och ett antal mailade in undertecknad samtyckesblankett. Med informerat samtycke menas att deltagaren efter att ha informerats om studien intygar sitt frivilliga deltagande (WMA, 2013).

Vid kvalitativa semistrukturerade intervjuer används inte enbart i förväg formulerade frågor. Istället gjordes en lista av frågeområden som innefattade delområden. I så stor mån det går ska den som intervjuas styra ordningsföljden (Trost, 2010). En intervjuguide (se bilaga 1) utformades utifrån studiens syfte och problemområde samt prövades genom en pilotintervju. Pilotintervjun inkluderades inte i resultatet då författarna har en personlig relation till informanten som intervjuades. Resultatet föll ut väl i pilotintervjun och uppskattad intervjulängd blev 20–30 minuter, inga ändringar i intervjuguiden gjordes efter pilotintervjun.

Intervjuerna inleddes med följande öppna frågor *“Vill du berätta för mig om dina upplevelser i samband med att du fick diagnos sätesbjudning i samband med graviditeten?”* och *“Vad har du för upplevelse av tiden från att sätesbjudningen diagnostiserades och under förlossningen?”* Informanternas svar följdes sedan upp med stödjande frågor, till exempel *“Hur kände du dig bemött?”*, *“Hur reagerade du?”* och *“Kan du berätta mer?”*.

Analys av data

Den insamlade datan analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) genom både en manifest och latent innehållsanalys. Det transkriberade materialet lästes igenom upprepade gånger och kodades efter att de meningsbärande enheterna identifierats och kondenserats. Inledningsvis valdes en intervju ut som kodades enskilt av båda författarna. Denna intervju gick sedan författarna igenom gemensamt för ett enhetligt tillvägagångssätt. Fortsättningsvis kondenserade och kodade författarna intervjuerna var för

sig. När all kodning var gjord samlades de meningsbärande enheterna med sin kod tillsammans med övriga meningsbärande enheter som hade samma kod i mappar, därmed fick författarna även en möjlighet att tillsammans gå igenom kodningen av varje meningsbärande enhet för att nå konsensus. I samråd med handledaren delades sedan materialet in i underkategorier, som i sin tur skapade kategorier. Exempel på identifiering av koder ses i tabell 1. Exempel på indelning av koder, underkategorier och kategorier ses i tabell 2.

För att få en bättre förståelse för citat kommer ett "K" läggas till efter citatet i de fall kvinnan genomgick kejsarsnitt, och ett "V" i de fall kvinnan födde vaginalt. För översikt av studiens deltagare, se bilaga 2.

Tabell 1 – Exempel på kondensering av meningsbärande enheter

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod
Man ville ju såklart att hon skulle lägga sig med huvudet ner. Eh, och jag gjorde ju, jag försökte ju få henne att vända sig hemma själv genom att stå upp och ner och allt det här	Oro över sätesbjudningen, önskan att barnet skulle vända sig självmant. Gjorde egna övningar.	Oro
Ja och sen var det väl egentligen innan förlossningen, så hade jag två saker som jag absolut inte ville. Jag ville absolut inte bli snittad, och sen ville jag absolut inte ha ryggmärgsbedövning. Men när man blir snittad så blir det liksom ... båda två då...	Ovissheten var jobbigt tiden innan förlossningen, men även oro eftersom hon verkligen inte ville bli snittad eller få ryggbedövning	Oro
Till slut så typ ledsna jag, och då kom han ju ut väldigt snabbt *skratt* så att, så att det är väl också lite sådär, att det känns som att de, alltså, jag förstår ju att de inte är jättevana, för det är inte så vanligt, liksom. Eh, men det kändes som att de var... nån var lite såhär "jamen nu kanske du kan såhär..." då var läkaren så "nä, inte än"	Kändes som att det var oense mellan läkare och barmorskan, vilket kan bero på ovana, men det kändes av för kvinnan som osäkra	Otrygghet

Tabell 2 – Exempel på indelning av koder, underkategori och kategori

Kategori	Etablera en känsla av tilltro och trygghet hos kvinnan	
Underkategori	Att känna tilltro och trygghet	Att känna rädsla och oro
Koder	Trygghet	Oro
	Otrygghet	Rädsla
	Misstro	Utlämnad
	Tillit	

Forskningsetiska avvägningar

Etiska problem förekommer under hela studien och potentiella etiska frågor bör beaktas redan från början (Kvale & Brinkmann, 2014). Tillstånd hos programansvarig och ett rådgivande yttrande från vårdetiska nämnden (VEN) vid Lunds Universitet söktes före studiens start. VEN hade inga etiska invändningar mot att studien skulle genomföras, diarienummer 35-19.

Gällande etiska riktlinjer vid forskning som innefattar individer finns

Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013). För att forskning ska anses vara etisk försvarbar krävs att forskningen ska motiveras med en bedömning av risker kontra vinster, samt att risker och obehag för deltagare noga måste ställas mot det förväntade utfallet av forskningen. År 2008 infördes en lag som innebär att forskningsetiska bedömningar är ett krav för att få genomföra studier (Olsson & Sörensen, 2011). Forskning får endast utföras om den kan utföras med respekt för människovärdet. Mänskliga rättigheter och grundläggande friheter ska även tas hänsyn till vid etikprövning. Då urvalet skedde med ett subjektivt urval möjliggjorde detta för ett frivilligt deltagande.

För att säkerställa deltagarnas integritet fanns skyddskrav. Deltagarna skyddades med konfidentialitet, sekretess och anonymitet. Detta innebär att obehöriga inte kunde ta del av exempelvis det inspelade materialet (Olsson & Sörensen, 2011). De inspelade filerna förvarades i författarnas gemensamma mapp i Google Drive, filerna var krypterade med 7-zip, vilket innebär att om obehöriga lyckades få tillgång till filerna i Google Drive krävdes ett lösenord för att dekryptera och läsa filerna. Säkerhetskopiering förvarades på en NAS-server med privat nätverk. I samband med transkription av identifierades deltagarna, textfilerna förvarades sedan på författarnas privata datorer som är lösenordsskyddade. Efter att uppsatsen är examinerad kommer materialet att förstöras.

För att skydda individer i samhället mot att deras personliga integritet kränks finns

Personuppgiftslagen (PUL, SFS 1998:204). Denna lag syftar till att skydda individers integritet vid behandling av personuppgifter och innefattas av insamling, lagring, registrering, bearbetning med mera. Som komplement till personuppgiftslagen finns inom sjukvården även *Patientsäkerhetslagen* (PSL, SFS 2010:659). Denna syftar till att öka patientsäkerheten och skydda känsliga uppgifter, bland annat genom tystnadsplikt och kravet på dokumentation.

Resultat

Deltagarna var från hela Sverige och födde på följande sjukhus: BB Sophia Stockholm, Centralsjukhuset Karlstad, Danderyds sjukhus, Falu Lasarett, Lasarettet i Ystad, Länssjukhuset i Kalmar, Skånes universitetssjukhus Lund, Skånes universitetssjukhus Malmö, Sunderby sjukhus, Södersjukhuset Stockholm, Universitetssjukhuset i Linköping, Varbergs sjukhus, Västerviks sjukhus, Örnsköldsviks sjukhus och Östersunds sjukhus. Kvinnorna var mellan 25 och 38 år när intervjuerna ägde rum och tiden sedan förlossning var mellan tolv dagar och fem år.

Övergripande tema: bemötandet och graden av information påverkar upplevelsen

Förlossningsupplevelsen speglades av hur kvinnorna hade blivit bemötta samt vilken och hur mycket information de fått. Deltagarna upplevde att informationen färgades av den som gav informationen, samt att det finns en kunskapslucka gällande vaginala sätesförlossningar.

I resultatet framkom fyra kategorier och åtta underkategorier, vilka redovisas i tabell 3.

Tabell 3 – Kategoriindelning – Övergripande tema, kategorier och underkategorier

Övergripande tema	Kategorier	Underkategorier
Bemötande och graden av information påverkar upplevelsen	Kompetens färgar personalens inställning	Att mötas av tillräcklig kunskap och information
		Att påverkas av personalens inställning
	Upplevelse av tilltro och trygghet	Att känna ömsesidig tilltro och trygghet
		Att känna rädsla och oro
	Önskan att påverka utfallet av sin förlossning	Att förebygga stress och främja en positiv upplevelse
		Att påverkas psykiskt till följd av förlust av kontroll
		Att känna delaktighet
		Att påverkas av omgivningens åsikter

Kompetens färgar personalens inställning

Personalens kompetens hade inverkan på hur mycket och vilken information kvinnorna fick. Detta påverkade i sin tur huruvida kvinnorna kände tillräckligt stöd eller inte.

Att mötas av tillräcklig kunskap och information

En faktor som upplevs ha stor betydelse för vilken information kvinnan fick var personalens kompetens gällande vaginal sätesförlossning. Kompetensbrister på sjukhusen visades när läkare garanterade att kompetensen skulle finnas och bekräftade att en vaginal förlossning var möjlig. I efterhand visade det sig att erfaren personal inte fanns i tillräcklig utsträckning och kvinnorna kände sig lurade av sjukvården. Vid de sjukhus där rutinen är att erbjuda planerat kejsarsnitt vid sätesbjudning, informerades kvinnorna om riskerna med vaginal förlossning samt att ett kejsarsnitt skulle bokas in om vändningsförsöket misslyckades. Kvinnorna beskrev informationen som riktad, vilket gav intrycket att ett kejsarsnitt var en enkel utväg. Det saknades information om eventuella komplikationer efter kejsarsnitt, samt fördelarna med att föda vaginalt.

Jag visste inte att de inte hade vaginala sätesförlossningar, utan då säger de ja men då bokar vi in ett kejsarsnitt [...] alltså jag har fått väldigt dålig information om risker [...] jag upplevde att jag blev otrevligt bemött. För jag hade inga alternativ och fick inte svar på mina frågor.” D2-K.

På de sjukhus som erbjöd vaginala sätesförlossningar, informerades kvinnorna om att vaginal förlossning var möjligt, samt att personalen har den kunskap som krävs. Kvinnorna beskrev även att när barnmorskorna hade kompetens gällande vaginala sätesförlossningar delade de gärna med sig av sin kunskap till övrig personal, något som kvinnorna såg som positivt.

“Och sen efter att barnet hade kommit ut så stod hon barnmorskan [...] och höll ett litet föredrag för läkaren, så att han skulle lära sig [...] ja hon hade gjort det många gånger i sitt liv.” D9-V.

Att påverkas av personalens inställning

När sjukhusen inte erbjöd vaginala förlossningar, sökte kvinnorna stöd och råd på andra kliniker för ett vidare perspektiv. I de fall där kvinnorna försökte stå på sig i sina önskemål om en vaginal förlossning och de mötte negativt motstånd, upplevdes en intressekonflikt mellan personalen. Barnmorskorna uppfattades som mer positivt inställda till vaginala sätesförlossningar än läkare, vilket gjorde att kvinnorna fick ett positivt intryck av barnmorskorna. Barnmorskorna hejade på kvinnan och gjorde en påfrestande situation mindre jobbig. Kvinnorna beskrev att när de träffade personal som hade kunskap gällande vaginala sätesförlossningar blev de själv mer positivt inställda till att föda vaginalt.

Min barnmorska var väldigt positiv [...] men vi bokade ändå in ett vändningsförsök [...] och då fick jag även ett samtal med en förlossningsläkare som pratade om eventuell sätesförlossning [...] han kände ganska snabbt att det var ingen ide att forcera [...] han (läkaren) var väldigt, också väldigt positivt inställd.” D11-V.

Kvinnorna upplevde att i de fall barnmorskorna i mödrahälsovården hade en negativ inställning berodde detta på otillräcklig kunskap. När kvinnorna stötte på personal som hade en negativ inställning beskrev de det som en kamp, att de fick tjata på läkare och barnmorskor för att få igenom de kontroller som görs för att undersöka om en vaginal förlossning är möjlig.

“Jag tjtade till mig att få prata med en läkare så att jag ändå fick remiss till röntgen...” D5-K.

I intervjuerna belyste kvinnorna vikten av att känna ett gott stöd från vården gällande sina önskemål om en vaginal förlossning. När vaginala sätesförlossningar inte genomfördes på sjukhuset där kvinnan planerat att föda, kunde de ändå känna ett gott stöd från personalen, genom att personalen visade intresse samt tog hänsyn till kvinnans önskemål genom att hänvisa till sjukhus som erbjuder vaginala sätesförlossningar. I de fall där kvinnorna upplevde ett gott stöd redan på mödravården, uppgav de att det väckte tankar om att en vaginal förlossning skulle vara möjlig oavsett bjudning.

“...”Ja men jag(barnmorskan) har jobbat i Norge och där föder folk både med rumpan och huvudet före och det går jättebra”, det var lite den inställningen jag bar med mig sen.” D14-V.

Upplevelse av tilltro och trygghet

Ett negativt bemötande från personalen skapade oro och rädsla hos kvinnorna. Detta påverkade om kvinnorna kände tillit till personalen och i vilken utsträckning de kände sig trygga.

Att känna ömsesidig tilltro och trygghet

Ur intervjuerna framkom att bemötande och information ligger till grund för huruvida kvinnorna känner tillit och förtroende för sjukvården eller ej. En barnmorska på

mödrahälsovården som inte visade intresse för kvinnan bidrog bland annat till att kvinnan i mindre mån involverade barnmorskan i sina tankar kring förlossningen. Likaså växte kvinnornas misstro om läkaren under förlossningen inte tog sig tid att ge ordentlig information eller svara på frågor som uppstod. Ett negativt bemötande från läkare ledde till att en viss rädsla för professionen uppkom efter förlossningen.

Överlag hade kvinnorna ett stort förtroende för vården och för den kunskap personalen besitter, vilket bidrog till att de kände tillit till personalens rekommendationer. Detta ledde till att kvinnorna, trots den upplevda besvikelsen över att deras önskemål inte uppfylldes, kunde acceptera rekommendationerna. Kvinnorna uttryckte en önskan om att personalen bör känna mer tillit till kvinnorna, och genom färre interventioner respektera det friska i en graviditet och förlossning.

“Mera naturligt kring förlossning [...] mera uppmuntrande om att kvinnan faktiskt, kvinnokroppen vet vad den ska göra när det väl är dags [...] man behöver gå tillbaka till att uppmuntra vaginala förlossningar igen.” D13-V.

Kvinnornas upplevde en känsla av trygghet när de kände sig förberedda och säkra på hur de ville föda. Då de själva läst på mycket, eller tidigare gått igenom en förlossning, var de väl insatta och kunde lättare hantera och finna sig i förlossningsförloppet. Tryggheten kom också från att ha en barnmorska och läkare som verkade erfarna och trygga och som kommunicerade med kvinnan under förloppet. Under förlossningen hade kvinnorna främst kontakt med barnmorskan, och om de fick bra stöd och information kom tilliten till följd av god kommunikation.

“... jag såg liksom bara en barnmorska där hela tiden och jag tittade knappt på henne jag bara visste att hon var där och det kändes jättelugnt även om där kom in, säkerligen kom där in folk på slutet, men jag märkte inte av de...” D14-V.

Ovana bland personalen kunde visa sig genom att personalen blev märkbart oroliga när sättesbjudning upptäcktes, eller när det i förlossningssalen förekom oenighet mellan personalen. När personalen var ointresserad av att delge den efterfrågade informationen kring fördelar och risker med olika förlossningssätt, kändes det otryggt. Kvinnorna uppgav att det inte kändes bra att behöva söka informationen själv då personalen inte bemötte kvinnans önskan på ett respektfullt sätt, vilket sedan påverkade förlossningsupplevelsen negativt. En känsla av otrygghet uppkom även i de fall där kvinnorna ansåg att de inte fått informationen i

tid och därmed inte kunnat förbereda sig tillräckligt, exempelvis genom att få möjlighet att ställa frågor och ställa in sig på hur förlossningen kunde komma att se ut.

När personal tog sig tid att informera och gå igenom förlossningsförloppet ingav det en känsla av trygghet. Kvinnorna försäkrades om att det fanns både barnmorskor och läkare med rätt erfarenhet och kompetens, då sätesförlossningar görs på regelbunden basis. När personal var närvarande på rummet och visade ett intresse för kvinnans förlossning och förlopp, bidrog det till en känsla av trygghet. Kvinnorna kände sig mindre oroliga då de välkomnades in till förlossningsavdelningen i ett tidigt skede, på grund av det extra behovet av övervakning. Detta bidrog även till att de uppgav sig kunna hantera värkarna mer kontrollerat.

”Men de gav ganska mycket information tyckte jag så att jag kunde, då kändes det ganska mycket lugnare och då bestämde jag, eftersom de också har ganska stor kompetens [...] för sätesförlossningar så kände jag mig trygg med att de visste vad de pratade om. De berättade hur många de har per år som föder i säte.”
D12-V.

Att känna rädsla och oro

En känsla av att bli utlämnad kunde uppstå antingen till följd av att personalen saknade tillräcklig kunskap och erfarenhet av sätesbjudningar, eller att kvinnan kände att personalen undanhöll information eller inte gav tillräckligt med sådan. Kvinnorna kände att de inte fick svar på sina frågor och att de direkt planerades för kejsarsnitt. Det ledde till att kvinnorna själv fick söka andra alternativ, bland annat om andra sjukhus erbjöd vaginala sätesförlossningar. Innan förlossningen tog orostankar upp mycket tid, eftersom de gärna ville föda vaginalt. Oavsett om det var ett kejsarsnitt planerat eller om de fått goda besked om att det såg bra ut för en vaginal sätesförlossning, så ville de att barnet skulle vända på sig. Kvinnorna beskrev att de lade ner mycket tid på att försöka vända barnet själv för att försäkra sig om att de skulle få föda vaginalt.

”Alltså man vart väl lite, inte oroad men ja, man ville såklart att hon skulle lägga sig med huvudet ner.” D3-K.

Kvinnorna beskrev även att de ibland fick olika besked från olika personal. Fortsättningsvis var oron kring förlossningssätt och rädsla för att det skulle bli kejsarsnitt en stark känsla. Även oron för hur barnet skulle påverkas av ett eventuellt kejsarsnitt eller av ett forcerat vändningsförsök infanns. Kvinnorna var inställda på vaginal förlossning och ville inte planera för kejsarsnitt. Detta medförde svårigheter med att ta in den information de fick gällande

kejsarsnitt. Utan adekvat närvaro av personal på förlossningen som kunde uppmärksamma att kvinnan blev rädd och stressad inför ett akut kejsarsnitt, kände sig kvinnan ensam och förbisedd.

“Jag tror att jag var ganska rädd för att det skulle bli kejsarsnitt [...] om det hade blivit kejsarsnitt, då hade jag förmodligen fått en helt annan upplevelse för att jag var lite rädd för det.” D15-V.

“Det var ju också samma där man skulle ner på operation. Jag tyckte det var jättejobbigt, jag var jättestressad och jätterädd, men det var liksom ingen som hade tid [...] jag hade ju panikattacker under operation.” D4-K.

Önskan att påverka utfallet av sin förlossning

Beroende på vilken information och vilket bemötande kvinnorna fick under graviditeten påverkades det psykiska måendet samt upplevelsen av graviditeten och förlossningen.

Att förebygga stress och främja en positiv upplevelse

Upplevelsen av förlossningen och graviditeten berodde främst på hur de blivit bemötta, vilken information och hur mycket information de fått. Om det blivit stressigt, med oro kring förlossningssätt eller oklarheter i förlossningsrummet, påverkade det upplevelsen negativt. Kände kvinnorna att de hade varit delaktiga, haft mer kontroll över sin förlossning och i förväg informerats om hur förlossningen kan komma att se ut, underlättade detta för en stärkande och god upplevelse.

”De informerade ju ganska mycket, jag hade ju läst på en del liksom själv, men de berättade... ja, att det kommer vara mycket folk i rummet när han ska ut liksom [...] de var ganska bra med informationen tycker jag.” D10-V.

I de fall det blev kejsarsnitt, upplevde kvinnorna en besvikelse över att ha gått miste om att få uppleva en vaginal förlossning. Kvinnorna kände sig besvikna över att ha gått miste om fördelarna som en vaginal förlossning medför för kvinnan och barnet. När det fanns en medicinsk orsak beskrev kvinnorna att de kunde acceptera utfallet, även om besvikelsen fortfarande fanns. Om de inte fått tillräcklig information, eller genom att få bäckenmätning och viktuppskattning av barnet utförd och fått chansen till vaginal förlossning, fanns känslan av besvikelse på grund av vad det gått miste om.

”Jobbar man där så vet man varför man rekommenderar det och så vidare [...] Men det hade hjälpt mig att, ja men nu är det såhär, det hade hjälpt mig att få

acceptans. Nu känner jag mer jaha, är man född på fel ställe? [...] Man blir lämnad med lite såhär frågetecken.” D7-K.

“Man har ju en målbild inför en förlossning [...] jag var inte där när min dotter föddes kändes det som [...] det är det värsta med hela upplevelsen, att man inte var där, när hon äntrade världen.” D8-K.

Att påverkas psykiskt till följd av förlust av kontroll

När det inte fanns en klar plan kring tillvägagångssätt vid förlossningen, eller när kvinnorna inte tilläts vara delaktiga i planeringen, påverkade detta kvinnorna psykiskt negativt. Depression blev en komplikation hos de kvinnor som på grund av sjukhusets rutiner, inte fick möjlighet att föda vaginalt, och där personalen inte visade intresse i att hänvisa till annat sjukhus. Kvinnorna kunde inte njuta av graviditetens sista veckor utan var sängliggande och mycket ledsna, de kände inte heller sig kapabla till att ta hand om äldre syskon till barnet i magen. Även efter förlossningen, när kvinnorna helst av allt endast ville fokusera på sitt nyfödda barn, kunde det kännas psykiskt jobbigt då det fanns en frustration kring hur bemötandet var och hur förlossningen blev. Det kunde också ha en längre påverkan inför nästkommande graviditet då psykologkontakt fick upptas.

”jag var ju väldigt frustrerad över att det blev som det blev.” D4-K.

“Alltså jag mådde fruktansvärt dåligt. Jag var sängliggande de tre sista veckorna och bara grät...” D1-K.

Att känna delaktighet

Möjligheten till att vara delaktig i beslut gällande förlossningen var av stor vikt för kvinnorna och påverkade även hur de upplevde sin graviditet och förlossning. Kvinnorna valde att på egen hand söka information, oavsett om de ansåg sig ha fått tillräcklig information eller inte från vården. Där vaginal sätesförlossning inte tillhörde sjukhusets rutiner, söktes information via andra sjukhus riktlinjer där möjligheterna för en vaginal sätesförlossning fanns. I övrigt söktes information huvudsakligen på nätet och i böcker.

Kvinnor beskrev att de genom tjat fick sin vilja igenom och tvingades att stå på sig även under förlossningen för att inte bli trampade på av personalen. I de fall där kvinnorna upplevde att sjukvården tog hänsyn till deras önskemål, uttryckte kvinnorna att deras önskan la grunden i planeringen gällande den fortsatta graviditeten och senare förlossningen samt att

de blev lyssnade på i en större utsträckning. Till följd av sjukhusets rutiner gällande vaginala sätesförlossningar, varierade rätten till delaktighet och självbestämmande.

“Då fick jag ju mitt bäcken röntgat för att se så det var okej att föda vaginalt ändå...det såg ju bra ut så att då så sa de ju de att då är det bara att vänta in tills att värkarna sätter igång helt enkelt [...] det var ju hela tiden liksom baserat på vad jag själv ville, ville jag inte föda vaginalt så skulle jag ju få planerat snitt...” D3-K.

Att påverkas av omgivningens åsikter

Kvinnorna angav att de var trygga i sitt beslut gällande sin önskan att föda vaginalt. Däremot stötte de ofta på negativ information och personer i deras omgivning som ifrågasatte deras önskan. I de fall kvinnorna upplevde stöd från sin omgivning, bland annat genom vänner som var barnmorskor eller där anhöriga tidigare fött vaginalt vid sätesbjudning upplevdes ett bra stöd. Den allmänna uppfattningen som kvinnorna stötte på var att sätesförlossningar är riskfyllt och att barnet ligger fel när det ligger med sätet ner. Detta hade en negativ inverkan på kvinnorna och tvingade dem till att försvara beslutet. Omgivningens inverkan ledde till en osäkerhet och stress hos kvinnorna, samt att de gick med på att genomföra ett vändningsförsök i hopp om att barnet skulle vända sig. Kvinnorna som genomgick ett vändningsförsök beskrev att det kändes meningslöst, då de redan var inställda på att föda vaginalt och att ett vändningsförsök medför stora risker som inte alltid resulterar i en lyckad vändning. I de fall där kvinnorna upplevde ett gott stöd från sin omgivning kände de sig lugnare.

“Önskar mer om praktiskt (information) om beslutet. Jag pratade med andra [...] min mamma, eftersom hon fött två barn i säte [...] Det var lugnande.” D6-V.

Diskussion

Metoddiskussion

Då författarna i föreliggande studie syftade till att genom intervjuer, undersöka kvinnors upplevelser av sin graviditet och förlossning i samband med sätesbjudning, är en kvalitativ metod att föredra då denna metod möjliggör tolkning och uppfattning av det som skett

(Backman, 2016). Därmed kan det antas att valet av metod är relevant för att besvara studiens syfte.

Deltagarna tog kontakt med författarna genom ett så kallat subjektivt urval, vilket tydliggör att deltagandet är frivilligt och beskrivs även av Olsson och Sörensen (2011). Det var ingen av deltagarna som var i en beroendeställning, vilket fallet kan bli när de rekryteras genom kliniker eller om det finns en vårdare-patientrelation. Ingen av författarna hade heller en personlig relation till någon av studiens deltagare. Om deltagarna i studien haft en gemensam åsikt, det vill säga att alla antingen varit nöjda med sin upplevelse eller missnöjda kan ett riktat resultat med ensidiga åsikter ha uppkommit. Detta är inget som kunnat ses i föreliggande studie.

Vid rekrytering valdes grupper på Facebook som fokuserade på föräldrar och förlossning. Författarna upplystes om att det fanns en grupp inriktad på sätesförlossningar, denna valdes bort vid rekrytering för att undvika ensidiga åsikter. Om grupper specifikt inriktade på att antingen vara för eller emot vaginala sätesförlossningar skulle använts vid rekrytering så kunde även i detta fall ett felaktigt resultat ha uppkommit.

Då rekrytering skedde genom internet och intervjuerna hölls via telefon, bidrog detta till en större geografisk räckvidd för studien. Nackdelen med telefonintervjuer är dock att kroppsspråk och minspel inte kan tolkas vilket beskrivs av Trost (2010), som skriver att en person inte endast interagerar genom att tala med munnen utan även genom att använda sig av minspel och kroppsspråk. Genom telefonintervjuer fick författarna istället förlita sig på vad deltagarna sa och vilket tonläge de hade. Det upplevdes däremot som att informanterna kunde tala fritt om uppgifter som kan upplevas som svåra att prata om.

Innan intervjuerna hölls diskuterade författarna huruvida intervjuerna skulle hållas med båda författarna som intervjuare eller med endast en av författarna. Enligt Trost (2010) kan det i vissa fall, ur intervjuarens synpunkt vara en fördel att ha sällskap av en kollega, samt att om författarna är samspelade så blir vanligen informationsmängden och förståelsen bättre när två intervjuare. Ser man istället till den som blir intervjuad kan individen känna sig i underläge i en maktposition, vilket författarna till studien la stor vikt vid. Författarna var måna om att informanterna skulle känna sig trygga att berätta om sina upplevelser och valde därför att intervjuas var för sig.

Intervjuerna spelades in och gav möjlighet för författarna att koncentrera sig på ämnet och återgå till att lyssna på inspelningarna under transkriberingen och fortfarande kunna tolka uttrycken i bland annat tonfall (Kvale & Brinkman, 2014). Anteckningar på papper fördes även för att kunna ge uppföljande frågor under intervjun. Under en intervju kom inte deltagarens röst med på inspelningen. Tack vare anteckningar som förts på papper skrevs svaren ner direkt efter intervjun. Deltagaren ringdes upp för att kontrollera att svaren på frågorna stämde överens med vad hon sagt och menat. I detta fall kan innebörden med svaren falla bort eftersom det inte blir personens mening ordagrant. Det bedöms av författarna som att risken för detta var liten eftersom misstaget upptäcktes direkt i anslutning till intervjun, det fanns svar antecknade och deltagaren fick höra alla svaren och lägga till meningar till dessa när det behövdes.

Kvinnorna som deltog var jämt fördelade mellan omfödelskor och förstfödelskor både bland de som födde vaginalt och med kejsarsnitt. Ingen hade fött på samma sjukhus och därmed kan det antas att det finns en bra spridning gällande rutiner samt hur informationen till kvinnan ser ut. Tiden sedan förlossningen varierade mellan tolv dagar och fem år sedan, vilket därmed kan antas att rutinerna är aktuella än idag.

När författarna kodade de meningsbärande enheterna uppkom 30 koder. Vid diskussion med handledare i samband med indelning av underkategorier och kategorier, upplevde författarna att koderna borde varit mer beskrivande av den meningsbärande enheten för att underlätta analysen. Med hjälp av urklippen och sammanställningen av de meningsbärande enheterna tillsammans med diverse koder, kunde koderna trots allt användas för att skapa underkategorier och kategorier. Samtliga meningsbärande enheter föll endast in under en av kategorierna varför det kan antas att de uppkomna kategorierna är uttömmande. För att ytterligare stärka resultatet och de uppkomna kategorierna presenteras ett antal citat under varje kategori (Graneheim & Lundman, 2004).

För att resultatet ska vara trovärdigt behövs tillräcklig mängd data och tillräcklig variation (Graneheim & Lundman, 2004). Datan kan tolkas på flera sätt, och beror på tolkarens förförståelse och inställning till ämnet. Det går inte att bortse från att författarna i föreliggande studies förförståelse kan ha påverkat hur författarna tolkat datan. Detta är därför något författarna tagit i beaktande vid analys av det insamlade materialet.

För att resultatet ska ha god överförbarhet har författarna utgått från Graneheim och Lundman (2004), där det beskrivs att urval, deltagare, kontext, och analysprocessen ska ha beskrivits noggrant för att läsaren ska kunna avgöra om resultatet kan överföras till andra grupper eller omgivningar. Detta anser författarna ha gjorts i metoddelen och därmed kan det antas att studien skulle kunna replikeras med ett liknande resultat.

I VEN-yttrandet rekommenderades en inlåst USB-sticka framför Google Drive för att lagra data på. Författarna upplevde att en USB-sticka är svår att hantera för mer än en person åt gången samt att datan blir fullt läsbar för obehöriga om stickan förloras. Då den personliga datan krypterats kan inte obehöriga läsa filerna och därmed valde författarna att molnlagring är att föredra. Vid diskussion med handledaren uppkom inga invändningar mot att Google Drive användes som lagringsmedia.

Resultatdiskussion

Ur resultatet framkom ett antal faktorer som påverkade kvinnans upplevelse av sin graviditet och förlossning i samband med sätesbjudning. Huvudsakligen efterlyste kvinnorna mer objektiv information och ett bemötande från vården som inte grundade sig i personliga åsikter gällande vaginala sätesförlossningar. Kvinnorna i studien beskrev att informationen som de fick var inriktad på att främst belysa risker med vaginal sätesförlossning och att de kände sig ifrågasatta av personalen inom vården när de önskade att föda vaginalt.

Kvinnorna i föreliggande studie uttryckte som ovan nämnt ett behov av mer information, både gällande vaginal förlossning och kejsarsnitt. Detta resultat stämmer väl med tidigare studier som presenterats i bakgrunden (Gutter et al., 2011; Homer, Watts, Petrovska, Sjostedt & Bisits, 2015), som beskriver samma problematik gällande riktad information och att vaginala sätesförlossningar lyfts fram som en stor risk. I föreliggande studie uttrycker kvinnorna även att de förväntades göra som läkaren sa på de sjukhus där vaginala sätesförlossningar inte var ett alternativ. De fick kämpa för sin önskan och upplevde många gånger ett otrevligt bemötande, vilket även Homer et al. (2015) belyser. I sin studie beskriver Homer et al. (2015) att kvinnorna upplevde ett gott bemötande när sjukhuset erbjöd vaginal förlossning och att de fick evidensbaserad information som inte var baserad på personalens personliga åsikter. Kvinnorna i studien av Homer et al. (2015) upplevde att valet var deras och uttryckte en rätt

till självbestämmande. Utifrån resultatet i föreliggande studie anser författarna att det stämmer överens med att kvinnorna kände sig mer delaktiga i sin vård när de uppgav att personalen respekterade kvinnornas önskemål och tog hänsyn till individen. Däremot uppgav kvinnorna en brist på den information som gavs, oavsett om bemötandet och inställningen från vården uppfattades som antingen negativ eller positiv.

För kvinnornas del i föreliggande studie, visade sig bristen på tillräcklig information bland annat genom att de sökte informationen på egen hand, bland annat på internet. Författarna till föreliggande studie anser att detta i viss mån hade kunnat undvikas genom att kvinnorna fått korrekt och evidensbaserad information av personal med tillräcklig kompetens. Det hade kunnat bidra till att den så kallade "skrämselpropaganda" gällande vaginala sätesförlossningar som kvinnorna i föreliggande studie upplevdes fanns, inte existerat i den mån det gör i nuläget.

Barnmorskans roll är en central roll i bemötandet för att stödja och stärka kvinnan och därmed se till att kvinnans rättigheter belyses (Barnmorskeförbundet, 2018). I barnmorskans etiska kod står att barnmorskan ska ta hänsyn till varje människas eget värde (ICM, 2014). Detta gör barnmorskan genom att tillgodose individens rätt till självbestämmande och möjliggöra delaktigheten i vården. Deltagarna i föreliggande studie beskrev att barnmorskorna uttryckte en rädsla och stress när kvinnorna önskade föda vaginalt, detta till följd av kunskapsbrist hos barnmorskor och läkare. Sett till barnmorskans etiska kod har studiens deltagare inte blivit bemötta och omhändertagna på det sätt som de bör. I kompetensbeskrivning för barnmorskor från Barnmorskeförbundet (2018) står att komplicerad graviditet och förlossning bör kunna handläggas, vilket vaginala sätesförlossningar i dagsläget räknas till. Detta bör enligt författarna vara en tillräcklig motivering för att kunskapen gällande vaginala sätesförlossningar bör ökas och möjligheten till vaginala sätesförlossningar erbjudas på landets alla kliniker.

Trots att kvinnans rätt till självbestämmande har en central roll ska inte riskerna med en vaginal sätesförlossning negligeras. Kvinnorna i studien blev väl informerade om att vaginala sätesförlossningar är förenade med en ökad risk för barnet. Herbst et al. (2005) rekommenderar att alla gravida bör informeras om de risker som finns för barnet vid en vaginal sätesförlossning. Däremot reagerade båda författarna och informanterna på att kejsarsnitt lyfts fram som en "enkel utväg" och ett okomplicerat ingrepp av vården, när det i

själva verket är en stor operation som även den kan leda till komplikationer. Det är därför av största vikt att kvinnor som rekommenderas planerat kejsarsnitt informeras om de risker som ett kejsarsnitt kan medföra, vilket även Socialstyrelsen (2018) och Herbst et al. (2005) skriver.

Ett mål att sträva mot, som kvinnorna i studien uttryckte är att normalisera sätesbjudningar, främst genom att vården ändrar sin inställning. Trots att mellan tre till fyra procent av barnen ligger i sätesbjudning (Socialstyrelsen, 2015), finns det enligt kvinnorna i föreliggande studie en generell uppfattning om att barnet ligger "fel" och att det inte går att föda vaginalt. Kvinnorna med diagnostiserad sätesbjudning bör enligt författarna istället få informationen om att det är något som kan inträffa, och även att det är fullt möjligt att planera för en vaginal förlossning, förutsatt att ett antal kriterier uppfylls. Även här anser författarna att information är av stor vikt, dels för att kvinnan ska kunna ta ställning till om hon vill genomgå ett vändningsförsök och dels för att kunna förbereda sig för kommande förlossning. Deltagarna i studien upplevde vändningsförsöket som både obehagligt och smärtsamt och skulle inte välja att gå igenom det igen. De beskrev även de som onödigt då de redan var inställda på vaginal förlossning. En negativ psykisk påverkan till följd av ett misslyckat vändningsförsök belyser Menakaya och Trivedi (2013) i sin studie. I deras studie beskrev kvinnorna som genomgick ett vändningsförsök utöver smärta och obehagskänslor, dåligt samvete och en känsla av att ha gjort något fel mot sitt barn.

Kvinnorna i studien upplevde stöd från barnmorskan i större utsträckning än från läkaren och till följd av detta önskade kvinnorna att informationen huvudsakligen skulle ges av barnmorska. Under graviditet och förlossning är det främst barnmorskan som träffar kvinnorna och bidrar därför med en viktig roll att stötta och stärka kvinnans rätt till självbestämmande (Barnmorskeförbundet, 2018), vilket även belyses i modellen av Berg, Olafsdottir & Lundgren (2012). I modellen lyfts vikten av att som barnmorska skapa en känsla av tillit och kunna möta varje kvinnans enskilda behov. I en kvantitativ studie gjord i Australien av Grimes, Forster och Newton (2014), undersöktes vilka informationskällor gravida kvinnor främst använde och fann mest användbara. Likt kvinnorna i denna studie fick kvinnorna i studien av Grimes et al. (2014) information av bland annat barnmorska, läkare, familj, böcker och internet. De som gick till en barnmorska för kontroller under graviditeten uppgav att barnmorskan var den mest användbara informationskällan, medan de som vårdades av obstetriker/läkare under graviditeten tyckte internet var den mest användbara

informationskällan. Detta styrker resultatet att kvinnorna föredrar att få informationen av en barnmorska. Det utesluter dock inte att läkare kan ge information, men att en barnmorska kan vara involverad i planeringen av förlossningssätt, då det idag oftast sker i anslutning till vändningsförsöket. Då läkare har det övergripande medicinska ansvaret anser författarna att en konflikt mellan professionerna kunnat uppstå om barnmorskorna går mot läkarnas syn och rekommendationer. Det mest optimala bör vara att barnmorskor och läkare istället har samma inställning, samma kunskap och utgår från samma evidens, anser författarna. Detta skulle kunna bidra till ett starkare teamarbete och att kvinnans självbestämmande hamnar i fokus för alla delaktiga.

Konklusion och implikationer

Delaktighet främjade en positiv upplevelse för kvinnorna. För att barnmorskan ska kunna tillgodose kvinnornas rätt till självbestämmande och möjliggöra delaktighet inom vården krävs det att kunskapen gällande vaginala sätesförlossningar utvecklas. Detta i sin tur skulle bidra till att kvinnorna med ett barn i sätesbjudning få en mer korrekt information, ett tryggare bemötande och bättre stöd genom sin graviditet och förlossning.

Det krävs enligt *Patientlagen* (PL, SFS 2014:821), att alla åtgärder inom vården ska ske med informerat samtycke från patienten. Det innebär att kvinnorna har rätt till att få all information och vården bör öppna upp för kvinnan att vara delaktig. Detta gäller vid både val av förlossningssätt samt vid vändningsförsök. Vändningsförsök är frivilliga och kan vara ett alternativ för personalen att erbjuda om kvinnan inte vill föda vaginalt vid sätesbjudning, då ett vändningsförsök ger en möjlighet att undvika ett kejsarsnitt. Informationen om olika förlossningssätt och tillvägagångssätt/rutiner bör därför ges innan vändningsförsök och inte efter som det görs idag. Ett förslag är att barnmorskor inom mödrahälsovården ska kunna ge allmän information om detta.

De kriterier som finns för att en vaginal förlossning ska övervägas, finns av anledningen att sätesförlossningar ska ske med så liten risk som möjligt. För kvinnor tillräcklig och evidensbaserad information om både risker med en vaginal förlossning och ett kejsarsnitt, bör valet vara kvinnans. För att det ska bli möjligt bör resurser läggas på att utbilda personal och därmed bidra till att personalen känner trygghet i handläggningen av vaginala sätesförlossningar. Om sjukhusets personal saknar erfarenhet och kompetens för att tillgodose

detta bör det ligga i deras intresse att informera kvinnan om andra sjukhus för att hjälpa de vidare.

Referenser

Algovik, M. (2016). Sätesförlossning. I H. Lindgren, K. Christensson, & A-K. Dykes. (Red) *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde*. (1:2 uppl, s. 583–586). Lund: Studentlitteratur.

Andolf, E., Bottinga, R., Larsson, C., Lilja, H., Wennerholm, U-B., & Stjernholm, Y. V. (2010). *Maternella långtidseffekter av kejsarsnitt*. (SFOG, ARG-rapport nr 65). Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.

Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. (3 uppl). Lund: Studentlitteratur.

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

Berg, M., Ólafsdóttir, A. O., & Lundgren I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care. In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 3(2), 78-87. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.001.

Björkman, S. (2018, 3 april). Pendeln har vänt – allt fler barn i säte föds vaginalt. *Vårdfokus*. Hämtad 6 december 2018 från <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2018/april/pendeln-har-vant-allt-fler-barn-i-sate-fods-vaginalt/>

Glasø, A. H., Sandstad, I. M., & Vanky, E. (2013). Breech delivery - what influences on the mother's choice? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(9), 1057-1062. doi: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aogs.12183>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Grimes, H. A., Forster D. A. & Newton M. S. (2014). Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*, 30(1), 26-33. doi: 10.1016/j.midw.2013.10.007

Gutter, M-J., Bonnet, J., Jarabo, G., Boulvain, M., Irion, O., & Hudelson, P. (2011). Breech presentation and choice of childbirth; a qualitative study of women's experiences. *Midwifery*, 27(6), 208-213. doi: 10.1016/j.midw.2010.08.008.

Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hewson, S. A., Hodnett, E. D., Saigal, S., & William, A. R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet*, 356(9239), 1375-1383.
<http://resolver.ebscohost.com/ludwig.lub.lu.se/openurl?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:11052579>

Hellsten, C., Lindqvist, P. G., & Olofsson, P. (2003). Vaginal breech delivery: is it still an option? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 111(2), 122-128.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211503001891?via%3Dihub>

Herbst, A. (2014). Sätesbjudning och sätesförlossning. I H. Hagberg, K. Maršál & M. Westgren. (Red) *Obstetrik*. (2:3 uppl, s. 505-512). Lund: Studentlitteratur.

Herbst, A., & Swedish Collaborative Breech Study Group (2005). Term breech delivery in Sweden: mortality relative to fetal presentation and planned mode of delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 84(6), 593-601.
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.0001-6349.2005.00852.x>

Herbst, A., & Thorngren-Jerneck, K. (2001). Mode of delivery in breech presentation at term: Increased neonatal morbidity with vaginal delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica*

Scandinavica. 80(8), 731-737. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1034/j.1600-0412.2001.080008731.x>

Homer, C., Watts, N. P., Petrovska, K., Sjostedt, C. M., & Bisits, A. (2015). Women's experiences of planning a vaginal breech birth in Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 15:89. doi: 10.1186/s12884-015-0521-4

ICM (2014). International Code of Ethics for Midwives. Hämtad från <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/english-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3 uppl). Lund: Studentlitteratur.

Källen, K. (2010). *Den ökade andelen kejsarsnittsförlossningar och dess orsaker 1973–2009*. (SFOG, ARG-rapport nr 65). Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.

Lövskog, L-M., & Orest, H. (2013). *Vaginal sätesförlossning – Barnmorskors synpunkter*. (Examensarbete, Göteborgs Universitet, Göteborg). Hämtad från <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/34963>

Menakaya, U.A., Trivedi, A. (2013). Qualitative assessment of women's experiences with ECV. *Women and birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 26(1), 41–44. doi: 10.1016/j.wombi.2012.09.001

Nilsson, C. (2012). *Förlossningsrädsla med fokus på kvinnors upplevelser av att föda barn*. (Doktorsavhandling, Linnéuniversitetet, Växjö, 92/2012). Hämtad från <http://lnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A530765&dswid=9608>

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen - Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3 uppl). Stockholm: Liber.

Parissenti, T. K., Hebisch, G., Sell, W., Staedele, P. E., Viereck, V., & Fehr, M. M. (2017). Risk factors for emergency caesarean section in planned vaginal breech delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295(1), 51-58. doi: 10.1007/s00404-016-4190-y

Patientlag (SFS 2014:821). Hämtad från Riksdagens webbplats:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) Hämtad från Riksdagens webbplats:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) Hämtad från Riksdagens webbplats:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204

SFOG. (2011). *Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan* (Rapport 2011:09). Hämtad från
<https://www.sfog.se/media/336234/nationella-indikationer-kejsarsnitt-moderns-onskan.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2014 – Assisterad befruktning 1991–2013*. Hämtad från
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20009/2015-12-27.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Komplikationer efter förlossning*. Hämtad från
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-5-20.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2017*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-5-2.pdf>

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4 uppl). Lund: Studentlitteratur.

Uvnäs Moberg, K. (2009). *Närhetens hormon oxytocinets roll i relationer* (1 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Vistad, I., Cvancarova, M., Hustad, B. L., & Henriksen, T. (2013). Vaginal breech delivery: results of a prospective registration study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *13*:153. doi: 10.1186/1471-2393-13-153.

Watts, N. P., Petrovska, K., Bisits, A., Catling, C., & Homer, C. S. E. (2016). This baby is not for turning: Women's experiences of attempted external cephalic version. *BMC Pregnancy and Childbirth*. *16*:248. doi 10.1186/s12884-016-1038-1.

WMA - world medical association. (2013). Helsingforsdeklarationen. Hämtad från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Båda författarna i föreliggande studie har deltagit i samtliga moment. Datainsamlingen, transkribering samt kodning har gjorts separat, samtliga intervjuer har dock lästs av båda författarna för att stämma av och nå konsensus.

Intervjuguide

Inledning

Syfte

Studiens syfte är att undersöka de kvinnors upplevelse som önskat föda vaginalt trots sätesbjudning, i val av förlossningssätt och i samband med förlossning.

Information

Inhämta informerat samtycke och underskrift/muntligt samtycke via inspelning.
Skriftlig och muntlig information om studien.

Intervju

Bakgrundsfrågor

Hur gammal är du?

Hur många år sedan är det du födde barn?

Var födde du barn?

Var det ditt första barn?

Intervjufråga

Vill du berätta för mig om dina upplevelser i samband med att du fick diagnos sätesbjudning i samband med graviditeten?

Var har du för upplevelse av tiden från det att sätesbjudning diagnostiserades och fram till förlossningen?

Följdfrågor

Hur kände du?

Hur reagerade du?

Kan du berätta mer...?

Hur menar du...?

Vad hände?

Vad hade du för tankar?

Vad hade du för förväntningar på...?

Hur tänker du idag om det du berättat om?

Hur känner du idag gällande graviditeten och förlossningsupplevelsen?

Finns det något som kunde gjorts annorlunda?

Hur kände du dig bemött?

Finns det något du vill tillägga?

Avslutning

Finns det något du anser att jag glömt fråga om?

Översikt över deltagare

Deltagare		Tid sedan förlossningen	Sjukhuset tillät vaginala sätesförlossningar	Förlossningssätt
D1	Omföderska	2 år	Nej	Kejsarsnitt pga sjukhusets rutiner
D2	Omföderska	1 år	Nej	Kejsarsnitt pga sjukhusets rutiner och för litet bäckenmått
D3	Förstföderska	9 månader	Ja	Kejsarsnitt pga preeklampsi
D4	Omföderska	5 år	Ja (omföderskor)	Kejsarsnitt pga tvärläge och vattenavgång
D5	Omföderska	6 månader	Nej	Kejsarsnitt pga sjukhusets rutiner och för litet bäckenmått
D6	Förstföderska	3 år	Ja	Vaginal
D7	Förstföderska	3år	Nej	Kejsarsnitt pga sjukhusets rutiner
D8	Förstföderska	4 månader	Ja	Kejsarsnitt pga högt laktat
D9	Förstföderska	3 år	Ja	Vaginal
D10	Omföderska	12 dagar	Ja	Vaginal
D11	Omföderska	4år	Ja	Vaginal
D12	Förstföderska	<1 år	Ja	Vaginal
D13	Omföderska	2år	Ja	Vaginal
D14	Omföderska	4 år	Ja (omföderskor)	Vaginal
D15	Förstföderska	2 år	Ja	Vaginal