



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Barnmorskors upplevelser och erfarenheter av att bistå vid sätessförlossning

En kvalitativ intervjustudie

Midwives' experiences of assisting at breech delivery

A qualitative interview study

Författare: Johanna Liljefält, Sandra Wohlin

Handledare: Maria Ekelin

Magisteruppsats
Våren 2021

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

Abstrakt

Bakgrund: En tradition att välja kejsarsnitt framför vaginal förlossning vid sätesbjudning har under 2000-talet lett till ett minskat antal vaginala sätesförlossningar. På senare år verkar trenden ha börjat vända och andelen vaginala sätesbjudningar ökar. En förutsättning för att vaginala sätesförlossningar ska kunna genomföras säkert är kunskap och vana hos förlossningspersonal. **Syftet** var att belysa barnmorskors upplevelser och erfarenheter av att bistå vid vaginala sätesförlossningar. **Metod:** Semistrukturerade intervjuer genomfördes med 12 barnmorskor vid tre sjukhus i södra Sverige och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Följande kategorier med tillhörande underkategorier framkom: *'Normalisera sätesbjudning'*, *'skapa trygghet i förlossningssituationen'*, *'ett välfungerande team'* samt *'kompetensutveckling'*. Barnmorskorna var positiva till att bistå vaginala sätesförlossningar. Att låta kvinnan vara aktiv genom hela förloppet, förmedla tilltro till kvinnans förmåga, bevara en lugn miljö samt att ha ett välfungerande team med rutinmässiga övningar för kontinuerlig kompetensutveckling beskrevs som gynnsamma faktorer för den vaginala sätesförlossningen. **Slutsats:** Barnmorskor behöver vara en del i utvecklingsarbetet av rutiner och riktlinjer för att hitta vägar framåt som ökar chanserna till att de planerade vaginala sätesförlossningarna faktiskt blir av. Kvinnans förmåga att föda vaginalt måste belysas där neutral och normaliserande information till föräldrar bidrar till detta. I utvecklingsarbetet krävs ett professionsöverskridande samarbete för att främja det normala även i en förlossningssituation med ökade risker.

Nyckelord

Sätesbjudning – Vaginal sätesförlossning – Barnmorskors upplevelser – Barnmorskors erfarenheter – Kvalitativ metod

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Bakgrund..... | 5 |
| Perspektiv och utgångspunkter | 5 |
| Sätesbjudning..... | 7 |
| Yttre vändning..... | 7 |
| Selektionskriterier för vaginal sätesförlossning | 7 |
| Risker vid sätesförlossning vaginalt kontra kejsarsnitt | 8 |
| Bistå | 10 |
| Barnmorskan och sätesbjudningar | 10 |
| Syfte | 10 |
| Metod | 11 |
| Urval | 11 |
| Datainsamling | 11 |
| Analys av data..... | 12 |
| Tabell 1: Utdrag ur analysprocessen | 13 |
| Forskningsetiska avvägningar | 14 |
| Resultat..... | 15 |
| Tabell 2: Kategorier och Subkategorier | 15 |
| Normalisera sätesbjudning..... | 15 |
| Att släppa rädslor och våga | 16 |
| Uppmuntra kvinnan att vara aktiv genom hela förloppet..... | 16 |
| Information till föräldrar | 17 |
| Skapa trygghet i förlossningssituationen | 17 |
| Ha tydliga rutiner och förberedelser..... | 17 |
| Bevara en lugn miljö och inte störa..... | 18 |
| Att ha samt förmedla tilltro till kvinnans förmåga..... | 19 |
| Ett välfungerande team | 19 |
| Ha en samsyn och ömsesidig respekt | 19 |
| Att reflektera och ventilera..... | 20 |
| Att skapa en relation..... | 20 |
| Kompetensutveckling | 21 |
| Utrymme för regelbunden övning | 21 |
| Att dela med sig av erfarenheter och lära vidare..... | 22 |
| Ökad erfarenhet med tillåtande hållning | 22 |
| Diskussion..... | 23 |
| Metoddiskussion | 23 |

| | |
|--|----|
| Tillförlitlighet | 23 |
| Giltighet..... | 24 |
| Överförbarhet | 24 |
| Delaktighet | 25 |
| Resultatdiskussion | 25 |
| Främja ett gynnsamt förlopp | 25 |
| Att bevara kompetens..... | 26 |
| Att hitta vägar framåt och utvecklas | 27 |
| Konklusion och implikationer..... | 28 |
| Författarnas arbetsordning | 29 |
| Referenser | 30 |
| Bilaga 1 (1): Frågeguide | 35 |

Problemområde

I Sverige föds 115 000–120 000 barn/år (Socialstyrelsen, 2020). Av samtliga enkelbördar uppgår 3–4% av sätesbjudning. Ungefär hälften av dessa vänds till huvudbjudning, varpå förekomsten av sätesbjudningar därmed minskar till cirka 1,5–2% vid tiden för förlossningen (Algovik, 2016). En minskning av vaginala sätesförlossningar har skett sedan en studie av Hannah et al (2000) påvisade en ökad risk för perinatal mortalitet och morbiditet hos barn som fötts vaginalt vid sätesbjudning, jämfört med de som föddes med kejsarsnitt. Studien kritiserades då den inkluderat underlag som skiljer sig från svenska förhållanden. Trots detta präglas fortfarande hanteringen av sätesbjudningar i hela landet utifrån denna (Algovik, 2016). En förutsättning för att vaginala sätesförlossningar ska kunna genomföras säkert är kunskap och vana hos personalen (Algovik, 2016; Lövskog & Orest, 2013). Lövskog och Orest (2013) har i sin magisteruppsats insamlat barnmorskors synpunkter på sätesförlossningar, där en slutsats blev att barnmorskor uppger en stark oro för minskningen av vaginala sätesförlossningar samt belyser vikten av kompetens och kunskap. De föreslog vidare forskning i form av uppföljning 10 år senare, samt forskning som inkluderar barnmorskors erfarenhet.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Med en humanistisk utgångspunkt har denna studie satt mänsklig värdighet i fokus med den gravida kvinnan i centrum. Berg (2010) menar att en humanistisk utgångspunkt främjar patientens självbestämmanderätt samt rätten till självförtroende och integritet genom ett gott och vänligt bemötande. Vidare utgick denna studie från Mead & Bowers (2000) tanke om att varje kvinna behöver mötas utifrån sina unika behov, med respekt för dessa och att all vård bedrivs i samråd med den vårdsökande. Detta är också grunden för en personcentrerad vård, där en förtroendefull relation öppnar för delat ansvar och makt mellan kvinna och vårdprofessioner (Mead & Bower, 2000).

Den teoretiska modellen av Berg (2005) *Genuint vårdande av det genuina - barnmorskans optimala vårdande av barnafödande kvinnor med ökad risk* kan barnmorskor använda för att

ge vård av god kvalitet där värdighet, självbestämmanderätt och personcentrering bevaras. Teorin delas in i tre delar: 'värdighetsbevarande vårdrelation', 'förkroppsligad kunskap' samt 'balanserande mellan det naturliga och det medicinska perspektivet'. Den *värdighetsbevarande vårdrelationen* byggs upp av ömsesidighet, tillit, fortgående dialog, delat ansvar och kontinuerlig närvaro. Dessa skapar en god relation mellan kvinnan och barnmorskan vilket är grunden för att bevara kvinnans värdighet. *Förkroppsligad kunskap* används av barnmorskan genom dennes sinnen: syn, doft, hörsel, beröring, smak, samt det som Berg (2005) benämner som det sjätte sinnet - intuition. Förkroppsligad kunskap innefattar enligt Berg (2005) att vara sig själv och acceptera sin personlighet, samt teoretisk, praktisk, intuitiv och reflektiv kunskap. Att utveckla en sådan kunskap menar Berg (2005) kräver möjligheten att vara i olika situationer i vårdandet av kvinnor vilket utvecklar barnmorskans intuitiva kunskap som krävs för att förstå och avgöra den individuella kvinnans tillstånd. Intuition kan exempelvis vara en obehagskänsla, en känsla av att något inte stämmer och det krävs både mod och lyhördhet för att barnmorskan ska våga lita på sin intuition, som är minst lika viktig, om inte viktigare, än det som kan uppvisas på synliga parametrar. Den tredje och sista delen i barnmorskans vårdande består av ett *balanserande mellan det naturliga och medicinska perspektivet*. Dessa perspektiv behöver finnas sida vid sida, menar Berg (2005), där barnafödandet ses som en naturlig och känslomässig livshändelse även vid ökade risker. Här är tilltron till kvinnans kropp och förmåga central, både avseende naturlig födsel och vägen till ett tryggt föräldraskap. Det innebär inte att barnmorskan ska motarbeta medicinska interventioner, men våga ifrågasätta om ordinationer är nödvändiga och evidensbaserade. Med dessa tre delar kan barnmorskor skapa en känsla för det genuina hos varje kvinna i barnafödandet vid ökad risk, med en öppenhet för kvinnans egna personlighet och önskemål. Det naturliga födandet ställs i fokus, där barnmorskans intuition grundad på erfarenheter och kunskap blir central för att uppnå en personcentrerad vård, tillsammans med den födande kvinnan (Berg, 2010). I Svenska barnmorskeförbundets (2018) kompetensbeskrivning för barnmorskor står det att komplicerad graviditet och förlossning bör kunna handläggas, i vilket vaginala sätesförlossningar ingår.

Ur ett humanistiskt perspektiv och utifrån den ovan beskrivna teoretiska modellen menar Berg (2005) och Mead & Bower (2000) att det kan vara möjligt att bevara födandet normalt även vid förlossningar med ökad risk såsom sätesförlossning, om barnmorskan ges nödvändiga redskap för detta. Därav uppstod intresse hos författarna att vidare undersöka hur barnmorskors hantering, kunskap och erfarenhet tas till vara vid sätesförlossningar, samt hur

kvinnans egna önskemål och självständighet ges utrymme vid beslut om vaginal födsel eller kejsarsnitt vid sätesbjudning.

Sätesbjudning

Med sätesbjudning menas att barnet ligger med underkroppen nedåt (Algovik, 2016; Herbst, 2014). Vidare delas sätesbjudning in i: ren sätesbjudning där barnets ben är helt uppslagna, fullständig fot-och sätesbjudning där barnets båda ben ligger i kors med knäna böjda, ofullständig fot-sätesbjudning där ena benet är rakt uppåt och andra är böjt i knäleden, samt enkel respektive dubbel fotbjudning. Dubbel fotbjudning är inte förenat med vaginal sätesförlossning, då cervix inte dilateras ordentligt relaterat till fötternas storlek i förhållande till resterande kropp som ska framföras, samt att det då finns en ökad risk för navelsträngs prolaps (Algovik, 2016; Herbst, 2014).

Yttre vändning

Yttre vändning kan leda till att 50–75% av barnen i sätesbjudning vänds till huvudbjudning och det kan därför vara gynnsamt att göra ett vändningsförsök, förutsatt att inga kontraindikationer föreligger. Kontraindikationer kan exempelvis vara misstanke om placentaavlossning i nuvarande eller tidigare graviditet, preeklampsi relaterat till ökad risk för ablatio, samt intrauterin tillväxthämning som antas bero på placentainsufficiens eller oligohydramnios (Herbst, 2014). Vändningsförsök genomförs oftast i graviditetsvecka 36–37 men kan tidigareläggas (Herbst, 2014). Hutton et al. (2015) har i sin översiktsstudie dragit slutsatsen att tidigt vändningsförsök (vecka 34–35) ökar chansen till en förlossning med huvudbjudning. Dock bör en tidigareläggning av vändningsförsök vägas mot risken för behov av fler vändningar, samt risken för förtidsbörd om det skulle tillstå komplikationer vid vändningen såsom placentaavlossning (Hutton et al., 2015). Slutligen bör vändningsförsök oavsett vecka vara förenligt med en vinst i att barnet föds i huvudbjudning, i förhållande till risken med ingreppet (Hofmeyr et al, 2015).

Selektionskriterier för vaginal sätesförlossning

För att en vaginal sätesförlossning ska vara aktuell bör några kriterier vara uppfyllda, utöver att den blivande modern är motiverad (Hunter, 2014). En fullgången graviditet, efter vecka 37 och utan kontraindikationer för en vaginal förlossning är en grundförutsättning. Vidare ska det tydligt dokumenteras att kvinnan är välinformerad samt vilka risker och nyttor som ses med

vaginal förlossning kontra kejsarsnitt. Barnets vikt skattas via ultraljud, om barnet väger under 2500 g eller över 4000 g kan detta bidra till ökad risk för påverkan hos barnet, vilket bör finnas i åtanke vid val av förlossningsätt (Hunter, 2014). En röntgenologisk bäckenmätning kan göras och bör övervägas hos förstföderskor. Med goda mått för sätesförlossning avses oftast minst 11,5 cm i sagittal bäckendiameter och minst 32,5 cm i summan av sagittal utgångsdiameter, interspinalavstånd och intertubaravstånd (Mollberg, 2009). Om kvinnan kommer till förlossningsavdelningen och är långt i processen med bra värkar kan vissa undantag göras från kriterierna. Dock bör ett ultraljud göras för att upptäcka en eventuell hydrocefalus hos barnet (Mollberg, 2009).

Risker vid sätesförlossning vaginalt kontra kejsarsnitt

“Hannah-studien” som genomfördes mellan år 1997 och år 2000 (Hannah et al., 2000) inkluderade 2088 kvinnor med barn i sätesbjudning i 26 olika länder över hela världen. Resultatet visade att risken för perinatal och neonatal dödlighet samt för allvarlig neonatal sjuklighet relaterat till trauma vid förlossningen var lägre vid planerat kejsarsnitt jämfört med vaginal sätesförlossning. Det upptäcktes ingen skillnad i grupperna mellan mödradödlighet och allvarlig sjuklighet hos mödrarna. Studiens resultat kritiserades då den inkluderade länder med varierande kvalitetsnivå på graviditet och förlossningsvård vilket gjorde överförbarheten till västerländsk kontext svår. Herbst et al (2005) genomförde en tvådelad studie där material om alla dödsfall efter sätesbjudning mellan år 1991–1997, både intrauterint och ett (1) år efter födseln, samlades in från medicinska födelseregistret i Sverige. Resultaten visade att det fanns en ökad risk med vaginal sätesförlossning kontra planerat kejsarsnitt men att det skulle behövas 70 planerade kejsarsnitt för att undvika ett barn med låg apgarpoäng och 400 planerade kejsarsnitt för att undvika ett dött barn. Enligt Blennow & Sjöfors (2013) används apgarpoäng för att bedöma det nyfödda barnets mående och mäts vid 1, 5 och 10 minuters ålder (Blennow & Sjöfors, 2013).

På grund av ökade risker, om än låga, vid sätesförlossning ska alltid utöver den ordinarie barnmorskan även en extra barnmorska, förlossningsläkare och barnläkare finnas med vid förlossningen (Algovik 2016). Oxytocin, terbutalin och nitroglycerin samt förlossningstång ska finnas förberett och nära till hands. Kvinnan kan gärna föda knästående, men med beredskap att fort kunna vända kvinnan till ryggläge om komplikationer tillstöter (Algovik, 2016). Då akuta kejsarsnitt i samband med sätesbjudning innebär en ökad risk för modern avseende infektions- och blödningsrisk, har Louwen et al (2017) undersökt huruvida upprätt

förlossningsställning kan minska frekvensen av akuta kejsarsnitt vid sätesbjudning. Upprätt position (inklusive knästående) har visat sig vidga kvinnans bäcken (Reitter et al, 2014), och Louwen et al (2017) påvisade en minskning av akuta kejsarsnitt med 32% vid upprättstående position vid sätesbjudningar. Studien inkluderade totalt 750 kvinnor, varav 315 kvinnor planerade och födde med kejsarsnitt och 269 kvinnor planerade vaginal förlossning, varav 40 var i ryggläge, och resterande i upprätt läge. Upprättstående position visade sig kräva färre manövrar samt en minskning av neonatala skador. Vidare var allvarliga neonatala eller fetala skador liknande i frekvens vid upprättstående läge jämfört med de planerade kejsarsnitten (Louwen et al., 2017).

Derisbourg et al (2020) undersökte neonatalt utfall på en klinik i Belgien som tillåtit och fått en ökning av vaginala sätesbjudningar, där ingen påverkan på neonatalt utfall kunde ses. Liknande resultat sågs i en litteraturöversikt utförd i Frankrike av Sentilhes et al (2020) som undersökte vilket förlossningssätt- vaginalt eller kejsarsnitt- som var optimalt vid sätesbjudning. Neurologisk påverkan vid två års ålder visade ingen skillnad mellan grupperna, inte heller kognitiv och psykomotorisk förmåga vid 5-8 års ålder eller intellektuell förmåga vid vuxen ålder. Komplikationer hos kvinnan var likvärdiga mellan grupperna. Om däremot nästkommande graviditeter togs i beaktning innebar kejsarsnitt ökade risker för modern i form av uterusruptur, placenta accreta och hysterektomi (Sentilhes et al, 2020). Vidare har en klinisk riktlinje från Kanada av Kotaska & Menticoglou (2019), beskrivit att ingen skillnad kunnat ses på neurologiska skador hos barn på lång sikt beroende på val av förlossningssätt, även i de fall där övergående men allvarliga neonatal sjukdom uppstått i samband med förlossningen.

Lindvall & Wernicke (2019) beskriver i sin magisteruppsats att kvinnor som fått sätesbjudning konstaterat önskar objektiv information om förlossningssätt och risker med dessa samt att vårdpersonal inte ska inkludera sina personliga åsikter i informationen. Fullständig information förhindrar informationssökande på internet med tveksamma källor. Vikten av att ge information innan vändningsförsök belystes också (Lindvall & Wernicke, 2019).

Bistå

Att bistå innebär enligt SAOL (2015) att hjälpa. Enligt svenska synonymer (2020) betyder bistå att hjälpa, stödja, assistera och vägleda. Studien syftar vid ordet 'bistå' till att barnmorskan vägleder, hjälper och stöttar kvinnan när hon föder fram sitt barn.

Barnmorskan och sätesbjudningar

International Confederation of Midwife's [ICM] (2014) etiska kod beskriver att barnmorskor skall försäkra att utveckling av kunskapsområdet sker med avsikt att skydda kvinnors rättigheter. En kunskapslucka vad gäller erfarenheter hos barnmorskor vid sätesförlossningar föreligger, samtidigt som förlossningsvården präglas av en tradition att fortsatt välja kejsarsnitt framför vaginal förlossning vid sätesbjudning. Detta innebär att sätesförlossningar har en sjunkande trend i antal, vilket kan göra kompetensen svår att bibehålla. Lövskog & Orest (2013) beskrev i sitt resultat att barnmorskor även upplevde färre tillfällen att bistå sätesförlossningar med anledning av att läkare alltmer sällan delegerade uppgiften att bistå till barnmorskan. På senare år verkar dock trenden ha börjat vända och allt fler kliniker erbjuder vaginala sätesförlossningar igen (Björkman, 2018). Enligt Socialstyrelsen (2020) verkar också en svagt men ändå stigande trend synas i andelen vaginala sätesförlossningar. Då det påvisats att den ökade risken för barnet vid vaginal sätesförlossning minskar vid ökad kompetens hos bistående personal (Impey et al, 2017; Herbst et al, 2005), kan det vara av vikt att kartlägga barnmorskors upplevelser och erfarenheter för att kunna stärka barnmorskans kompetens. Att barnmorskans kompetens får leva vidare kan också ses som en förutsättning för att bevara kvinnans egna val av förlossningssätt.

Syfte

Syftet med studien var att belysa barnmorskors upplevelser och erfarenheter av att bistå vid vaginala sätesförlossningar.

Metod

Studien har genomförts genom kvalitativ metod vilket innebär att studien försökt uppnå en djupare förståelse för det som studerats (Graneheim & Lundman, 2017., Olsson & Sörensen, 2021). Denna ansats är väl lämpad vid frågeställningar som avser beskriva erfarenheter och upplevelser (Graneheim & Lundman, 2017).

Urval

Inklusionskriterierna var barnmorskor som bistått vid sätesförlossningar under de senaste 10 åren, oavsett antal års yrkeserfarenhet. Det enda exklusionskriteriet var nyutexaminerade barnmorskor som ännu inte erhållit sin legitimation. Vid tre förlossningsenheter i södra Sverige rekryterades 12 deltagare genom så kallat strategiskt urval. Strategiskt urval är enligt Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2020) och Polit & Beck (2013) ett lämpligt urval när ett fenomen ska undersökas. För att inkludera samtliga potentiella informanter gavs alla som passade in på kriterierna chans att delta.

Datainsamling

För rekrytering kontaktades verksamhetschefer vid respektive klinik via mejl för godkännande. Därefter tog författarna kontakt med förlossningsavdelningarnas enhetschefer via mejl, varpå enhetscheferna delade ut information till barnmorskorna med kontaktuppgifter till skribenterna. Om intresse och möjlighet fanns att vid avdelningarna genomföra studien, erbjöd författarna en informationsträff vid exempelvis arbetsplatsträffar vilket blev aktuellt på en av klinikerna. Resterande två kliniker avstod en informationsträff relaterat till den pågående Covid-19 pandemin. Intresserade barnmorskor lämnade sitt intresse direkt till skribenterna vid informationsträffen och via kontaktuppgifter till skribenterna som delgetts från enhetscheferna. Skriftlig information om studien lämnades ut till deltagarna med en blankett för skriftligt samtycke. Blanketten lämnades direkt till skribenterna vid informationsträffen eller i samband med intervjun.

Datainsamlingen skedde genom totalt 12 semistrukturerade intervjuer som genomfördes mellan november 2020-april 2021 och datamättnad uppstod under de två sista intervjuerna. Enligt SBU (2020) innebär datamättnad att ingen ny information framkommer genom

ytterligare insamling av material. Semistrukturerade intervjuer innebär att en intervjuguide med öppna frågor används som stöd under intervjun (Polit & Beck, 2013). Ett antal frågor fanns förberedda (se Bilaga 1), med möjlighet till fördjupning och avsteg beroende på hur intervjun fortlöpte. Enligt Danielson (2012) säkerställer öppna frågor att den deltagandes inre erfarenheter, kunskaper och tankar fångas in. Det gav också möjligheten att variera intervjuerna utefter vad informanterna delade med sig av. Skribenterna hade för avsikt att genomföra intervjuerna tillsammans och har gjort detta i 11 av 12 fall. Intervjuerna spelades in via röstmemo och varade mellan 19–44 minuter med en medellängd på 29 minuter. Författarna planerade att genomföra intervjuerna genom fysiska möten, men på grund av rådande restriktioner relaterat till Covid-19 pandemin erbjöds deltagarna genomförande av intervjuerna digitalt. Fem av intervjuerna genomfördes genom fysiskt möte, tre via videosamtal och resterande skedde över telefon. Fysiska möten ska enligt Danielsson (2012) hållas på platser med minsta möjliga störningar där deltagaren känner sig trygg att uttrycka sig fritt, varpå deltagarna i denna studie själv fick bestämma mötesplats.

Analys av data

Insamlad data transkriberades och analyserades enligt Graneheim & Lundman's (2004) kvalitativa innehållsanalys innehållande två delar: kondensering och kategorisering (se Tabell 1). *Kondensering* syftar till att identifiera det uppenbara innehållet som finns i texten genom att göra utdrag ur transkriptionen i form av meningsbärande enheter och korta ner dessa till kondenserade meningsenheter, utan att förlora det centrala innehållet (Graneheim & Lundman, 2017). Två av intervjuerna kondenserades gemensamt, resterande kondenserade författarna var för sig och placerade i en gemensam mall. Därefter genomfördes kodning gemensamt. En kod innebär en etikett som beskriver den kondenserade meningsenhetens innehåll (Graneheim & Lundman, 2017). Därefter påbörjades *kategorisering* där gemensam diskussion mellan författarna ledde till att koderna delades in i 19 preliminära kategorier- som vidare benämns subkategorier. En kategori är en grupp koder med liknande innehåll där kategorierna skall vara uteslutande, alltså att ingen kod ska kunna passa in under flera kategorier (Krippendorff, 2019). Enligt Graneheim & Lundman (2004) kan kategori beskrivas som övergripande, beskrivande innehåll som vidare kan delas in i subkategorier alternativt tvärtom- att subkategorierna kan bilda en huvudkategori genom sina liknande underliggande budskap. De 19 subkategorierna sammanfördes till 12 subkategorier och delades in i 4 kategorier (se tabell 2) utifrån ovanstående beskrivning. Intervjuerna lyssnades igenom under

och efter analys för att bekräfta indelningen. Deltagarna har tagit del av kategorierna (se tabell 2) och bekräftat en korrekt tolkning.

Tabell 1: Utdrag ur analysprocessen

| | Meningsbärande enhet | Kondenserad meningsenhet | Kod | Subkategori | Kategori |
|------|--|--|--|---|---------------------------|
| I: 7 | ... Jo men det är ju att vi gör det. Och tränar. Och jag tror att det är viktigt att man tar fram bäcken och tränar inför varje sätesförlossning ändå. Även om man kanske nyss har gått utbildningen eller du kanske.. jag kanske nyss har haft en sätesförlossning men det har inte du. Då tar vi fram den och alla doktorerna ska vara med, vi samlas allihop och sådär. | Att vi gör det och tränar. Jag tror det är viktigt att man tar fram bäcken och tränar inför varje sätesförlossning. Även om man nyss har gått utbildning eller haft en sätesförlossning. Vi samlas allihop och tränar. | Att göra det och träna tillsammans inför varje förlossning. | Utrymme för regelbunden övning | Kompetensutveckling |
| I: 4 | Jag tänker ju att man kanske ska kunna få föda på fler positioner än gynläge. Att man ska främja födandet för kvinnan genom att låta henne föda knästående till exempel som faktiskt främjar barnets rörelse genom bäckenet och gör att du egentligen inte behöver göra så mycket, lövsats manövrar, osv, för att lösgöra barnets huvud utan faktiskt låta barnet komma av sig själv. Och därmed kanske låta kvinnan få lov att känna sig lite tryggare. | Jag tänker att man ska få föda i fler positioner än gynläge. Att man ska främja födandet för kvinnan genom att låta henne föda till exempel knästående vilket faktiskt främjar barnets rörelse genom bäckenet och gör att du inte behöver göra så mycket manövrar, låta barnet komma av sig själv. Då kan kvinnan tillåtas att känna sig tryggare. | Upprätt ställning främjar förloppet och minskar behov av manövrar. Barnet kan komma av sig själv- tryggare kvinna. | Uppmuntra kvinnan att vara aktiv genom hela förloppet | Normalisera sätesbjudning |

Forskningsetiska avvägningar

Enligt Helsingforsdeklarationen (2013) ska forskning, trots att den kan ge ökad kunskap i ett område, aldrig genomföras mot deltagarnas intresse och rättigheter. Därför hade intervjudeltagarna i den här studien rätt att när som helst avbryta intervjun eller att ta tillbaka sina svar fram till uppsatsens examination. Forskarna har ansvarat för att skydda deltagarnas hälsa, värdighet, integritet, privatliv och bestämmanderätt. Därför fick deltagarna exempelvis bestämma tid och plats för intervjun samt dess genomförande (digitalt eller fysiskt möte).

I enlighet med Vetenskapsrådets rapport om god forskningssed (2017) informerades deltagarna enligt *informationskravet* om studiens syfte samt dess villkor för deltagandet. Information gavs om intervjuens genomförande samt att det var frivilligt att delta och att insamlad data enbart skulle användas till den tänkta studien. Det fanns kontaktuppgifter till forskarna och deras handledare om deltagarna ville ta kontakt samt information om var resultatet skulle offentliggöras. Deltagarna lämnade sitt samtycke för att delta enligt *samtyckeskravet*. Personuppgifter och annan insamlad data förvarades enligt *konfidentialitetskravet* så att ingen obehörig kom åt dessa. *Nyttjandekravet* innebar att alla uppgifter som samlades in enbart fick användas i forskningssyfte.

Ansökan hos Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) vid Lunds universitet gjordes och ett rådgivande yttrande har mottagits av författarna.

Röstmemon och transkriberat material förvarades på lösenordskyddad dator samt avidentifierades för att säkerställa informanternas integritet. All insamlad data raderas efter examination.

Genom ovanstående etiska avvägningar följer studien ovan nämnda Vetenskapsrådets fyra huvudkrav för god forskningssed: *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet*, *nyttjandekravet* samt Helsingforsdeklarationen.

Resultat

Deltagarna i studien har en arbetslivserfarenhet mellan 5–34 år och många har arbetat på olika kliniker i Sverige, Danmark och Norge. Två deltagare kom från sjukhus 1, en deltagare kom från sjukhus 2 och nio deltagare kom från sjukhus 3. I resultatet framkom fyra kategorier med tillhörande subkategorier: **Normalisera sätesbjudning**, **Skapa trygghet i förlossningssituationen**, **Ett välfungerande team**, och slutligen **Kompetensutveckling** (se Tabell 2).

Tabell 2: Kategorier och Subkategorier

| Normalisera sätesbjudning | Skapa trygghet i förlossningssituationen | Ett välfungerande team | Kompetensutveckling |
|---|--|------------------------------------|--|
| Att släppa rädslor och våga | Ha tydliga rutiner och förberedelser | Ha en samsyn och ömsesidig respekt | Utrymme för regelbunden övning |
| Uppmuntra kvinnan att vara aktiv genom hela förloppet | Bevara en lugn miljö och inte störa | Att reflektera och ventilera | Att dela med sig av erfarenheter och lära vidare |
| Information till föräldrar | Att ha samt förmedla tilltro till kvinnans förmåga | Att skapa en relation | Ökad erfarenhet med tillåtande hållning |

Normalisera sätesbjudning

I resultatet beskriver informanterna en upplevelse av att sätesbjudning setts som något patologiskt. De föreslår att inte se sätesbjudning som något onormalt eller att barnet ligger fel utan istället se det som något ovanligt men genomförbart. Barnmorskornas erfarenhet säger att vaginal sätesförlossning går bra, att det inte är något märkligt och utgör inget förlossningshinder, utan kräver bara en del andra förutsättningar. Vad som däremot framgår som hinder är rädslor hos personal och föräldrar, att kvinnan görs passiv under förlossningsarbetet samt dubbla budskap vid information till föräldrar.

“... jag brukar säga att det inte är onormalt och onaturligt att föda i säte. Men att det är ovanligt. Om man ligger på tvären så ligger man fel, då kan man inte komma ut. Men säte är ju inte onormalt eller onaturligt”

- informant 10

Att släppa rädslor och våga

Rädsla hos personal och hos kvinnorna upplevs av barnmorskorna vara ett tydligt hinder för att komma vidare i arbetet för säkra vaginala sätesförlossningar och uppges vara en anledning till att kvinnor med gynnsamma förutsättningar ändå kejsarsnittas- ibland till och med i senare delen av öppningsfasen. Att släppa rädslor och våga tillåta sätesförlossningar beskriver informanterna som ett krav för att komma vidare i utvecklingen. Deras erfarenhet säger att rädsla föräldrar och rädd personal hindrar förlossningsarbetet, något som är oönskat vid en sätesbjudning där gynnsamt förlopp utan avbrott i det kroppsegna oxytocinflödet är av stor vikt.

“Att inte bara träna på handgreppen utan också träna på att våga. Att i ett positivt klimat våga yttra det som är negativt eller om osäkerhet finns. Vi kan inte rädsla alla men vi kan skada många genom att låta rädslor styra”

- Informant 1

Uppmuntra kvinnan att vara aktiv genom hela förloppet

Informanterna delger att kvinnan ibland görs passiv och personalen blir den aktiva trots att det inte är gynnsamt för vare sig förlopp eller övervakning. Anledning till detta anges kunna vara att det ger en känsla av kontroll hos personalen, men kan bli på bekostnad av både progress och kvinnans upplevelse. Barnmorskorna vidhåller också vikten av att tänka på de fundamentala delarna för att undvika värksvaghet och trött mor, exempelvis att få i henne mat och dryck, låta henne röra sig fritt och uppnå önskad smärtlindring. Deltagarnas erfarenhet säger att det är fördelaktigt om kvinnan själv får välja en förlossningsställning som hon är trygg och bekväm i. Upprätta ställningar föreslås kunna underlätta framfödandet genom att jobba med tyngdlagen istället för emot den och genom att underlätta barnets rotationer i bäckenet. Vid upprätta ställningar uppges barnmorskorna en upplevelse av att kvinnan kan använda sig av sin egen kraft.

“... också att kvinnan föder av egen kraft när hon får lov att vara upprätt än att ligga på det sättet och vara passiv och patient liksom. Hon ligger ner och vi står upp runt omkring henne, det tycker jag aldrig känns bra.”

- informant 10

Informanterna beskriver exempel på sätesförlossningar i upprätt läge eller på sidan, där inga manövrar behövt göras jämfört med gynläge där manövrar allt som oftast behövts, varpå val av förlossningsställning uppges som en utvecklingsmöjlighet att jobba vidare med.

Information till föräldrar

Välinformerade och motiverade föräldrar beskrivs av deltagarna som en förutsättning för att en vaginal sätesförlossning ska vara möjlig. Barmorskorna upplever att utmaningar finns med dubbla budskap i informationen då vaginal sätesförlossning genererar en rad undersökningar som måste göras, men också att vändning är ett risktagande. Att därefter motivera till att föda i säte om vändningsförsöket misslyckas kan bli svårt. Därav menar de att det blir extra viktigt att tydligt informera att undersökningar görs för att selektera och därigenom öka säkerheten, inte för att det är något farligt eller fel samt att vändningen är till för att underlätta, men att det är fullt möjligt att föda i säte. Slutligen föreslår barmorskorna att föräldrarna ska ges möjlighet att gå hem och fundera i lugn och ro istället för att förväntas ta ett beslut med en gång vid det misslyckade vändningsförsöket som ofta är fallet i dagsläget.

*“...beror ju så enormt mycket på hur man pratar om det här i samband med vändningsförsök (...) om kvinnan kommer hit fastande, utan smycken, utan nagellack och man klär henne i en vit skjorta och man pratar hela tiden om att det här är inte farligt det vi ska göra (...) men vi lämnar ner en bastest och skulle vi behöva gå på snitt så är det så och så är det så... det är inte farligt (...) redan där signalerar vi att vändningsförsöket är en farlig åtgärd (...) varför skulle vi utsätta kvinnan... om inte själva födelsen skulle vara ännu farligare (...) och det är därför det inte går att vända den skutan när man i 50 % av fallen inte lyckas vända barnet. För då står man där med brallorna nere... nej vi bara skojade, det var inte så farligt att föda i säte. *skratt*. Vi skulle bara kolla lite... jag tänker att inför dem vändningsförsöken så måste man gå in i det att det är möjligt att föda i säte (...) att vändningen kan vara ett sätt att underlätta... inte ett sätt att ersätta sätesförlossningen liksom.” - informant 9*

Skapa trygghet i förlossningssituationen

Erfarenhet av olika faktorer som kan hjälpa för att skapa trygghet framgår av deltagarna, både utifrån den födande och personalens perspektiv. Att selektera vilka kvinnor som ska föda vaginalt vid sätesbjudning för att det ska bli så optimala förutsättningar som möjligt upplever de bidrar till en ökad trygghet. Även att eftersträva en lugn och tålmodig miljö där inte kvinnan blir störd i onödan och att ha tilltro till hennes förmåga upplevs vara viktiga delar för en trygg förlossningssituation.

Ha tydliga rutiner och förberedelser

Barmorskorna beskriver en erfarenhet av att vissa risker som finns vid vaginal sätesförlossning minimeras med hjälp av att selektera, då det inte heller är riskfritt att en stor

mängd kvinnor kejsarsnittas i onödan. Olika förberedelser beskrivs av deltagarna som genomförs för att minska riskerna vid sätesbjudning, till exempel bäckenmätning och skattning av barnets vikt. Informanterna upplever också att en möjlighet att öva tillsammans i teamet i nära anslutning till förlossningen ger en stabil och trygg grund att stå på inför att bistå en vaginal sätesförlossning. Vidare beskrivs det att arbetsgruppen blir trygg och lugn om det redan innan det är dags för kvinnan att föda bestäms vem som ska göra vad och att diskussioner kring detta hålls utanför rummet. Informanterna menar att barnmorskor är vana att bistå vaginala förlossningar, något som läkargruppen inte gör om inte något tillstöter. Således bör enligt barnmorskorna en trygghet i att handlägga vaginala sätesförlossningar kunna uppnås även genom att stå bakom den barnmorska som bistår och observera, precis som vid andra förlossningar där komplikationer uppstår.

“... hon ska ha rätt att föda sitt barn på det sättet som hon vill. Så länge det kan betraktas som medicinskt säkert. Och det kan det. En vanlig sätesförlossning, med den vården vi har idag, eller skulle ha idag om alla kunde förlösa säten, så skulle man kunna stå för att det är ett säkert sätt att föda.” - informant 9

Bevara en lugn miljö och inte störa

De sätesbjudningar som barnmorskorna beskriver har varit gynnsamma då det varit spontan värkstart och bra värkar med god progress. Informanterna upplever däremot att det har en tendens att stanna av på slutet med lite längre utdrivningsskede varpå det är viktigt att progress ses under hela förloppet. Vad progress sedan är för var och en kan variera då progress för en kvinna kan vara att hon föder på åtta timmar och för en annan kvinna tar det ett helt dygn. Det framgår också en vikt av att undvika onödiga interventioner för att inte störa progressen och skapa en lugn och tyst miljö som främjar oxytocinpåslag. Att som personal bevara ett lugn upplever barnmorskorna som gynnsamt då det är en hel del människor på rummet när en kvinna ska föda i säte. De beskriver det som viktigt att det fortsätter vara barnmorskan som kommunicerar med kvinnan och att resterande personal på rummet viskar. Att kunna vänta in kvinnan, ha tålmod och att hålla händerna bakom ryggen uppges som viktiga egenskaper för att inte störa kvinnan och barnet om inte situationen absolut kräver det.

“Låt det vara ett par minuter där, det är helt okej (...) har fina, att där är pulsationer i navelsträngen, vänta då på henne (...) Man sa alltid förr, rör inte bebisen. Bara känna att navelsträngen pulserar. Så kommer benen ett efter ett där. Och låt det vara. Och kommer armarna inte där så kan man kanske lirka lite med handen så att ena

kommer och sen andra kommer. Så kommer huvudet där när det får mer plats. Men man ska vänta. Och det är jättesvårt att vänta. Men det är en god egenskap som vi kan ha som barnmorskor.” - informant 5

Att ha samt förmedla tilltro till kvinnans förmåga

Att ha och förmedla tilltro till den födandes förmåga beskrivs i resultatet som viktiga delar för att inge trygghet. Informanterna upplever tilltron som avgörande för den födandes och personalens inställning- om personalen inte tror på kvinnans förmåga, kan de inte heller överföra det till kvinnan med utebliven progress som följd. Vidare behöver kvinnan ha förtroende till sin egen förmåga att föda i säte och barnmorskorna menar att kvinnan bör få hjälp med det och landa i att det går bra att föda vaginalt vid sätesbjudning också.

“Jag hoppas att vi ska få kvinnorna att tro på sin egen förmåga att föda i säte, genom att sluta skrämmas. Och att det därmed kommer fler sätesförlossningar.” - informant 4

Ett välfungerande team

Teamet beskrivs av barnmorskorna som centralt i vilket föräldrarna ska ingå i allra högsta grad. Utan ett välfungerande team beskriver deltagarna att genomförandet av en vaginal sätesförlossning blir svår, nästintill omöjlig att genomföra på ett sätt så att alla känner sig trygga, säkra och motiverade. Om alla tillsammans jobbar mot samma mål har barnmorskorna upplevt en belöning i form av euforiska känslor och stärkt teamkänsla.

*“Vet ni, vi hade kunnat höra en knappål. Alltså det var knäpptyst... ”föd nu barnet” vet jag att jag sa, jag brukar aldrig säga det. ”föd nu ditt barn”, så bara tryckte hon, så kom den ut. Och det var så magiskt och alla grät, så tittade jag bak och ‘läkaren’ bara *snyft* torkade en tår (...) det var så fint... man kände en sån eufori, det går inte att beskriva det bara... åh den kom ut, jag måste skriva till nån!” - informant 7*

Ha en samsyn och ömsesidig respekt

Informanterna vidhåller en vikt av att ha en samsyn kring arbetet med sätesförlossningar och att i teamet ha en respekt för när någon känner sig rädd eller osäker. Informanterna menar att om någon i teamet inte känner sig säker på att genomföra det- kvinnan, läkare, barnmorska eller undersköterska- då faller det och teamet måste backa och respektera den personens osäkerhet. Ingen ska behöva må dåligt för att de inte kände sig säkra, menar barnmorskorna, utan alla i teamet måste vilja och känna sig trygga för att en vaginal sätesförlossning ska vara

möjlig. Kontinuerlig återkoppling och timeout tas också upp i resultatet som ett sätt att bevara en samsyn och tillsammans hitta en väg framåt om något hinder uppstår längs vägen.

”...att det är ett team som är överens. Att man tar timeout... Hur går vi vidare? om det skulle vara så att det hakar upp sig, men också inför framfödandet att man också tar en time out (...) vem som gör vad, vem håller kommunikationen med mamman och... att det finns en bra kommunikation tänker jag är jätteviktigt. Att ingen liksom är osäker eller orolig eller rädd för nånting utan vi vet vad vi ska göra om nånting uppstår.”

- informant 2

Att reflektera och ventilera

Barnmorskorna beskriver erfarenhet av att reflektion kring olika förlossningsförlopp är viktigt även vid sätesförlossningar och att prata om både positiva och negativa fall. De upplever också att det är viktigt att ventilera tillsammans då man haft en negativ upplevelse och att man ser det som ett inläringstillfälle, vad var bra och vad kunde gjorts annorlunda. Förslag ges på att reflektera och ventilera i teamet i anslutning till förlossningen så att ingen bär med sig sina känslor och tankar hem och sedan lägger locket på. Fallgenomgångar föreslås också som en möjlighet för att hela avdelningen ska kunna ta del av erfarenheter och lära av varandra.

”Jag tänker att vi behöver prata mycket mer om det här situationerna när de uppstår, både vad man upplever själv men också vad de andra upplever, att vi sätter oss tillsammans... inte att peka ut någon att det var någon som gjorde fel utan mer ett inläringstillfälle (...). Att det kan bli en tystnad också kring dem där tillbuden (...) att alla är bara (...) lite lättade över att det är över (...) barnet överlevde och sådär (...) nu pratar vi inte om det, för ingen vet riktigt hur man ska göra det eller vad man ska säga. Men det tänker jag att vi behöver träna oss på mycket mer.” - informant 2

Att skapa en relation

Barnmorskornas erfarenhet är att närvaro på rummet ger möjlighet att skapa en relation med paret. De anser att paret är en viktig del i teamet och måste få möjlighet att lära känna och bli trygga med teammedlemmarna och få vara delaktiga i planering och handläggande. Att förmedla trygghet och vara närvarande är något barnmorskorna beskriver som en viktig del vid alla förlossningar, men särskilt vid mer komplicerade förlossningar. Att lära känna kvinnan och tänka steget före ger barnmorskan möjlighet att tidigt veta var problem eventuellt kan uppstå och på så vis kunna förebygga dem.

”...och när det gäller att man ska samarbeta, att man har hand om en kvinna som (...) ska föda i säte då, då gäller det att man etablerar en god kontakt (...) och att man lär känna varandra. Och att man har, både med och utan ord, en kommunikation. Och det är jätteviktigt för att alla förlossningar ska bli bra. Men speciellt då om det är förlossningar som kan bli komplicerade på olika sätt så är det jätteviktigt med närvaron och den tryggheten som vi förmedlar.” - informant 10

Kompetensutveckling

Ur intervjuerna framgår att bevarande av kompetens är av stor vikt, men också att skapa ny kompetens tillsammans då det under många år inte fötts så många säten vaginalt. Vaginala sätesförlossningar beskrivs som en rättighet för kvinnor och är en förutsättning för att kunna bevara deras självbestämmanderätt. För att kunna handlägga vaginala sätesförlossningar krävs kompetensutveckling och erfarenhet, menar barnmorskorna. Informanterna beskriver att det inte är ett alternativ att som personal nöja sig med att man inte kan eller vill. Att sätesförlossningar sällan förekommer beskrivs också som en svag anledning att undvika situationen och barnmorskorna menar att då får man hitta andra vägar för att skapa kompetens.

Men bara det att vi säger till dem som vill föda i säte att du får jättegärna föda i säte men du får vara beredd på att om det är personal på plats som inte kan det här, då kan du bli nekad. Vad är det liksom? Det är ungefär som att man skulle säga att, ja nu ska vi ut och flyga här men om det är så att piloten aldrig har flugit förut så kan det hända att resan blir inställd och då får du åka båt istället. Det är helt sjukt! Istället för att öva, öva, öva, öva, tills vi kan det här. Det går ju faktiskt att öva väldigt bra på docka. - informant 9

Utrymme för regelbunden övning

Informanterna föreslår regelbunden träning med docka och bäcken då en större mängd sätesförlossningar är svårt att uppnå då det är så sällan förekommande. De menar att simulerade övningar kan vara ett sätt att ge personalen självförtroende i att de har kompetensen, trots lågt antal eller inga sätesförlossningar alls i erfarenhetsryggäcken. Att i ett lugnt skede gå igenom var svårigheter kan uppstå, barnets rotationer i förlossningskanalen samt träna på och få in manövrar i händerna uppges också kunna tillföra en känsla av trygghet. Att sedan få möjlighet att öva i nära anslutning till förlossningen har beskrivits som ett sätt att bekräfta sin kunskap och kompetens.

”Och sen också att vi inte bara tränar när det kommer någon som ska föda i säte utan vi också har regelbunden träning likväl. Då det inte är samma press. Då kan man fråga en massa frågor och så. När det är skarpt läge då vill man ju göra rätt från början.” - informant 6

Att dela med sig av erfarenheter och lära vidare

Då sätesförlossningar är så sällan förekommande, anger informanterna att det är viktigt att dela med sig av erfarenheter och föra lärdomar vidare. Genom att hjälpa och stötta varandra och att som oerfaren ha en mer erfaren barnmorska som känner sig lugn och trygg bakom sig bygger man vidare kompetensen och sprider den i personalgruppen. Ingen är eller kan bli expert, men kompetensen läggs ihop när alla hjälps åt.

Det har framgått ur intervjuerna att en arbetsgrupp som inriktar sig på sätesförlossningar, bestående av både barnmorskor och läkare, kan vara av värde för att få med perspektiv från olika personalkategorier. Informanterna beskriver olika uppgifter som gruppen skulle kunna ägna sig åt, till exempel att hålla sig uppdaterad inom ny evidens, råd och rön och kurser som finns för att kunna informera vidare till personalgruppen. Medlemmarna i gruppen skulle också kunna vara delaktiga i att ta fram PM och riktlinjer för vaginala sätesförlossningar och då menar barnmorskorna att blandningen av yrkeskategorier är av stor vikt.

”Men kompetens, hur bevarar man den? Men den bevarar man ju bara genom att kunna liksom lämna över erfarenheten till någon annan...” - informant 1

Ökad erfarenhet med tillåtande hållning

Informanterna upplever att det är ett mer tillåtande klimat på arbetsplatserna och att det finns en mer positiv syn på sätesförlossningar nu jämfört med för ett par år sedan. En ljusare bild inför framtiden beskrivs av barnmorskorna då man på alla nivåer arbetar för att sätesförlossningar ska kunna bli verklighet. Detta bidrar till att fler sätesförlossningar sker, vilket ökar mängden och således erfarenheten hos personalen. De menar att detta sedan skulle kunna spridas vidare ut till allmänheten att det går och är säkert och tryggt att föda i sätesbjudning, vilket kan skapa en positiv spiral.

”...jo men att vi också kommer få självförtroende i att vi tar dem förlossningarna och att det förhoppningsvis också går ut till födande kvinnor, gravida kvinnor, att den kompetensen och kunskapen finns” - informant 2

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med denna uppsats var att belysa barnmorskors upplevelser och erfarenhet av att bistå vid vaginal sätesförlossning. Den valda metoden diskuteras utifrån begreppet trovärdighet. Detta begrepp delas in i fyra delar: tillförlitlighet, giltighet, överförbarhet samt delaktighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Tillförlitlighet

En studies tillförlitlighet innebär enligt Morse et al (2002) att tolkningar under analysprocessen kontinuerligt har verifierats. Varje intervju har transkriberats ordagrant för att öka studiens tillförlitlighet. Ett exempel ur analysprocessen har även presenterats (Tabell 1). Återkoppling till deltagarna gjordes i form av redovisning av kategorier och subkategorier. Vidare har tillförlitligheten i denna studie förstärkts genom att ha utförts vid tre olika sjukhus, samt att informanternas yrkeserfarenhet varierade. Författarna har genomfört intervjuerna gemensamt, vilket enligt Graneheim & Lundman (2017) kan innebära att intervjuerna innehållit liknande uppföljningsfrågor och därmed god följsamhet i insamlat material, dock kan detta i sin tur leda till sämre variation i svaren från informanterna. Författarna har genom analysprocessen tillsammans diskuterat och reflekterat över tolkningar, vilket gör att kodning och kategorisering i detta arbete kunnat vara konsekvent (Graneheim & Lundman, 2017).

Olika varianter av intervjuer fick användas: telefon, videosamtal samt fysiskt möte, främst på grund av den rådande Covid-19 pandemin. Vad som blev tydligt här var att de fysiska mötena oftast gav mer uttömmande svar. Deltagarna berättade fritt och intervjuaren behövde inte ställa så många frågor, utan frågeställningarna besvarades ur deltagarnas längre berättelser. Samtidigt skapade telefon och videosamtal lättare möjlighet att boka möte. Dock har intervjuerna på distans bekräftat det som sagts på de fysiska mötena, så resultatet hade troligtvis inte blivit annorlunda. Däremot är det möjligt att det utan de fysiska mötena inte hade kunnat bli ett lika djupt material som det nu blev, vilket skulle kunna påverka resultatets tillförlitlighet.

Giltighet

Till vilken utsträckning resultatet visar en sanning i förhållande till insamlat material handlar om giltighet (Graneheim & Lundman, 2017). Författarna har därför inkluderat citat under varje subkategori för att skapa en inblick för läsaren huruvida insamlat material stämmer överens resultatet. Vidare har en noggrann beskrivning av urval och analysprocess presenterats för att ge läsaren en inblick i tolkningarna och utifrån detta kunna göra en bedömning av dess giltighet. Författarna bedömde intervjuernas längd som tillräcklig då uttömmande svar givits ur den semistrukturerade intervjuguiden (bilaga 1), vilket gav rikligt och tillräckligt med innehåll för att kunna genomföra analysen.

Överförbarhet

Överförbarhet innebär hur möjligt det är att resultatet kan överföras till en liknande kontext (Polit & Beck, 2013). Intervjuerna i denna studie innehöll barnmorskor yrkesverksamma vid tre olika sjukhus, innehållande både mindre och större sjukhus och samtliga informanter uppgav liknande erfarenheter och upplevelser. Informanternas yrkeserfarenhet varierade mellan 5–34 år, med en medellängd på 23 år, vilket innebar en spridning bland informanterna. Således är det möjligt att liknande resultat skulle kunna framkomma vid andra sjukhus, både i Sverige och andra delar av världen med liknande struktur i förlossningsvården. Det ingick däremot inga barnmorskor med erfarenhet under 5 år, vilket skulle kunna innebära att överförbarheten kan påverkas om barnmorskor med kortare erfarenhet än 5 år deltar. Dock verkar det spela mindre roll, eftersom det under två decennier inte förekommit så många vaginala sätesförlossningar. Dessutom fördelas sätesförlossningarna sinsemellan, där barnmorskor med någon eller några sätesförlossningar lämnar över till barnmorskor med mindre erfarenhet och istället står bakom som stöd för att alla ska kunna upprätthålla sin kompetens.

Överförbarheten i denna studie kan försvåras då klinikerna som valts ut genomför vaginala sätesförlossningar, vilket inte alltid är fallet vid andra kliniker då kultur och riktlinjer kring vaginala sätesförlossningar skiljer sig åt. Överförbarheten kan också påverkas av att spridningen av deltagare inte blev så stor över klinikerna utan att majoriteten av deltagarna kom från samma sjukhus. Däremot har några av deltagarna praktiserat vid andra sjukhus tidigare både i Sverige, Danmark och Norge varpå nuvarande arbetsplats kan spela mindre roll. Vidare kan resultatet ha påverkats om barnmorskor som känt sig trygga i att bistå

vaginala sätesförlossningar valt att delta, medan de som känt sig rädda för situationen valt att avstå. Det framgår dock i resultatet att en mer positiv inställning för vaginala sätesförlossningar upplevs på klinikerna, varpå det kan vara möjligt att rädslor inte har någon avsevärd plats i sammanhanget.

Delaktighet

En kvalitativ intervjustudie kan enligt Graneheim & Lundman (2017) inte bli oberoende då intervjuaren är deltagande i samtalen och därför kan påverka intervjuens gång. För att minska påverkan har öppna frågor använts i frågeguiden (Bilaga 1) och intervjuarna har använt konstpauser för att ge informanterna utrymme att själv fundera och tänka högt. Konstpaus har varit lite svårare att genomföra vid intervjuerna på distans och fler följdfrågor såsom "Vill du utveckla det" eller "Vill du berätta mer" har fått användas i större utsträckning.

Resultatdiskussion

Ur resultatet anser författarna att följande aspekter är särskilt intressanta att lyfta: hur barnmorskan kan *främja ett gynnsamt förlopp, bevara sin kompetens* samt hur förlossningsvården kan *hitta vägar framåt och utvecklas*.

Främja ett gynnsamt förlopp

I resultatet framkom det att mycket närvaro på rummet, ett högt informationsflöde och upprätta förlossningsställningar gynnar progressen och skapar goda förutsättningar för lyckade vaginala sätesförlossningar genom att paret känner sig delaktiga och trygga. Berg (2005) har i sin teori beskrivit liknande faktorer, såsom kontinuerlig närvaro och en fortgående dialog, för att skapa och upprätthålla en värdighetsbevarande vårdrelation. Hunter (2014) har beskrivit vikten av god progress och Louwen et al (2017) beskrev i sin studie fördelen med upprätta förlossningsställningar där färre eller inga manövrar behövt göras jämfört med sätesförlossningar i gynläge. Att det i denna studie framkommer ett liknande resultat skulle kunna visa på att kunskap kring vad som underlättar en vaginal sätesförlossning finns i den erfarenhet som barnmorskor besitter relaterat till när barn föds i huvudbjudning. Det kan tänkas att förlossningarna egentligen inte skiljer sig så mycket åt bortsett från att sätesbjudning ses som en mer riskfylld förlossning som därför kräver mer förberedelse.

Olika sätt att skapa trygghet för både personal och föräldrar beskrivs i resultatet som en viktig pusselbit för att kunna genomföra vaginala sätesbjudningar. Barnmorskorna i denna studie påtalade att en vaginal sätesbjudning innebär en ökad risk, varpå selektion och förberedelser blir av värde för att minimera dessa risker, vilket även beskrivits av Hunter (2014) och Mollberg (2009). Lindvall & Wernicke (2019) beskrev att föräldrar önskar objektiv information om förlossningssätt och risker med dessa samt att vårdpersonal inte ska lägga in sina personliga åsikter i informationen. Vikten av neutral och kontinuerlig information till föräldrar samt att förmedla trygghet och tilltro till den födande anses enligt denna studies resultat som viktigt även ur barnmorskans perspektiv. Impey et al (2017) menar också att föräldrar bör få tydlig information om de ökade risker som kejsarsnitt har för modern både vid förlossning och nästkommande graviditet, samt risker vid vändningsförsök. Att informera om risker med kejsarsnitt är något som barnmorskorna i denna studie ibland upplever som bristfällig beroende på klinik och vem det är som informerar. En medvetenhet om detta hos den informerande personalen och ett förtydligande i rutiner kring vad som ska ingå i informationen kan vara av värde för att undvika personbundna variationer.

Att bevara kompetens

Vikten av att bevara kompetens framgår i resultatet men också att skapa ny kompetens då en generation av barnmorskor inte fått möjlighet att bistå vaginala sätesförlossningar i den utsträckning som hade kunnat vara möjligt, till följd av studien av Hanna et al (2000). Lövsök och Orest (2013) föreslog i sin magisteruppsats en uppföljning av ämnet efter 10 år då deras slutsats blev att barnmorskor upplevde en stark oro för minskningen av vaginala sätesfödslar samt att kompetens och kunskap behöver återfås och bibehållas. Denna studie har utförts nästan ett decennium senare och det framgår att barnmorskor fortsatt vidhåller vikten av att återfå kompetensen, men en stark oro för framtiden verkar ha ersatts med en ljusare bild. Barnmorskorna i denna studie framhåller att en viss kompetens och trygghet redan finns hos barnmorskor då de är involverade i många vaginala förlossningar som det är. De uppger också olika sätt att skapa ny samt överföra kompetens till varandra och upplever en mer positiv inställning till vaginala sätesförlossningar, även från andra yrkeskategorier som exempelvis läkarkåren.

Att öva i grupp, inte vara ensam och ha jämnt fördelat ansvar i teamet beskrivs i en brittisk studie av Walker et al (2017) som en god grund för kompetensutveckling, något som även barnmorskorna i denna studie beskrivit. Det kan alltså tänkas möjligt att resultatet i studien av Walker et al (2017) är överförbart även i svensk förlossningsvård. En positiv inställning och samarbete mellan yrkeskategorier är något Berg (2010) menar ökar möjligheten till att få en djupare kunskap där även intuitionen får chans att utvecklas. Att vara förberedd, ha tydliga rutiner och selektera, men samtidigt ha tilltro till den födandes förmåga och se lösningar istället för problem kan vara ett sätt att balansera det naturliga och medicinska perspektivet, vilket också beskrivits av barnmorskorna i denna studie. Med rätt redskap kan det alltså tänkas möjligt att barnmorskan ges möjlighet att bevara det naturliga även vid förlossningar med ökad risk, såsom sätesbjudning.

Att hitta vägar framåt och utvecklas

Ur resultatet framgår det att barnmorskor är betydelsefulla för att få med ett annat perspektiv utöver det rent medicinska. Berg (2005) beskriver barnmorskorna som viktiga för att skapa en balans mellan det naturliga och medicinska vid förlossningar med ökade risker. Sanders & Steele (2014) har skrivit en sammanställning från konferensen “the international breech birth conference 2012” där över 200 yrkesutövare inom förlossningsvård, bland annat barnmorskor och obstetiker, deltog. Konferensen ämnade att samla professioner delaktiga i sätesförlossningar för att skapa en samsyn och hitta en väg framåt. I sin sammanställning hävdar Sanders & Steele (2014) att barnmorskor behöver få vara en del av utvecklingen av sätesförlossningar, något även barnmorskorna i denna studie framfört. Barnmorskorna ser sig som en viktig del i utvecklingsarbetet, samt har en vilja att ta plats i framtagandet av rutiner och riktlinjer i ett professionsöverskridande samarbete.

Denna studies resultat beskriver att utveckling och en positiv bild på framtiden är en förutsättning för att kunna bedriva en säker förlossningsvård där vaginala sätesförlossningar ingår samt att personalen behöver vara öppna för ny evidens. Tidigare presenterad forskning (Herbst et al, 2005; Lindwall & Wernicke, 2019; Louwen et al, 2017) har visat att en påverkan hos barnet föreligger vid sätesförlossning, men i relation till hur många kejsarsnitt som behöver göras för att undvika den risken menar de att riskerna hos barnet vid vaginal födsel behöver vägas mot riskerna vid kejsarsnitt - dels operationens komplikationer i sig, men också ökade risker vid framtida graviditeter. Under år 2020 publicerades även två nya

studier som inte kunnat påvisa någon ökad risk hos barnet vid vaginal sätesförlossning (Derisbourg et al, 2020; Sentilhes et al, 2020). Enligt studierna ovan kan alltså vaginal sätesförlossning ses som ett rimligt och säkert alternativ, vilket även barnmorskorna i denna studie beskrivit. En utmaning som framgår är att vaginala sätesförlossningar gärna blir problemorienterade, de ses som något komplicerat och svårhanterat som i många arbetskulturer helst undviks, till trots för evidens och kvinnans rätt att föda på sina villkor. Genom att inte låta rädslan styra och istället ha tillit till kvinnans informerade val kan andelen vaginala sätesbjudningar öka, vilket kan göra att kvinnor åter ser det som något normalt och genomförbart. Ett ökat antal vaginala sätesförlossningar bidrar i sin tur till ökad kompetens hos barnmorskor och andra involverade professioner.

Konklusion och implikationer

Resultatet visade att barnmorskorna som deltog kände sig trygga med att bistå sätesförlossningar, men att brist på kompetens kan vara ett hinder då vaginala sätesförlossningar sällan förekommer. Kompetensutveckling i olika former kan bidra till ökad trygghet och behöver inte innebära ett stort antal sätesförlossningar i bagaget, utan kan upprätthållas med hjälp av exempelvis simulerade övningar och fallgenomgångar med reflektioner. Av barnmorskorna framgår att de ser ljus på framtiden avseende vaginala sätesförlossningar, då ett mer positivt och tillåtande klimat börjat visa sig. Istället för att fastna i gamla rädslor kan en lösningsorienterad inriktning vara av värde, med fokus på hur vaginala sätesförlossningar kan utvecklas för att skapa bästa möjliga utfall och främja det fysiologiska födandet.

Barnmorskor behöver vara en del i utvecklingsarbetet av rutiner och riktlinjer för att hitta vägar framåt som ökar chanserna till att de planerade vaginala sätesförlossningarna faktiskt blir av. Barnmorskan har en viktig roll genom hela förlossningsarbetet med erfarenhet av att stödja kvinnor vid vaginala förlossningar oavsett bjudning. Det förefaller sig därför naturligt att det även är de som tar emot barnet när det föds och att läkarna står bakom och endast ingriper om situationen kräver det. Barnmorskornas erfarenhet säger också att kvinnans förmåga att föda vaginalt måste belysas och att neutral och normaliserande information till föräldrar bidrar till detta. Strategier för att undvika personliga åsikter och värderingar i

informationen kan vara värdefullt att arbeta fram. I utvecklingsarbetet krävs ett professionsöverskridande samarbete för att främja det normala även i en förlossningssituation med ökade risker. Vidare studier på effekterna på kompetensutveckling i form av reflektion, regelbundna övningar och tillåtande hållning på kliniken skulle kunna vara av värde. Även ett bredare perspektiv som inkluderar andra professioner, för att undersöka konsensus mellan dessa, skulle kunna vara ett intressant ämne att undersöka närmre.

Författarnas arbetsordning

Till denna magisteruppsats har båda författare bidragit i lika utsträckning till arbetet.

Referenser

Algovik, M. (2016). Sätesförlossning. H. Lindgren, K. Christensson, A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (s. 583-586). Lund Studentlitteratur.

Berg, M. (2010). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka- vårdande vid barnafödande* (s. 29-43). Lund: Studentlitteratur.

Berg, M. (2005). A midwifery model of Care for childbearing women at high risk: Genuine caring in caring for the genuine. *Journal of Perinatal Education*, 14(1), 9–21. DOI: 10.1624/105812405X23577

Blennow, M. & Sjörs, G. (2013). *Asfyxi och Neonatal HLR. SFOG rapport 70*. Uppsala: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.
https://www.sfog.se/natupplaga/ARG%20nr%2070_web8d7911be-41fc-4f92-8d9a-04467f97359a.pdf

Björkman, S. (2018). Pendeln har vänt – allt fler barn i säte föds vaginalt. *Vårdfokus*.
<https://www.vardfokus.se/yrkesroller/barnmorska/pendeln-har-vant-allt-fler-barn-i-sate-fods-vaginalt/>

Danielson, E (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 163-174). Lund: Studentlitteratur

Derisbourg, S., Costa, E., De Luca, L., Amirgholami, S., Bogne Kamdem, V., & Vercoutere, A. et al. (2020). Impact of implementation of a breech clinic in a tertiary hospital. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 20(1). DOI: 10.1186/s12884-020-03122-4

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

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, I.M., & Höglund-Nielsen, B. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (s. 219-234). Lund: Studentlitteratur.

Hannah, M. E., Hannah, W.J., Hewson, S.A., Hodnett, E.D., Saigal, S. & Willian, A. R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet*, 356(9238), 1375-83. <http://resolver.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/openurl?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:11052579>. DOI: 10.1016/s0140-6736(00)02840-3.

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

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. (2014). Sätesbjudning och sätesförlossning. I H. Hagberg, K. Marsál, M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 505-512). Lund: Studentlitteratur.

Hofmeyr G.J., Kulier R., West H.M (2015). External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015 (4). DOI: 10.1002/14651858.CD000083.pub3 <https://www-cochranelibrary-com.ludwig.lub.lu.se/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000083.pub3/epdf/full>

Hunter, L. A. (2014). Vaginal Breech Birth: Can We Move Beyond the Term Breech Trial? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(3), 320–327. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jmwh.12198>

Hutton, E.K., Hofmeyr, G.J., Dowswell, T.. External cephalic version for breech presentation before term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015 (7). DOI: 10.1002/14651858.CD000084.pub3.

Impey L.W.M., Murphy D.J., Griffiths M., Penna L.K. (2017). Management of Breech Presentation. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. BJOG 2017; 124: e151–e177. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14465>

International Confederation of Midwives [ICM]. (2014). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>

Krippendorff, K. (2019). *Content analysis: an introduction to its methodology*. (4:e uppl). Thousand Oaks, California: SAGE.

Kotaska, A., & Menticoglou, S. (2019). No. 384-Management of Breech Presentation at Term. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada*, 41(8), 1193-1205. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.12.018

Lindvall, F., & Wernicke, J. (2019). *Önskan om vaginal förlossning vid sätesbjudning - kvinnans upplevelse av bemötande och information, en kvalitativ intervjustudie*.

(Magisteruppsats, Lunds Universitet).

<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=9001125&fileOid=9001126>

Louwen, F., Daviss B.A., Johnson, K.C., Reitte, A. (2017) Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136(2), 151-161. DOI: 10.1002/ijgo.12033

Lövskog, L.M., Orest, H. (2013). *Vaginal sätesförlossning- barnmorskors synpunkter*.

(Magisteruppsats, Göteborgs Universitet).

https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/34963/1/gupea_2077_34963_1.pdf

Mead, N., Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110. DOI: 10.1016/s0277-9536(00)00098-8

Mollberg, M. (2009). Sätesförlossning. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson, I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (3 uppl. s. 311-318). Lund: Studentlitteratur

Morse, J., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal Of Qualitative Methods*, 1(2), 13-22. DOI: 10.1177/160940690200100202

Olsson, H., Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen - Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (4 uppl). Stockholm: Liber

Polit, D.F., Beck, C.T. (2013). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (8th ed). Philadelphia: Lippincott.

Sanders, R., & Steele, D. (2014). Re-engaging with vaginal breech birth: A philosophical discussion. *British Journal Of Midwifery*, 22(5), 326-331. DOI: 10.12968/bjom.2014.22.5.326

Sentilhes, L., Schmitz, T., Azria, E., Gallot, D., Ducarme, G., & Korb, D. et al. (2020). Breech presentation: Clinical practice guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology*, 252, 599-604. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2020.03.033

Socialstyrelsen. (2020). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2019*. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/graviditeter-forlossningar-och-nyfodda/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2020). *Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok*. <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/>

Svenska akademiens ordlista [SAOL]. (2015). Bistå. <https://svenska.se/tre/?sok=bist%C3%A5&pz=1>

Svenska barnmorskeförbundet (2018). *Kompetensbeskrivning för barnmorskor*. Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Svenska synonymer. (2020). Bistå. <https://www.synonymer.se/sv-syn/bist%C3%A5>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Walker, S., Scamell, M. and Parker, P., (2017). Deliberate acquisition of competence in physiological breech birth: A grounded theory study. *Women and birth* 31(3), 170-177. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.09.008

Bilaga 1 (1): Frågeguide

Frågeguide

1. Hur länge har du arbetat som barnmorska?
2. Varav hur länge inom förlossningsvård?
3. Hur skulle du beskriva förloppet av en sätesbjudning?
Fördjupande fråga om det behövs:
- Vill du berätta mer?
4. Hur känner du inför att bistå vid en sätesförlossning?
5. Vad tror du är centralt för en trygg och säker sätesförlossning?
Fördjupande frågor om det behövs:
- Utveckla utifrån den födande kvinnans perspektiv till att känna sig trygg
- Utveckla utifrån barnmorskans perspektiv till att känna sig trygg
6. Om vi säger upprätt ställning vid sätesförlossningar, vad tänker du då? Har du varit med om det?
7. Upplever du att det finns utrymme för utveckling för sätesförlossning?
8. Hur tror du att kompetens och kunskap bevaras på bästa sätt?
9. Hur ser du på framtiden för vaginala sätesförlossningar?
10. Slutligen, om det ej uppkommit tidigare:
Kan du ange några handfasta råd som du tycker barnmorskor bör bära med sig inför en sätesförlossning?