



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

”Min stora uppgift är att stötta kvinnan så att hon känner sig trygg”

Barnmorskors erfarenhet av att främja spontant värkarbete hos förstföderskor under öppningsskedets aktiva fas

– En kvalitativ intervjustudie

“My most important task is to support the woman so that she feels safe”

The midwife’s experience of supporting spontaneous labour with first time mothers during the active phase of labour

– A qualitative interview study

Författare: Anna Schön & Hanna Wallin

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Våren 2022

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

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

Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt

**Bakgrund:** År 2020 fick 56,8 procent av landets förstföderskor med spontan förlossningsstart värkstimulering med syntetiskt oxytocin. Det tillhör barnmorskans kompetens att självständigt handlägga den normala förlossningen och att få stöd av en barnmorska under sin förlossning hjälper den födande kvinnan att tolka sin egen kropp, främjar hennes inneboende resurser och får henne att känna sig stärkt i sin egen förmåga under förlossningsförloppet. **Syfte:** Att belysa barnmorskors erfarenhet av att främja spontant värkarbete hos förstföderskor under öppningsskedets aktiva fas. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Tretton barnmorskor som var verksamma på någon av samtliga fem förlossningsavdelningar i Skåne intervjuades. Insamlat material analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Analysen resulterade i tre kategorier; *Att ha tilltro till den fysiologiska processen, Att individanpassa vården samt Organisatoriska begränsningar och möjligheter* vilka mynnade ut i det övergripande temat; *Att skapa trygghet*. Barnmorskorna beskrev hur de genom att vara närvarande hos den födande kvinnan skapade en relation samt gjorde henne delaktig i den vård som bedrivs vilket lägger grunden till den trygghet som främjar spontant värkarbete. **Konklusion:** Ett spontant värkarbete främjas genom närvaro och icke medicinska interventioner. På grund av en hög arbetsbelastning finns svårigheter att tillgodose varje födande kvinna det stöd hon behöver. En förlossningsvård som styrs av medicinska PM och riktlinjer samt en ogynnsam miljö utgör hinder i arbetet med att främja spontant värkarbete.

## Nyckelord

Barnmorska, trygghet, spontant värkarbete, oxytocin, medikaliserad förlossningsvård, kvalitativ metod

# Innehållsförteckning

Problemområde.....	4
Bakgrund.....	5
Normal förlossning.....	5
Värksvaghet.....	6
Handläggning av värksvaghet.....	6
Icke-medicinsk handläggning av värksvaghet.....	9
Perspektiv och utgångspunkter.....	9
Syfte.....	10
Metod.....	10
Urval.....	11
Datainsamling.....	11
Analys av data.....	12
Forskningsetiska avvägningar.....	13
Resultat.....	14
Att skapa trygghet.....	14
Att ha tilltro till den fysiologiska processen.....	15
Att skapa en bärande relation.....	15
Att arbeta med icke medicinska metoder.....	16
Att individanpassa vården.....	17
Kvinnan som medskapare.....	17
Att sätta paret i centrum.....	19
Organisatoriska begränsningar och möjligheter.....	19
Hög arbetsbelastning.....	20
En medikaliserad förlossningsvård.....	20
Diskussion.....	23
Metoddiskussion.....	23
Resultatdiskussion.....	25
Konklusion och implikationer.....	29
Referenser.....	31
Arbetsfördelning.....	39
Bilaga 1.....	40

## Problemområde

Svensk förlossningsvård har som målsättning att skapa en positiv förlossningsupplevelse där mor och barn är friska (World Health Organisation [WHO], 2018). Förlossningens förlopp ska få fortskrida spontant och interventioner ska undvikas i största möjliga mån (Svenska Barnmorskeförbundet [SBF], 2014). Ett spontant förlossningsförlopp kan främjas genom intag av mat och dryck, upprätta positioner (WHO, 2015) samt information och stöd från en barnmorska som ger kvinnorna möjlighet att stärkas och ta informerade beslut (The Lancet, 2014). Barnmorskans stöd under förlossningen är betydelsefullt då det hjälper den födande kvinnan att tolka sin egen kropp, främjar hennes inneboende resurser och får henne att känna sig stärkt i sin egen förmåga under förlossningsförloppet (Berg & Lundgren, 2014). Under 2020 erhöll 56,8 procent av landets förstfödorskör med spontan förlossningsstart värkstimulering med syntetisk oxytocin under sin förlossning (Graviditetsregistret, 2020). Enligt nationella medicinska indikationer (2011) ska normal progress under öppningsskedets aktiva fas ha fördröjts med 3 timmar för att värkstimulering med syntetisk oxytocin ska vara motiverat (Nationella medicinska indikationer, 2011). Studier har visat på oönskade fetala och maternella effekter i samband med värkstimulering. Asfyxi är en känd komplikation till överstimulering (Jonsson et al., 2007) och en nyligen publicerad svensk retrospektiv journalgranskningsstudie presenterar ett signifikant samband mellan för tidig administrering av syntetisk oxytocin och kejsarsnitt (Häggsgård & Persson, 2020). Kvinnor som erhållit syntetiskt oxytocin under sin förlossning skattar sin förlossningsupplevelse lägre än de kvinnor som genomgått en spontan vaginal förlossning (Kempe & Vikström Bolin, 2020).

Mot bakgrund av nationella rekommendationer, kända risker och aktuell forskning är det befogat att undersöka barnmorskors erfarenhet av och förhållningssätt till att främja den födande kvinnans spontana värkarbete.

# Bakgrund

## Normal förlossning

Den normala förlossningen definieras enligt International Confederation of Midwives (ICM, 2014) som ett förlopp som startar spontant, fortskrider och avslutas med en spontan födsel vilket innebär att barnet föds i huvudbjudning i fullgången tid och utan instrumentella, kirurgiska, medicinska eller farmakologiska interventioner. Födelsen är en unik dynamisk process i vilken det ofödda barnet och maternella fysiologiska faktorer interagerar (ICM, 2014). Det tillhör barnmorskans kompetens att självständigt handlägga den normala förlossningen och dess olika delar (SBF, 2018).

Även om födelseprocessen är dynamisk och icke viljestyrd delas förlossningen in i tre skeden; Öppningsskedet som i sin tur delas upp i latensfas och aktiv fas, utdrivnings- och efterbördsskedet. Latensfasen beskrivs som en tid av oregelbundna sammandragningar som kan pågå mellan ett par timmar upp till två dygn. Latensfasen övergår i aktiv fas när värkarna blir smärtsamma och regelbundna (Lindgren & Wiklund, 2016). SBF och svensk förening för obstetrik och gynekologi (SBF & SFOG, 2021) definierar aktiv fas som; ”regelbundna, smärtsamma sammandragningar i kombination med att modernmunnen är öppen minst fem centimeter” (SBF & SFOG, 2021, sjätte stycket).

Det endogena oxytocinet är ett hormon som frisätts från hypofysens baklob och bidrar till social interaktion, lugn och avslappning samtidigt som det dämpar rädsla och minskar stress. Hormonet spelar en central roll i samband med förlossning då det anses vara den mest centrala faktorn i styrningen av värkarbetet hos en kvinna i förlossningsarbete (Buckley & Uvnäs Moberg, 2019). Efter inverkan av de stigande nivåerna av östrogen ökar den födande kvinnans oxytocinnivåer i samband med graviditet, även antalet oxytocinreceptorer i livmodern ökar vilket leder till en ökad sensibilitet för hormonet så att relativt låga nivåer av oxytocin kan påverka livmodern till kontraktioner vid spontan förlossningsstart. Under förlossningens senare faser bidrar föregående fosterdels mekaniska tryck mot kvinnans modernmun och vagina till impulser som ökar frisättningen av oxytocin till både blodbana och hjärna, den här positiva feedback mekanismen benämns som ”Fergusons reflex” (Buckley & Uvnäs Moberg, 2019).

Förlossningens progress kan följas med hjälp av ett partogram där cervix utplåningsgrad, modernunnens öppningsgrad och fostrets nedträngning i förlossningskanalen registreras vid varje undersökningstillfälle. På partogrammet finns två linjer; "alert line" och "action line". Alert line motsvarar den önskade öppningsgraden på en centimeter per timme medan action line går parallellt med ett antal timmars fördröjning som en gräns för när åtgärd behöver sättas in (Algovik, 2018). En nyligen publicerad kohortsudie redovisar en stor individuell variation gällande tid för cervix att dilateras under förlossningsarbetet. Kvinnans cervixdilatation kunde enligt studien ske både snabbare och långsammare än den vedertagna hastigheten på en centimeter per timme och ändå avslutas spontant vaginalt (Lundborg et al., 2020). Ett liknande resultat presenteras i en litteraturöversikt (Bonet et al., 2019) där 13 studier inkluderats. Att använda sig av en öppningsgrad på en centimeter per timme för att bedöma progress beskrivs som icke tillförlitligt för att identifiera kvinnor med risk för ogynnsamma förlossningsutfall. I en systematisk översikt från databasen Cochrane (Lavender et al., 2018) har det rutinmässiga användandet av partogram i förlossningsvården granskats. Jämförelser har gjorts mellan olika versioner av partogram där action line löper parallellt med två eller fyra timmars fördröjning. Kvinnor med en två timmars fördröjning av action line fick i större utsträckning syntetiskt oxytocin under sin förlossning (Lavender et al., 2018).

## Värksvaghet

Dystoci betyder värksvaghet under förlossning och kan delas in i primär- och sekundär värksvaghet. Vid primär värksvaghet träder den födande in i aktiv fas men progressen av modernunnens dilatation uteblir. Sekundär värksvaghet innebär ett normalt förlossningsförlopp fram till en öppningsgrad av 6–8 centimeter som sedan avstannar under mer än 3 timmar (Nordström & Abascal, 2016). Vid bedömning av värksvaghet är det av största vikt att kvinnan befinner sig i aktiv fas, då en för tidigt behandlad värksvaghet kan innebära risker för den födande kvinnan och hennes barn (WHO, 2015).

## Handläggning av värksvaghet

Värkstimulering syftar till att förstärka livmoderns kontraktioner till att öka i frekvens, varaktighet och intensitet efter spontan förlossningsstart. Det finns olika sätt att handlägga värksvaghet där amniotomi och behandling med syntetiskt oxytocin är de vanligast förekommande metoderna (WHO, 2015). Att utföra en amniotomi innebär att man med hjälp

av ett instrument tar håll på fosterhinnorna vilket är ett sedan länge beprövat sätt att påskynda en förlossning (Lindgren & Wiklund, 2016). Syntetiskt, så kallat exogent, oxytocin ges i värkstimulerande syfte och kan även ges efter förlossningen för att förebygga eller stoppa blödning. Även då det exogena oxytocinet är kemiskt identiskt till det endogena oxytocinet så skiljer sig dess funktion åt. Endogen oxytocinfrisättning når blodbanan som korta pulsationer och frisätts även i hjärnan vilket har en smärtlindrande effekt samt ökar kvinnans känsla av välbefinnande. Det exogena oxytocinet däremot ges som en kontinuerlig infusion och leder till konstanta nivåer i blodbanan samt når på grund av blod- hjärnbarriären inte hjärnan och de välgörande effekterna uteblir (Buckley & Uvnäs Moberg, 2019). En systematisk litteraturöversikt kan i sitt resultat presentera att om syntetiskt oxytocin administreras i pulsationer för att efterlikna den endogena frisättningen krävs totalt sett en mindre mängd syntetiskt oxytocin och risken för överstimulering och dess konsekvenser kan förhindras (Uvnäs Moberg et al., 2019).

Oxytocinanvändandet skiljer sig åt mellan länder och mellan sjukhus i samma land (WHO, 2015). En kvinna vars modermun är öppen mellan fem och sju centimeter erhåller i region Stockholm behandling med syntetiskt oxytocin om cervixdilatationen är mindre än en centimeter på fyra timmar. När modermunnen är öppen sju centimeter eller mer rekommenderas syntetiskt oxytocin om öppningstakten är mindre än en centimeter på två timmar (Region Stockholm, 2021). Vid förlossningsklinikerna på Skånes Universitetssjukhus är det under aktivt öppningsskede motiverat att stimulera med syntetiskt oxytocin om ingen cervixdilatation kunnat palperas på 3 timmar eller om cervixdilatationen varit mindre än två centimeter på fyra timmar (Herbst & Teleman, 2020).

Forskning har visat att syntetiskt oxytocin ges i värkstimulerande syfte även då det inte är befogat (Selin et al., 2009; Bernitz et al., 2013; Häggsgård & Persson, 2020). Selin et al. (2009) har i en retrospektiv observationsstudie granskat 1263 födslar. Inkluderade i studien var friska förstföderskor med spontan förlossningsstart i fullgången tid och med ett barn i huvudbjudning. I resultatet framkom att 55 procent av de födande kvinnorna erhöll värkstimulering med syntetisk oxytocin trots att endast 19,8 procent hade en konstaterad värksvaghet. Av de kvinnor som erhöll syntetiskt oxytocin fick 7,3 procent en högre dos än rekommenderat och 42,6 procent fick en för låg dos i förhållande till verksamhetens riktlinjer (Selin et al., 2009). En sekundäranalys av en randomiserad kontrollerad studie med syfte att undersöka samband mellan dystoci och negativa förlossningsutfall i en frisk lågrisk

population rapporterade en signifikant ökad risk för negativt förlossningsutfall. Bland de inkluderade 747 förstföderna blev nästan var femte kvinna värkstimulerad trots att kriterierna för värksvaghet inte var uppfyllda. Jämfört med spontana förlopp ökade risken för kejsarsnitt, instrumentell förlossning, episiotomi samt blödning överstigande 500 ml signifikant (Bernitz et al., 2013). Liknande resultat rapporteras i en svensk retrospektiv studie där ett signifikant samband mellan för tidig administrering av syntetiskt oxytocin och kejsarsnitt presenteras. Författarna granskade 724 förlossningsjournaler varav alla inkluderade kvinnor var förstföderna med spontan förlossningsstart och ett barn i huvudbjudning. Av de 724 kvinnorna fick 64,1 procent syntetiskt oxytocin under sin förlossning varav 25,7 procent trots normal progress. En stor andel (83,7 procent) av de kvinnor som fick syntetiskt oxytocin enligt rådande rekommendationer födde vaginalt medan endast 47,8 procent av de som fick sin förlossning avslutad med kejsarsnitt hade fått oxytocin enligt rekommendation (Häggsgård & Persson, 2020).

Peters et al. (2018) har analyserat 491 590 friska kvinnors förlossningsjournaler samt studerat data gällande deras barns hälsa fram till fem års ålder. Av de födande kvinnorna erhöll 43 procent värkstimulering under förlossningen. I resultatet framkom att barn som föds efter induktion eller värkstimulering löper högre risk att drabbas av gulsot och uppfostringsproblem. Risken att barnet drabbas av luftvägsinfektioner, metaboliska sjukdomar och eksem ökar också om det under förlossningen använts interventioner så som induktion, värkstimulering med oxytocin, prostaglandiner eller amniotomi (Peters et al., 2018). I en explorativ webbaserad studie undersöktes hur 77 barnmorskor skattade risker i samband med förlossning samt hur attityder till interventioner i form av värkstimulering och farmakologisk smärtlindring skiljde sig åt mellan barnmorskor som arbetade på lågrisk enheter jämfört med barnmorskor som arbetade på enheter med riskgraviditeter (Wiklund et al., 2012). Den enskilda barnmorskans ståndpunkt gällande interventioner under förlossningen påverkade handläggningen av värksvaghet. Barnmorskor som inte arbetade med riskpatienter i stor utsträckning hade större expektans gällande den normala förlossningen och uppgav att de i större utsträckning hade avvaktat med interventioner i värkstimulerande syfte (Wiklund et al., 2012).

Som barnmorska ansvarar man för att ge en patientsäker och evidensbaserad vård där kvinnan inkluderas i beslutsfattandet (SBF, 2018). Interventioner under förlossningen bör handläggas med stor försiktighet och i enlighet med rådande riktlinjer (WHO, 2015).



## Icke-medicinsk handläggning av värksvaghet

WHO (2015) stipulerar att intag av mat och dryck, en upprätt position och socialt stöd är viktiga komponenter i syfte att främja den spontana födseln. Ovan nämnda metoder kan leda till minskad användning av värkstimulering, kortare förlossningstid, färre antal instrumentella födslar samt minskad andel barn som är i behov av neonatalvård (WHO, 2015). Icke-medicinska interventioner som kan tillämpas vid värksvaghet är bad, fysisk aktivitet, akupunktur samt vätske- och näringstillförsel, däremot saknas tillräcklig evidens för att metoderna ska kunna rekommenderas som behandling (Nationella medicinska indikationer, 2011).

I en analys gjord utifrån material från en tidigare randomiserad kontrollstudie studerades användandet av syntetisk oxytocin i en kontrollgrupp och en experimentgrupp, varav den sistnämnda randomiserats till att föda på förlossningspall (Thies-Lagergren et al., 2012). De 1002 inkluderade kvinnorna var friska, hade genomgått okomplicerade graviditeter av enkelbörd med foster i huvudbjudning. Förlossningarna startade spontant mellan vecka 37+0 och 41+6. De kvinnor som födde barn på förlossningspall hade kortare utdrivningsskede och löpte signifikant mindre risk att erhålla syntetiskt oxytocin under utdrivningsskedet (Thies-Lagergren et al., 2012).

I en retrospektiv kohortstudie undersökte Ulfsdottir et al. (2018) skillnader mellan 302 kvinnor som födde i vatten med en lika stor andel kvinnor på samma klinik som valt att inte föda i vatten. Det framkom signifikanta skillnader i hur många som erhöll värkstimulering i form av oxytocin i gruppen som födde i vatten (5,2 procent) gentemot kontrollgruppen (31,3 procent). Att föda i vatten förefaller även minska användandet av annan smärtlindring vilket vidare kan leda till en minskad användning av syntetiskt oxytocin. Behov av vidare forskning bör beaktas då ingen av de kvinnor som födde i vatten erhöll epiduralanestesi (Ulfsdottir et al., 2018).

## Perspektiv och utgångspunkter

För att beskriva problemområdet kom en teori som belyser de händelser som kan uppstå i ett förlossningsrum och betydelsen av samspelet mellan barnmorskan och kvinnan att användas. *Birth territory* är en barnmorsketeori konstruerad av Fahy et al. (2011) som utgår ifrån att om

kvinnan mår psykiskt bra avspeglar sig detta fysiskt vilket bidrar till att den fysiologiska processen kan fortgå. Det endogena oxytocinet får en central roll i teorin genom den förmåga det har att påverka kvinnan lugnande och i sin tur öka sammandragningar och verka smärtstillande. Miljön omkring den födande kvinnan har stor betydelse för hennes psykiska mående och ökar därmed förutsättningarna för en normal förlossning. En förlossning kan förklaras genom de två olika modellerna "*genius birth*" och "*forced birth*". Vid *Genius birth* är den födande kvinnan delaktig i beslutsfattande och har en stödjande barnmorska i sin närhet. *Forced birth* beskrivs som en förlossning där kvinnan saknar självbestämmande, besluttandet ligger inte hos kvinnan och inbegriper ofta medicinska interventioner. Den sistnämnda modellen ökar risken för störd anknytning mellan mor och barn, amningssvårigheter och leder till sämre förlossningsupplevelse (Fahy et al., 2011). Teorin ger en förståelse för hur en god interaktion mellan barnmorskan och den födande kvinnan främjar det normala förlossningsutfallet. Barnmorskan ska i sin professionella relation till den födande kvinnan stödja henne i att aktivt kunna delta i beslutsfattandet i samband med förlossning. I samspel med kvinnan definieras hennes behov och önskemål inför den kommande förlossningen (SBF, 2020).

## Syfte

Syftet var att belysa barnmorskors erfarenhet av att främja spontant värkarbete hos förstföderskor under öppningsskedets aktiva fas.

## Metod

En kvalitativ intervjustudie genomfördes för att tränga in i intervjupersonens livsvärld och på så vis få förståelse för hur de uppfattar omvärlden och hur de förhåller sig till de frågor som ställdes under intervjun (Olsson & Sörensen, 2011). En kvalitativ metod sågs som fördelaktig då det fanns en avsikt att undersöka en händelse eller ett sammanhang, genom intervjuerna gavs möjlighet till att gå på djupet och få ut mer specifik information inom ett valt ämne (Eliasson, 2018).

## Urval

Legitimerade barnmorskor som tjänstgjorde på någon av förlossningsklinikerna i Skåne och hade minst sex månaders erfarenhet av yrket på en förlossningsavdelning inkluderades i studien. Ett brett urval gällande arbetslivserfarenhet önskades och en gräns vid sex månaders erfarenhet sattes för att försäkra sig om att informanten hade genomgått sin introduktion och arbetade självständigt.

## Datansamling

Innan processen för datansamling kunde påbörjas mottogs ett yttrande från VEN [Vårdvetenskapliga etiknämnden]. Verksamhetscheferna vid samtliga förlossningsavdelningar i Skåne mottog ett informationsbrev om studien, samt en samtyckesblankett för deltagande i studien. Samtliga verksamhetschefer godkände studien och vidarebefordrade information om studien via mejl till berörda enhetschefer. Enhetscheferna på respektive förlossningsavdelning stod sedan för att delge berörd personal om studien genom att skicka ut informationsbrevet samt samtyckesblanketten via mejl. Informanterna godkände till att delta i studien genom att skriva under samtyckesblanketten och mejla den till någon utav författarna. Informanterna fick själva välja plats för intervjun och dessa kom att genomföras via zoom, facetime eller på någon utav förlossningsavdelningarna, med minst en av författarna närvarande vid tillfället, under våren 2022. Intervjuerna var mellan fyra och 19 minuter långa, med ett genomsnitt på tio minuter.

En svårighet att rekrytera informanter uppstod då inget större intresse visades för deltagande i studien. En förfrågan om att påminna berörd personal om studien skickades via mejl till samtliga enhetschefer. För att sedan få ihop de sista tre intervjuerna användes bekvämlighetsprincipen där informanter som var kända för författarna och handledaren kontaktades med förfrågan om deltagande. Det resulterade i att totalt 13 barnmorskor intervjuades vilket bedömdes som tillräckligt då det insamlade materialet ansågs besvara studiens syfte i tillräcklig utsträckning. Informanterna tjänstgjorde på någon av samtliga förlossningskliniker i Skåne.

De två första intervjuerna gjordes med både författarna närvarande, på så sätt kunde fortsatta intervjuer garanteras samma tillvägagångsätt med enbart en av författarna närvarande.

Båda författarna genomförde samma antal intervjuer. Dessa spelades in med informanternas samtycke och transkriberades sedan ordagrant.

En pilotintervju användes i avseende att se om intervjuguiden var korrekt utformad. Under pilotintervjun, som blev 17 minuter lång, krävdes att flertalet följdfrågor ställdes vilket föranledde att utformningen utav en av frågorna till intervjuguiden ändrades. Pilotintervjun kom att svara till syftet i samma utsträckning som övriga intervjuer och valdes därför att inkluderas i resultatet.

Semistrukturerade intervjuer hölls och inleddes med den övergripande frågan *"vill du berätta om dina erfarenheter av att främja spontant värkarbete hos en förstföderska som befinner sig i öppningsskedets aktiva fas?"* Genom att lämna en möjlighet för den intervjuade att svara öppet på frågan och som intervjuledare att ställa följdfrågor på det svar som informanterna avgav, gavs också möjlighet att identifiera teman som annars inte skulle komma fram (Lantz, 2013). Samtliga kandidater erhöll ytterligare tre förutbestämda frågor enligt den intervjuguide (Bilaga 1) som användes för att skapa struktur under intervjuerna. Frågorna berörde vilka specifika åtgärder man använder sig av samt om det finns hinder på arbetsplatsen som påverkar handläggandet. Följdfrågor som *"kan du berätta mer?"*, *"har du något exempel?"*, *"vad upplevde du då?"* och *"vad kände du då?"* kom även att användas under intervjuerna i de situationer då det var önskvärt att informanterna gav en djupare redogörelse.

## Analys av data

Inhämtat material analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys. En induktiv ansats antogs då det lämpar sig väl vid analys av texter som baseras på människors upplevelser. Den kvalitativa analysmetoden skapar möjlighet att beskriva erfarenheter och identifiera mönster i en text (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Det manifesta innehållet i texten kan beskrivas som det uppenbara, textnära som framkommer medan det latent innehåll är det som kan läsas och tolkas mellan raderna (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

De inspelade intervjuerna erhöll en siffra och den transkriberade texten lästes upprepade gånger av båda författarna i syfte att få en känsla för det insamlade materialet som helhet. Det första steget i analysen var att ta ut meningsbärande enheter som besvarade studiens syfte. De

kopierades in i en tabell och kondenserades sedan till en kortfattad beskrivning av innehållet. All kondensering gjordes gemensamt då det ansågs vara av största vikt att ha en samstämmighet gällande de budskap som identifierades. Samtliga kondenserade enheter erhöi i nästa steg en kod, exempel på analysprocessen kan ses i tabell 1. Varje kod fick sedan en siffra och i ett delat Excel dokument fördes koder med liknande innehåll samman vilket sedan utmynnade i tre kategorier och sex underkategorier. Analysprocessen genomfördes gemensamt via zoom med hjälp av ett delat Google docx dokument samt ett delat Excel dokument. Handledaren involverades fortlöpande i analysprocessen.

Tabell 1 – Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Huvudkategori	Tema
<i>“Att det ska vara hon som...att hon känner att hon styr och inte jag. 9.3”</i>	Kvinnan ska vara den som styr, inte jag.	Kvinnans självbestämmande	<i>Kvinnan som medskapare</i>	<b>Att individanpassa vården</b>	<b>Att skapa trygghet</b>
<i>“Att man känner sig fri att vara som man vill, att man får ha på sig de kläder man vill eller inte kläder om man inte vill det och så vidare. Att man känner sig öppen för att släppa sin kropp fri. Och det kan det, det är ju lite olika men det kan man ju behöva stöd i och hjälp i som födande kvinna eller par. 6.6”</i>	Att ge stöd och hjälp till paret att känna sig fria att vara som de vill och kunna släppa kroppen fri, att ha på sig de kläderna de vill eller inga kläder om de inte vill.	Stödja paret till att känna sig fria under förlossningen	<i>Att sätta paret i centrum</i>		

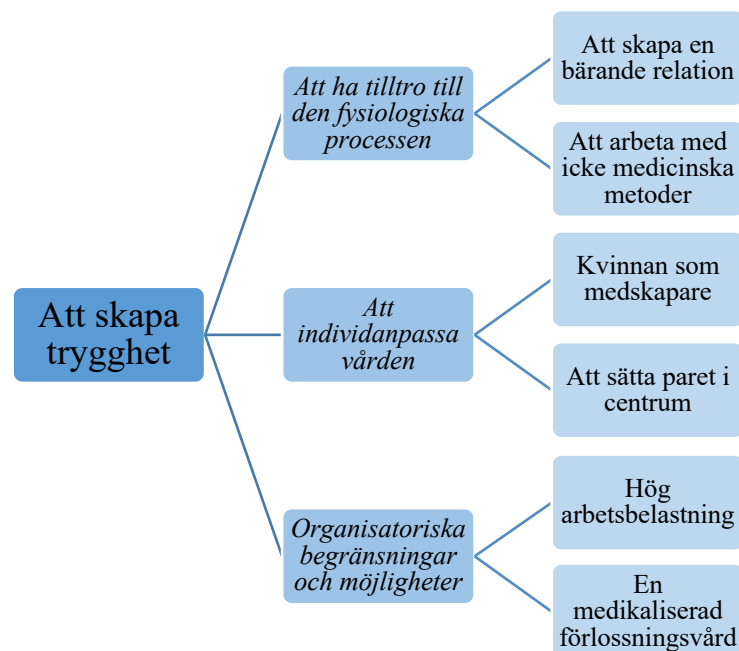
## Forskningsetiska avvägningar

Ett yttrande från VEN med diarienummer 32–21 mottogs. Studien har i enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA], 2018) beaktat etiska principer. Deltagandet i studien har varit frivilligt och deltagarna informerades om att de kunde välja att avbryta sitt deltagande utan att ange en anledning. Principen om information beaktades genom att utfärda skriftlig information om studiens syfte och genomförande. De

barnmorskor som intervjuades i studien kom att avidentifieras med hjälp av kodning och materialet förvarades i en låst dator där endast författarna hade tillgång till lösenordet. På så vis togs hänsyn till principen om konfidentialitet. Samtyckesprincipen beaktades genom en samtyckesblankett som samtliga deltagare signerade inför deltagande i studien (WMA, 2018). I enlighet med VEN-s riktlinjer kommer allt insamlat material att raderas efter att magisteruppsatsen blivit examinerad och godkänd.

## Resultat

Totalt intervjuades 13 barnmorskor som var yrkesverksamma på någon av förlossningsklinikerna i region Skåne. Barnmorskorna hade mellan två och 30 års erfarenhet av arbete på förlossningen. Analysen resulterade i ett övergripande tema; Att skapa trygghet, vilket trädde fram ur de tre kategorierna med respektive två underkategorier, se figur 1; *Att ha tilltro till den fysiologiska processen*, *Att individanpassa vården* och *Organisatoriska begränsningar och möjligheter*.



Figur 1 – Schematisk bild av resultatet

### Att skapa trygghet

Utifrån det resultat som framkom kunde temat ”Att skapa trygghet” träda fram då de erfarenheter som barnmorskorna delade med sig av grundade sig i trygghetsskapande. Hur

den här tryggheten skapades enligt barnmorskornas berättelser beskrivs närmare i kategorier och underkategorier.

### Att ha tilltro till den fysiologiska processen

Barnmorskorna beskrev hur ett spontant värkarbete kan främjas genom att skapa förutsättningar för kvinnans kroppsegna oxytocinfrisättning. Den här processen stöds genom att tillgodose kvinnans psykiska och fysiska behov vilket belyses närmare i underkategorierna; *Att skapa en bärande relation* och *Att arbeta med icke medicinska metoder*.

#### *Att skapa en bärande relation*

Att få paret att känna en trygghet och ett lugn på rummet beskrevs av barnmorskorna som det grundläggande i deras arbete. Genom att vara mycket hos kvinnan och stötta henne kan hon känna sig trygg och hennes spontana värkar kan tillta. Genom närvaro på rummet får barnmorskan även möjlighet att följa processen och därmed ges större möjligheter till att föreslå åtgärder så som smärtlindring under förloppets gång. Då kvinnan upplevs vara trygg med de människorna som är på rummet kan hennes eget oxytocin flöda. Det beskrevs som viktigt att kvinnan kan förstå sina rädslor och genom en god kommunikation hjälpas att arbeta sig igenom dessa rädslor.

*“...och ja att kvinnan känner sig trygg helt enkelt och litar på de som är runt omkring sig och också får hjälp att lita på sin egen kropp och det som händer i kroppen” (Informant 6)*

Barnmorskorna beskrev att det finns utmaningar i relationsskapandet inom förlossningsvården då det är relativt korta möten och en kvinna som är i aktivt förlossningsarbete är ofta väldigt inne i sig själv. Den goda relationen skapas genom att hitta henne där hon är och ställa sig själv till förfogande utan att störa i hennes förlossningsarbete. Genom att bara finnas till för kvinnan kan en relation som håller förlossningen igenom skapas. Det upplevs olika svårt med olika människor att skapa den här kontakten men grunden är att vara närvarande och att fånga upp saker i mötet med kvinnan. När en god relation har skapats kan kvinnan slappna av och känna sig trygg i förlossningssituationen. Kontakten med kvinnan behöver upprätthållas och arbetas vidare på under hela förloppet då det beskrevs att man som barnmorska inte är utbytbar i relationen till kvinnan.

*”Att man skapar en sådan relation som bär ifall det skulle vara att det händer någon komplikation så att man behöver störa henne eller göra interventioner (...) Det är viktigt att man då har skapat en trygg relation” (Informant 13)*

#### *Att arbeta med icke medicinska metoder*

Ur barnmorskornas berättelser framkom det att ett gott spontant värkarbete kan främjas genom att man i ett tidigt skede arbetar med den födande kvinnan. Åtgärder så som ”Spinning Baby<sup>®</sup>-övningar”, upprätta positioner och täta lägesändringar togs upp som ett kontinuerligt förebyggande arbete av de flesta barnmorskor som intervjuades. Det hela handlar om att instruera kvinnan till att röra sig och ge henne tips på hur hon kan ändra ställning om någonting känns obekvämt och att arbeta aktivt redan innan det blir en dålig progress.

*“Men att alltid försöka ha det med sig genom liksom hela förloppet att tänka, tänka på andra åtgärder man kan göra innan man tillämpar medicinskt eller syntetiskt oxytocin”*  
*(Informant 1)*

*“Sen så kan det vara... ja att hon instrueras att röra sig olika varje halvtimme. Att hitta på något nytt, liksom stå upp eller sitta på bollen” (Informant 2)*

Andra barnmorskor beskrev att de försöker förhålla sig avvaktande och låta kvinnan själv komma på vad hon behöver och inte servera lösningar som man själv tror på. Att ha tillit till kvinnans kropp och hennes förmåga att föda utan medicinska interventioner framkom som en viktig del i arbetet med att främja hennes spontana värkarbete. Dessa barnmorskor beskrev hur man behöver ha tålamod och hålla sig lite i bakgrunden så att processen får ha sin gång. Om det är möjligt ska man synas och höras så lite som möjligt och låta den födande kvinna få vara i fred i sitt förlossningsarbete.

*”Vi vill jobba utifrån känslan att kvinnor kan föda. Kvinnor kan ha sitt eget värkarbete och att vi inte alltid ska stressa, det finns ingen exakt mall på hur fort det ska fortlöpa”*  
*(Informant 12)*



*”...när kvinnan kommer och hon då bedöms som grön att här ska vi inte röra. Här ska vi låta förloppet ha sin gång. Att inte göra något som det inte finns anledning till att göra bara för att hon är på förlossningsavdelningen” (Informant 2)*

Barnmorskorna tillfredsställer den födande kvinnans kroppsliga behov genom att uppmuntra henne till att inta mat och dryck om hon känner sig sugen på det samt påminner henne att tömma blåsan med jämna mellanrum. Om man märker att kvinnan har svårt att slappna av kan ett varmt bad föreslås och kvinnan kan på så vis få en smärtlindrande effekt och kroppen kan få arbeta. Det är viktigt att kvinnorna inte fastnar i sängen och då kan bad och likaså förlossningsball användas för att skapa nya ställningar som kan främja progress. Även massage och beröring som tillgodoses genom att stryka kvinnan över ryggen eller trycka på olika punkter och se om hon tycker att det känns bra, beskrevs som metoder som kan få kvinnans kroppsegna värkarbete att tillta. Några av barnmorskorna hade erfarenhet av att instruera kvinnan till att själv stimulera sina bröstvårtor för att på så vis öka oxytocinfrisättningen. Det beskrevs dock som en åtgärd som inte passar alla och som kan vara svår att introducera men som kan användas i stället för medicinsk behandling.

*”...taktil beröring om det känns bra. Vatten är alltid bra. Bad eller dusch där man liksom kan släppa, när kroppen får bara arbeta själv” (Informant 6)*

## Att individanpassa vården

Barnmorskorna betonade vikten av ett samspel med den födande kvinnan och hennes partner i arbetet med att främja spontant värkarbete. Att göra kvinnan delaktig som beslutsfattare under förlossningen och att involvera hennes partner i processen beskrivs närmare i underkategorierna; *Kvinnan som medskapare* och *Att sätta paret i centrum*.

### *Kvinnan som medskapare*

I resultatet framkom att barnmorskorna ser kvinnans delaktighet i vården som en framgångsfaktor för ett gott spontant värkarbete. Man ska vara inkännande och se den individ man har framför sig samt lyssna till hennes tankar och önskemål kring sin förlossning. När kvinnan inkluderas i de beslut som behöver fattas kring hennes förlossning främjas hennes tro på sig själv och kroppens förmåga att föda barn.

*”Att hon inte behöver liksom rätta sig efter mig eller våra rutiner utan att det är jag som följer henne (...) tänker jag är basen liksom i allt arbete på förlossningen” (Informant 13)*

*“Nej, men jag tänkte nog lite så här, får hon göra som hon vill så blir det nog rätt”  
(Informant 9)*

Barnmorskorna har en stödjande roll där de förmedlar kunskap och guidning på vägen så att kvinnan känner att det är hon som föder sitt barn. En kvinna som tror på sig själv, får höra att det är hon som styr och som får positiv feedback från barnmorskan upplevs få ett bättre spontant värkarbete. Den födande kvinnan inkluderas även genom att barnmorskorna informerar och berättar för henne vad PM och riktlinjer säger och hur det kan komma att påverka handläggningen under förloppets gång. De kvinnor som haft inflytande, insyn och varit delaktiga kan känna sig stärkta i efterhand och inte som ett objekt som vården har gjort olika saker med.

*“...jag tror att om de blir lyssnade till så tror jag bara det främjar det spontana värkarbetet och att de får vara delaktiga i hur de födde sitt barn och att vi inte säger att vi förlöser kvinnorna utan att vi bistår” (Informant 4)*

*”Att det ska vara som att hon känner att hon styr och inte jag” (Informant 9)*

Kvinnan kan ha specifika önskemål så som att hon önskar att syntetiskt oxytocin undviks och att man som barnmorska i stället ska ta till icke medicinska interventioner i syfte att förstärka det spontana värkarbetet. Att hinnsvepa, amniotomera eller vaginalundersöka mer frekvent kan tillämpas om det kommer som önskemål från kvinnan och om situationen tillåter det. Genom att läsa kvinnans förlossningsbrev kan man som barnmorska få värdefull information om hur hon har tänkt sig sin förlossning och hur barnmorskan kan göra för att hon ska känna sig respekterad och trygg. Kvinnans integritet kan till exempel bevaras genom att man är lyhörd inför önskemål gällande att täcka över delar av sin kropp under förlossningen.

*“...alltså är vi här liksom på sjukhus så är det lite grann vad kvinnan själv liksom vill, en del har läst på och har liksom tankar. Att man inte ska kanske använda just oxytocin”  
(Informant 5)*

*“Nej, men på med en filt...att man liksom kanske vid undersökningen...att man har någonting lite över dem. Något lakan över dem när de sitter på en pilatesboll. Sådana saker”*

*(Informant 10)*

#### *Att sätta paret i centrum*

Partnern kan vara väldigt rädd och osäker på vad hen ska göra under förlossningen. Då kan man som barnmorska främja deras teamarbete och få dem att känna att de är i fokus genom att uppmuntra till närhet och fysisk kontakt. Vissa blivande medföräldrar kan behöva guidas och uppmuntras till att vara delaktiga och nära den födande kvinnan för att på så vis främja hennes oxytocinfrisättning. Barnmorskan kan visa partnern att hen kan massera vissa specifika punkter på kvinnans kropp vilket skapar delaktighet och en känsla av att vara betydelsefull som medförälder. När kvinnan och hennes partner känner tillåtelse att vara sig själva och att rummet är deras leder det till en känsla av trygghet.

*“Att man känner sig fri att vara som man vill... Att man känner sig öppen för att släppa sin kropp fri. Det kan man ju behöva stöd i och hjälp i som födande kvinna eller par”*

*(Informant 6)*

Barnmorskan främjar parets autonomi genom att vara lyhörd och få dem att känna att det här är deras förlossning och att deras gemensamma tankar värdesätts och beaktas. Att ha en god kontakt och kommunikation med paret så att de känner att de kan ställa frågor beskrevs som avgörande av barnmorskorna för att den födande kvinnan ska ha ett bra flöde i sina värkar.

*“Att få med kvinnan i allting och inte bara gå in och göra utan att man kollar; hur vill du ha det? och se till att de är informerade om hur man kan göra och att de också ska förstå att de är med och styr” (Informant 4)*

#### Organisatoriska begränsningar och möjligheter

Resultatet visade på flertalet faktorer som kan härledas till hur verksamheten fungerar och hur detta påverkar barnmorskans möjlighet att stödja det spontana värkarbetet. De faktorer som uppkom beskrivas närmare i underkategorierna *Hög arbetsbelastning* och *En medikaliserad förlossningsvård*.

### *Hög arbetsbelastning*

Barnmorskorna beskrev hur den höga arbetsbelastningen på förlossningsavdelningarna påverkar deras möjlighet att vara närvarande inne på rummet och skapa den trygghet som beskrivs som avgörande för ett gott spontant värkarbete. De förklarade hur de försöker att inge ett lugn hos kvinnan, trots att de har det stressigt och har hand om andra kvinnor som behöver deras närvaro. Detta leder till minskade möjligheter att ge det stöd man önskat kunna ge till varje födande kvinna då hon kan tvingas lämnas mycket ensam och inte få det stöd som hon hade behövt.

*“Jag har inte har möjlighet att vara närvarande inne på rummet i den utsträckningen som det hade varit optimalt” (Informant 3)*

Den höga arbetsbelastningen kan leda till att man som barnmorska tvingas intervensera även då det inte är motiverat då flera nya patienter kan vara på väg in till förlossningen och platser behöver frigöras. Barnmorskorna beskrev hur de kopplar oxytocindropp tidigare än de borde eller utsätter kvinnor som egentligen hade behövt sova för amniotomi för att få fram platser snabbare och för att möjligheten att arbeta aktivt tillsammans med kvinnan inte finns. Att kvinnorna inte heller vet om det finns plats på förlossningsavdelningarna, leder redan innan de kommer in till förlossningen till en oro som påverkar förloppet negativt. När man som barnmorska tvingas arbeta på det sättet beskrevs en känsla av otillräcklighet samt upplevelsen av att man arbetar på ett sätt man inte kan stå för.

*”Man går in och kanske förstör någonting som hade kunnat vara väldigt naturligt och som hade kunnat stärka kvinnan” (Informant 11)*

*”Hur många patienter man har samtidigt, hur mycket belastning det är på avdelningen och att vi kanske just med tanke på att allting ska gå snabbt och smidigt, att vi kanske inte alltid har den isen i magen som behövs” (Informant 10)*

### *En medikaliserad förlossningsvård*

Resultatet visade att barnmorskorna ställer sig frågande till den vård som bedrivs på förlossningsklinikerna. Barnmorskorna beskrev att det finns föreställningar bland vissa kollegor om att förlossningsarbetet ska gå enligt ett visst tempo och arbetet med att främja det

spontana värkarbetet då kan ifrågasättas från ett medicinskt håll vilket leder till att interventioner i syfte att skynda på progressen tas till i ett tidigt stadium. Man kan som barnmorska få påtryckningar från kollegor att ett förlossningsförlopp går för långsamt och att man ska driva på snabbare. Förlossningsvården styrs enligt barnmorskorna av medicinska PM och riktlinjer vilket beskrevs leda till att både barnmorskorna och de kvinnor som föder blir stressade. Oron som barnmorskorna känner kommer ibland utav en rädsla att bli kritiserad av sina kollegor, stressen och oron kan följa med in på rummet och påverka kvinnans känsla av trygghet och lugn.

*”Jag försöker tänka att jag är på mitt jobb för att jag ska hjälpa kvinnorna att föda. Givetvis på ett säkert sätt men att det som är min uppgift är att försöka följa kvinnorna i förlossningsarbetet och inte försöka pressa in förlossningen i något PM eller riktlinje*  
(Informant 13)

*“Jag känner en oro för att det är...trenden är att man jobbar mycket mer med medicinska interventioner än med icke medicinska möjligheter när det gäller normal förlossning”*  
(Informant 6)

Å andra sidan beskrevs att när man som barnmorska kan få stöd av sina kollegor i arbetet med att främja spontant värkarbete kan nya idéer växa fram och barnmorskan kan på ett strukturerat sätt gå igenom vilka åtgärder som tagits till och om någonting har missats vilket leder till att medicinska interventioner i syfte att skynda på progressen kan undvikas.

*“Att man kan få bolla med sin undersköterska eller en annan barnmorskekollega liksom innan man bara påbörjar syntetiskt oxytocin”* (Informant 1)

En medikaliserad förlossningsvård där en medicinsk kultur styr och där barnmorskans kompetensområde ifrågasätts beskrevs leda till en osäkerhet och en förlust av kompetens gällande hur man stödjer det spontana värkarbetet. Ett fåtal barnmorskor beskrev att de behandlar kvinnan med medicinska interventioner utan att ha utvärderat effekten av icke medicinska metoder.

*“Man tappar också kompetensen i det här som vi har pratat om att som barnmorska utveckla det här med hur man stödjer ett spontant värkarbete utan läkemedel”* (Informant 6)

*“Jag kan inte påstå att jag själv jobbar väldigt mycket aktivt med spinning baby. De gånger jag hamnar där har jag nog i regel redan påbörjat medicinska” (Informant 7)*

Förlossningsklinikerna beskrevs vara uppbyggda på ett sätt som stör den födande kvinnans spontana värkarbete. Förlossningsrummen har starka lampor, är små och saknar egna badkar. Barnmorskorna beskrev att de hade önskat att kvinnan kunna få röra sig fritt mellan olika positioner och ha möjlighet att andas lustgas även i badet. Ett hinder som togs upp av barnmorskorna är den frekventa CTG övervakningen som det förväntas att barnmorskorna utför vilket beskrevs påverka kvinnans känsla av trygghet samt hennes rörelsefrihet. Det beskrevs vara svårt att få till en fullgod CTG övervakning då den födande kvinnan rör sig fritt.

*“...det tänds upp och så här lampor riktas mot underliv och att det är ja...är sådant som jag kan känna stör” (Informant 4)*

*”Vi har väldigt mycket övervakning (...) När jag jobbar med syftet att främja och försöka göra kvinnan trygg så kan till exempel CTG registreringen vara svår att få till” (Informant 9)*

Barnmorskorna försöker skapa ett rum som påminner om hemmet genom att se till att det är ombonat och välkomnande, med nedsläckt ljus och inte för mycket ljud som påverkar. Detta beskrevs som viktiga faktorer för kvinnans möjlighet till ökad oxytocinfrisättning, dock var upplevelsen fortsatt att många kvinnor känner av den sterila sjukhusmiljön och adrenalinet sätter in och oxytocinfrisättningen avstannar.

*“Vi har ju lite tråkiga lokaler kanske och man hade kunnat jobba lite mer med inredning. Ja lite mer hemmamiljö och belysning och sådant. Det tror jag faktiskt hade kunnat bidra till trygghet, oxytocin och liksom mer bra värkarbete.” (Informant 10)*

# Diskussion

## Metoddiskussion

För att besvara syftet användes en kvalitativ metod vilket gav möjlighet att beskriva barnmorskors erfarenheter och upplevelser av en situation (Kvale & Brinkmann, 2014). Genom semi-strukturerade intervjuer gavs informanterna möjlighet att beskriva och vidareutveckla svaren genom valda följdfrågor och det ansågs vara en metod som svarade till syftet då en djupare förståelse kring erfarenheter gavs möjlighet att träda fram. Vid en enskild intervju ges varje informant möjligheten att komma till tals samt i sitt tempo beskriva sina erfarenheter utifrån den givna frågeställningen (Polit & Beck, 2021). Även fokusgruppsintervjuer hade varit ett bra alternativ för att undersöka barnmorskornas erfarenheter, men då det fortsatt var en pandemi ansågs det inte som en lämplig intervjuform. Då fokusgrupper används kan mycket information och synpunkter framkomma under kort tid och informanterna kan känna stöd i varandra (Kvale & Brinkmann, 2014). Dock kan det uppstå en obalans i gruppen om någon utav deltagarna är mer dominant i samtalet vilket då i stället leder till att färre personers erfarenheter kommer upp till diskussion (Olsson & Sörensen, 2011).

Vid det urval som gjordes önskades en stor variation på barnmorskornas erfarenheter och storlek på sjukhusen där barnmorskorna arbetade, detta för att ge en så stor bredd som möjligt till resultatet. Ett ändamålsenligt urval genomfördes initialt, ett behov av ytterligare informanter framkom vid analys av materialet då det bedömdes vara magert och ett bekvämlighetsurval kom därför att användas för de kompletterade informanterna (Polit & Beck, 2021). Genom att olika former av urval tillämpades kom inte bara de som självmant önskade vara med och hade ett stort intresse för ämnet till tals i studien, vilket kan ha lett till en större bredd på erfarenheter och synpunkter bland informanterna.

Intervjuguiden som användes utformades och testades vid en pilotintervju, då det krävdes flertalet extra frågor vid denna intervju togs ett beslut att ändra en av frågorna. Det hade kunnat vara en styrka att genomföra en pilotintervju till efter att intervjuguiden reviderats då det i efterhand har funnits tankar kring att en ytterligare fråga som berört en specifik situation som barnmorskorna varit med om hade kunnat leda till en djupare förståelse för ämnet.

Det bedömdes dock att den första pilotintervjun kom att svara på syftet i samma utsträckning som de intervjuer som genomfördes efter att intervjuguiden ändrats och den inkluderades därför i resultatet.

Att välja en semi-strukturerad intervjumetod gav informanterna möjligheten att svara öppet och få följdfrågor baserat på deras svar, samtidigt som det gav möjligheten att få svar på de frågor som ansågs vara väsentliga för studiens syfte (Polit & Beck, 2021). En ostrukturerad intervju hade kunnat ge informanterna större frihet i sina svar, men utgår samtidigt ifrån att det inte finns någon förkunskap kring möjliga svar och således inte vilka frågor som ses som lämpliga att ställa (Polit & Beck, 2021). Ingen av författarna har tidigare arbetat på en förlossningsklinik, men däremot varit ute i verksamheten under sin utbildning. Detta har bidragit till en viss förkunskap kring barnmorskornas arbetsförhållanden och olika klinikers arbetssätt, vilken kan ha påverkat hur frågorna var utformade i intervjuguiden samt i vilka situationer som följdfrågor ställdes. Intervjuguiden ansågs vara välformulerad då majoriteten av det insamlade materialet i hög utsträckning kom att svara till studiens syfte.

Ingen utav författarna hade tidigare intervjuat, vilket kan ses som en begränsning i arbetet då uppföljning med följdfrågor vid en del intervjuer uteblev. Med detta i åtanke kan ett djup i barnmorskornas erfarenheter ha gått förlorade. Det kunde dock ses hur intervjutekniken utvecklades under arbetes gång och hur de sista intervjuerna blev längre och innehöll djupare redogörelser kring det berörda ämnet. De två första intervjuerna genomfördes gemensamt vilket skapade möjlighet till att nästkommande intervjuer genomfördes på samma sätt. Att övriga intervjuer utfördes enskilt kan ses som en styrka då det inte fanns någon risk för att en maktposition uppstod vilken i sin tur hade kunnat påverka informantens känsla av att befinna sig i underläge (Trost, 2011). Dock bör det beaktas att en intervjusituation alltid är en maktsituation, då det är en dialog där bara en av personerna ställer frågor och den andra förväntas följa intervjuarens agenda (Kvale & Brinkmann, 2014). Att som intervjuare vara en god lyssnare och låta informanten prata fritt är en viktig aspekt, då det möjliggör informantens möjlighet till att komma på djupet i sina svar under intervjun (Polit & Beck, 2021).

En faktor som diskuterades under arbetes gång var längden på intervjuerna och om det fanns någon bakomliggande aspekt till varför en del av intervjuerna blivit relativt korta. För att kunna dela med sig av sina erfarenheter i så stor utsträckning som möjligt är det avgörande att informanten känner sig trygg och lugn (Polit & Beck, 2021). Då flertalet av intervjuerna, efter



önskemål från barnmorskorna, genomfördes under deras arbetstid eller i anslutning till arbetet kan detta ha medfört en stress i intervjusituationen vilket resulterade i en kortare intervju.

Materialet analyserades gemensamt utifrån Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys. Under analysarbetet fördes en diskussion kring tolkningen av materialet, vilket bidrog till gemensamt framkomna kategorier.Handledaren involverades kontinuerligt i detta arbete vilket av författarna kändes som en trygghet. De första 10 intervjuerna analyserades utifrån en induktiv ansats, de kompletterande tre intervjuerna bidrog till ett djup i resultatet men valdes att analyseras deduktivt, då det inte ansågs vara möjligt att förutsättningslöst kategorisera intervjuerna (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). I resultatet användes citat för att ge läsaren en möjlighet att följa hur innehållet framkommit och hur interaktionen varit under intervjuens gång (Kvale & Brinkmann, 2014).

En förutsättning för resultatets giltighet är att informanterna besitter den kunskap och erfarenhet som krävs för att kunna besvara studiens syfte, vilket säkerställdes genom att bara inkludera barnmorskor som vid intervjutillfället tjänstgjorde på en förlossningsklinik (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Att materialet analyserades gemensamt gav en tillförlitlighet och föranledde enhetliga kategorier. Det kan ses som en styrka vad gäller överförbarhet till andra sammanhang att olika typer av urval användes och att barnmorskor från alla de fem förlossningskliniker som återfinns i Skåne är representerade i resultatet, då detta gett en ökad bredd på informanter som besitter olika erfarenheter från olika sjukhus (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Arbetet bedöms vara överförbart till svensk förlossningsvård då en stor bredd på erfarenheter från de olika förlossningskliniker där barnmorskor arbetar är representerade i resultatet. Det är slutligen upp till läsaren att tolka resultatet och avgöra om detta är överförbart till en annan grupp eller kontext (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

## Resultatdiskussion

I resultatet framkom att när barnmorskan har tid och möjlighet att vara närvarande hos den födande kvinnan och på så vis främja trygghet skapas goda förutsättningar för ett spontant värkarbete. Fahy et al. (2011) beskriver i sin barnmorsketeori *Birth Territory* hur barnmorskan ansvarar för att skydda den födande kvinnan och tillgodose hennes känsla av trygghet. WHO (2015) betonar betydelsen av stöd i samband med förlossning och genom

närvaro på förlossningsrummet kan barnmorskan identifiera och tillgodose de behov som den födande kvinnan har, ge eller instruera partnern till massage och beröring samt föreslå och uppmuntra till lägesändringar (Cheyne & Duff, 2019). Vikten av stöd från barnmorskan under förlossningen i syfte att mota bort rädslor och främja kvinnans kroppsegna oxytocinfrisättning presenteras i en översiktsartikel där en systematisk litteraturöversikt samt en metaanalys har förts samman till ett resultat som beskriver kvinnans oxytocinnivåer under förlossningen i relation till upplevelser av att föda barn (Olza et al., 2020). Fysisk närvaro och mental stöttning aktiverar kvinnans oxytocinfrisättning och hennes rädsla, stress och smärta minskar. Aktivering av sensoriska nerver i huden stimulerar till oxytocinfrisättning och spelar en viktig roll i arbetet med att främja spontant värkarbete. Barnmorskans stöd hjälper kvinnan att hantera de upplevelser av utsatthet, smärta och rädsla som födande kvinnor kan uppleva (Olza et al., 2020).

I resultatet beskrev barnmorskorna svårigheter att tillgodose kvinnan den närvaro som krävs för att främja hennes spontana värkarbete då arbetsbelastningen på förlossningsavdelningarna är hög och man som barnmorska har ansvar för flera födande kvinnor åt gången. En systematisk översikt (Bohren et al., 2017) har undersökt hur ett kontinuerligt stöd för kvinnor i förlossningsarbete påverkar förlossningsutfallet och i resultatet framkommer att kvinnor som erhållit stöd under sin förlossning föder i högre utsträckning vaginalt, har en bättre förlossningsupplevelse, använder mindre medicinsk smärtlindring och har kortare förlossningar. Miller et al. (2016) belyser det aktuella forskningsläget gällande vilken vård som bör ges till kvinnor i förlossningsarbete och betonar vikten av att den födande kvinnan bör vårdas enligt modellen en födande – en barnmorska (Miller et al., 2016). SBF (2021) delar åsikten att födande kvinnor har rätt att få professionellt stöd av en enskild barnmorska under förlossningens aktiva fas. Genom arbetsmodellen En födande - en barnmorska kan stödets fyra dimensioner (fysisk närvaro, emotionellt stöd, information och råd samt partnerskap) tillgodoses. Att vara närvarande och ge stöd till den födande kvinnan tillhör barnmorskans arbetsområde (Region Skåne, 2021) dock svarar 54 procent av de barnmorskor som deltagit i en enkätundersökning om arbetsmiljö att de funderat på att säga upp sig under det senaste året på grund av den höga arbetsbelastningen och bristen på återhämtning (SBF, 2022). Den rådande arbetsmiljön på landets förlossningsavdelningar leder till svårigheter att vara närvarande hos den födande kvinnan och utgör ett hot mot patientsäkerheten då risken för allvarliga komplikationer ökar (Inspektionen för vård och omsorg [IVO], 2020).

Att göra kvinnan och hennes partner delaktiga i hur de önskar att förlossningen ska gå till framkom i resultatet som en viktig del i arbetet med att främja kvinnans spontana värkarbete. En studie som undersökt hur en arbetsmodell för kvinnocentrerad vård påverkar oxytocinanvändandet (Lundgren et al., 2022) kan i sitt resultat presentera ett signifikant mindre användande av syntetiskt oxytocin på den enhet där arbetsmodellen implementerats jämfört med den kontrollenhet där förlossningsvården fick fortlöpa som tidigare. Intervjuer med de barnmorskor som fått lära sig arbeta utifrån modellen visar att barnmorskorna genom att se till den individuella kvinnans behov och förutsättningar kunde skapa en djupare relation och på så vis hitta andra strategier än syntetiskt oxytocin för att förebygga en utdragen förlossning (Lundgren et al., 2022). Att göra den födande kvinnan till medskapare går i linje med Fahy et al. (2011) och modellen "*genius birth*" där föderskan involveras i den vård som ges i samband med förlossningen. Kvinnans delaktighet och känsla av respekt skapar trygghet och i sin tur oxytocinfrisättning (Fahy et al., 2011). Kvinnocentrerad vård beskrivs av SBF (2021) som en vård där kvinnan tillåts vara delaktig och får chansen att ta informerade val kring hur hon önskar att hennes förlossning ska gå till vilket stärks av den lagstiftning som råder och som stipulerar att vården ska utgå från individuella önskemål och genomföras i samråd med patienten (Patientlag, 2014). WHO (2018) betonar vikten av kvinnas delaktighet för en positiv förlossningsupplevelse och region Skåne (2021) vidhåller i sin regionala riktlinje för normal förlossning att förlossningsvården ska genomsyras av delaktighet och informerade val.

Den medikaliserade förlossningsvård, som i resultatet beskrivs som ett hinder för barnmorskornas arbete med att stödja och ha tillit till den fysiologiska processen, går stick i stäv med den tidigare beskrivna kvinnocentrerade vården. En medicinskt styrd förlossningsvård upplevs leda till att barnmorskorna inte ges utrymme att ge kvinnan det stöd som krävs för att hennes spontana värkarbete ska få fortlöpa vilket då i stället kan leda till att interventioner tas till för att progressen ska fortgå. Onödiga interventioner kan orsaka skador hos den födande kvinnan vilka kan yttra sig som ett nedsatt självförtroende och en förlorad tro på kroppens förmåga att föda samt en känsla av att inte förmå sig ta hand om sitt nyfödda barn efter förlossningen (Downe et al., 2019).

Forskning visar att syntetiskt oxytocin ibland ges till födande kvinnor i värkstimulerande syfte utan att det är motiverat (Selin et al., 2009; Bernitz et al., 2013; Häggsgård & Persson, 2020) samt att partogrammet utformning med en två timmars action line som indikator för

intervention leder till högre användning av syntetiskt oxytocin (Lavender et al., 2018). I resultatet framkom att man som barnmorska kan bli ifrågasatt och stressad till interventioner i värkstimulerande syfte när den medicinska professionen har åsikter om i vilken takt förlossningen går framåt. Konsensus gällande i vilken takt en förlossning bör fortskrida innan interventioner tas till saknas vilket leder till att olika kliniker har olika riktlinjer för när den födande kvinnan anses vara värksvag och stimulering med syntetiskt oxytocin påbörjas. En studie som undersökt partogrammet action line och hur den födande kvinnans öppningsgrad över tid kan förutspå förlossningskomplikationer menar i sitt resultat att en förlossning är en unik företeelse som skiljer sig åt kvinnor emellan, att använda sig av kvinnans öppningsgrad enligt ett visst tempo på en centimeter per timme ger en svag diagnostisk tillförlitlighet och bör omprövas (Souza et al., 2018). Även Miller et al. (2016) föreslår i sin översiktsartikel att vid övervakning och utvärdering av förlossningsprogress bör en fyra timmars action line tillämpas (Miller et al., 2016). Genom att observera förlossningar samt utföra intervjuer med barnmorskor och födande kvinnor har Dahlen et al. (2020) undersökt hur barnmorskans förhållningssätt till den fysiologiska processen skiljer sig åt beroende på i vilken kontext hon arbetar. Barnmorskor som arbetar med hemförlossningar eller på barnmorskeledda enheter främjar spontant förlossningsarbete genom att förhålla sig avvaktande och låter kvinnan föda så som hennes instinkt säger henne, vilket skiljer sig åt från obstetriskt styrda avdelningar där man i större utsträckning blandar sig i det fysiologiska förloppet (Dahlen et al., 2020). Hur attityder till interventioner skiljer sig åt mellan barnmorskor som arbetar på olika typer av förlossningskliniker belyses även av Wiklund et al. (2012) och bekräftas i föreliggande studies resultat där barnmorskor som arbetat på universitetssjukhus i större utsträckning har delgett information om hur de uppmanar den födande kvinnan att till exempel inta olika positioner snarare än att, som beskrivet av barnmorskor som arbetat på mindre förlossningskliniker, förhålla sig avvaktande och låta kvinnan själv vara just så som hon önskar.

Barnmorskorna beskrev miljön kring den födande kvinnan som avgörande för ett gott spontant värkarbete. En lugn miljö där föderskan och hennes partner har möjlighet att känna sig fria ses som primära komponenter i ett välfungerande värkarbete. I en litteraturöversikt (Setola et al., 2019) framkommer rummets uppbyggnad och storlek som viktiga delar för att kvinnan ska kunna skapa sitt eget utrymme och ha möjligheten till fria lägesändringar. Miljön i förlossningsrummet kan påverka värkarbetet både positivt och negativt vilket betonas av Fahy et al. (2011) som menar att ett rum som tillåter avslappning, rörelse och inger trygghet

främjar kvinnans psykiska mående och skapar goda förutsättningar för en normal förlossning (Fahy et al., 2011). I en svensk intervjustudie (Andrén et al., 2021) där barnmorskors erfarenheter av förlossningsrummets uppbyggnad och hur det påverkar arbetet med att främja spontan förlossning beskrivs att barnmorskorna anser att ett rum som bidrar till trygghet och lugn är avgörande när en kvinna ska föda. Rummet ska likna en hemmiljö och kvinnan ska känna att det är hennes rum och att hon inte behöver be om lov för att göra det hon vill. Vidare beskrivs att förlossningsrummen i stor utsträckning är anpassade för att minimera risker och för att snabbt kunna behandla komplikationer vilket hindrar barnmorskorna i arbetet med att skydda kvinnan och främja en fysiologisk födsel (Andrén et al., 2021). De barnmorskor som deltagit i föreliggande studies resultat beskrev att de är medvetna om hur den miljö som återfinns på de flesta förlossningsavdelningar påverkar kvinnans värkarbete negativt. Barnmorskorna kom med tankar och idéer om hur rummets utformning hade kunnat förändras för att skapa en förlossningsmiljö som är anpassad efter kvinnornas behov och som liknar den som återfinns i hemmet. Bristen på möjlighet att röra sig fritt och att bada när som helst under förlossningens gång ses i resultatet som hinder för att främja ett spontant värkarbete. Då det framkommer i region Skånes riktlinjer för normal förlossning (2021) att möjlighet till rörelse, upprätta ställningar och avslappning är positivt för förlossningens progress, borde en miljö som tillåter detta vara en självklarhet på de förlossningskliniker som verkar inom regionen.

## **Konklusion och implikationer**

Att värna om den födande kvinnans känsla av trygghet beskrevs av barnmorskorna som centralt för att hennes spontana värkarbete ska kunna etableras och bibehållas. Trygghet skapas genom närvaro och genom att den födande kvinnan och hennes partner eller stödperson görs delaktiga i den vård som bedrivs. Relationen som skapas när barnmorskan kan ägna sig åt den födande kvinnan är av avgörande betydelse för trygghet och därmed endogen oxytocinfrisättning. Hög arbetsbelastning, såsom att behöva ta hand om flera födande kvinnor åt gången, det rådande medicinska paradigmet på de flesta förlossningsavdelningar och bristen på en gynnsam förlossningsmiljö utgör hinder i barnmorskans arbete med att främja spontant värkarbete. I brist på tid att skapa trygghet kan

interventioner komma att användas då det från ett medicinskt håll finns synpunkter på i vilken takt förlossningen bör fortskrida.

Föreliggande studies resultat skulle kunna användas som ett underlag vid diskussion kring hur förlossningsvården är uppbyggd och hur man ska kunna hitta tillbaka till en förlossningsvård som värnar om den fysiologiska processen. Vid implementering av nya vårdmodeller så som ”En födande – en barnmorska” kan studiens resultat ge värdefull information om vilka förbättringsområden som finns för att det normala ska kunna bevaras normalt.

## Referenser

Algovik, M. (2018). Dystoci. I H. Hagberg., K. Marsal., M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s.491–498). Lund: Studentlitteratur.

Andrén, A., Begley, C., Dahlberg, H., & Berg, M. (2021). The birthing room and its influence on the promotion of a normal physiological childbirth - a qualitative interview study with midwives in Sweden. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 16(1), 1939937. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1939937>

Berg, M., & Lundgren, I. (2014). Att vårda vid barnafödande är att stödja och stärka. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka: Vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.

Bernitz, S., Øian, P., Rolland, R., Sandvik, L., & Blix, E. (2013). Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery*, 30, 364-370. doi:10.1016/j.midw.2013.03.010

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

Bonet, M., Oladapo, O. T., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2019). Diagnostic accuracy of the partograph alert and action lines to predict adverse birth outcomes: a systematic review. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 126(13), 1524–1533. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15884>

Downe, S., H, Powel-Kennedy., H. Dahlen., & J. Craig. (2019). Epigenetics in healthy woman and babies: short and medium term maternal and neonatal outcomes. Downe & S. Byrom (Red.), *Squaring the circle: Normal birth research, theory and practice in a technological age* (1 uppl., s. 163-170). Printer & Martin Ltd.

Buckley, S., & Uvnäs-Moberg, M. (2019). Nature and consequences of oxytocin and other neurohormones during the perinatal period. Downe & S. Byrom (Red.), *Squaring the circle: Normal birth research, theory and practice in a technological age* (1 uppl., s. 19-31). Printer & Martin Ltd.

Cheyne, H., & Duff, M. (2019). Anatomy and physiology of labour and associated behavioural clues. I S. Downe & S. Byrom (Red.), *Squaring the circle: Normal birth research, theory and practice in a technological age* (1 uppl., s. 32-46). Printer & Martin Ltd.

Dahlen, H. G., Downe, S., Jackson, M., Priddis, H., de Jonge, A., & Schmied, V. (2020). An ethnographic study of the interaction between philosophy of childbirth and place of birth. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 34(6), e557–e566. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.008>

Eliasson, A. (2018). *Kvantitativ metod från början* (4 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Fahy, K., Parratt, J., Foureur, M., & Hastie, C. (2011). Birth Territory: A Theory for Midwifery Practice. I R. Bryar, M. Sinclair (Red.), *Theory for midwifery practice* (2 uppl., s. 215-240) UK: Palgrave Macmillan.

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. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Graviditetsregistret. (2020). Graviditetsregistrets Årsrapport 2020. <https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR%20%C3%85rsrapport%202020%203.0.pdf>

Herbst, A., & Teleman, P. (2020). *Oxytocinstimulering vid värksvaghet eller för induktion*. Region Skånes intranät. [https://fs.skane.se/adfs/ls/?wtrealm=https%3a%2f%2fintra.skane.se%2f&wctx=WsFedOwinState%3d82ofii8qV6c20BINGcWePjDaXkFF8RAK19NfUSYus7XPtoGW-aFJKrRC76DDAQoBwPwbwDKUhcXF2Q2x-JUTPQ0ELYUr\\_jC4qMI4RLh52efPXaGzgIO-KbJC4-fGwDw8&wa=wsignin1.0](https://fs.skane.se/adfs/ls/?wtrealm=https%3a%2f%2fintra.skane.se%2f&wctx=WsFedOwinState%3d82ofii8qV6c20BINGcWePjDaXkFF8RAK19NfUSYus7XPtoGW-aFJKrRC76DDAQoBwPwbwDKUhcXF2Q2x-JUTPQ0ELYUr_jC4qMI4RLh52efPXaGzgIO-KbJC4-fGwDw8&wa=wsignin1.0)



Häggsård, C., & Persson, E. K. (2020). Management of oxytocin for labour augmentation in relation to mode of birth in Robson group 1. *Midwifery*, *90*, 102822.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102822>

International Confederation of Midwives. (2014). *Keeping birth normal*.

<https://internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf>

Inspektionen för vård och omsorg. (2020). Iakttagelser i korthet. *Utvecklade arbetssätt och metoder kan minska risken för förlossningsskador* (Nr 5/2020).

[https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/iakttagelser-i-korthet/2020/iakttagelseblad-forlossning-ivo\\_anc.pdf](https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/iakttagelser-i-korthet/2020/iakttagelseblad-forlossning-ivo_anc.pdf)

Jonsson, M., Lindeberg Nordén, S., & Hanson, U. (2007). Analysis of malpractice claims with a focus on oxytocin use in labour. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, *86*(3), 315-319.

Kempe, P., & Vikström-Bolin, M. (2020). Women's satisfaction with the birthing experience in relation to duration of labour, obstetric interventions and mode of birth. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, *246*, 156–159.

<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.01.041>

Kjærgaard, H., Olsen, J., Ottesen, B., Nyberg, P., & Dykes, A. K. (2008). Obstetric risk indicators for labour dystocia in nulliparous women: a multi-centre cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, *8*(1), 1-8.

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

Lantz, A. (2013). *Intervjumetodik* (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lavender, T., Cuthbert, A., & Smyth, R. M. (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *The Cochrane database of systematic reviews*, 8(8), CD005461. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005461.pub5>

Lindgren, H., & Wiklund, I. (2016). Fysiologi och barnmorskans handläggning. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (1:3 uppl., s. 437–526). Lund: Studentlitteratur.

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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239724>

Lundgren, I., Dencker, A., Berg, M., Nilsson, C., Bergqvist, L., & Ólafsdóttir, Ó. Á. (2022). Implementation of a midwifery model of woman-centered care in practice: Impact on oxytocin use and childbirth experiences. *European journal of midwifery*, 6, 16. <https://doi.org/10.18332/ejm/146084>

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund-Nielsen & M. Granskär (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., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet (London, England)*, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)

Nationella medicinska indikationer. (2011). *Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning*. (Rapport, 2011:08). Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/nationella-indikationer-varkstimulering-oxytocin.pdf> Uppdaterad 2019.

Nordström, L., & Abascal, G. (2016). Primär och sekundär värksvaghet. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (1:3 uppl., s.539–545). Lund: Studentlitteratur

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

Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villamea, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A., & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PloS one*, *15*(7), e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>

*Patientlag* (SFS 2014:821). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Peters, L. L., Thornton, C., de Jonge, A., Khashan, A., Tracy, M., Downe, S., Feijen-de Jong, E. I., & Dahlen, H. G. (2018). The effect of medical and operative birth interventions on child health outcomes in the first 28 days and up to 5 years of age: A linked data population-based cohort study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *45*(4), 347–357. <https://doi.org/10.1111/birt.12348>

Polit, D., & Beck, C. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11 uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Region Skåne. (2021). *Regional riktlinje för Normal förlossning*. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/normal-forlossning---regional-riktlinje.pdf>

Region Stockholm. (2021). *Oxytocinbehandling*. <https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/kvinnosjukdomar-och-forlossning/riktlinjer-for-forlossningsvard/forlossningsvard/riktlinjer/oxytocinbehandling>

Selin, L., Almström, E., Wallin, G., & Berg, M. (2009). Use and abuse of oxytocin for augmentation of labor. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 88(12), 1352–1357. <https://doi.org/10.3109/00016340903358812>

Setola, N., Naldi, E., Cocina, G. G., Eide, L. B., Iannuzzi, L., & Daly, D. (2019). The Impact of the Physical Environment on Intrapartum Maternity Care: Identification of Eight Crucial Building Spaces. *HERD*, 12(4), 67–98. <https://doi.org/10.1177/1937586719826058>

Souza, J. P., Oladapo, O. T., Fawole, B., Mugerwa, K., Reis, R., Barbosa-Junior, F., Oliveira-Ciabati, L., Alves, D., & Gülmezoglu, A. M. (2018). Cervical dilatation over time is a poor predictor of severe adverse birth outcomes: a diagnostic accuracy study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 125(8), 991–1000. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15205>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2014). *Svenska Barnmorskeförbundets 10-punktsprogram för en God vård i samband med barnafödande*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2014/04/10-punkter-web.pdf>

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

Svenska Barnmorskeförbundet. (2020). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/05/Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2021). *Policydokument En födande – en barnmorska*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2022/04/Policydokument-En-fodande--en-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-april-2022.pdf>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2022). *Kvinnohälsa är för lågt prioriterat politiskt – rapport om barnmorskors arbetsmiljö, kompetensutveckling och semestersituation* (Rapport maj

2022). <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2022/05/Barnmorskerapport-2022.pdf>

Svenska barnmorskeförbundet., & Svensk förening för obstetrik och gynekologi. (23 juni 2021). *Nationell definition av aktiv fas vid spontan förlossning enligt Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) och Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG)*. <https://www.sfog.se/media/337511/nationell-definition-aktiv-fas-sbf-sfog-210621.pdf>

The Lancet. (2014). *An Executive Summary for The Lancets's Series*. [https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/midwifery/midwifery\\_exec\\_summary.pdf](https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/midwifery/midwifery_exec_summary.pdf)

Thies-Lagergren, L., Kvist, L. J., Christensson, K., & Hildingsson, I. (2012). Striving for scientific stringency: a re-analysis of a randomised controlled trial considering first-time mothers' obstetric outcomes in relation to birth position. *BMC pregnancy and childbirth*, 12, 135. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-135>

Trost, J. (2011). *Kvalitativa Intervjuer* (4 uppl.). Lund: Studentlitteratur

Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2018). Waterbirth in Sweden - a comparative study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 97(3), 341–348. <https://doi.org/10.1111/aogs.13286>

Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Berg, M., Buckley, S., Pajalic, Z., Hadjigeorgiou, E., Kotłowska, A., Lengler, L., Kielbratowska, B., Leon-Larios, F., Magistretti, C. M., Downe, S., Lindström, B., & Dencker, A. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth - a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2365-9>

World Health organization. (2015). *Recommendations for Augmentation of Labour*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174001/WHO\\_RHR\\_15.05\\_eng.pdf;jsessionid=2B0FE5710FD6C4A7285AA4640350EA60?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174001/WHO_RHR_15.05_eng.pdf;jsessionid=2B0FE5710FD6C4A7285AA4640350EA60?sequence=1)

World Health organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*.  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

World Medical Association. (2018). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

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), E456–E460.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.008>

## Arbetsfördelning

Författarna till föreliggande studie intygar att arbetet med att genomföra studien har fördelats jämnt. En av författarna har genomfört sju intervjuer medan den andra genomfört sex intervjuer, transkribering har skett av den som intervjuat. Resterande delar av studien har genomförts tillsammans och båda författarna har varit lika delaktiga.

### Intervjuguide

#### *Startfrågor:*

-Hur länge har du arbetat som barnmorska på förlossningen?

-Vill du berätta om dina erfarenheter av att främja spontant värkarbete hos en förstföderska som befinner sig i öppningsskedets aktiva fas?

#### *Följdfrågor:*

-Kan du ge exempel på icke medicinska interventioner som du använder dig av för att främja kvinnans kroppsegna värkarbete?

-Upplever du att det finns hinder på din arbetsplats som kan påverka i vilken utsträckning du upplever att du kan arbeta med den födande kvinnan för att främja hennes spontana värkarbete?

Vill du tillägga någonting?

#### *Hjälpfrågor:*

Kan du berätta mer?

Har du något exempel?

Vad upplevde du då?

Vad kände du då?