



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Barnmorskans erfarenhet av att bevara den normala
förlossningen normal

En intervjustudie

The midwife's experience of maintaining the normal childbirth normal

An interview study

Författare: Felicia Bergendahl & Nora Tinteanu

Handledare: Li Thies-Lagergren

Magisteruppsats

Våren 2021

Antal ord: 8803

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

Abstrakt

Bakgrund: I Sverige saknas det idag ett nationellt styrdokument/riktlinje för normal förlossning vilket innebär att barnmorskor beroende på arbetsplats har olika förutsättningar för att handlägga normal förlossning. *Normal förlossning* är ett subjektivt begrepp och det finns ingen konsensus gällande innebörden vare sig nationellt eller globalt. Det medför utmaningar för alla personalkategorier inom förlossningsvården och risk för att den födande kvinnan undanhålls likvärdiga förutsättningar för en normal förlossning inom Sverige.

Syfte: Att utforska barnmorskans erfarenhet av att bevara den normala förlossningen normal.

Metod: En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats användes. Tolv barnmorskor verksamma på tre förlossningsavdelningar i södra Sverige intervjuades. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen resulterade i tre kategorier; *att stödja den fysiologiska processen, organisatoriska begränsningar* samt *att behöva förhålla sig till andra*. Barnmorskorna hade genom sin kompetens olika redskap för att stödja den fysiologiska förlossningsprocessen. Ett antal organisatoriska begränsningar framkom som kunde härledas till en medicinskt styrd förlossningsvård. Olika resonemang kring normal förlossning påverkade barnmorskans arbete inom området.

Konklusion: Förlossningsvårdens fragmenterade organisation i Sverige har svårt att möjliggöra för barnmorskor att tillgodose den födandes och dess partners behov.

Barnmorskorna kunde inte alltid arbeta utifrån sin kompetens och deras självbestämmande blev därmed påverkat.

Nyckelord

barnmorska, normal förlossning, erfarenhet, kvalitativ metod

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	5
Barnafödande ur ett svenskt historiskt perspektiv.....	5
Förlossningsorganisation i Sverige och världen	7
Definitioner och begrepp	7
Normal förlossning enligt Världshälsoorganisationen (WHO)	7
Normal förlossning enligt International Confederation of Midwives (ICM)	8
Partogram	8
Styrdokument och PM	8
Riskbedömning av förlossningen.....	8
Främjandet av det normala förlossningsförloppet.....	9
Barnmorskors upplevelse av normal förlossning	10
Syfte	11
Metod	11
Urval	12
Instrument	12
Datainsamling	13
Analys av data.....	14
Forskningsetiska avvägningar.....	15
Resultat.....	16
Att stödja den fysiologiska processen	16
Barnmorskans kompetens.....	16
Vikten av en god relation.....	17
Att skapa de rätta förutsättningarna.....	18
Organisatoriska begränsningar.....	19
Det medicintekniska paradigmets kraft	19
När tiden inte räcker till.....	20
En ogynnsam förlossningsmiljö	21
Att behöva förhålla sig till andra.....	21
Normal - ett flertydigt begrepp.....	21

Avdelningskulturens inflytande.....	22
Att bli styrd och låta sig styras	23
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Urval	24
Instrument.....	25
Datainsamling	25
Analys.....	26
Resultatdiskussion.....	27
Konklusion och implikationer	31
Referenser.....	32
Arbetsfördelning	37
Bilaga 1	38
Intervjuguide.....	38

Problemområde

I Sverige ansvarar barnmorskan för och handlägger självständigt den normala förlossningen och enligt Patientlagen (2014:821) ska verksamheten bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. I Sverige saknas det idag ett nationellt styrdokument/riktlinje för normal förlossning vilket innebär att barnmorskor beroende på arbetsplats har olika förutsättningar för att handlägga normal förlossning, då de påverkas av lokala riktlinjer och PM (Larsson, 2016). Begreppet *normal förlossning* är subjektivt och kan tolkas olika både inom professionen men även mellan barnmorska och obstetriker, samt beroende på vilken arbetsplats barnmorskan arbetar på (Socialstyrelsen, 2001). På grund av begreppets subjektivitet råder det ingen konsensus gällande innebörden vare sig nationellt eller globalt (Världshälsoorganisationen [WHO], 2018). Det medför utmaningar för alla personalkategorier inom förlossningsvården (Socialstyrelsen, 2001) och risk för att den födande kvinnan undanhålls likvärdiga förutsättningar för en normal förlossning inom Sverige. Av denna anledning anses det vara betydelsefullt att utforska barnmorskans erfarenhet av att bevara den normala förlossningen normal. Avsikten är inte att försöka definiera begreppet, däremot samla mer data kring ämnet för att bredda forskningsområdet.

Bakgrund

Barnafödande ur ett svenskt historiskt perspektiv

Barnmorskan, som under medeltiden kallades för jordgumma, är troligtvis världens äldsta kvinnoyrke (Höjeberg, 2009). Deras kunskap baserades på traditionell läkekonst men kvinnorna skulle även inneha en förvärvad eller medfödd klokhet. Jordgummans uppgift var att förlösa kvinnan och händelsen ansågs vara en kvinnoangelägenhet där inga män var tillåtna i det slutna rummet. Under förlossningen samlades också andra kvinnor för att tillsammans med barnmorskan stötta den födande. Dåtidens barnmorskor delade erfarenheter med varandra för att utöka sina färdigheter då det inte fanns några böcker som skildrar förlossningskonst skrivna (Höjeberg, 2009).

Barnmorskan har vårdat kvinnor sedan historisk tid (Lundgren, 2016). Först som traditionellt utbildad, som innebar att de lärde sig av tidigare barnmorskor, och sedan i början av 1700-talet i Sverige också som formellt utbildad. Utbildningen formaliserades och reglerades för att bidra till att sänka mödra- och barnamortaliteten och sjukligheten. Det saknas historiska dokument som beskriver vanliga förlossningar i hemmen och vad som hände i det enskilda rummet. På så vis blev normal förlossning osynliggjort i vetenskapliga sammanhang och den kunskap som barnmorskor ägde och förmedlade förblev en "tyst kunskap". Tyst kunskap innebär att göra något genom att lita till sin egen medvetenhet och som bygger på förfluten aktivitet (Lundgren, 2016). Vidare kan begreppet innebära att man lär sig tysta färdigheter genom observation, imitation och övning (Nonaka & Takeuchi, 2007). Det blir en del av personens tysta kunskapsbas. Kunskapen kräver erfarenhet och är svår att förstå och föra vidare från en person till en annan (Nonaka & Takeuchi, 2007).

Under första hälften av 1900-talet har vårdandet professionaliserats och institutionaliserats vilket har varit en nyckelfaktor för att etablera den medicinska vetenskapen (Lundgren, 2016). Normala förlossningar blev barnmorskans professionella område medan komplikationer blev fokus för den framväxande medicinska förlossningskonsten. Stockholm var först i världen med att ha en majoritet av sjukhusförlossningar. År 1940 skedde 65% av alla förlossningar på sjukhus och hela 95% endast tio år senare (Lundgren, 2016). Barnmorskans arbetsområde skiljer sig åt från obstetrikerns där professionens tyngdpunkt ligger på sjukdom och medicinska komplikationer (Socialstyrelsen, 2001). Grunden för arbetet är dock densamma och bygger på kunskapen om det normala förlossningsförloppet (Socialstyrelsen, 2001). Barnmorskor jobbar ofta ihop med läkare som utgår från en annan ideologi (Hallsdorsdottir & Karlsdottir, 2011). Auktoriteten som läkarna har kan ge stora krav på barnmorskornas balansgång om de är tvungna att arbeta enligt en annan ideologi än deras egen profession (Hallsdorsdottir & Karlsdottir, 2011). Enligt Dickson barnmorsketeori i Wallén (1996) betraktas förlossningen som en naturlig händelse och fokuserar på att stärka kvinnor i sin förmåga att föda barn. På grund av ökningen av interventioner under förlossningen (Downe, 2006) har International Confederation of Midwives (ICM, 2017) ändrat definitionen av barnmorskors profession och lade till "att främja normal förlossning".

Förlossningsorganisation i Sverige och världen

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2019:996) är det i Sverige regionerna som ansvarar för förlossningsvården. Inom flera regioner finns det möjlighet för kvinnor att välja vilken förlossningsklinik de vill föda på i mån av plats. Tidigare fanns det i Sverige även en barnmorskeledd enhet (Södra BB) i Stockholm som stängdes 2016. Planerad hemförlossning ingår inte i det svenska sjukvårdssystemet, dock väljer ungefär en på 1000 kvinnor att föda i hemmet (Sjöblom et al., 2006). I de flesta delarna av landet behöver kvinnor som planerar att föda i hemmet finansiera och ombesörja en barnmorska själv (Sjöblom et al., 2014). I Region Västerbotten ges kvinnor som uppnått ett antal kriterier möjligheten att erhålla landstingsfinansierad hemfödelse (Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2019). Sedan februari 2020 har en ny avtalsform möjliggjort hemförlossningar via vårdvalet även inom Region Stockholm (Karolinska Universitetssjukhuset, 2020).

Det varierar vilken förlossningsvård som erbjuds i världen. I vissa låginkomstländer saknar kvinnor tillgång till barnmorska och förlossningsvård medan i andra finns det flera valmöjligheter såsom förlossning på sjukhus, barnmorskeledda enheter samt statligt finansierade hemförlossningar (UNFPA, 2014; Borquez & Wiegers, 2006; RCOG, 2007).

Definitioner och begrepp

Ordet *normal* betyder enligt Gould (2000) att något är vanligt eller ofta förekommande i en situation. Det kan också ha betydelsen att en person är fysiskt och psykiskt hälsosam samt att alla delar i kroppen arbetar i harmoni och är i fas med varandra. Normalitet ligger nära det naturliga men också det mest vanligt förekommande i just det landet och kulturen (Socialstyrelsen, 2001; WHO, 1996).

I Sverige har det tidigare funnits en gemensam definition av normal förlossning utgivet av Socialstyrelsen (2001), men som inte längre är giltigt. Idag är det upp till varje region att definiera begreppet normal förlossning (Larsson, 2016).

Normal förlossning enligt Världshälsoorganisationen (WHO)

Normal förlossning innebär att värkarbetet startar spontant, enkelbörd, barnet föds spontant i huvudbjudning mellan 37 och 42 graviditetsveckor och mor och barn mår bra efter

förlossningen (WHO, 1996). Hela förlossningen ska ha en frånvaro av medicinska riskfaktorer och instrumentella interventioner för att inte påverka det normala förloppet (WHO, 1996).

Normal förlossning enligt International Confederation of Midwives (ICM)

I ICM's (2014) definition ses normal förlossning som en dynamisk process som påverkas av fostrets och moderns fysiologiska och psykosociala kontext. Förlossningen sker spontant där barnet föds i framstupa kronbjudning utan kirurgisk-, medicinsk- eller farmakologisk intervention (ICM, 2014).

Partogram

Ett *partogram* är en grafisk registrering av ett förlossningsförlopp och som används för att underlätta bedömning av förlossningens progress, där huvudets nedträngning och modernmunnens öppningsgrad markeras mot en tidsaxel (Lundborg et al., 2020).

Styrdokument och PM

Enligt Patientlagen (2014:821) ska arbetet bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och så långt som möjligt genomföras i samråd med patienten. Barnmorskans arbete regleras av både internationella och nationella styrdokument men även av ett antal lokala riktlinjer och PM (Larsson, 2016). Det är arbetsgivaren som ansvarar för att riktlinjerna hålls uppdaterade i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, men det är också upp till varje barnmorskas enskilda ansvar att känna till aktuella dokument. Det är viktigt att barnmorskor har huvudansvaret för att utfärda PM gällande riktlinjer som faller inom barnmorskans egna kompetensområde (Larsson, 2016). I Region Skånes (2018) regionala riktlinjer för normal förlossning är det tre barnmorskor och en överläkare som anges som huvudansvariga, för att nämna ett exempel.

Riskbedömning av förlossningen

Barnmorskan ska redan vid graviditetens början göra en riskbedömning som kontinuerligt utvärderas till och med förlossningens slut (Region Skåne, 2021). Det finns i Sverige ett nationellt underlag där syftet med en riskbedömning vid ankomst till förlossningsenheten är att tillhandahålla vård på rätt nivå (Stjernholm et al., 2020). Riskbedömningen ska göras

kontinuerligt under förlossningen, minst en gång per arbetspass och ska dokumenteras i patientens journal. Lågrisk (grön patient) innefattar graviditetsvecka 37+0 – 41+6, enkelbörd med barn i huvudbjudning, spontant värkarbete eller vattenavgång med klart fostervatten som startar med spontana värkar. För att förlossningen ska bedömas vara lågrisk ska kriterier som, normala fosterljud, blodtryck < 140/90mmHg, ingen känd sjukdom eller komplikation hos kvinnan eller foster som kan påverka förlossningsförloppet vara uppfyllda (Stjernholm et al., 2020). Även om värkarbetet och förlossningen i sig kan vara normala vid högriskgraviditeter kan inte dessa klassificeras som normala förlossningar (WHO, 1996).

Främjandet av det normala förlossningsförloppet

För att bekräfta att mor och barn mår bra och att förlossningen fortskrider utan komplikationer behöver barnmorskan göra iakttagelser under hela förloppet (Lindgren et al., 2014). Detta genom att använda sina händer, sina sinnen och vid behov medicinsk teknik. Förlossning på sjukhus innebär alltid användning av medicinsk teknik, oberoende risknivå. En bedömning görs genom att iaktta den födande kvinnans beteende och lyssna till hennes egen beskrivning av vad som händer. Hur många undersökningar som utförs beror på progress och hur länge kvinnan befinner sig på förlossningsavdelningen (Lindgren et al., 2014). Enligt Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) barnmorsketeori är det professionellt omhändertagande, kompetens och visdom och barnmorskans personliga och professionella utveckling som tillsammans utgör barnmorskans professionalitet. De framhåller även i sin teori att barnmorskan ska vara varm, öppen och mottaglig för kvinnan. Att vara lyhörd för hennes känslor och ge lämpligt emotionellt stöd. Barnmorskan ska även kunna känna igen när förlossningsprocessen upphör att vara normal och veta hur man ska gå tillväga (Halldorsdottir och Karlsdottir, 2011).

En översiktsartikel av Bohren et al. (2017), som inkluderade data insamlat från 15,858 kvinnor, visade att kontinuerligt stöd under förlossningen kan förbättra utfallet för kvinnor och spädbarn. Resultatet pekade mot ett ökat antal spontana vaginala förlossningar, kortare förlossningsarbeten, minskat antal kejsarsnitt och instrumentella förlossningar. Användningen av farmakologisk smärtlindring minskade, likaså frekvensen av låga fem minuters Apgar-poäng och negativa förlossningsupplevelser (Bohren et al., 2017). Barnmorskans närvaro hos kvinnan var en betydande faktor för att främja normal förlossning i en kvalitativ studie av Kennedy & Shannon (2004). Barnmorskorna såg förlossningen som något normalt och försökte överföra det till kvinnorna genom att prata om normalitet och vad kroppen är menad

att göra och att bekräfta att det som kvinnan gjorde var rätt. Även om förlossningen var lång och smärtsam strävade barnmorskorna efter att få kvinnan att förstå att det var normalt. Barnmorskorna skapade en närvaro genom att lära sig att sitta i förlossningsrummet Kennedy & Shannon (2004). En annan kvalitativ studie från Sverige visade att barnmorskan främjade den normala förlossningen genom att bygga upp tillit med kvinnan och hennes partner (Thelin et al., 2014). Barnmorskorna hade en stark tilltro till kvinnans kapacitet att föda och agerade som en guide som följde kvinnan utan att ta över. Resultatet pekade vidare på att barnmorskan bör vara modig och våga möta kvinnan och stanna i ögonblicket och att förmedla känslor av lugn och säkerhet, men också stärka föräldrarna i sitt beslutsfattande. En tillförlitlig relation kunde uppnås genom att dela barnmorskans professionella kunskap om förlossningen tillsammans med föräldrarna för att gemensamt skapa en ny, unik kunskap (Thelin et al., 2014).

Det normala förlossningsförloppet har de bästa förutsättningarna att fortskrida utan komplikationer om kvinnan kan slappna av och följa med i värkarbetet (Lindgren et al., 2014). Förlossningens förlopp påverkas negativt av stress. En lugn och trygg miljö skapar de bästa förutsättningarna för en normal förlossning. Interventioner eller ingrepp som görs under en normal förlossning kan i sig leda till komplikationer, det är därför viktigt att alltid ha klart för sig vad indikationen för ett planerat ingrepp är. I Sverige anses att ett normalt förlopp kan föreligga trots användandet av till exempel epiduralbedövning och värkstimulerande medel (Lindgren et al., 2014).

Barnmorskors upplevelse av normal förlossning

Det finns ett fåtal studier genomförda i en svensk kontext som belyser barnmorskors upplevelse av normal förlossning som har visat att barnmorskor har olika uppfattning av vad en normal förlossning innebär och att obstetrikerna har ett annat synsätt på normal förlossning (Höier & Sundberg, 2016). En fokusgruppsdiskussion med 10 deltagare utförd i Sverige visade att det som är vanligt förekommande för just den arbetsplatsen blir normalt och barnmorskor känner sig styrda att agera på ett visst sätt vid en normal förlossning (Höier & Sundberg, 2016). Enligt en kvalitativ ostrukturerad intervjustudie från England med 37 deltagare, kan det vara en risk för att barnmorskan blir läkarens assistent istället för att finnas där för kvinnan (Bluff och Holloway, 2008). Gould (2000) har i sin begreppsanalys beskrivit att en del barnmorskor anser att den normala förlossningens faktorer kan definieras av den

födande kvinnan. Det kan enligt Gould (2000) bli problematiskt om barnmorskan låter kvinnan definiera vad en normal förlossning är, då det i sin tur kan bidra till att barnmorskor som grupp får det ännu svårare att definiera begreppet.

Medicinska interventioner som är vanligt förekommande har normaliserats och uppfattas ingå i normal förlossning (Höier & Sundberg, 2016). Även förlossningsavdelningarnas organisation och riktlinjer påverkar synen och handläggningen av normal förlossning (Höier & Sundberg, 2016). Miller et al. (2016) sammanfattar i en systematisk litteraturöversikt att det finns en ökning av interventioner inom förlossningsvården. Både fler och felaktiga interventioner har utförts utan någon evidens för att ha positiv effekt eller till och med varit skadliga (Miller et al., 2016). I en deskriptiv studie med 351 deltagare från Turkiet framkom det att medicinska insatser som genomfördes i hög takt påverkade kvinnors förlossningsupplevelse negativt (Çalik et al., 2018). Därmed bör en korrekt bedömning mot bakgrund av medicinska belägg göras innan man beslutar att det är absolut nödvändigt att ingripa i födelseprocessen (Çalik et al., 2018).

Syfte

Syftet var att utforska barnmorskans erfarenhet av att bevara den normala förlossningen normal.

Metod

En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats användes. Kvalitativ forskning används när man vill förstå upplevelser, erfarenheter och attityder och utgår ifrån att varje människa är unik och att människans verklighetsuppfattning formas och präglas genom hens tolkningar (Olsson & Sörensen, 2011). Induktiv ansats innebär en förutsättningslös, öppen analys utifrån i det här fallet intervju, med syftet att beskriva, upptäcka, tolka och försöka förstå det insamlade materialet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012; Wallén, 1996).

Urval

Ett strategiskt urval tillämpades för att finna en hög grad av variation gällande erfarenheter av den aktuella företeelsen (Chekol, 2012). Strategiskt urval är lämpligt att använda när deltagare med expertis inom ämnet som ska studeras önskas (Polit & Beck, 2006). Vid ett strategiskt urval finns det förutbestämda kriterier för vilka deltagare som ska ingå i studien för att få ut mycket data som kan svara på studiens syfte (Polit & Beck, 2006). Inklusionskriterier som valdes var legitimerade barnmorskor som vid tillfrågan arbetade på någon av de utsedda förlossningskliniker. Även barnmorskor med rotationstjänst mellan förlossning och BB var inkluderade. Deltagarna skulle ha erfarenheter och åsikter om det valda ämnet, då samtal enligt Wallen (1996) bör föras i ett sådant sammanhang där det man pratar om är aktuellt och att projektet är meningsfullt för de som berörs. Barnmorskor från tre olika förlossningsavdelningar i södra Sverige rekryterades. De barnmorskor som var yrkesverksamma och som uppfyllde inklusionskriterierna tillfrågades om deltagande. Fjorton deltagare uppfyllde inklusionskriterierna och visade intresse för att delta i studien. Antalet deltagare är beroende av den tid och de resurser som finns tillgängliga för undersökningen och bedöms vara rimligt för att svara på studiens omfattning och syfte (Kvale & Brinkmann, 2014). Detta resulterade sedan i att tolv barnmorskor intervjuades, dels på grund av tidsbrist men även relaterat till att mängden material bedömdes vara tillräckligt omfattande för att besvara studiens syfte. Antalet respondenter var jämt fördelade mellan de tre förlossningsavdelningarna.

Instrument

En intervjuguide användes i studien (bilaga 1). En intervjuguide är ett manus som mer eller mindre strängt strukturerar intervjuens händelseförlopp (Kvale & Brinkmann, 2014). En forskningsfråga kan undersökas genom flera intervjufrågor för att få en varierad information och närma sig ämnet ur olika synvinklar. För en semi-strukturerad intervju innehåller guiden en översikt över de ämnen som ska täckas in och förslag till frågor. Studien avgör om frågorna ska ha en särskild ordningsföljd som är bestämd på förhand eller om intervjuarens omdöme och känslighet får avgöra hur strikt guiden följs och hur mycket intervjuarens svar ska följas upp. Intervjuaren kan förklara syftet och ställa direkta frågor redan från början (Kvale & Brinkmann, 2014).

Datainsamling

Innan datainsamlingen påbörjades, inhämtades ett rådgivande yttrande (2020-06-15) från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN). Informationsbrev om studien skickades till samtliga verksamhetschefer för de tre kvinnoklinikerna tillsammans med en medgivandeblankett. Efter att medgivandeblanketten skrivits under av verksamhetscheferna kontaktades enhetscheferna som fick ett informationsbrev, brev till studiedeltagarna samt projektplanen. Enhetscheferna fungerade därefter som en mellanhand och mejlade till alla barnmorskor på respektive förlossningsavdelning. Mejlet bestod av ett informationsbrev till studiedeltagarna där studiens syfte, metod, inklusionskriterier samt tillvägagångssätt för samtycke framgick.

Informationsträffar hölls även på arbetsplatsträffar för att berätta om studien. En tillfällig brevlåda sattes upp i personalrummen på respektive förlossningsavdelningar och i anslutning till brevlådan fanns samtyckesblanketter med tillhörande informationsbrev till studiedeltagarna. Undertecknad samtyckesblankett innebar ett medgivande om att bli kontaktad för intervju. Aktuella respondenter kontaktades och fick själva bestämma lämplig tid och plats för intervjuerna. Respondenterna erbjöds även intervju via telefon eller Zoom/Skype. Alla intervjuerna genomfördes på respektive förlossningsavdelning under hösten 2020 och våren 2021 med en av författarna närvarande. Den första intervjun utvärderades gemensamt i direkt anslutning. Lika många intervjuer gjordes vardera. Intervjuerna var i genomsnitt 20 minuter långa och sträckte sig mellan 12-35 minuter. Intervjuerna spelades in med respondenternas samtycke för att sedan kunna avlyssnas och transkriberas ordagrant. Det inspelade samt det nedskrivna materialet förvarades avkodat på en inlåst plats hos den som utfört intervjun.

En semi-strukturerad intervju tillämpades (bilaga 1) där utgångspunkten är en öppen bred fråga (Dalen, 2015). En inledande öppen fråga ställdes till samtliga respondenter; *"Vill du berätta om din upplevelse och erfarenhet av att bevara den normala förlossningen normal?"* Respondenterna gavs därefter möjlighet att fritt berätta om sina upplevelser och erfarenheter. För att säkerställa att likvärdiga saker täcktes in fick intervjupersonerna hjälpfrågor om någon av de relevanta punkterna för studiens syfte inte spontant togs upp (Gillham, 2008). Sedan kunde även följdfrågor användas såsom *"kan du berätta mer?"*, *"har du något exempel?"*, *"vad kände du då?"* och *"vad upplevde du då?"* för att få uttömmande svar. Tillvägagångssättet medför ökad validitet och möjliggör att studiens syfte besvaras (Kvale & Brinkmann, 2014).

Analys av data

Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys utifrån Graneheim & Lundman (2004) med induktiv ansats. Denna analysmetod användes för att beskriva variationer genom att identifiera mönster i textinnehållet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). I varje text finns ett manifest innehåll och ofta ett latent innehåll. Det manifesta innehållet uttrycks på en beskrivande nivå i form av kategorier och det latent innehåll handlar om en texts underliggande mening, på en tolkande nivå (Graneheim & Lundman, 2004).

Intervjuerna transkriberades ordagrant och numrerades där varje siffra representerade en intervju. Materialet lästes flera gånger för att skapa en helhetskänsla. Analysen påbörjades genom att meningsbärande enheter som svarade på studiens syfte färgmarkerades. De meningsbärande enheterna kondenserades, vilket innebär att de kortades ner och fokuserade på budskapet. Kondenseringen utfördes först gemensamt för att se om det fanns samstämmighet och sedan kondenserades resterande intervjuer av den som utfört intervjun. De kondenserade enheterna kodades gemensamt. Den latent innebörden av varje kod tolkades fortlöpande och resulterade sedan i nio underkategorier och tre huvudkategorier. Flera gånger kontrollerades att det fanns samstämmighet mellan koder och kategorier även tillsammans med handledare. Hela analysprocessen utfördes gemensamt via ett delat dokument i Google Docs och till största del via telefonkontakt för att kunna diskutera fortlöpande.

Tabell 1: Exempel på analyschema

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
<i>”Men ibland kan det vara arbetsbelastningen, att man måste förlösa och då kanske det blir att man, jag vet att en del amniotomerar och sätter dropp för att man måste få förlösa för att man måste ha rummet ledigt.”</i>	Arbetsbelastningen kan vara ett hinder. En del amniotomerar och sätter dropp för att få rummet ledigt.	Interventioner pga hög arbetsbelastning	När tiden inte räcker till	Organisatoriska begränsningar
<i>”Jag försöker hålla det så normalt som det går men det är svårt när det är så medicinskt styrt.”</i>	Försöker hålla det normalt, svårt pga medicinskt styrt.	Barnmorskan blir hindrad pga medicinskt styrt	Att bli styrd och låta sig styras	

Forskningsetiska avvägningar

Studien har följt Helsingforsdeklarationens principer, som innebär att det var ett frivilligt deltagande och att respondenterna när som helst kunde avbryta sitt medverkande.

Studiedeltagarna anonymiserades och för att öka sekretessen nämns varken vilket sjukhus eller hur många som deltog från respektive sjukhus (Ohlsson & Sörensen, 2011).

Konfidentialitet är ett etiskt dilemma enligt Kvale och Brinkmann (2014) och därför avidentifierades intervjupersonerna när datainsamlingen transkriberades. Varje intervju kodades med ett nummer mot en kodlista som förvarades inlåst och avskilt från det inspelade materialet. Endast författarna hade tillgång till nyckeln samt lösenord till datorer (Henricsson & Billhult, 2017). Allt insamlat material kommer att raderas efter att examensarbetet blivit examinerat och godkänt, i enlighet med VEN-s riktlinjer.

Resultat

Totalt intervjuades 12 barnmorskor som under datainsamlingen var yrkesverksamma på tre olika förlossningsavdelningar i södra Sverige. Barnmorskorna var mellan 27 och 56 år gamla och hade mellan 9 månader till 20 års arbetserfarenhet på förlossningsavdelning. Analysen resulterade i tre kategorier med respektive underkategorier; *att stödja den fysiologiska processen*, *organisatoriska begränsningar* samt *att behöva förhålla sig till andra*.

Tabell 2: Tre kategorier med tillhörande underkategorier

Kategorier	Underkategorier
<i>Att stödja den fysiologiska processen</i>	Barnmorskans kompetens Vikten av en god relation Att skapa de rätta förutsättningarna
<i>Organisatoriska begränsningar</i>	Det medicintekniska paradigmets kraft När tiden inte räcker till En ogynnsam förlossningsmiljö
<i>Att behöva förhålla sig till andra</i>	Normal - ett flertydigt begrepp Avdelningskulturens inflytande Att bli styrd och låta sig styras

Att stödja den fysiologiska processen

Resultatet visar att barnmorskorna upplevde att de med sin kompetens hade olika redskap för att stödja den fysiologiska förlossningsprocessen. Det handlade om såväl fysiska, psykiska och relationella färdigheter, som de allteftersom de fick erfarenhet kunde utveckla. Dessa beskrivs närmre i underkategorierna; *barnmorskans kompetens*, *vikten av en god relation* och *att skapa de rätta förutsättningarna*.

Barnmorskans kompetens

Barnmorskornas kunskap och erfarenhet ansågs vara en bidragande faktor för att bevara den normala förlossningen normal. De poängterade att ”barnmorskeriet” kräver att utövaren

känner sig fram med händerna och utvecklar en fingertoppskänsla som kommer med erfarenhet.

Att göra rätt bedömning gällande aktiv/latensfas beskrevs som avgörande för att kunna bevara en normal förlossning. Om kvinnan bedömdes vara i latensfas, kunde det vara mer gynnsamt för henne att återvända hem och invänta aktiv förlossning där. Att ha en god kunskap i tolkning av värkstatus framhölls också vara ett viktigt verktyg.

Resultatet visade att med erfarenhet lärde de sig att förlossningen måste få ta tid, då normal progress kan variera från kvinna till kvinna. Barnmorskan måste ha tålamod i de naturliga pauserna som förlossningens normala förlopp kan ha. Det poängterades att barnmorskan bör inneha ett proaktivt tänk och vara förutseende. Vikten av att alltid ha ett syfte med det som görs betonades också för att inte ingripa i det normala förloppet i onödan.

”Jag tror att med mer erfarenhet kan man försöka göra det mer normalt med att man ser riskfaktorerna och kan därefter jobba mot att få ett normalt förlopp.” (Respondent 6)

Att föra en diskussion kring normal förlossning och reflektera i arbetsgruppen sågs som en bidragande faktor i utvecklandet av barnmorskornas kunskap och erfarenhet.

Utbildningsdagar och föreläsningar inom ämnet kunde också bidra till främjandet av den normala förlossningen. Att vara prestigelös och våga ta hjälp av kollegor, ansågs vara utvecklande för barnmorskans kompetens.

”Vi måste diskutera vad som är normalt för att kunna bevara det. En ny kollega hade kanske blivit skitnervös och hämtat ett värkförstärkande dropp för att det blir en liten värkpaus i slutet och undrat vad som är fel.” (Respondent 11)

Vikten av en god relation

Resultatet pekade på att en viktig del i förlossningsarbetet är relationen till kvinnan. Att skapa en tillitsfull relation och förtroende ansågs vara essentiellt för vägledningen genom förlossningen. Barnmorskans bemötande redan vid det första mötet med kvinnan var av stor betydelse. Ett varmt bemötande, kontinuerligt stöd och fortlöpande kommunikation med paret ansågs vara nödvändigt för att inge trygghet, lugn och att kvinnan skulle känna sig sedd. Ärlighet och samsyn var en annan betydelsefull aspekt inom barnmorskans och kvinnans relation.

*”Informerade kvinnor vill oftast ha normalt. Det handlar mycket om kommunikation.”
(Respondent 10)*

*”Det handlar i grunden väldigt mycket om att skapa en trygghet med familjen som kommer till oss. Att kvinnan känner sig trygg och bekväm i situationen. Har man en väldigt orolig och rädd kvinna framför sig som föder barn, är det svårare att skapa det här lugnet och tryggheten, att lyssna på och följa sin kropp, samt ta till sig den vägledning som vi kan ge.”
(Respondent 12)*

Det var viktigt att skapa en god sinnesstämning på rummet. Att involvera partnern upplevdes vara en bidragande faktor som skapade trygghet för kvinnan. Genom att vara närvarande på rummet kunde barnmorskans stötta kvinnan i den smärta hon upplevde och hjälpa henne att fokusera på nuet. Tyngdpunkten ansågs skulle ligga på kvinnans välmående och att stärka henne i att klara av att föda.

”Grunden i förlossningsarbetet är relationen till kvinnan. Att man får en bra relation där hon känner trygghet och där man involverar partnern som är den viktigaste personen för den födande kvinnan....Sen har jag en hög närvaro inne på rummet generellt förutom när jag har ett par som är så trygga att man nästan kan störa deras födande.” (Respondent 3)

Att skapa de rätta förutsättningarna

I resultatet framkom ett stort antal strategier som användes för att skapa de rätta förutsättningarna för att uppnå normal progress. Vikten av att främja den naturliga oxytocinproduktionen genom att skapa en lugn och trygg miljö betonades. Detta genom att ha dämpad belysning och rogvande musik, erbjuda massage, beröring och bad. Basal omvårdnad, såsom balans mellan vila och aktivitet, nutrition samt tömd urinblåsa och tarm framhölls vara av betydelse. Adekvat smärtlindring ansågs också vara viktigt för kvinnans avslappning och förlossningens progress. Barnmorskorna kunde erbjuda värme, dusch, sterila kvaddlar, TENS, akupunktur eller akupressur i smärtlindrande syfte.

”Det är viktigt med smärtlindring i förlossningssammanhang för att få förlossningen att gå framåt. Kan inte kvinnan slappna av händer det oftast ingenting.” (Respondent 7)

Resultatet underströk betydelsen av ett bra värkarbete för förlossningens normala progress och att hög närvaro på rummet var ett nödvändigt verktyg vid bedömning av värkstatus. Det ansågs vara barnmorskans ansvar att säkerställa god progress, framför allt om kvinnan fått en epiduralbedövning. De uppmuntrade till rörelse, utnyttja tyngdlagen på pall och motiverade kvinnan att göra lägesändringar regelbundet. Det kunde också vara positivt att involvera

partnern i utförandet av dessa praktiska övningar. Metoder för ”spinning baby” och ”rebozo” har börjat att införas mer och mer i arbetet kring att främja normal progress. Att inte börja krysta för tidigt samt att uppmuntra en upprätt förlossningsposition upplevdes bidra till ett mer naturligt krystskede och förlopp.

*”Värkarbetet är A och O. Vi borde bli bättre på att mäta värkstatus, lära oss vad som är ett bra värkarbete och få med kvinnan i att älska sina värkar istället för att motarbeta dem.”
(Respondent 8)*

Organisatoriska begränsningar

Ett antal organisatoriska begränsningar framkom i resultatet som kunde härledas till en medicinskt styrd förlossningsvård. Såväl lokala rutiner och riktlinjer, förlossningsrummens utformning som den höga arbetsbelastningen utgjorde ett hinder för barnmorskan att bevara den normala förlossningen normal. Dessa faktorer skildras i underkategorierna; *det medicintekniska paradigmets kraft, när tiden inte räcker till och en ogynnsam förlossningsmiljö.*

Det medicintekniska paradigmets kraft

I resultatet framgick det att barnmorskorna kände sig begränsade av arbetsplatsens rutiner och riktlinjer i att bevara den normala förlossningen. Förlossningsvården ansågs vara för medicinskt styrd. Det var svårt att behålla en patient grön då barnmorskorna aktivt behövde leta efter avvikelser genom kontinuerlig riskbedömning. Detta kunde leda till att kroppen inte fick en chans att föda i sin egen takt relaterat till för snabba interventioner.

”Det kan vara så att man vill bevara det normala och avvakta, eftersom allt har gått fint framåt innan, men att man blir hindrad av rutiner. Har en förstföderska varit fullvidgad i över en timme och huvudet inte står på bäckenbotten och kvinnan krystar, ja då slänger man in ett oxytocindropp.” (Respondent 9)

Partogram beskrevs som ett hinder, då barnmorskorna menade att det inte var utformat för att avgöra normal progress under normal förlossning. De upplevde att de inte alltid kunde utgå från partogram, då den endast tar hänsyn till öppningsgrad men inte nedträngandet av föregående fosterdel.

PM ansågs också vara begränsande för barnmorskor i att se helhetsbilden av kvinnan. Resultatet framhöll att det idag finns en låg tolerans för det normala. Ingripanden görs allt tidigare när progress enligt riktlinjerna avviker från det förväntade. Enligt PM upplevdes många förstföderskor behöva oxytocindropp för att föda inom den givna tidsramen och att det inte fanns någon möjlighet att ta hänsyn till de naturliga pauserna i förlossningsarbetet. De uttryckte en önskan att få vara med i större utsträckning och skriva mer tillåtande PM gällande normal förlossning tillsammans med läkarna.

”Vi använder inte PM som riktlinjer utan som fyrkantiga lådor som kvinnorna stoppas in i, istället för att se hela kvinnan.” (Respondent 8)

När tiden inte räcker till

Resultatet visade att barnmorskorna hade en stundtals mycket stressig arbetssituation, där personalbrist och hög arbetsbelastning rådde. Den basala omvårdnaden och omvårdnaden för att främja det naturliga oxytocinet hamnade i bakgrunden när de hade för mycket att göra. De hade inte tid att vara närvarande på förlossningsrummet för att stötta kvinna och partner i den utsträckning som de önskade. Det fanns inte heller något utrymme för barnmorskorna att handha en födande kvinna åt gången, ännu mindre att ha möjlighet att vara två vid själva framfödandet.

”Vi springer mellan våra kvinnor...När det är kaos här så är det inte roligt varken för den födande kvinnan eller barnmorskan. Försöker hålla lugnet men vi blir såklart också påverkade och hade önskat att få vara hos kvinnan under hela förlossningsförloppet.” (Respondent 2)

Vid platsbrist kände sig barnmorskorna pressade av andra barnmorskor och läkare att forcera förlossningarna för att frigöra utrymme på avdelningen. Det fanns ingen tid att ha patienterna ”liggandes på vänt”, vilket resulterade i diverse interventioner för att påskynda och därmed göra avsteg från det normala förlossningsförloppet.

”Arbetsbelastningen kan vara ett hinder. En del amniotomerar och sätter dropp för att få rummet ledigt.” (Respondent 1)

En ogynnsam förlossningsmiljö

I resultatet framkom att den befintliga miljön på förlossningsavdelningen kunde upplevas som ett potentiellt hinder för att bevara den normala förlossningen normal. En hämmande faktor som barnmorskorna uttryckte var förlossningsrummens utformning. Mer hemlika förlossningar ansågs kunna gynna barnmorskans arbete, då hemförlossning inte erbjuds inom regionerna där de intervjuade barnmorskorna var verksamma. Vikten av en lugn och avslappnande stämning på rummet för att främja det naturliga oxytocinet betonades. Inredning och möblering med bekväma soffor, saccosäckar och stämningsbelysning ansågs kunna påverka i stor utsträckning. Det som saknades mest var ett badkar på alla förlossningsrum med tillgång till lustgas och möjligheten till vattenförlossning. Att bada kunde vara en effektiv smärtlindringsmetod. Uppfattningen var att tillgängligheten eventuellt hade kunnat minska andelen kvinnor som fick epiduralbedövning och därmed värkstimulerande dropp, långdragna förlopp, sugklockor och blödningar.

”Ett hinder för att bevara det normala normalt är att man inte föder i vatten...Man drar istället upp dem, så får de ont, och så får de epidural och dropp istället. Badet är en bra smärtlindring.” (Respondent 1)

Att behöva förhålla sig till andra

I resultatet framkom att olika resonemang kring normal förlossning påverkade barnmorskans arbete inom området. De beskrev att de inte alltid kunde arbeta utifrån sin barnmorskekompetens och att deras självbestämmande därmed blev påverkat. Dels på grund av avdelningskulturen, de allt högre kraven från de födande kvinnorna men även relaterat till läkarnas oönskade inblandning i den normala förlossningen. Detta redogörs för i underkategorierna; *normal - ett flertydigt begrepp, avdelningskulturens inflytande och att bli styrd och låta sig styras.*

Normal - ett flertydigt begrepp

Resultatet visade att det råder olika uppfattningar kring begreppet normal förlossning. Både inom barnmorskeprofessionen men även mellan barnmorska och läkare. Samtliga personalkategorier inom förlossningsvården ansågs ha olika kunskaper och vara utbildade på olika sätt, vilket kunde bidra till olika resonemang kring vad som är normalt och inte. Dock inte nödvändigtvis kring definitionen av normal förlossning, utan även gällande uppfattningar

kring normal progress. Det beskrevs att det ofta finns en barnmorskesida kontra en läkarsida med olika synsätt, där man får mötas i mitten. I resultatet poängterades att det finns en skillnad på naturligt och normalt och att barnmorskorna försökte skilja begreppen åt. Några ansåg att inga interventioner kunde ingå i den normala förlossningen medan andra tyckte att vissa interventioner kunde göra det. En annan aspekt som berördes var att den födande kvinnans definition och upplevelse av normal förlossning också bör tas i beaktning.

”Vi är väldigt olika vi barnmorskor och har olika uppfattningar. Vissa är mer bestämda än andra. Vi jobbar på samma ställe, har samma mål men ändå tycker vi olika. Det kan vara jobbigt, och för kvinnorna också om en barnmorska som tar över gör tvärtemot det jag gjort.” (Respondent 10)

Avdelningskulturens inflytande

Resultatet beskriver att det idag är sjukare kvinnor med fler riskfaktorer i förlossningsvården, vilket resulterar i färre lågriskpatienter. Exempelvis kvinnor med högt BMI, induktioner och äldre förstföderskor ansågs försvåra omhändertagandet och att bibehålla det normala.

Barnmorskorna kunde bli vana vid handläggningen av medel- och högriskpatienter, vilket kunde medföra att de blev färgade i handläggningen av lågriskpatienter.

”Det är jobbigt ibland. Ibland blir jag ifrågasatt varför jag inte gjort vissa saker trots att det är en lågriskpatient, men det har blivit som en kultur att det görs för att man är van vid det.” (Respondent 10)

De hade svårare att stå emot och påverka förlossningen på inverkan av arbetsledande barnmorska och jourhavande läkare, då deras åsikt vägde tyngre. Det kunde ofta handla om att de ville att barnmorskan inverkade mer på förlossningsförloppet än vad barnmorskan själv hade tänkt, såsom att utföra vissa interventioner för att påskynda förlossningsförloppet. Barnmorskorna kunde ofta få frågor av kollegor om hur deras förlossningar går och hur lång tid det var kvar, vilket upplevdes som en stressfaktor. Barnmorskornas egna erfarenhet ansågs dock spela en roll i hur stor utsträckning de blev påverkade av avdelningens kultur.

”Ett stort hinder för att bevara den normala förlossningen normal är alla barnmorskekollegors åsikt. Vad dom tycker och vad dom säger till dig som ny. Du får inte göra vad du vill: för det är så man gör här.” (Respondent 10)

Att bli styrd och låta sig styras

En styrande faktor som framkom var läkare och deras inblandning i den normala förlossningen. Barnmorskorna menade på att de inte ser helheten, då de inte är närvarande hos de födande på samma vis. De undvek att involvera läkare i den normala förlossningsprocessen då risken för att förlossningarna skulle bli mer medicinska upplevdes bli större då. Läkare ansågs styra och påverka till icke nödvändiga interventioner.

”När läkarna går in i partogrammet så ser de inte helheten och kanske tycker att det inte har hänt någonting och är man då ny och oerfaren och en läkare säger till en att koppla vätkförstärkande dropp så vill man gärna lyssna på vad läkarna säger.” (Respondent 4)

I resultatet framgick det att dagens kvinnor ofta är pålästa, påstridiga, har ett stort kontrollbehov och kontrolltänk. Kvinnorna upplevdes ha en rädsla för att föda barn och att inte lita på sin kropp. De har många gånger långa förlossningsbrev med sig där de ställer höga krav, vilket kunde föranleda barnmorskorna att göra mer än vad de bedömde var nödvändigt. Ett stort fokus bland kvinnorna ligger på bristningar, vilket barnmorskorna menade kunde leda till att andra delar av förlossningsprocessen tappades bort. De kunde också känna sig styrda av rädsla för att missa något och riskera att bli anmälda.

”Man ska absolut ha krav, det är din egen förlossning, men vissa saker blir feltolkade ur media. Det leder till en väldigt hög stress och press för oss i personalen. Då kanske man gör lite mer än vad man egentligen behöver, bara för att man ska säkra sig själv. Man blir rädd för att man ska missa någonting.” (Respondent 12)

Diskussion

Metoddiskussion

För att besvara syftet utfördes enskilda intervjuer och enligt Kvale och Brinkmann (2014) är detta en tillförlitlig studiedesign för att beskriva upplevelser. Då detta uppnåts i resultatet så ökar tillförlitligheten i studien. En djup förståelse kunde uppnås med hjälp av den valda studiedesignen och respondenterna vågade prata öppet om sina upplevelser och erfarenheter. Fokusgruppsintervjuer hade kunnat vara en alternativ studiedesign, där respondenterna kan stimulera varandra i samtalet och det skulle därmed kunna ge ett rikare svar på syftet än med

enskilda intervjuer (Kitzinger, 1994; Plummer, 2017). Relaterat till coronapandemins restriktioner var inte detta genomförbart i grupp och bedömdes ej vara ett lämpligt alternativ via telefon. Vid tidpunkten för studiens genomförande fanns det inte tillräckligt med studier som undersökte barnmorskans erfarenheter av att bevara den normala förlossningen normal för att genomföra en litteraturstudie. Därmed bedömdes en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats vara lämplig för att få fram kunskap inom området och kan senare användas till grund för vidare studier (Kvale & Brinkmann, 2014).

Urval

Kvalitativ innehållsanalys syftar till att söka efter variationer (Graneheim & Lundman, 2004) och därmed tillämpades ett strategiskt urval enligt Polit och Beck (2006).

Inklusionskriterierna tillät en bred spridning på barnmorskornas erfarenheter. Variationen mellan deltagarna möjliggjorde att området kunde belysas utifrån olika erfarenheter vilket anses ha ökat trovärdigheten i resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Studien utfördes på tre olika förlossningsavdelningar med olika upptagningsområden vilket gav en heterogen grupp respondenter. Skillnader i arbetslivserfarenhet, ålder och de olika upptagningsområdena kunde därmed öka resultatets överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Ett inklusionskriterie var att deltagarna skulle ha erfarenheter och åsikter om det valda ämnet. Genom detta hade respondenterna en förförståelse för ämnet och mycket att dela med sig av. Det är en förutsättning för att få ett bra resultat och detta ansågs ha betydelse för resultatets giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Ett resultat anses vara giltigt om det lyfter fram det mest betydelsefulla av det som var avsett att beskrivas och detta urvalsförfarandet anses ha gjort det. Ett annat sätt att ge läsaren förutsättning att bedöma giltighet är att presentera citat från intervjuerna vilket har redovisats i resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Eftersom kvalitativ innehållsanalys fokuserar på variation i innehåll bör det finnas tillräckligt med data för att finna betydelsefulla variationer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Materialet ansågs ha en god variation och bedömdes vara tillräckligt rikt för att besvara studiens syfte. I de sista intervjuerna framkom inte någon ny information av betydelse vilket kunde föranleda att alla områden var täckta. Enligt Polit och Beck (2006) är det ett gott tecken på att det finns tillräckligt med material. Att endast 12 deltagare intervjuades kan möjligtvis ha påverkat överförbarheten i resultatet negativt, då enligt Trost (1997) bör antalet deltagare

vara mellan 12-20. Enligt Sandelowski et al. (1995) behöver däremot datans kvalitet inte öka med antalet intervjupersoner. Överförbarhet handlar om i vilken omfattning resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Överförbarheten är begränsad till barnmorskor som arbetar på förlossningsavdelning eller med rotationstjänst mellan förlossning och BB då yrkesverksamma barnmorskor inom andra områden exkluderades. Överförbarheten kan också ha blivit påverkad av att de barnmorskor som valde att delta hade ett stort intresse för den normala förlossningen. Det är däremot läsaren själv som avgör om resultatet är överförbart eller inte (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Instrument

En intervjuguide användes i studien. Intervjuguiden kan ha ökat giltigheten då man med hjälp av guiden kan få svar på det som avses att beskrivas (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Intervjuguiden var ett bra hjälpmedel då den inledande frågan gav väldigt varierad svarsmängd. Om endast denna fråga hade ställts utan vidare hjälpfrågor hade troligtvis inte materialet blivit så rikt. Hjälpfrågorna och följdfrågorna i guiden uppmuntrade deltagarna till reflektion och ge uttömmande svar som i sin tur kunde svara på syftet. Vissa hjälpfrågor ledde till material som inte svarade på studiens syfte, vilket kan ses som en svaghet. Det upplevdes dock inte som att en specifik hjälpfråga var felformulerad eller överflödig, utan att det varierade beroende på vem som intervjuades.

Datainsamling

En semi-strukturerad intervju tillämpades där utgångspunkten är en öppen bred fråga (Dalen, 2015). Ingen av författarna hade tidigare genomfört en intervjustudie men var insatta i forskningsområdet genom praktik på flera förlossningsavdelningar som barnmorskestudenter. Kvaliteten på data i en studie påverkas av intervjuarens ämneskunskaper och färdigheter och det krävs träning för att bli en högt kvalificerad intervjuare (Kvale & Brinkmann, 2014). Då författarna var ovana intervjuare kan det varit en svaghet och därmed påverkat resultatets giltighet. På grund av tidsbrist utfördes ingen gemensam pilotintervju. Efter genomförandet av den första intervjun utvärderades däremot denna gemensamt. Den som inte utfört intervjun hade då möjlighet att uppmärksamma att intervjuguiden inte följts i den turordning som det var tänkt. Den inledande frågan ställdes sist samt att egna frågor hade tillförts som kan ha styrt respondenten. Detta ledde till att när den inledande frågan ställdes hade inte

respondenten mycket mer att tillägga, vilket kunde ha medfört att resultatets giltighet blivit påverkat. Denna intervju exkluderades däremot inte för att den ansågs ha besvarat studiens syfte. Detta tillvägagångssätt ledde till att nästkommande intervjuer följde intervjuguiden, vilket i sin tur kan ha ökat giltigheten i resultatet. En annan styrka med att följa intervjuguiden helt och inte ställa egna frågor var att delaktigheten som handlar om hur intervjuaren påverkar resultatet kunde justeras (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Detta genom att intervjuaren inte ställde egna frågor relaterat till sin förförståelse och på så sätt kunde styra respondenten.

Respondenterna fick själva välja plats för intervju där de kunde känna sig trygga. Intervjuerna utfördes på de respektive förlossningsavdelningarna i enskilda samtalsrum. Det är viktigt att den som intervjuas känner sig trygg och bekväm i situationen för att kunna återberätta sin upplevelse så ärligt som möjligt (Polit & Beck, 2016). Alla intervjuerna genomfördes enskilt av författarna under förlossningspraktikerna då det var svårt att hitta tid som passade alla parter. Detta behöver i efterhand inte ses som något negativt, då det enligt Kvale och Brinkmann (2014) kan vara en nackdel när två personer intervjuar samtidigt. Respondenten kan känna sig osäker då de som intervjuar hamnar i en maktposition (Kvale och Brinkmann, 2014). Intervjuerna spelades in med respondenternas samtycke. Att bli inspelad kan ha medfört obehag, men det upplevdes under intervjuerna att respondenterna trots det var trygga med att öppna upp sig och berätta om sina erfarenheter.

Analys

Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys utifrån Graneheim och Lundman (2004) och med en induktiv ansats. Intervjuerna transkriberades ordagrant och inga känslouttryck skrevs ner under transkriberingen. Detta var inget som sågs som någon svaghet då författarna kunde minnas respondenternas känslouttryck i de olika sammanhangen och återberätta detta för den andra under analysen. Analysprocessen utfördes gemensamt vilket ökar tillförlitligheten i resultatet genom att tillsammans kunna reflektera och diskutera olika abstraktionsnivåer samt att tolkningen till koder och kategorier blev mer sammanhållna (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). En noggrann beskrivning av analysarbetet är nödvändig för att stärka resultatets tillförlitlighet vilket har beskrivits i metoden (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Graneheim och Lundman (2004) menar att en presentation av de lämpligaste meningsbärande enheterna, kondenseringen och abstraktionen kan öka

trovärdigheten i resultatet då läsaren lättare kan göra en bedömning av analysprocessen (Tabell 1).

Delaktighet handlar om hur forskaren kan ha påverkat resultatet. Dels genom forskarens förförståelse samt närhet och distans mellan forskaren och det som studeras (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Då författarna hade en viss förförståelse inom ämnet, togs detta i beaktning under analysprocessen genom att ha studiens syfte i åtanke och vara neutral. En objektiv syn kunde hållas. Förförståelse kan också vara av värde för resultatet då författarna var insatta i ämnet och därmed kunde ge rimliga tolkningar, vilket kan stärka resultatets trovärdighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att barnmorskornas egna kunskap och erfarenhet var en bidragande faktor för att bevara den normala förlossningen normal. På grund av yrkets praktiska natur krävs det att barnmorskor övar upp en fingertoppskänsla som kommer med ökad erfarenhet. Detta är i linje med Nonaka & Takeuchis (2007) modell som beskriver att utövaren lär sig tysta färdigheter genom observation, imitation och övning. Denna tysta kunskap kräver erfarenhet och är svår att förstå samt föra vidare (Nonaka & Takeuchi, 2007).

Att föra en diskussion kring normal förlossning och reflektera i arbetsgruppen sågs som en bidragande faktor i utvecklandet av barnmorskornas kunskap och erfarenhet och därmed i bevarandet av den normala förlossningen. Detta styrks av Lundgren et al. (2020) i en fokusgruppsintervju där ömsesidig dialog mellan professionerna och ett välfungerande team var högt värderat i detta avseende. I Lundborg et al. (2019) uppgav informanterna i en fokusgruppsintervju att med stigande erfarenhet ökade kunskapen om de normala variationerna i ett förlossningsförlopp. Att utbyta erfarenheter barnmorskor emellan ansågs kunna bidra till att öka kompetensen och därmed främja den normala förlossningen (Lundborg et al., 2019), vilket också betonades i resultatet av föreliggande studie. Resultatet anses spegla vikten av barnmorskors professionella utveckling och att våga ta hjälp av varandra i denna process vilket beskrivs av Halldorsdottir och Karlsdottir (2011). Resultatet är även i enighet med kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska (2018) där barnmorskan har ett eget ansvar för sin professionella utveckling och sitt yrkeskunnande, men ska även kunna samarbeta med andra professioner och specialister i team.

I resultatet framkom att med erfarenhet lärde sig barnmorskorna att förlossningen måste få ta tid och att det är viktigt att ha tålmod i de naturliga pauserna som det normala förloppet kan ha. Barnmorskorna betonade vikten av att alltid ha ett syfte med det de gör för att inte ingripa i det normala förloppet i onödan. Liknande resultat framkom i en norsk intervjustudie med nio deltagare där det ansågs vara viktigt att låta förlossningen framskrida av sig själv, då en av de största farorna mot en normal förlossning är att skynda på den genom interventioner (Aune et al., 2018). Barnmorskans viktigaste uppdrag är att genom ett professionellt förhållningssätt och med visdom skydda kvinnan och det ofödda barnet samt att främja normala förlossningar bland annat genom att undvika onödiga undersökningar och interventioner (Halldorsdottir och Karlsdottir, 2011; Thelin et al., 2014; Aune et al., 2018). Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska (2018) ska den normala processen vid förlossning främjas och individanpassas, vilket har visat sig vara svårt då förlossningsvården ansågs vara för medicinskt styrd. PM och riktlinjer ansågs också vara begränsande för barnmorskor i att se helhetsbilden av kvinnan. Konsekvensen av detta är att kroppen inte får en chans att föda i sin egen takt relaterat till för snabba interventioner.

Ett varmt bemötande, kontinuerligt stöd och fortlöpande kommunikation beskrivs i föreliggande studie som grunden i en tillitsfull relation. Barnmorskans relation till kvinnan ansågs vara betydelsefull för vägledningen genom förlossningen. Genom närvaro kunde barnmorskorna stötta kvinnan i den smärta hon upplevde och stärka henne i sitt födande. En viktig egenskap är att vara lyhörd och mottaglig för att kunna erbjuda lämpligt emotionellt stöd vilket Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) också betonar. Barnmorskors kontinuerliga stöd under förlossningen kunde möjliggöra att behovet av känslomässigt stöd, information och vägledning tillfredsställdes (Aune et al., 2014; Aune et al., 2017; Aune et al., 2018). Genom dialog som verktyg skapas tillit, trygghet, delaktighet och jämlikhet, vilket anses vara av stor betydelse för att stödja kvinnans självbild, integritet och autonomi (SBF, 2018).

Emellertid framkom det i den här studiens resultat att barnmorskorna upplevde att de inte hade tid att vara närvarande på förlossningsrummet i den utsträckning som de önskade och att den basala omvårdnaden då hamnade i bakgrunden. Detta relaterat till en stundtals mycket stressig arbetssituation, där personalbrist och hög arbetsbelastning rådde. Liknande resultat presenteras i en observationsstudie av Nilsson et al. (2019) som visar att barnmorskor har mycket annat än bara kvinnan och det ofödda barnet att fokusera på. Barnmorskorna uppgav

att de tappade säkerheten i sin yrkesroll då hennes uppmärksamhet slets mellan den födande kvinnan, det medicinska och det byråkratiska. De kunde gå miste om värdefull information om de inte var ständigt närvarande. Denna information kunde handla om bättre översikt över förlossningens framsteg och barnets tillstånd. Vid tidsbrist och hög arbetsbelastning kunde barnmorskorna börja tvivla på sig själv och var mer benägna att ingripa i förlossningsförloppet (Aune et al, 2014; Nilsson et al., 2019). Enligt författarna anses det vara en svår uppgift att känna igen när förlossningsprocessen upphör att vara normal när barnmorskors arbetssituation samtidigt kantas av stress och press. Att tillgodose en patientsäker, personcentrerad, jämlik och kontinuerlig vård som kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska (2018) vill att barnmorskan eftersträvar kan också vara svår att tillgodose vid hög arbetsbelastning.

I resultatet av den här studien framkom att det idag är sjukare kvinnor med fler riskfaktorer i förlossningsvården, vilket resulterar i färre lågriskpatienter. Detta ledde till att barnmorskorna blev färgade och vana vid hur det brukar vara och arbeta därefter. Det som var vanligt förekommande för just den arbetsplatsen blev normalt och barnmorskor kände sig styrda att agera på ett visst sätt vid en normal förlossning. Medicinska interventioner som är vanligt förekommande har normaliserats och uppfattas ingå i normal förlossning (Höier & Sundberg, 2016). En retrospektiv studie av Sandin-Bojö et al. (2005) visade att interventioner utförs i stor utsträckning oberoende av riskbedömningen och ofta utan indikation. Enligt WHO (2018) har under de senaste årtionden vidtagits fler åtgärder för att reglera förlossningar, i syfte att förbättra utfallet för både mor och barn. Den ökade medikaliseringen anses dock kunna försvaga kvinnans egen förmåga att föda. Fokuset på medicinsk trygghet och förebyggandet av perinatal dödlighet har medfört en förändring i barnmorskors synsätt på den normala förlossningen (WHO, 2018; Wiklund et al., 2012). Konsekvensen av att följa arbetsplatsens olika rutiner och riktlinjer visade sig i den här studien kunna leda till att barnmorskor kände sig begränsade i arbetet med att bevara den normala förlossningen normal. Liknande resultat framkom i Höier & Sundberg (2016) där barnmorskorna upplevde att förlossningsavdelningarnas organisation och riktlinjer påverkar synen och handläggningen av normal förlossning.

Resultatet har visat att det råder olika uppfattningar kring normal förlossning, både barnmorska och läkare emellan, men också inom den egna professionen. Informanterna i en fokusgruppsintervju av Larsson et al. (2009) bekräftar att barnmorskor kunde uppleva

skillnader i synsättet sinsemellan. Att vara utbildad på olika sätt och inneha olika kunskaper kunde bidra till olika resonemang kring vad som är normalt och inte. Detta är i linje med de två modeller med utgångspunkt för barnmorskans och obstetrikerns olika tolkningar gällande normal förlossning, som beskrivs i Aune et al., (2017). Barnmorskorna följde oftast den mer holistiska, kvinnocentrerade modellen där fokus ligger på fysiologiska, psykologiska och själsliga aspekter. I obstetrikernas biomedicinska modell ligger däremot patologi, säkerhet och teknologi till grund (Aune et al., 2017, Aune et al., 2018). I föreliggande studies resultat framkom att barnmorskorna undvek att involvera läkare i den normala förlossningsprocessen för att inte riskera att förlossningarna skulle bli mer medicinska. Auktoriteten som läkarna har kan ställa stora krav på barnmorskornas balansgång om de är tvungna att arbeta enligt en annan ideologi än deras egen profession (Hallsdorsdottir & Karlsdottir, 2011). Barnmorskorna riskerade då att bli läkarens assistent istället för att finnas där för den födande kvinnan (Bluff & Holloway, 2008).

Resultatet visade att barnmorskorna värderade förlossningsmiljön högt och att de strävade efter att skapa en lugn och trygg miljö för att främja den naturliga oxytocinproduktionen. Detta hamnar sedan i konflikt med att förlossningsrummets utformning på svenska sjukhus ansågs vara en hämmande faktor i att bevara den normala förlossningen normal. I Sverige handläggs låg- och högriskförlossningar ofta på samma ställen, vilket i sin tur kan leda till att de sköts på liknande vis. Detta är något som betonas i föreliggande studies resultat. De barnmorskor som arbetade på större förlossningsavdelningar uppgav att de i mindre grad kunde främja den normala förlossningen (Davis, 2010). I en intervjustudie från Norge av Skogenheim & Hansen (2015) framkom att barnmorskor som började arbeta på en barnmorskeledd enhet, och som tidigare arbetat på en obstetrikledd avdelning, behövde ställa om sitt tankesätt. Från att ha fokuserat på det sjuka och patologiska till att övergå till en mer individanpassad vård, med fokus på den födande kvinnans hälsa och välmående. Barnmorskorna började istället uppfatta förlossningen som en naturlig process som de flesta kvinnor kan klara av (Skogenheim & Hansen, 2015). Att implementera flera vårdnivåer inom förlossningsvården för att hålla isär lågrisk och högriskpatienter hade enligt författarna kunnat främja den normala förlossningen. Detta genom att exempelvis införa barnmorskeledda enheter med mer tillåtande och hemlika miljöer. Att lyfta fokuset från det medicinska och fokusera på den födande kvinnans hälsa och välmående hade kunnat hjälpa barnmorskor i arbetet med att bevara den normala förlossningen normal. Det skulle också kunna leda till att barnmorskans profession och autonomi stärks.

Konklusion och implikationer

Barnmorskorna hade genom sin kompetens olika redskap för att stödja den fysiologiska förlossningsprocessen. Ett antal organisatoriska begränsningar framkom som kunde härledas till en medicinskt styrd förlossningsvård. Såväl lokala rutiner och riktlinjer, förlossningsrummens utformning som den höga arbetsbelastningen utgjorde ett hinder för barnmorskan att bevara den normala förlossningen normal. Olika resonemang kring normal förlossning påverkade barnmorskans arbete inom området. Barnmorskorna kunde inte alltid arbeta utifrån sin barnmorskekompetens och deras självbestämmande blev därmed påverkat. Dels på grund av avdelningskulturen, de allt högre kraven från de födande kvinnorna men även relaterat till läkarnas oönskade inblandning i den normala förlossningen.

Förlossningsvårdens fragmenterade organisation i Sverige har svårt att möjliggöra för barnmorskor att tillgodose den födandes och dess partners behov. Födande kvinnor ges inte likvärdiga förutsättningar till en normal förlossning beroende på var i landet de bor. Principen för *lika vård* som kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska vidhåller kan därmed inte uppfyllas. Att fortsätta föra en diskussion kring normal förlossning och reflektera inom ämnet kan bidra till en ökad medvetenhet gällande ovan nämnda utmaningar. Resultatet av föreliggande studie skulle kunna utgöra ett underlag för vidare utveckling inom verksamheterna för hur den normala förlossningen kan bevaras.

Referenser

Aune, I., Amundsen, H. H., & Aas, L. C. S. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30(1), 89-95.

Aune, I., Hoston, M. A., Kolshus, N. J., & Larsen, C. E. (2017). Nature works best when allowed to run its course. The experience of midwives promoting normal births in a home birth setting. *Midwifery*, 50, 21-26.

Aune, I., Holsether, O. V., & Kristensen, A. M. T. (2018). Midwifery care based on a precautionary approach: Promoting normal births in maternity wards: The thoughts and experiences of midwives. *Sexual & reproductive healthcare*, 16, 132-137.

Aune, I., Brøtmet, S., Grytskog, K. H., & Sperstad, E. B. (2020). Epidurals during normal labour and birth—Midwives' attitudes and experiences. *Women and Birth*.

Barnmorskeförbundet, S. (2018). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Hämtad 2021-05-13 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Bluff, R., & Holloway, I. (2008). The efficacy of midwifery role models. *Midwifery*, 24(3), 301-309.

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).

Borquez, H. A., & Wieggers, T. A. (2006). A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. *Midwifery*, 22(4), 339-347.

Çalik, K. Y., Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2018). First do no harm-interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 415.

Chekol, I. M. (2012). Fenomenografi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 95-107). Lund: Studentlitteratur.

Dalen, M. (2015). *Intervju som metod*. (2 uppl.). Malmö: Gleerups Utbildning

Davis, J. A. P. (2010). Midwives and normalcy in childbirth: A phenomenologic concept development study. *Journal of midwifery & women's health*, 55(3), 206-215.

Downe, S. (2006). Engaging with the concept of unique normality in childbirth. *British Journal of Midwifery*, 14(6), 352-356.

Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: tekniker och genomförande*. Lund: studentlitteratur.

Gould, D. (2000). Normal labour: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 31(2), 418-427.

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.

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(4), 806-817.

Henricsson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 111-121). Lund: Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2019:996). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Hälso- och sjukvårdsnämnden. (2019). Offentlig finansiering hemförlossningar. Region Stockholm. Hämtad 2021-05-16 från <https://www.sll.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2019/190514/4-offentligt-finansierade-hemforlossningar.pdf>

Höier, S., & Sundberg, M. (2016). *Vad är normal förlossning? Barnmorskors uppfattning*. (Examensarbete, Högskolan i Borås, Borås) Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:905949/FULLTEXT01.pdf>

Höjeberg, P. (2009). Barnmorskans historia. I A. Kaplan., B. Hogg., I. Hildingsson & I. Lundgren (red.), *Lärobok för barnmorskor*. (s. 19-26). Lund: Studentlitteratur.

Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of health & illness*, 16(1), 103-121.

International confederation of midwives. (2017). International definition of the midwife. Hämtad 2020-04-06 från https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf

International confederation of midwives. (2014). Keeping birth normal. Hämtad 2020-04-06 från <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf>

Karolinska Universitetssjukhuset. (2021). Karolinska Universitetssjukhuset först med hemförlossning. Hämtad 2021-05-16 från <https://news.cision.com/se/karolinska-universitetssjukhuset/r/karolinska-universitetssjukhuset-forst-med-hemforlossning,c3181667>

Kennedy, H. P., & Shannon, M. T. (2004). Keeping birth normal: research findings on midwifery care during childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(5), 554-560.

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

Larsson, M., Aldegarmann, U., & Aarts, C. (2009). Professional role and identity in a changing society: three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery*, 25(4), 373-381.

Larsson, M. (2016). Nationella och internationella kompetenskrav. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A. (red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (s. 26-30). Lund: Studentlitteratur.

Lindgren, H., Rehn, M., & Wiklund, I. (2014). *Barnmorskans handläggning vid normal förlossning: forskning och erfarenhet*. Lund: Studentlitteratur.

Lundborg, L., Andersson, I. M., & Höglund, B. (2019). Midwives' responsibility with normal birth in interprofessional teams: A Swedish interview study. *Midwifery*, 77, 95-100.

Lundborg, L., Åberg, K., Sandström, A., Discacciati, A., Tilden, E. L., Stephansson, O., & Ahlberg, M. (2020). First stage progression in women with spontaneous onset of labor: A large population-based cohort study. *PloS one*, 15(9), e0239724.

Lundgren, I. (2016). Från hemförlossning till institutionsförlossning. I H. Lindgren., K. Christensson & A. Dykes (red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (s. 41-45). Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, I., Berg, M., Nilsson, C., & Olafsdottir, O. A. (2020). Health professionals' perceptions of a midwifery model of woman-centred care implemented on a hospital labour ward. *Women and Birth*, 33(1), 60-69.

Lundman, B., & Graneheim, U.-H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 187-196). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B., & Graneheim, U.-H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3 uppl., s. 211-226). Lund: Studentlitteratur.

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., ... & Manuelli, V. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176-2192.

Nilsson, C., Olafsdottir, O. A., Lundgren, I., Berg, M., & Dellenborg, L. (2019). Midwives' care on a labour ward prior to the introduction of a midwifery model of care: a field of tension. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 14(1), 1593037.

Nonaka, I., & Takeuchi, H. (2007). The knowledge-creating company. *Harvard business review*, 85(7/8), 162.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. (3 uppl.) Stockholm: Liber.

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

Plummer, P. (2017). Focus group methodology. Part 1: Design considerations. *International Journal of Therapy And Rehabilitation*, 24(7), 297-301.

Polit, D. & Beck, C. (2006) *Essentials of Nursing research. Methods, appraisal and utilization*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. & Beck, C. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer

Region Skåne. (2018). Regional riktlinje för Normal förlossning. Hämtad 2020-05-15 från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/normal-forlossning---regional-riktlinje-180918.pdf>

Region Skåne. (2021). Regional riktlinje för riskbedömning under sen graviditet, förlossning och eftervård (inklusive ONEWS2). Hämtad 2021-05-10 från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/regional-riktlinje-for-riskbedomning-graviditet..pdf>

Royal college of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG). (2008). Women's and Children's Health (ed): Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London

Sandelowski, M., Docherty, S., & Emden, C. (1995). Focus on qualitative methods. *Sample size in qualitative research*. *Research in Nursing & Health*, 18, 179-183.

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

Sjöblom, I., Nordström, B., & Edberg, A. K. (2006). A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery*, 22(4), 348-355.

Sjöblom, I., Lundgren, I., Idvall, E., & Lindgren, H. (2015). Being a homebirth midwife in the Nordic countries—a phenomenological study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(3), 126-131.

Skogheim, G., & Hanssen, T. A. (2015). Midwives' experiences of labour care in midwifery units. A qualitative interview study in a Norwegian setting. *Sexual & reproductive healthcare*, 6(4), 230-235.

Socialstyrelsen. (2001). Handläggning av normal förlossning - State of the art. Hämtad 2020-04-06 från https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf

Socialstyrelsen. (2011). Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning. Hämtad 2020-04-06 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/nationella-indikationer-varkstimulering-oxytocin.pdf>

Stjernholm, Y.-V., Elvander, C., & Kangas-Flodin, Y. (2020). Riskbedömning vid ankomst till förlossningsenhet: Råd för utfärdande av klinikrutiner/PM. Hämtad 2021-05-10 från <https://lof.se/filer/Riskbedömning-förlossningsenhet.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). Nationellt ramverk för patientsäkerhet. Hämtad 2020-04-16 från <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/5382.pdf>

Thelin, I. L., Lundgren, I., & Hermansson, E. (2014). Midwives' lived experience of caring during childbirth—a phenomenological study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(3), 113-118.

Trost, J. (1997). *Kvalitativa Intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

UNFPA. (2014). The state of the Worlds Midwifery- A UNIVERSAL PATHWAY. A WOMAN'S RIGHT TO HEALTH. Hämtad 2021-05-16 från https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SoWMy2014_complete.pdf

Wallén, G. (1996). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Wiklund, I., Wallin, J., Vikström, M., & Ransjö-Arvidson, A. B. (2012). Swedish midwives' rating of risks during labour progress and their attitudes toward performing intrapartum interventions: a web-based survey. *Midwifery*, 28(4), e516-e520.

World Health Organization. (1996). Care in normal birth: a practical guide (Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit). *Geneva: WHO*.

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.

Arbetsfördelning

Härmed intygar författarna att arbetet med föreliggande studie har fördelats jämt.

Studien är skriven och genomförd av båda författarna tillsammans. Ett gemensamt ansvar har tagits för att samtliga delar av arbetet ska bli slutförda. Båda författarna planerade upplägget och designen för studien, likaså genomförandet av intervjuerna, transkriberingen, kodningen och analysen. Efterföljande arbete utfördes tillsammans där båda författarna varit lika delaktiga.

Intervjuguide

Gemensam inledande fråga:

Vill du berätta om din upplevelse och erfarenhet av att bevara den normala förlossningen normal?

Följdfrågor:

Kan du berätta mer?

Har du något exempel?

Vad upplevde du då?

Vad kände du då?

Teman	Hjälppfrågor
<i>Begrepp / definition</i>	<i>Vad innebär normal förlossning för dig?</i> <i>Vilka interventioner / vårdåtgärder kan enligt dig ingå i den normala förlossningen?</i> <i>Upplever du att det finns andra uppfattningar om vad en normal förlossning är på din arbetsplats?</i>
<i>Hinder / möjligheter</i>	<i>Vilka hinder ser du på din arbetsplats för att bevara den normala förlossningen normal?</i> <i>Hur kan den normala förlossningen främjas på din arbetsplats?</i>