



MEDICINSKA  
FAKULTETEN

*Normal födsel* i en sydsvensk kontext

En kvantitativ deskriptiv tvärsnittsstudie

*Normal Birth* in a South Swedish context

A quantitative descriptive cross-sectional study

Författare: Hanna Wallentinsson & Anna Yngvesson

Handledare: Li Thies-Lagergren

Magisteruppsats

Hösten 2023

Antal ord: 6722

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

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

Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt.

**Bakgrund:** Enligt Världshälsoorganisationen önskar kvinnor världen över föda med så få interventioner som möjligt. Barnmorskan ska främja den normala födselprocessen. Mätinstrumentet “the Bologna Score” (BS) togs fram år 2001 för att studera handläggandet av födslar utifrån barnmorskans kompetensområde. Mätinstrumentet mäter mellan noll och fem, ju närmare fem BS desto mer normal är födseln. Det är av intresse att kontinuerligt följa upp den *normala födseln* med samma validerade mätinstrument och kartlägga utvecklingen över tid. **Syfte:** Syftet med studien var att jämföra barnmorskors handläggande och bedömning av *normal födsel* utifrån “the Bologna Score”. **Metod:** En kvantitativ deskriptiv tvärsnittsstudie har genomförts. Data har inhämtats med hjälp av enkäter där “the Bologna Score” har utgjort grunden för ställda frågor. **Resultat:** Sammanlagt inkluderades 191 enkäter. Resultatet visade ett medelvärde på 4,19 BS. Ställningen kvinnan födde i samt användandet av värkstimulering med syntetiskt oxytocin påverkade poängställningen av BS i högst grad. Barnmorskorna rapporterade 93% av födslarna som normala. En signifikant skillnad framkom mellan barnmorskornas bedömning av födslarnas normalitet och huruvida de var handlagda enligt “the Bologna Score”. **Konklusion:** Barnmorskor handlägger födslar idag, i högre grad utifrån evidens enligt BS jämfört med vad tidigare studier har visat. Barnmorskor bedömer födslar som inte uppnår fem BS som normala. Instrumentet BS kan vara ett verktyg för att regelbundet kalibrera födslars kvalitet i Sverige. Begreppet *normal födsel* är komplext och behöver fortsatt reflekteras över och diskuteras, för att bevara barnmorskeyrket och för att fler kvinnor ska få en positiv upplevelse av födandet.

## Nyckelord

Normal födsel, “the Bologna Score”, Barnmorskors bedömning, Barnmorskans profession.

# Innehållsförteckning

Problemområde .....	4
Bakgrund .....	5
Barnmorskans kompetensområde .....	5
Begreppet Normal .....	5
The Bologna Score.....	6
Förlossningen som en positiv upplevelse för kvinnan - empowerment .....	7
Syfte .....	9
Specifika frågeställningar .....	9
Metod .....	9
Urval .....	10
Instrument .....	10
Datainsamling .....	12
Analys av data.....	12
Forskningsetiska avvägningar.....	13
Resultat.....	14
Skillnader i medelvärde av BS mellan inkluderade förlossningskliniker .....	14
Skillnader mellan först- och omfödorskor i samtliga variabler av indikator C.....	16
Interventioner och förlossningsutfall jämfört med “The Bologna Score” .....	17
Barnmorskornas bedömning av födslarnas normalitet jämfört med indikator C och interventioner .....	18
Skillnader mellan barnmorskornas bedömning av födselns normalitet och ”the Bologna Score” ...	19
Diskussion .....	19
Metoddiskussion .....	19
“The Bologna Score” – dess relevans för framtida studier .....	21
Resultatdiskussion.....	22
Konklusion och implikationer .....	25
Referenser.....	26

## Problemområde

Enligt Världshälsoorganisationen (World Health Organization [WHO], 2018) önskar kvinnor världen över föda med så få interventioner som möjligt. I Sverige födde 31% av förstföderskorna (Robson 1\* och Robson 2b\*), år 2022 *med större interventioner och komplikationer*, vilket enligt Graviditetsregistret (Skogsdal et al., 2023) innebär en födsel med sugklocka/- tång, kejsarsnitt, perinealbristning grad 3–4, Apgar <7 vid 5 min och/eller blödning >1500 ml eller blodtransfusion. Vid motsvarande analys av gruppen omföderskor (Robson 3\* och Robson 4b\*) var det 7% som fött *med större interventioner och komplikationer* (Skogsdal et al., 2023). Enligt det Svenska Barnmorskeförbundet (SBF, 2019) och International Confederation of Midwives (ICM, 2017) ska barnmorskan främja den normala processen vid graviditet, födsel, den perinatale perioden, amning samt anknytning och interaktion mellan föräldrar och barn. År 2001 togs instrumentet “The Bologna Score” (BS) fram, på uppdrag av WHO, för att studera handläggandet av födslar utifrån barnmorskans kompetensområde, detta med syftet att få en ökad förståelse för födslars grad av normalitet, oavsett var i världen kvinnan föder (Chalmers & Porter, 2001). BS baseras på förutsättningarna att den *normala födseln* ska fortgå utan interventioner och ska ge gravida kvinnor möjlighet till delaktighet i alla beslut som fattas under förlossningen (Chalmers & Porter, 2001). Instrumentet har sedan dess testats i olika länder. I Sverige testades BS av Sandin-Bojö och Kvist (2008a) och av Sandgren (2015). Förlossningsvården utvecklas kontinuerligt och enligt WHO (2018) medikaliseras förlossningsvården allt mer. I en deskriptiv nyzeeländsk studie om rädslor i samband med yrkesutövning, svarade drygt 700 barnmorskor och barnmorskestudenter, att en av de större rädslorna var, att tappa passionen för sitt yrkesval och självförtroendet i att bevara det normala normalt (Dahlen & Caplice, 2014). Att kontinuerligt följa upp barnmorskors handläggande och bedömning av födslar, utifrån ett nutida perspektiv, där andelen kvinnor som föder med riskfaktorer och induktioner ökar (Skogsdal et al., 2023), kan vara essentiellt för att kartlägga utvecklingen över tid.

\*Robsongruppering, se bilaga 2

# Bakgrund

## Barnmorskans kompetensområde

Barnmorskeutbildningen bidrog till att minska mödradödligheten i Sverige under slutet av 1800-talet (SBF, 2011; Lorentzon & Pettersson-Lidbom, 2021). Andelen hemfödslar var då över 90%, vilket kom att förändras under mitten av 1900-talet då endast 5% av födslarna skedde i hemmet (Lundgren, 2014). Förlossningsvårdens hospitalisering innebar stora förändringar när det gäller synen på barnafödandet. Den medicinska domänen tog successivt över kontrollen av förlossningsvården vilken kom att organiseras utifrån ett medicinskt perspektiv. *Normala födslar* blev barnmorskans professionella område, medan graviditets- och förlossningskomplikationer blev fokus för den framväxande medicinska förlossningskonsten. Detta bidrog till att den *normala födseln*, som barnmorskor ägde kunskap om, blev osynliggjord i vetenskapliga sammanhang och således en tyst kunskap (Lundgren, 2014). Hansson et al. (2021) beskriver att det i Sverige inte finns någon gemensam riktning för barnmorskans professionella domän, gällande *normal födsel*. När barnmorskans arbete blir dolt bakom en medicinskt dominerad praktik, förlorar de sin yrkesidentitet.

Innebörden av det engelska ordet för barnmorska, midwife, är ”med kvinna”, vilket bjuder in barnmorskan till kvinnans livsvärld. Romano och Lothian (2008) skriver att det kan vara svårt att skydda det normala och att vården måste respektera födselns naturliga fysiologiska process. Emotionellt stöd anses centralt för att bidra till en *normal födsel* och stödet avser både en självvald person och en professionell (Downe et al, 2018). Berg (2014) beskriver att barnafödande i grunden inte är ett sjukligt tillstånd präglad av lidande, utan en naturlig del av det mänskliga livet.

## Begreppet Normal

Enligt Svenska Akademiens ordlista (2022) betyder begreppet normal; regelrätt, vanlig, genomsnittlig eller ordinär. Instrumentet BS utgår från WHO:s definition av *normal födsel* som innebär; spontan start, födsel med låg risk från start och fortsätter vara så fram tills dess att barnet är fött. Barnet föds spontant i huvudbjudning mellan fullgången graviditetsvecka 37 och 42. Efter födseln är mamma och barn välmående (WHO, 1997). Vidare definierar ICM

(2014) *normal födsel* som en unik dynamisk process i vilken det ofödda barnet och maternella fysiologiska faktorer interagerar. Födelsen är ett förlopp som startar spontant, har progress och avslutas spontant, med ett barn som föds i huvudbjudning, i fullgången tid, utan instrumentella, kirurgiska, medicinska eller farmakologiska ingrepp (ICM, 2014). I Region Skånes riktlinjer (2021), beskrivs *normal födsel* som en dynamisk process där födelsens normalitet endast kan fastställas retrospektivt.

## The Bologna Score

Chalmers och Porter tog år 2001, i samråd med WHO fram BS, ett mätinstrument som har till syfte att kvantifiera i vilken utsträckning födslar har biståtts och bedömts som normala i motsats till komplicerade. BS är en mätskala från noll till fem, där fem BS anses representera att födelsen har handlagts utifrån bästa evidens och därmed anger graden av normalitet, ju närmare fem BS desto mer normal är födelsen, enligt BS skapare, Chalmers och Porter (2001). Instrumentet BS består av tre indikatorer, A, B och C, vilka presenteras under rubriken ”instrument”. BS har till syfte att bedöma både attityder och praxis inom förlossningsvården mot en effektiv vård av *normal födsel*. Bakgrunden till mätinstrumentets framtagande var att det visade sig att allt fler födslar internationellt hanterades som om de vore onormala/komplicerade. Detta ledde till att omotiverat mycket resurser användes till *normala födslar*, som i stället hade kunnat användas till de som verkligen var onormala/komplicerade (Chalmers & Porter, 2001). BS har testats både nationellt och internationellt (Bramer & Tordsson, 2010; Carvalho & Brito, 2016; Mukamurigo et al., 2019; Oliveira et al., 2015; Sandgren, 2015; Sandin-Bojö & Kvist, 2008a; Sandin-Bojö et al., 2012). Sandin-Bojö och Kvist (2008a) genomförde en svensk tvärsnittsstudie som validerade BS. I studien som pågick under två veckor inkluderades 1876 förlossningar. Resultatet tydde på att svensk förlossningsvård endast i begränsad utsträckning följde bästa tillgängliga evidens i vården vid *normal födsel*. Det visade på en stor diskrepans mellan vad WHO och svenska barnmorskor ansåg vara lämplig vård vid vaginal födsel. Liknande resultat framkom i en prospektiv tvärsnittsstudie från Kambodja, med data från 177 födslar (Sandin-Bojö et al., 2012) och en retrospektiv kvantitativ studie från Brasilien, med data från 406 födslar (Oliviera et al., 2015). Författarna till studierna menar att BS är ett användbart instrument för att belysa problematiken kring förlossningsvården och för att utvärdera WHO:s rekommendationer för

en adekvat förlossningsvård baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet (Sandin-Bojö & Kvist, 2008a; Sandin-Bojö et al., 2012; Oliviera et al., 2015).

## Förlossningen som en positiv upplevelse för kvinnan - empowerment

Det finns ingen standardiserad eller universell form för den *normala födseln* i världen (WHO, 2018). Vad som betraktas som normalt skiljer sig mellan kulturer och över tid. De sista två decennierna har det skett en kraftig ökning av medicinska interventioner inom förlossningsvården, detta med syftet att förbättra vården för kvinnor och barn (WHO, 2018). Ett exempel på forskning som bidragit till förändring av klinisk praxis är en svensk randomiserad kontrollerad studie (RCT) där induktion i v. 41+0 jämfördes med avvaktan till 42+0. Studien kallas SWEdish Post-term Induction Study och inkluderade 2760 förstföderskor (Wennerholm et al., 2019). Studien som avslutades i förtid visade att induktion i graviditetsvecka 41+0 minskade andelen intrauterin fosterdöd hos förstföderskor. Efter studiens avslutande har andelen induktioner ökat inom svensk förlossningsvård (Socialstyrelsen, 2022). Den medikaliserade utvecklingen tenderar att undergräva kvinnans egen förmåga att föda och påverkar hennes totala upplevelse av födseln i en negativ riktning (WHO, 2018). Enligt en norsk kvalitativ studie, baserad på nio intervjuer av barnmorskor från tre olika förlossningsavdelningar, bör barnmorskan initiera samtal i arbetsteamet, kring sparsamheten och hens avvaktande attityd till användande av medicinska interventioner vid den *normala födseln* (Aune et al., 2018). Det framkom även att det var viktigt att barnmorskan själv reflekterar över sin syn på den *normala födseln*.

Riktlinjer från WHO (2018), sätter fokus på att födseln ska bli en positiv upplevelse för kvinnan. En positiv upplevelse av födseln definieras som en erfarenhet som uppfyller eller överträffar en kvinnas tidigare personliga och sociokulturella förväntningar och att få föda ett friskt barn i en kliniskt och psykologiskt trygg miljö, med känslomässigt stöd från en följeslagare, empatisk, tekniskt kompetent personal och med så få medicinska interventioner som möjligt (WHO, 2018). Detta är något som även Aune et al. (2015) och Downe et al. (2018) belyser i sina studier där utgångspunkten varit att studera vad kvinnor upplever och önskar vid födsel. Riktlinjerna från WHO (2018) gällande förlossningsvård vill säkerställa god kvalitet och evidensbaserad vård oavsett miljö eller landets utvecklingsnivå. White (2022) menar att den *normala födseln* inte nödvändigtvis behöver definieras kring den

förutfattade meningen om vad som är normalt, utan utgå från kvinnans individuella uppfattning om vad som utgör en positiv upplevelse av födseln. Generellt har kvinnor förtroende för barnmorskor och litar på att de baserar sina beslut på bästa evidens och beprövad erfarenhet (Sandin-Bojö et al., 2008b). Detta innebär ett etiskt förhållningssätt av barnmorskor och nödvändigheten i att beslut baseras på evidensbaserad kunskap (Höglund & Oscarsson, 2021). Barnmorskans professionalism är en nyckelfaktor för att ge kvinnor en känsla av kontroll, "empower" under förlossningen (Haldarsdottir & Karlsdottir, 2011). Den grundläggande aspekten i "empower" är att professionell omvårdnad är kärnan i barnmorskans arbete, detta i kombination med professionell kompetens, visdom, interpersonell kompetens, barnmorskans personliga och professionella utveckling (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Barnmorskan strävar efter att kvinnans upplevelse av födseln ska bli positiv och stödjer en normal fysiologisk födsel genom att stärka kvinnan i tron på sig själv, att kunna föda (Ólafsdóttir et al., 2022).



## Syfte

Syftet med studien var att jämföra barnmorskors handläggande och bedömning av *normal födsel* utifrån “the Bologna Score”.

## Specifika frågeställningar

- Finns det någon skillnad i medelvärde av “the Bologna Score” mellan inkluderade förlossningsavdelningar?
- Finns det någon skillnad mellan Indikator B samt övriga bakgrundsvariabler och “the Bologna Score”?
- Finns det någon skillnad mellan först- och omfödernor gällande samtliga variabler i indikator C?
- Finns det någon skillnad mellan interventioner och förlossningsutfall jämfört med “the Bologna Score”?
- Finns det någon skillnad i jämförelserna mellan barnmorskornas bedömning, indikator C och födslarnas interventioner.
- Finns det någon skillnad mellan barnmorskornas bedömning av födselns normalitet och “the Bologna Score”?

## Metod

En kvantitativ deskriptiv tvärsnittsstudie har genomförts. Data har inhämtats med hjälp av enkäter där BS har utgjort grunden för ställda frågor. Polit och Beck (2021) menar att kvantitativ forskning grundar sig i uppfattningen att verkligheten går att mäta. Ett önskvärt mål är att forskningsresultaten ska leda fram till slutsatser som går att generalisera så objektivt som möjligt. Den information som kommer fram ska kunna gälla för hela den avsedda populationen. Deskriptiv statistik ämnar ge en enhetlig bild av de variabler som studeras och ger en överblick av insamlat material (Polit & Beck, 2021). Tvärsnittsstudier ger en bild av verkligheten här och nu, de kan användas för att finna samband men också för att göra

jämförelser (Polit & Beck, 2021). Studiens insamlade data har analyserats i IBM® SPSS® Statistics version 29, för att få fram deskriptiv och jämförande statistik utifrån studiens syfte.

## Urval

Barnmorskor på sex förlossningsavdelningar i södra Sverige bjöds in till att delta i studien under våren 2023. Varje barnmorska som önskade vara med i studien fyllde i en enkät efter varje födsel som hen bistått. Inklusionskriteriet var att födslarna skulle starta spontant och avslutas vaginalt i enlighet med kriterier för Robsongrupp 1, 3 och 5A. Det innebär att alla födselar med spontan start, oavsett riskbedömning utifrån Region Skånes riktlinjer för riskbedömning under förlossning (2021), inkluderades i studien.

## Instrument

För att inhämta data användes instrumentet BS (Chalmers & Porter, 2001), som utgör grunden för studiens enkät (Bilaga 1). Enkäten bestod av slutna svarsalternativ. Instrumentet BS består av tre indikatorer, A, B och C. Indikator A innefattar andelen kvinnor som faller utanför studien på grund av att födseln inducerats eller avslutats med elektivt/ akut sectio. Indikator A exkluderades från början för att materialet skulle bli hanterbart inom ramen för en magisteruppsats. Ytterligare ett skäl till att utesluta indikator A i föreliggande studie, var att så stor andel födselar induceras idag och att det därmed förväntades bli en stor andel enkäter som skulle falla bort inför analys av indikator C. Indikator B anger andelen kvinnor som biståtts av antingen läkare, barnmorska, barnmorska/barnmorskestudent eller icke medicinskt utbildad person. Indikator C består av variabler som återspeglar vårdens evidens och barnmorskans förhållningssätt (Chalmers & Porter, 2001).

Indikator C består av följande fem variabler enligt Chalmers och Porter (2001):

1. *Närvaron av en följeslagare vid födseln säger* något om hur kvinnan har förberett sig inför födseln. Den mäter graden av familjecentrerat fokus i mödra- och förlossningsvården.
2. *Användningen av partogram* speglar personalens kompetens och kunskapsspridning inom vården och är även en potentiell indikator på hur effektiv övervakningen av

födelsens process är. Användandet visar på att personalen inser vikten av att objektivt bedöma födelseprocessen.

3. *Frånvaro av värförstärkning med syntetiskt oxytocin* indikerar att födseln följer ett normalt förlopp. Frågan inkluderar även frånvaro av yttre press på fundus eller akut kejsarsnitt.
4. *Kvinnan föder inte på rygg*. Vilket kommer att utesluta nästan alla födslar som avslutas med tång- eller sugklocka.
5. *Hud-mot-hud under minst 60 minuter* inom den första timmen efter födseln. Detta mått kan också fungera som ett indirekt mått på både moderns och barnets välbefinnande, och som ett indirekt mått på tidig inledning av amning.

Varje variabel ger ett (1) poäng vid närvarande eller noll poäng om frånvarande, vilket kan ge maximalt fem BS. Fem BS anses representera att födseln har handlagts utifrån bästa evidens, noll till fem BS visar en gradskala av normalitet, ju närmare fem BS desto mer normal är födseln, enligt BS skapare, Chalmers och Porter (2001). Frågan om "hud-mot-hud under minst 30 minuter inom den första timmen efter födseln", ändrades till 60 min inom de första 2h, enligt riktlinjerna man arbetar efter i Region Skåne (2021). Arbetsgruppen som tagit fram BS menar att var och en av de fem åtgärderna ska tolkas oberoende av varandra för att öka värdet av varje åtgärd. Efter personlig kontakt med L J. Kvist (16 och 21 november, 2022), den ena författaren från 2008 års studie (Sandin-Bojö & Kvist, 2008a), har frågorna översatts från engelska till svenska. L J. Kvist har inspirerat till att ställa frågan om grad av bristning utöver BS.

Utöver ursprungsfrågorna som BS består av, lades till följande bakgrundsfrågor: moderns födelseår, paritet, Body Mass Index (BMI) vid inskrivning på MVC, aktivt förlossningsarbete vid inskrivning på förlossningsavdelning, samt en fråga kring riskbedömning vid ankomst till förlossningen (Vladic Stjernholm et al., 2020). Frågor om obstetriska interventioner och utfall såsom amniotomi, episiotomi sfinkterruptur, postpartumblödning (PPH) lades till samt barnets Apgar-score efter fem minuter. Detta för att komplettera enkäten med vanligt förekommande interventioner och utfall i en svensk kontext (Skogsdal et al., 2023). Slutligen lades frågan till om barnmorskan bedömde födseln som normal.

## Datainsamling

Innan datainsamlingen påbörjades skickades ett informationsbrev om studiens syfte till förlossningsavdelningarnas verksamhetschefer, som gav ett skriftligt samtycke till att genomföra studien. Mejlkontakt fördes med varje förlossningsavdelnings enhetschef för att planera inför utförandet. Därefter begav sig författarna personligen ut till de sex enheterna i södra Sverige, för att informera de anställda barnmorskorna, både skriftligt och muntligt, angående studiens syfte och metod. Inför besöken skickades information ut till anställda barnmorskor via enhetscheferna. Ejlertsson (2019) skriver att personlig framställning av studieinformation kan främja antalet medverkande i studier. Enligt Olsson och Sörensen (2021) är det positivt att andra personer än forskaren engageras i forskningen för att utföra datainsamlingen, då det är av stor vikt att inhämta datan så objektivt som möjligt, för att kunna möjliggöra en kvantitativ bearbetning och analys.

I samband med informationsgivningen lämnades enkäterna på förlossningsavdelningarna i en mapp med skriftlig information om studien, på överenskommen plats. Totalt delades 240 enkäter ut, fördelat på enheterna. Enkäterna fanns tillgängliga på förlossningsavdelningarna under treveckorsperioder mellan april och juni 2023. Valet att använda pappersenkäter gjordes utifrån att de skulle vara synliga på avdelningarna och Wenemark (2023) menar, att många respondenter föredrar att svara på pappersenkäter, samt att metoden kan ge respondenten en snabb överblick av frågorna som ges. De färdigfyllda enkäterna lades i en sluten låda som inhämtades av studiens författare när datainsamlingsperioden var slut. Totalt samlades 201 enkäter in varav 191 (93%) var komplett ifyllda. Totalt exkluderades 10 enkäter relaterat till att födseln antingen avslutats med akut sectio eller inte var komplett ifylld.

## Analys av data

Insamlade enkäter kodades och matades in för hand av båda författarna och analyserades sedan med hjälp av dataprogrammet IBM® SPSS® Statistics version 29. Deskriptiv statistik togs fram och Pearson Chi<sup>2</sup>-test användes för att analysera och jämföra data. Polit och Beck (2021) menar att Pearson Chi<sup>2</sup>-test används för att undersöka om skillnaderna mellan grupperna säger något om behandlingens utfall eller endast är slumpmässiga variationer. Vid ett *p*-värde på <0,05 ansågs resultatet vara statistiskt signifikant (Polit & Beck, 2021). Utförda jämförelser redovisas nedan:

- Medelvärdet av “the Bologna Score” jämfördes mellan inkluderade förlossningavdelningar
- Indikator B, samt övriga bakgrundsvariabler, jämfördes med BS fem eller mindre än fem.
- Samtliga variabler i indikator C jämfördes med först- och omföderskor.
- Interventioner och förlossningsutfall jämfördes med BS fem eller mindre än fem.
- Jämförelser av barnmorskornas bedömning med födslarnas indikator C och interventioner.
- Jämförelser av barnmorskornas bedömning av födselns normalitet och BS fem eller mindre än fem.

Testet One-way ANOVA användes för att jämföra skillnader i medelvärde av BS mellan sjukhusen. Resultatet presenteras i form av figurer och tabeller som tolkas och förklaras i löpande text. Följande variabler dikotomiserades; paritet (Robson 1, 3 / 5), BMI ( $\leq 30$ / $>30$ ) riskbedömning vid ankomst (grön och gul/röd), indikator B (barnmorska/barnmorskestudent och barnmorska/läkare) samt Apgar-Score efter fem minuter ( $<7$ / $\geq 7$ ).

## Forskningsetiska avvägningar

Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) på Lunds universitet för etisk granskning informerades om att inga etiska invändningar fanns mot att studien genomfördes såsom den beskrivits i ansökan, efter det att justeringar gjordes enligt rekommendation. Vidare låg den medicinska forskningsetikens fyra forskningsetiska grundprinciper; godhetsprincipen, principen att inte skada, rättvisepincipen och autonomiprincipen, till grund för diskussion av studiens syfte. (Carlsson & Georgsson, 2021). Forskningsetiska avvägningar diskuterades utifrån Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA], 2022). Detta specifikt kring punkterna 24, 25 och 26, med hänsyn till frågor rörande sekretess och informerat samtycke. Hänsyn togs även till punkt 5 som bland annat hänvisar till att det främsta syftet med forskning som omfattar människor är att förbättra preventiva, diagnostiska och terapeutiska åtgärder. Vidare står det att åtgärderna kontinuerligt måste utvärderas genom forskning gällande huruvida de är säkra, ändamålsenliga, effektiva, tillgängliga och av tillräckligt god kvalitet (WMA, 2022). Utifrån dessa diskussioner framkom att inga hinder fanns gällande att genomföra föregående studie.

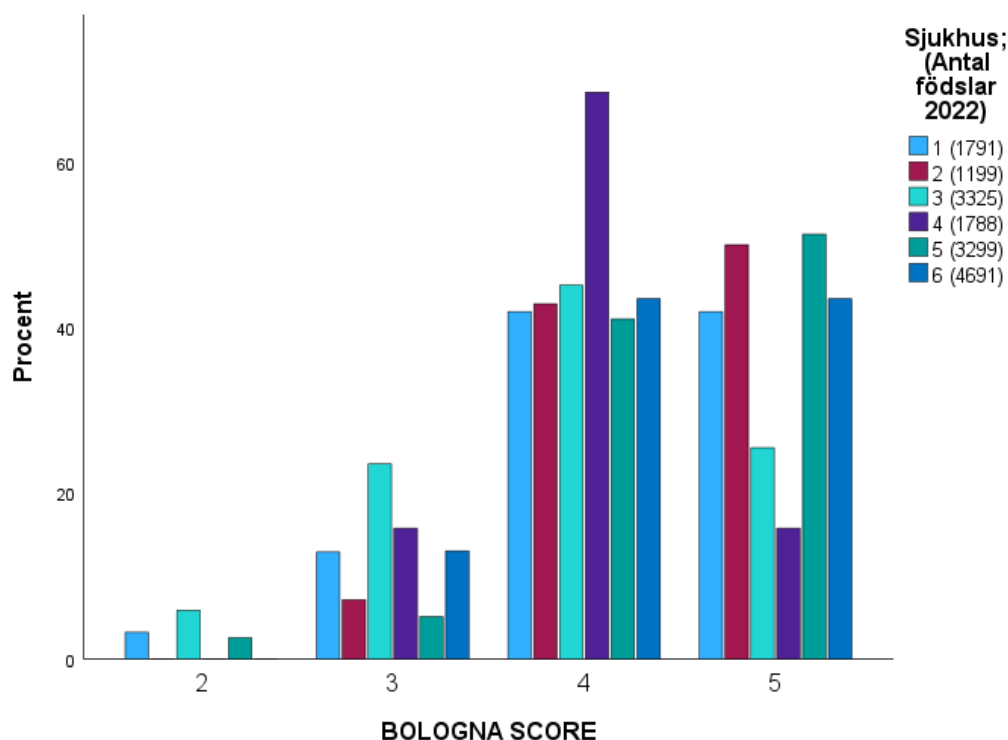
Det saknas idag en enhetlig definition gällande *normal födsel* för barnmorskor att förhålla sig till gällande interventioner inom förlossningsvården. Författarna har löpande under arbetets gång reflekterat och diskuterat kring det etiska dilemma i att uttrycka att barnmorskor bedömer födslar som inte har fem BS som normala och alltså inte arbetar enligt bästa tillgängliga evidens vilket kan bero på svårigheten att förhålla sig kring begreppet normalitet. Detta påstående skulle kunna uppfattas som kritik mot barnmorskan som bistått födseln. Bedömningen har gjorts att denna information trots det är essentiell att förmedla för att kunna föra en diskussion kring begreppet *normal födsel* inom förlossningsvården.

## Resultat

Resultatet inkluderar data på 191 födslar som startat spontant, och avslutats vaginalt. Dessa födslar har bedömts av barnmorskor som antingen normala eller inte normala. Från de sex förlossningsavdelningar som deltog i studien inkluderades 31 födslar från sjukhus ett, 28 födslar från sjukhus två, 51 födslar från sjukhus tre, 19 födslar från sjukhus fyra, 39 födslar från sjukhus fem och 23 födslar från sjukhus sex.

### Skillnader i medelvärde av BS mellan inkluderade förlossningskliniker

Resultatet visar att det skiljer sig åt mellan sjukhusen i antalet födslar som fått fem eller mindre än fem BS. Ingen av födslarna hade noll eller ett BS. Resultatet visar statistiskt signifikanta skillnader i medelvärdet av BS mellan sjukhus två och tre ( $p=0,003$ ), mellan sjukhus tre och fem ( $p=0,002$ ) och mellan sjukhus tre och sex ( $p=0,033$ ). *Figur 1* visar procentandel födslar och antal BS födslarna fick, för varje sjukhus som var inkluderade i studien.



Figur 1. Procentuell fördelning av “the Bologna Score” vid de sex olika sjukhusen.

### Skillnader mellan indikator B samt övriga bakgrundsvariabler och “the Bologna Score”

Av de 191 födslarna i studien var medelåldern hos de födande kvinnorna 31 år (SD ± 4,66 år). Majoriteten av föderskorna hade ett BMI <30 vid inskrivning på mödrahälsovården, var omföderskor, klassades som lågrisk och var i aktiv födsel vid ankomst till förlossningsavdelningen. Enligt indikator B beskrivs att 96% av födslarna bistods av barnmorskor/barnmorskestudenter. Vid 7% av de födslar som erhöll mindre än fem BS var läkare närvarande. Statistiskt signifikant fler omföderskor fick BS fem jämfört med förstföderskorna. Det framkom en statistiskt signifikant skillnad mellan kvinnor som klassificerades med låg risk vid ankomst till förlossningsavdelningen och kvinnor som klassificerades med medel/ hög risk, där kvinnor med låg risk i högre utsträckning fick BS fem. Se *Tabell 1*.

Tabell 1. Inkluderade födslar med komplett ifyllda "the Bologna Score" (n=191) och utfall enligt BS.

	<b>Bologna score 5</b> n=73 (38%)	<b>Bologna score &lt;5</b> n=118 (62%)	<b>P-värde</b>
<b><i>Bologna Score indikator B</i></b>			
Bistås av barnmorska/ barnmorskestudent	73 (100)	110 (93)	0,023*
Bistås av läkare	0 (0)	8 (7)	
<b><i>Maternell ålder</i></b>			
<25	4 (5)	18 (15)	0,097
25–35	56 (77)	85 (72)	
>35	13 (18)	15 (13)	
<b><i>BMI (inskrivning mödravården)</i></b>			
>30	7 (10)	17 (14)	0,329
<30	66 (90)	101 (86)	
<b><i>Paritet</i></b>			
Omfödernkor (Robson 3)	53 (73)	51 (43)	<0,001*
Förstfödernkor, obstetriska förstfödernkor (Robson 1, 5a)	20 (27)	67 (57)	
<b><i>Aktiv fas vid ankomst till förlossningen?</i></b>			
Ja	46 (63)	65 (55)	0,280
Nej	27 (37)	53 (45)	
<b><i>Riskbedömning vid ankomst till förlossningen</i></b>			
Lågrisk	59 (81)	79 (67)	0,037*
Medel/högrisk	14 (19)	39 (33)	

\*Statistiskt signifikanta värden

## Skillnader mellan först- och omfödernkor i samtliga variabler av indikator C

Resultatet av indikator C, som ger en samlad bedömning av de fem variablerna, visar ett medelvärde av inkluderade födslars BS på 4,19 av fem möjliga poäng. Andel födslar med fem poäng enligt BS var 38%. Jämförelser mellan först- och omfödernkor gällande de olika variablerna i indikator C visar på statistiskt signifikanta skillnader mellan hur barnmorskor har handlagt födslarna. Vid 98% av födslarna hade kvinnan "sällskap av närstående", resultatet visar ingen signifikant skillnad mellan först- och omfödernkor. Barnmorskor använde partogram vid 88% av födslarna. Barnmorskor har startat partogram i statistiskt signifikant högre utsträckning bland förstfödernkor, jämfört med omfödernkor. Positionen kvinnan födde i samt användandet av värkstimulering med syntetiskt oxytocin minskade födslarnas BS. Andelen kvinnor som inte fött i gyn- eller ryggläge var 69%. Det var vanligare att föda i gyn- eller ryggläge som förstfödernska. Resultatet visar att 70% av födslarna handlagts utan värkstimulering med syntetiskt oxytocin. Andelen förstfödernkor som inte blev



värkstimulerade med syntetiskt oxytocin var 47%, vilket visar en signifikant skillnad jämfört med omfödskor (88%) som blev värkstimulerade vid färre födslar. "Hud mot hud i minst 60 minuter" (95%) var i hög grad närvarande vid inkluderade födslar. Statistiskt signifikant fler omfödskor hade sitt barn hud mot hud i minst 60 minuter efter födseln. Se *tabell 2*.

Tabell 2. Procentandelar och antal av födslar som ger 1 poäng för var och en av variablerna av "the Bologna Score" (totalt antal födslar = 191)

<b>BS indikator C</b>	<b>n=191 (100%)</b>	<b>Förstfödskor n=87(45%)</b>	<b>Omfödskor n=104 (55%)</b>	<b>p-värde</b>
Sällskap av närstående	187 (98)	87 (100)	100(96)	0,064
Användande av partogram	168 (88)	83 (95)	85 (82)	0,004*
Födelse utan värkstimulering med syntetiskt oxytocin	133 (70)	41 (47)	92 (88)	<0,001*
Ej fött i ryggläge	131 (69)	51 (59)	80 (77)	0,007*
Hud mot hud i minst 60 min	182 (95)	79 (91)	103 (99)	0,007*

\*Statistiskt signifikanta värden

### Interventioner och förlossningsutfall jämfört med "The Bologna Score"

Födslar med interventioner (värkstimulering med syntetiskt oxytocin, amniotomi, episiotomi) inträffade för 62% av kvinnorna. Den vanligaste interventionen var värkstimulering med syntetiskt oxytocin (30%), den näst vanligaste interventionen var amniotomi (27%).

Resultatet visar att det finns en statistiskt signifikant ökad risk att födseln får mindre än fem BS då amniotomi utförts under födseln. Jämförelsen mellan interventionen, episiotomi och BS visade inte någon statistiskt signifikant skillnad. Totalt ådrog sig fem kvinnor (3%), en grad 3 eller 4 bristning samt åtta kvinnor (4%) blödde mer än 1000 ml. Två nyfödda barn fick Apgar-poäng <7 fem minuter efter födseln. Se *tabell 3*.

Tabell 3. Interventioner och förlossningsutfall vid 191 födslar jämfört med

“the Bologna Score”

<b>Intervention</b>	<b>BS 5 n=73 (38%)</b>	<b>BS &lt;5 n=118 (62%)</b>	<b>p-värde</b>
Amniotomi	11 (15)	40 (34)	0,004*
Episiotomi	1 (1,4)	8 (7)	0,086
Födelse utan värkstimulering med syntetiskt oxytocin	0 (0)	58 (49)	<0,001*
<b>Födslarnas utfall</b>			
Grad 3 eller 4 - bristning	2 (3)	3 (2)	0,934
Blödning $\geq$ 1000 ml	2 (3)	5 (4)	0,592
Apgar $\leq$ 7 efter 5 min	1 (1,4)	1 (1,4)	0,730

\*Statistiskt signifikanta värden

### Barnmorskornas bedömning av födslarnas normalitet jämfört med indikator C och interventioner

Andelen födslar där läkare var med och handlade (n=8), bedömde barnmorskan vara normala i 38% (n=3) av fallen. Det var 2% av kvinnorna som födde utan sällskap av en närstående, de födslarna bedömdes som normala av barnmorskan. Av de födslar som genomfördes utan partogram ansågs samtliga vara normala. Av de födslar som ansågs vara normala hade 27% blivit värkförstärkta med syntetiskt oxytocin. Resultatet visar att barnmorskor i högre grad bedömde födslar som inte värkstimulerats med syntetiskt oxytocin som normala ( $p < 0,001$ ). Av andelen födslar som bedömts normala, där kvinnan födde i gyn- eller ryggläge bedömde barnmorskan att 26% av dem var normala, vilket visar på en statistisk signifikant skillnad jämfört med de födslar som inte bedömdes som normala av barnmorskan. Av de födslar som bedömdes som normala hade 3% av de nyfödda barnen inte legat hud mot hud i 60 minuter efter partus. Vid de födslar som bedömts som normala hade 26% av kvinnorna blivit amniotomerade. Av de födslar som bedömts som normala utfördes episiotomi vid 2% av födslarna. Se *tabell 4*.

Tabell 4. Barnmorskornas bedömning av födslarnas normalitet jämfört med indikator C och interventioner

	<b>Bedömd som normal</b> <b>177 (93%)</b>	<b>Bedömd som inte normal</b> <b>14 (7%)</b>	<b>p-värde</b>
<b>Indikator C</b>			
Ej sällskap av närstående	0 (0)	4 (2)	0,570
Ej använt partogram	23 (13)	0 (0)	0,150
Värkstimulering med syntetiskt oxytocin	47 (27)	11(79)	<0,001*
Födelse i gyn- eller ryggläge	46 (26)	14 (100)	<0,001*
Ej hud mot hud i minst 60 min	5 (3)	4 (29)	<0,001*
<b>Intervention</b>			
Amniotomi	46 (26)	5 (36)	0,428
Episiotomi	4 (2)	5 (36)	<0,001*

\*Statistiskt signifikanta värden.

## Skillnader mellan barnmorskornas bedömning av födselns normalitet och ”the Bologna Score”

Barnmorskorna rapporterade att de bedömde födseln som normal för 93% av kvinnorna i deras vård. Jämförelsevis fick 38% av födslarna fem poäng enligt BS, vilket indikerar en statistiskt signifikant diskrepans mellan vad barnmorskor bedömde och hur de blev poängsatta enligt BS. Av inkluderade födslar fick 62% färre än fem poäng enligt BS, av dessa bedömdes 88% som normala av barnmorskan. Av de födslar som fick mindre än fem poäng av BS, stämde barnmorskornas rapport överens i 12% av fallen. De förlossningar som fått två av fem poäng (n=5), bedömde barnmorskorna att två (40%) var normala, av de förlossningar som fått tre av fem poäng (n=26) bedömde barnmorskorna att 65% var normala och av de som fick fyra av fem poäng (n=87) bedömdes till 98% som normala.

## Diskussion

### Metoddiskussion

En deskriptiv kvantitativ tvärsnittsstudie har genomförts som uppfyllde kravet att svara på studiens syfte, där en enkät utformad efter BS, utgjorde insamlandet av data. En styrka med

studien var den höga svarsfrekvensen, vilket kan tyda på att det fanns ett intresse för ämnesområdet bland de tillfrågade studiedeltagarna, men även att enkäten var väl genomarbetad med klara och tydliga frågorna och att frågorna upplevdes vara meningsfulla i sitt sammanhang (Ejlertsson, 2019). Ytterligare en styrka med studien var att endast 10 enkäter fick exkluderas relaterat till att några barnmorskor hade inkluderat födselar som avslutats med akut sectio eller missat att fylla i enstaka frågor. Totalt lades det ut 240 enkäter på de sex deltagande förlossningsenheterna och 201 blev besvarade, målet var att få in minst 150 besvarade enkäter. Ejlertsson (2019) beskriver att fördelen med enkät är att den kan användas på ett stort urval i relation till både kostnad och tid för genomförande. Andelen besvarade enkäter varierade mellan förlossningsavdelningarna, i relation till deras totala antal födselar per år. Den varierande svarsfrekvensen tros delvis bero på att möjligheten till att informera om studien skilde sig mellan de olika förlossningsavdelningarna. På två ställen gavs möjlighet till att informera om studien på arbetsplatsträffar och personalen var informerad om att studiens författare skulle komma innan mötet, vilket resulterade i en högre andel besvarade enkäter i relation till antal födselar/ år, jämfört med resterande förlossningsavdelningar. På övriga avdelningar informerades de barnmorskor som råkade vara på plats den dagen enkäterna lämnades ut, vilket ledde till att de flesta i personalen var i arbete och hade inte tid att ta emot personlig information. På grund av den ojämna svarsfrekvensen har beslut tagits om att inte göra jämförelser mellan förlossningsavdelningarna mer än gällande BS. Två påminnelser om att svara på enkäten skickades ut till förlossningsavdelningarna, via enhetscheferna och via studentkollegor, under perioden för datainsamling, vilket är ett lämpligt antal påminnelser enligt Ejlertsson (2019). Det genomfördes aldrig någon pilotstudie, eftersom enkätens instrument var använt i tidigare studier (Bramer & Tordsson, 2010; Carvalho & Brito, 2016; Mukamurigo et al., 2019; Oliviera et al., 2015; Sandgren, 2015; Sandin-Bojö & Kvist, 2008a; Sandin-Bojö et al., 2012). Frågornas reliabilitet kunde trots detta säkerställas genom att enkäten utformades efter BS som i sig, bedömts vara ett väl fungerande instrument och användbart av tidigare forskare (Bramer & Tordsson, 2010; Carvalho & Brito, 2016; Mukamurigo et al., 2019; Oliviera et al., 2015; Sandgren, 2015; Sandin-Bojö & Kvist, 2008a; Sandin-Bojö et al., 2012). Ejlertsson (2019) menar att ett instrument som använts tidigare ökar studiens reliabilitet.

Frågorna som har lagts till i enkäten utöver BS anses fördjupa resultatet i önskan att svara på syftet. Ett exempel på ytterligare enkätfråga hade kunnat vara “användande av epiduralanalogesi” relaterat till att det är en vanligt förekommande smärtlindringsmetod i

Sverige (Skogsdal et al., 2023). I detta fall fanns låg kontroll gällande vilka av barnmorskorna som valde att delta i studien. Risken finns att resultatet grundar sig på en representativ andel barnmorskor som har ett extra stort intresse för forskningsområdet. Studerade födselar tros ändå vara representativa ur en svensk kontext då resultaten visade sig vara jämförbara med likvärdiga data från Graviditetsregistret (Skogsdal et al., 2023). Enkäterna matades in manuellt genom att en av författarna läste upp variablerna för den andra som sedan matade in dem i IBM® SPSS® statistics version 29, samarbetet upplevdes minska risken för fel inmatning. Enligt Polit och Beck (2021) är Chi<sup>2</sup>-test en fördelaktig analys för att göra jämförelser mellan grupper, när det handlar om nominalskalor och då jämförelser utförs mellan fler än en exponering/utfall. One-way ANOVA var ett lämpligt test för att göra jämförelser mellan medelvärden (Polit & Beck, 2021). Valet att exkludera BS indikator A från början, kan vara en svaghet eftersom det skulle kunna ha påverkat urvalet i det att det inte svarar fullt ut mot populationen.

### “The Bologna Score” – dess relevans för framtida studier

Instrumentet BS bedömdes vara ett relevant verktyg för att besvara studiens syfte i studerandet av förlossningsvården i en sydsvensk kontext. Frågan om frånvaro av värförstärkande indikerar att förlossningen följer ett *normalt* förlopp (Chalmers & Porter, 2001) och frågan är högst aktuell idag, då användningsfrekvensen är högre än frekvensen av värksvaghet (Häggsgård & Persson, 2020). Däremot är frågorna om närvaro av följeslagare vid födseln, om partogram samt om hud mot hud inte längre av relevans för att mäta födselns kvalitet i en sydsvensk kontext. Detta relaterat till att den normala födseln i Sverige idag omfattas av dessa delar i mycket hög grad (Skogsdal et al., 2023). Däremot kan instrumentet BS vara ett värdefullt verktyg för att regelbundet kalibrera födslarnas kvalitet, med syftet att bevara de förbättringar som har skett sedan 2008 (Sandin-Bojö & Kvist, 2008a). I framtiden hade det varit av intresse att komplettera BS med en kvalitativ studie som undersöker kvinnors upplevelse av födseln, detta relaterat till WHO:s rekommendationer inom förlossningsvård för en positiv förlossningsupplevelse från 2018. Ur ett internationellt perspektiv är BS fortfarande ett aktuellt instrument för att validera den *normala födseln*, då det enligt internationella studier rapporterades stora brister i handläggandet av den normala födseln enligt BS (Bramer & Tordsson, 2010; Carvalho & Brito, 2016; Mukamurigo et al, 2019; Oliviera et al., 2015; Sandin-Bojö et al., 2012).

## Resultatdiskussion

Huvudfyndet i föreliggande studie visade på ett ökat medelvärde av BS jämfört med tidigare rapporterade medelvärden i en svensk kontext. Sandin-Bojö & Kvist (2008a) och Sandgren (2015) rapporterade i respektive studier ett medelvärde på 3.7 BS, vilket indikerar att det inte skedde några förändringar i handläggandet eller bedömningen av handläggandet mellan 2008 och 2015. Föreliggande studies resultat visar därmed att barnmorskor i högre utsträckning arbetar enligt bästa tillgängliga evidens, jämfört med tidigare forskning i Sverige (Sandin-Bojö & Kvist, 2008; Sandgren, 2015). Internationellt visar studier som använt instrumentet BS, i Indien (0,72 BS), Brasilien (2,07 BS) och Rwanda (2,03 BS) låga medelvärden (Bramer & Tordsson, 2010; Carvalho & Brito, 2016; Mukamurigo et al., 2019). De låga medelvärden som presenterats tyder på stora brister vad gäller förlossningsvårdens kvalitet enligt BS. Ingen av födslarna i dessa studier fick fem BS, jämfört med föreliggande studie, där ingen födsel fick noll eller ett BS. Ytterligare studie som undersökt födslars normalitet med hjälp av BS, genomfördes i Kambodja. I studien finns inget medelvärde angivet, men resultatet visar även här att ingen födsel fick fem BS (Sandin-Bojö et al., 2012). Förlossningsvården internationellt skiljer sig därmed stort jämfört med Sverige.

Ett exempel på att barnmorskor i högre utsträckning i Sverige, arbetar enligt bästa tillgängliga evidens är att kvinnorna i högre utsträckning föder i upprätt position alternativt liggande på sidan, vilket tyder på en positiv utveckling vid jämförelse med tidigare svenska studier (Sandin-Bojö & Kvist, 2008a; Sandgren, 2015). Denna positiva utveckling bekräftas av statistik från Graviditetsregistret (Skogsdal et al., 2023). Andelen kvinnor i Sverige som föder i gynläge har minskat från 28% år 2016 till 18% år 2023 och att andelen kvinnor som föder på sidan har ökat från 14% 2014 till 34% år 2023 (C. Elvander, personlig kommunikation, 4 december 2023). Att kvinnan avslutar födseln i en ej gyn- eller ryggliggande position leder till positiva utfall, bland annat minskning av födselns längd, grad av bristning samt minskning av interventioner (Berta et al., 2019; Thies-Lagergren et al., 2020; Thies-Lagergren et al., 2013). Däremot menar Zang et al. (2020) att kvinnors upplevelse av födseln inte blir mer positiv av att inte föda på rygg. Trots fördelarna med att föda i ej gyn- eller ryggläge rekommenderar WHO (2018) att kvinnor i första hand ska få föda i den position de själva önskar.

Den andra variabeln som i högst grad påverkade utfallet av BS i aktuell studie, förutom positionen kvinnan födde i, var värkstimulering med syntetiskt oxytocin. Förekomsten av syntetiskt oxytocin som värkstimulering har inte förändrats nämnvärt i Sverige jämfört med tidigare studier (Sandin-Bojö & Kvist, 2008; Sandgren, 2015). Andelen kvinnor med spontan start som värkstimulerats med syntetiskt oxytocin var jämförbart med rikssnittet i Sverige, både bland först- och omföderskor (Graviditetsregistret, 2022). Resultatet visade vidare att fler förstföderskor än omföderskor värkstimulerades. Även Häggsgård och Persson (2020) rapporterade i en retrospektiv översikt där man granskat journaler från förstföderskor vars födsel startat spontant, att 61,1% av kvinnorna blev värkstimulerade med syntetiskt oxytocin under födseln. Av dem uppfyllde 38,3% kriterierna för värksvaghet. Enligt BS visar frånvaron av värkstimulering med syntetiskt oxytocin att födseln följer en normal fysiologisk progress (Chalmers & Porter, 2001), vilket i sig betyder att ca en tredjedel av födslarna i föreliggande studies resultat avvek från det normala. Resultatet visade att barnmorskorna ändå bedömde att många av födslarna som värkstimulerats med syntetiskt oxytocin var normala, vilket kan indikera att denna intervention har internaliserats som något som tillhör den normala födseln. En svensk intervjustudie visar att barnmorskor ansåg sig ha en osäkerhet gällande hur deras handhavande med värkstimulerande läkemedel påverkar födselns normalitet och risknivå (Ekelin et al., 2015). Tidigare forskning (Häggsgård & Persson, 2020; Gaudernak et al., 2018; Ekelin et al., 2015) och även WHO (2014), visar att syntetiskt oxytocin används felaktigt och därmed kan göra mer skada än nytta och kan påverka kvinnans fysiska och mentala välmående postpartum (Buckley & Uvnäs Moberg, 2019). Häggsgård och Perssons studie (2020) visade att korrekt tillförsel av oxytocin resulterar i ett större antal vaginala födslar jämfört med när oxytocin inte administrerades enligt rekommendationerna. Häggsgård och Persson (2020) lyfte att strikta protokoll borde finnas på förlossningsavdelningar vid tillförsel av syntetiskt oxytocin, för att säkerställa att det har givits korrekt. De menar vidare att vårdmiljön behöver ge utrymme för barnmorskorna att använda sin yrkeskompetens, vilket kan främja födselns progress. Gaudernak et al. (2018), visade i en prospektiv interventionsstudie med populationen förstföderskor, att ett tidsmässigt avvaktande med syntetiskt oxytocin inte ökar förlossningskomplikationer, samt att det minskar det totala användandet av syntetiskt oxytocin under födslarna.

Resultatet visade att fler födslar där amniotomi utförts hade mindre än fem BS och att det var en vanligt förekommande intervention vid födslarna. WHO (2018) skriver att barnmorskor bör uppmuntra varje kvinna till att föda spontant genom att inte utföra interventioner med

intentionen att förkorta födselns längd, förutsatt att mor och barn mår bra. Det finns ingen evidens som visar att de potentiella fördelarna med att amniotomera, överväger de potentiella nackdelarna (Tallhage et al., 2022). Barnmorskorna, i aktuell studie, bedömde att amniotomi ingår i den normala födseln. Enligt Ingvarsson et al. (2020) uppfattar barnmorskor å ena sidan amniotomi som en enkel uppgift, men å andra sidan som en komplexfylld intervention. I beslutsfattandet gällande amniotomi sågs en balansgång mellan den fysiologiska processen av födseln kontra den medicinska säkerheten för den födande kvinnan och barnet (Ingvarsson et al., 2020).

Barnmorskorna i aktuell studie bedömde majoriteten av födslarna som hade mindre än fem BS som normala. Föreliggande studie visade att det fortsatt är en stor diskrepans mellan vad WHO och barnmorskor i Sverige anser vara en lämplig vård vid vaginal födsel, jämfört med resultat från Sandin-Bojö och Kvist (2008a). I föreliggande studie bedömde barnmorskorna att födslarna var normala till 93%, jämfört med Sandin-Bojö och Kvist, där 82% av barnmorskorna bedömde födslarna som normala. Sandin-Bojö och Kvist (2008a), precis som föreliggande studie, visar att det finns en stor variation mellan sjukhusen gällande resultaten av BS, vidare menar de att arbetskulturen, attityderna och den enskilda barnmorskans övertygelser påverkar födselns utfall snarare än vetenskaplig evidens. En litteraturöversikt av Shorey & Ng (2023) undersökte barnmorskors uppfattning om normal fysiologisk födsel. Fyra huvudteman framkom; *barnmorskan* - en fundamental övertygelse kring normal fysiologisk födsel, *kvinnan* - relationen mellan barnmorskan och kvinnan, empowerment och hennes integritet i beslutsfattandet om interventioner, *miljö* - atmosfär, kultur och miljö på arbetsplatsen, *teamet* - nära samarbete. Författarna lyfte att vården behöver förändra arbetsklimatet och ge barnmorskorna ökad autonomi för att främja den normala fysiologiska födseln och ge den födande självbestämmanderätt och en positiv upplevelse av födseln.

Aktuell studie beskriver inte huruvida de födande kvinnorna haft en positiv förlossningsupplevelse. White (2022) beskriver hur WHO utifrån de senaste rekommendationerna för en positiv födselsupplevelse förflyttar definitionen av optimal födsel från normal till okomplicerad. White menar att ändringen av definitionen skiftar fokus från födselns fysiologi till födselns optimala utfall. Perez-Botella et al., (2019) och WHO (2018) menar att oavsett var kvinnan föder, har alla professioner kvinnan möter i förlossningsvården, en plikt att se till att kvinnan ges utrymme att föda tryggt, där den fysiologiska födseln kan främjas, med så få interventioner som möjligt. En gemensam filosofi kring *normal födsel*



mellan professionerna ger den möjligheten (Perez-Botella et al., 2019). Aune et al. (2018) beskriver att barnmorskor har en stark motivation att främja den normala födseln, med så få interventioner som möjligt. Trots detta tycktes barnmorskorna förlita sig på försiktighetsprincipen, där problemlösningstrategier användes i förebyggandet av potentiella risker. En förlossningsvård som tillåter en god relation mellan barnmorskan och den födande kvinnan kan ge kvinnan empowerment, vilket är en viktig faktor för att främja det fysiologiska födandet och en positiv upplevelse för kvinnan (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). White (2022) som i sin artikel diskuterar kring WHO:s (2018) rekommendationer vid vård av födslar, menar att den *normala födseln* inte nödvändigtvis behöver definieras kring den förutfattade uppfattningen om vad som är normalt, utan utgå från kvinnans individuella uppfattning om vad som utgör en positiv upplevelse av födseln. Att White (2022) för detta resonemang visar på att begreppet *normal födsel* är komplext och behöver fortsatt diskuteras och reflekteras över.

## **Konklusion och implikationer**

Barnmorskor handlägger födslar idag i högre grad utifrån evidens enligt BS jämfört med vad tidigare studier har visat. Det framkom även att barnmorskor bedömer födslar som inte uppnår fem BS som normala. Instrumentet BS kan vara ett verktyg för att regelbundet kalibrera födslars kvalitet i Sverige, med syftet att bevara de förbättringar som har skett sedan mätningen 2008. Studiens resultat implicerar att begreppet *normal födsel* är komplext och fortsatt behöver reflekteras över och diskuteras, för att bevara barnmorskeyrket och för att fler kvinnor ska få en positiv upplevelse av födandet.

## Referenser

- Aune, I., Holsether, O. V., & Kristensen, A. M. T. (2018). Midwifery care based on a precautionary approach: Promoting normal births in maternity wards: The thoughts and experiences of midwives. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 16, 132–137. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.03.005>
- Aune, I., Marit Torvik, H., Selboe, S. T., Skogås, A. K., Persen, J., & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women's perspectives. *Midwifery*, 31(7), 721–727. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016>
- Berg, M. (2014). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka vårdande vid barnafödande* (s. 29–43). Studentlitteratur.
- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 466. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>
- Bramer, T., & Tordsson, E. (2010). *Assessment of care in labour in a delivery ward in Gulbarga, India*. [Magisteruppsats, Göteborgs Universitet]. GUPEA. [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/24531/gupea\\_2077\\_24531\\_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/24531/gupea_2077_24531_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Buckley, S., & Uvnäs Moberg, K. (2019). Nature and consequences of oxytocin and other neurohormones during the perinatal period. I S. Downe & S. Byrom (Red.), *Squaring the circle: Normal birth research, theory and practice in a technological age*. (1 uppl. s. 19-31). Pinter and Martin.
- Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. (1997). *Birth (Berkeley, Calif.)*, 24(2), 121–123.
- Carlsson, T., & Georgsson, S. (2021). Forskningsetik. I M. Oscarsson & S. Georgsson (Red.), *Etik för barnmorskor* (1 uppl, s. 293–308). Studentlitteratur.
- Carvalho, I. D., & Brito, R. S. (2016). Using the Bologna Score to assess normal delivery healthcare. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 50(5), 741–748. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600005>
- Chalmers, B., & Porter, R. (2001). Assessing effective care in normal labor: the Bologna score. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 28(2), 79–83. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00079.x>
- Dahlen, H. G., & Caplice, S. (2014). What do midwives fear? *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 27(4), 266–270. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.06.008>

Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PloS one*, *13*(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>

Ejlertsson, G. (2019). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. (4 uppl.). Studentlitteratur.

Ekelin, M., Svensson, J., Evehammar, S., & Kvist, L. J. (2015). Sense and sensibility: Swedish midwives' ambiguity to the use of synthetic oxytocin for labour augmentation. *Midwifery*, *31*(3), e36–e42. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.006>

Gaudernack, L. C., Frøslie, K. F., Michelsen, T. M., Voldner, N., & Lukasse, M. (2018). De-medicalization of birth by reducing the use of oxytocin for augmentation among first-time mothers - a prospective intervention study. *BMC pregnancy and childbirth*, *18*(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1706-4>

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian journal of caring sciences*, *25*(4), 806–817. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>

Hansson, M., Lundgren, I., Hensing, G., Dencker, A., Eriksson, M., & Carlsson, I. M. (2021). Professional courage to create a pathway within midwives' fields of work: a grounded theory study. *BMC health services research*, *21*(1), 312. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06311-9>

Häggsgård, 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>

Höglund T., A & Oscarsson, M. (2021). Barnmorskans etiska kod. I M. Oscarsson & S. Georgsson (Red.). *Etik för barnmorskor* (s. 23–31). Studentlitteratur.

Ingvarsson, S., Schildmeijer, K., & Oscarsson, M. (2020). Swedish midwives' experiences and views of amniotomy: An interview study. *Midwifery*, *91*, 102840. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102840>

International Confederation of Midwives. (2014). *Keeping birth normal*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf>

International Confederation of Midwives. (2017). *International definition of midwives*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition-of-the-midwife-2017.pdf>

Lorentzon, L & Pettersson-Lidbom, P, (2021). Midwives and Maternal Mortality: Evidence from a Midwifery Policy Experiment in 19th-century Sweden, *Journal of the European Economic Association* (19)4 s.2052–2084, <https://doi.org/10.1093/jeea/jvab014>

Lundgren, I. (2014). Förlossningsvårdens historia. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka vårdande vid barnafödande* (s.17–27). Studentlitteratur.

Mukamurigo, J., Dencker, A., Nyirazinyoye, L., Ntaganira, J., & Berg, M. (2019). Quality of intrapartum care for healthy women with spontaneous onset of labour in Rwanda: A health facility-based, cross-sectional study. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 19, 78–83. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.01.002>

Ólafsdóttir, Ó., Berg, M., & Lundgren, I., (2022). A Midwifery Model of women centered care (MiMo) developed in a Nordic context. I I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfredsdóttir, A.

Oliveira, F. A., Leal, G. C., Wolff, L. D., & Gonçalves, L. S. (2015). O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades [The use of Bologna Score to assess normal labor care in maternities]. *Revista gaucha de enfermagem*, 36 Spec No, 177–184.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (Upplaga 4). Stockholm.

Perez-Botella, M., van Lessen, L., Morano, S & de Jonge, A. (2019). What works to promote physiological labour and birth for healthy woman and babies? I S. Downe & S. Byrom (Red.), *Squaring the circle: Normal birth research, theory and practice in a technological age*. (1 uppl. s. 54–66). Pinter and Martin.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (Upplaga 11). Philadelphia.

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

Romano, A. M., & Lothian, J. A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 37(1), 94–105. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x>

Sandgren, A. (2015). *Undersöka handläggning av normal förlossningen med hjälp av Bologna Score*. [Examensarbete, Högskolan i Borås]. DiVA. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hb:diva-8929>

Sandin-Bojö, A. K., & Kvist, L. J. (2008a). Care in labor: a Swedish survey using the Bologna Score. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 35(4), 321–328. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00259.x>

Sandin-Bojö, A. K., Larsson, B. W., & Hall-Lord, M. L. (2008b). Women's perception of intrapartum care in relation to WHO recommendations. *Journal of clinical nursing*, 17(22), 2993–3003. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02123.x>

Sandin-Bojö, A. K., Hashimoto, M., Kanal, K., & Sugiura, Y. (2012). Intrapartum care at a tertiary hospital in Cambodia: a survey using the Bologna Score. *Midwifery*, 28(6), e880–e885. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.10.014>

Shorey, S., & Ng, E. D. (2023). Midwives' perceptions of and experiences with normal physiologic birth: A qualitative systematic review. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 50(4), 749–763. <https://doi.org/10.1111/birt.12763>

Skogsdal, Y., Conner, P., Elvander, L., Storck Lindholm, E., Kloow, M., Algovik, M., Petersson, K., Svanvik, T., & Granfors, M. (2023) *Graviditetsregistrets Årsrapport*. <https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/Graviditetsregistrets%20Årsrapport%202022.pdf>

Socialstyrelsen. (November 2022). *Utveckling av förlossningsvården - kartläggning och analys*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-11-8245.pdf>

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. (2012). *Patientklassifikation enligt Robson*. <https://www.sfog.se/start/ar-grupper/robson-arg/robson-klass/>

Svenska Akademiens ordböcker. (2022). *Normal*. <https://www.svenska.se>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2011). *300 år i livets tjänst*. Svenska barnmorskeförbundet.

Svenska Barnmorskeförbundet. (Januari 2019). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska 2.0*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Tallhage, S., Årestedt, K., Schildmeijer, K., & Oscarsson, M. (2022). Prevalence of amniotomy in Sweden: a nationwide register study. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 486. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04805-w>

Thies-Lagergren, L., Kvist, L. J., Sandin-Bojö, A. K., Christensson, K., & Hildingsson, I. (2013). Labour augmentation and fetal outcomes in relation to birth positions: a secondary analysis of an RCT evaluating birth seat births. *Midwifery*, 29(4), 344–350. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.12.014>

Thies-Lagergren, L., Uldbjerg, T., & Maimburg, R. D. (2020). Genital tract tears in women giving birth on a birth seat: A cohort study with prospectively collected data. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 33(1), 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.12.006>

Vladic Stjernholm, Y., Elvander, C. & Kangas-Flodin, Y. (Mars 2020). *Riskbedömning vid ankomst till förlossningsenhet*. <https://lof.se/filer/Riskbedomning-forlossningsenhet.pdf>

Wenemark, M. (2023). *Enkätmetodik: att planera och genomföra en undersökning*. (Första upplagan). Liber.

Wennerholm, U. B., Saltvedt, S., Wessberg, A., Alkmark, M., Bergh, C., Wendel, S. B., Fadl, H., Jonsson, M., Ladfors, L., Sengpiel, V., Wesström, J., Wennergren, G., Wikström, A. K., Elden, H., Stephansson, O., & Hagberg, H. (2019). Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 367, 16131. <https://doi.org/10.1136/bmj.16131>

White S. W. (2022). What is normal birth, and why does it matter? *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 62(4), 463–465.  
<https://doi.org/10.1111/ajo.13582>

World Health Organization (2014). *WHO Recommendations for Augmentation of Labour [Elektronisk resurs]*. World Health Organization.

World Health Organization. (2018). *Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.

World Medical Association, (2013) *WMA Declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*.  
>file:///C:/Users/annab/AppData/Local/Temp/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects-1.pdf< PDF (Hämtat 2022-11-25)

Zang, Y., Lu, H., Zhao, Y., Huang, J., Ren, L., & Li, X. (2020). Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical nursing*, 29(17–18), 3154–3169.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15376>

---

Båda författarna har bidragit i lika stor utsträckning till studiens genomförande och resultat och tar lika stort ansvar för innehållet. Information om, utlämning och inhämtning av enkäter har delats upp mellan författarna under våren 2023.

## Bilaga 1 (2)

### Enkät.

Normal födsel i en sydsvensk kontext enligt "the Bologna Score"

Frågor utanför instrumentet "the Bologna Score" är inte fetmarkerade.

#### **A. De förlossningar som inkluderas i studien har startat spontant. Förlossningar som induceras eller planerade/ akuta sectio exkluderas.**

1. Moderns födelseår

2. Paritet (markera ett alternativ)

- Förstföderska
- Omföderska
- Obstetrisk förstföderska

3. BMI vid inskrivning på MVC (markera ett alternativ)

- 19–24
- <19
- >24
- >30

4. Vid inskrivning på förlossningen är kvinnan i aktivt förlossningsarbete?

- JA, det vill säga regelbundna, smärtsamma sammandragningar i kombination med att modermunnen är öppen minst 5 cm
- NEJ

5. Vid ankomsten till förlossningen genomförs riskbedömning. Bedöms den vara grön, gul eller röd?

- Grön
- Gul
- Röd

#### **B. Kvinnan bistås av**

- Barnmorska
- Barnmorskestudent och barnmorska
- Läkare
- Annan

**C1. Har kvinnan sällskap av partner/anhörig eller annan betydelsefull person?**

- Ja
- Nej

**C2. Har partogram använts för att följa förlossningsprocessen?**

- Ja
- Nej

**C3a. Har förlossningen genomförts utan värkstimulering?**

- Ja
- Nej

**C3b. Har förlossningen genomförts utan akut kejsarsnitt?**

- Ja
- Nej

**C4. Födde kvinnan sittande, knästående, fyrfota, stående, sidoläge (d.v.s. ej i ryggläge eller gynläge)?**

- Ja
- Nej

**C5. Placerades barnet hud mot hud i minst 30 minuter inom 1 timme efter förlossningen?**

- Ja
- Nej

6. Utfördes amniotomi under förlossningen?

- Ja
- Nej

8. Utfördes episiotomi under förlossningen?

- Ja
- Nej

9. Ådrog sig kvinnan en grad 3 eller 4 bristning i samband med förlossningen?

- Ja
- Nej

10. Var Postpartum blödningen >1000 ml?

- Ja
- Nej

11. Vad var Apgar Score efter 5 min?

\_\_\_\_\_

12. Bedömer du förlossningen som normal?

- Ja
- Nej



## Bilaga 2 (2)

### Patientklassifikation enligt Robson

**1** Förstföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången (37+0)  
Spontan förlossningsstart

**2 B** Förstföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången (37+0)  
Induktion före spontan förlossningsstart (inkl vattenavgång utan värkar)

**C** Förstföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången (37+0)  
Kejsarsnitt före spontan förlossningsstart

**3** Omföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången (37+0). Ej tidigare kejsarsnitt. Spontan förlossningsstart

**4 B** Omföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången (37+0). Ej tidigare kejsarsnitt. Induktion före spontan förlossningsstart (inkl vattenavgång utan värkar)

**C** Omföderska, enkelbörd, huvudbjudning, fullgången (37+0). Ej tidigare kejsarsnitt. Kejsarsnitt före spontan förlossningsstart

**5 A** Tidigare kejsarsnitt, nu enkelbörd, huvudbjudning, fullgången (37+0)  
Spontan förlossningsstart

**B** Tidigare kejsarsnitt, nu enkelbörd, huvudbjudning, fullgången (37+0)  
Induktion före spontan förlossningsstart (inkl vattenavgång utan värkar)

**C** Tidigare kejsarsnitt, nu enkelbörd, huvudbjudning, fullgången (37+0)  
Kejsarsnitt före spontan förlossningsstart

**6** Sätesbjudning, förstföderska, enkelbörd

**7** Sätesbjudning, omföderska, enkelbörd, inkl tidigare kejsarsnitt

**8 A** Flerbörd, inkl tidigare kejsarsnitt  
Spontan förlossningsstart

**B** Flerbörd, inkl tidigare kejsarsnitt  
Induktion före spontan förlossningsstart (inkl vattenavgång utan värkar)

**C** Flerbörd, inkl tidigare kejsarsnitt  
Kejsarsnitt före spontan förlossningsstart

**9** Tvär- eller snedläge, inkl tidigare kejsarsnitt

**10 A** Prematur (37+0), enkelbörd, huvudbjudning, inkl tidigare kejsarsnitt  
Spontan förlossningsstart

**B** Prematur (37+0), enkelbörd, huvudbjudning, inkl tidigare kejsarsnitt  
Induktion före spontan förlossningsstart (inkl vattenavgång utan värkar)

**C** Prematur (37+0), enkelbörd, huvudbjudning, inkl tidigare kejsarsnitt  
Kejsarsnitt före spontan förlossningsstart.