



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Avdelningen för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

Barnmorskans upplevelse av att främja den fysiologiska födseln på sjukhus

En kvalitativ intervjustudie

The midwife's experience of promoting physiological birth in the hospital

A qualitative interview study

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), HT 2023

Författare:

Asli Gulaid

Leg. Sjuksköterska och
barnmorskestudent.

Cassandra Fundberg

Leg. Sjuksköterska och
barnmorskestudent

Handledare:

Anna Gustafsson

Leg. Barnmorska Phd
Biträdande lektor

Granskare och Examinator:

Wibke Jonas Leg. Barnmorska Phd
Lektor

Definition och begrepp

Kvinna

I föreliggande studie definieras ordet kvinna som den som föder barnet.

Författarna är dock medvetna om att alla som föder barn inte identifierar sig som en kvinna.

Sammanfattning

Bakgrund: Världshälsoorganisationen (WHO) understryker vikten av att se födandet som en fysiologisk process som kan klaras av utan komplikationer för de allra flesta kvinnor och barn. WHO rekommenderar att förlossningsvården utformas så att ett friskt barn och en frisk mor uppnås med minsta möjliga interventioner under födselns förlopp.

Syfte: Att undersöka barnmorskors upplevelse av att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus.

Metod: Intervjustudie med kvalitativ ansats. Inklusionskriterier var legitimerad barnmorska. Intervjuerna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I studien framkom tre kategorier och sju tillhörande subkategorier. Resultaten i denna studie visar att barnmorskorna ansåg att det uteslutande viktigaste för att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus är att skapa en känsla av trygghet hos den födande. Det framkommer även i studien att trots att det finns en del möjligheter att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus, så var hindren övervägande.

Slutsats: Det viktigaste för att främja den fysiologiska processen var att barnmorskan ska skapa en känsla av trygghet hos den födande. Trygghet ansågs ha bäst förutsättningar att skapas genom kontinuerligt stöd.

Nyckelord: Barnmorska, upplevelse, fysiologisk födsel, sjukhus

Abstract

Background: WHO emphasizes the importance of viewing childbirth as a physiological process that can be managed without complications for the majority of women and children. WHO recommends that maternity care be designed so that a healthy baby and a healthy mother are achieved with the least possible interventions during the birth.

Aim: To investigate midwives' experience of promoting the physiological process of birth in hospital.

Method: Interview study with a qualitative approach. Inclusion criteria were registered midwives. The interviews were analyzed with a qualitative content analysis.

Results: In the study, three categories and seven associated subcategories emerged. The results of this study show that the midwives believed that the single most important thing to promote the physiological process of birth in hospitals is to create a sense of security for the women giving birth. It will also be found in the study that although there are some

opportunities to promote the physiological process during birth in a hospital, it was most obstacles.

Conclusion: The most important thing to promote the physiological process was that midwives create a sense of security. Security is considered to have the best conditions to be created through continuous support.

Keywords: Midwife, experience, physiological birth, hospital

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Bakgrund	1
<i>Fysiologisk födsel</i>	<i>1</i>
<i>Progress vid fysiologisk födsel</i>	<i>1</i>
<i>Ökad medikalisering av förlossningsvården.....</i>	<i>2</i>
<i>Kardiotokografi (CTG)</i>	<i>2</i>
<i>Induktion</i>	<i>2</i>
<i>Amniotomi</i>	<i>2</i>
<i>Oxytocininfusion</i>	<i>3</i>
<i>Epiduralanestesi.....</i>	<i>3</i>
<i>Barnmorskans roll för att främja den fysiologiska processen</i>	<i>3</i>
<i>En fysiologisk födelses betydelse för den födande.....</i>	<i>4</i>
Problemformulering	5
Syfte.....	5
Metod	5
<i>Design.....</i>	<i>5</i>
<i>Urval och datainsamlingsmetod</i>	<i>5</i>
<i>Dataanalys.....</i>	<i>6</i>
<i>Etiskt övervägande</i>	<i>7</i>
Resultat	8
<i>Trygghet genom kontinuitet</i>	<i>9</i>
<i>Att skapa trygghet</i>	<i>9</i>
<i>Kontinuerligt stöd genom en barnmorska per födande</i>	<i>10</i>
<i>Möjligheter för att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus</i>	<i>11</i>
<i>Arbetskulturen på kliniken</i>	<i>11</i>
<i>Barnmorskans kunskap och samspelet med den födande</i>	<i>12</i>
<i>Strategier och andra vårdalternativ för att främja den fysiologiska födseln.....</i>	<i>13</i>
<i>Hinder för att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus.....</i>	<i>14</i>
<i>Barnmorskans arbetssituation.....</i>	<i>14</i>
<i>Medikalisering av förlossningsvården.....</i>	<i>15</i>
Diskussion	18
<i>Metoddiskussion</i>	<i>18</i>
<i>Design</i>	<i>18</i>
<i>Urval och datainsamling</i>	<i>18</i>
<i>Dataanalys</i>	<i>20</i>
<i>Etik</i>	<i>22</i>
<i>Resultatdiskussion</i>	<i>22</i>
<i>Trygghet genom kontinuerligt stöd</i>	<i>23</i>
<i>Kan kontinuerligt stöd bota medikaliseringen av förlossningsvården?</i>	<i>23</i>
<i>Barnmorskans arbetssituation och en önskan om en annan vårdform</i>	<i>25</i>
Slutsats.....	27

Författarnas egna kritiska reflektioner av förlossningsvården	27
Kliniska implikationer	27
Förslag på vidare forskning	28
Referenser.....	29
Bilaga I.....	35
Bilaga II.....	36

Introduktion

Barnmorskan ansvarar för och ska självständigt kunna handlägga den normala födseln (Barnmorskeförbundet, 2018). Barnmorskan erkänns som en ansvarsfull professionell som arbetar med kvinnor för att erbjuda stöd, vård och rådgivning under graviditet, förlossning och eftervård. Att handlägga födslar är barnmorskans eget ansvar. Detta innefattar främjande av normala födslar, upptäckt av komplikationer hos mor och barn, tillgång till medicinsk vård samt utförande av akuta åtgärder (International confederation of midwives [ICM], 2017).

World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR, 2018) understryker vikten av att se födandet som en fysiologisk process som kan klaras av utan komplikationer för de allra flesta mödrar och barn. Vidare rekommenderar WHO/RHR (2018) att förlossningsvården utformas så att ett friskt barn och en frisk mor uppnås med minst möjliga interventioner under födselns förlopp.

Bakgrund

Fysiologisk födsel

I dagsläget saknas en internationell konsensus om vad som är en fysiologisk födsel. ICM (2014) beskriver en fysiologisk födsel som följande: "En unik dynamisk process i vilken det ofödda barnet och maternella fysiologiska och psykologiska faktorer interagerar". Ett förlopp med spontan start, progress och spontan förlossning med ett barn som föds i huvudbjudning, i fullgången tid, utan instrumentella, kirurgiska, medicinska eller farmakologiska ingrepp samt vid behov med möjlighet att överföra kvinnan till annan vårdnivå" (ICM, 2014). Begreppet fysiologisk födsel är inte vedertaget. Ofta beskrivs en fysiologisk födsel med begreppet normal födsel. I denna studie används begreppet fysiologisk födsel.

Progress vid fysiologisk födsel

WHO/RHR (2018) menar att en födsels progress och hur snabbt cervix öppnar sig varierar från föderska till föderska. Även den tid som en födande är retraherad till att barnets föds varierar stort från föderska till föderska (WHO/RHR, 2018). För att underlätta förlossningens progress används på de flesta förlossningskliniker i Sverige partogram som ger en grafisk bild av förlossningens förlopp och ger barnmorskan tidsramar att förhålla sig till (Lavender & Beritz, 2020). Med hjälp av partogrammet följer barnmorskan modernmunnens öppningsgrad,

livmoderhalsens utplåningsgrad samt fostrets nedträngning i bäckenet. I partogrammet dokumenteras även vattenavgång, värkar, vaginala undersökningar, barnets hjärtljud, moderns blodtryck samt eventuella smärtlindringsmetoder och interventioner. Syftet med partogrammet är framför allt att identifiera eventuell värksvaghet (Lavender & Beritz, 2020).

Ökad medikalisering av förlossningsvården

WHO/RHR (2018) menar att det under de två senaste decennierna internationellt skett en stor ökning av arbetssätt för att starta, snabba på och avsluta födslar. Likväl har det i större utsträckning utformats arbetsmodeller för att reglera samt övervaka den fysiologiska processen. WHO/RHR (2018) menar att denna ökade medikalisering av förlossningsvården påverkar kvinnors förlossningsupplevelser till det negativa samt underskattar kvinnors fysiologiska förmåga att föda barn. Nedan följer enligt Gravditetsregistret (2022) vanligt förekommande interventioner.

Kardiotokografi (CTG)

Hos friska gravida kvinnor rekommenderas inte kontinuerligt CTG för att säkerställa barnets välmående. Istället rekommenderas intermittent avlyssning med doppler eller pinard stetoskop (WHO/RHR, 2018). Devane et al. (2017) fann i en studie att kontinuerligt CTG hos friska, lågriskföderskor inte hade någon fördel, däremot ökade risken för sectio med 20 procent.

Induktion

Riktlinjerna angående induktion skiljer sig åt mellan Sveriges regioner. I Region Stockholm kom i november 2022 nya riktlinjer angående induktion av förlossning från graviditetsvecka 41+0. Om den gravida kvinnan tillhör den prioriterade gruppen rekommenderas induktion i graviditetsvecka 41+0-41+2. Till den prioriterade gruppen hör förstagångsföderskor, kvinnor med ett BMI över 30, kvinnor som är äldre än 40 år och/eller kvinnor som är födda i Afrika söder om Sahara (Region Stockholm, 2022). Graviditetsregistret (2023) visar att 28 procent av alla födslar i Sverige är inducerade. Även i Region Stockholm är 28 procent av alla födslar inducerade.

Amniotomi

Enligt en studie gjord av Tallhage et al. (2022) används interventionen amniotomi på 40 procent av alla födslar i Sverige. Trots att interventionen saknar evidens är det således en

välansvänd intervention i den svenska förlossningsvården för att påskynda förloppet (Tallhage et al., 2022). Samtidigt rekommenderar WHO/RHR (2018) att inte använda amniotomi för att påskynda förloppet under födsel.

Oxytocininfusion

Den vanligaste interventionen vid värksvaghet i Sverige idag är oxytocinstimulering (Blomberg & Wiklund, 2021). Statistik visar att 56 procent av alla förstföderskor och 16 procent av alla omföderskor erhåller oxytocininfusion under förlossningen (Graviditetsregistret, 2023). Livmödrars sensitivitet för oxytocin är individuell. För somliga räcker startdosen för att uppnå den eftersträvade värkfrekvensen på 4-5 värkar på 10 minuter, för andra behövs en tiobubblad dos (Blomberg & Wiklund, 2021). WHO/RHR (2018) rekommenderar inte tidig oxytocininfusion för att påskynda förloppet, inte heller vid epiduralanestesi (EDA) rekommenderas detta.

Epiduralanestesi

Det är dubbel så vanligt med EDA under födsel hos förstföderskor som hos omföderskor. År 2022 använde 68 procent av alla förstföderskor och 32 procent av alla omföderskor i Sverige EDA som smärtlindring (Graviditetsregistret, 2023). EDA kan förlänga förlossningen och föderskor som erhåller EDA har större sannolikhet att få oxytocininfusion. Andra biverkningar som kan förekomma vid användning av EDA är hypotoni, motorisk blockad, feber och urinretention (Anim-Somuah et al., 2018)

Barnmorskans roll för att främja den fysiologiska processen

I barnmorskans kompetensbeskrivning beskrivs att barnmorskan har kompetens för att självständigt handlägga den fysiologiska födseln och kunna identifiera när något avviker från det normala och vid behov konsultera andra professioner. Barnmorskan ansvarar för att hålla sig uppdaterad om den senaste evidensen (Barnmorskeförbundet, 2018).

Genom att uppmuntra den födandes normala fysiologiska funktioner underlättas födselns fysiologiska process. Ett gott stöd från barnmorskan kan bidra till en känsla av trygghet och kontroll hos den födande. Barnmorskans kontinuerliga stöd och bemötande är essentiellt för att främja den fysiologiska processen (Bohren et al., 2017). Socialstyrelsen (2022) menar att ett kontinuerligt stöd från barnmorskan är en essentiell del av den svenska förlossningsvården.

Vidare menar Socialstyrelsen (2022) att det senaste året har inneburit en ökad belastning på förlossningspersonal, men betonar att detta inte får leda till att det kontinuerliga stödet för den födande minskar då det är viktigt för en positiv förlossningsupplevelse. Kontinuerligt stöd från en barnmorska leder till färre interventioner och ett snabbare förlopp (Socialstyrelsen, 2022). Olza et al. (2020) betonar vikten av barnmorskans stöd i att främja en trygg och lugn miljö för den födande. Detta främjar bildandet av det kroppsegna oxytocinet som är grundläggande för den fysiologiska processen (Olza et al., 2020). WHO/RHR (2018) rekommenderar barnmorskan att använda sig av avslappningsmetoder som inkluderar lugn musik, massage, andningsövningar och värme samt även att uppmuntra den födande till att vara rörlig och att vara i upprätta positioner under födseln. Olza et al. (2018) betonar vikten av att personal inom förlossningsvården har kunskap om den stärkande effekt en fysiologisk födsel har hos den födande. För att uppnå denna stärkande effekt krävs enligt Olza et al. (2018) ett gott psykologiskt, känslomässigt och socialt stöd till den födande tillsammans med en stark tilltro till den födandes egen förmåga att föda fysiologiskt.

En fysiologisk födelses betydelse för den födande

Olza et al. (2018) menar att en fysiologisk födsel med ett gott stöd från en barnmorska, utan onödiga interventioner, gör att de födande känner sig stärkta efter en fysiologisk födsel. De födande i Olza et al. (2018) studie uppgav att de kände stolthet och glädje över att ha upplevt en fysiologisk födsel. Att föda fysiologiskt visade sig vara en transformerande psykologisk upplevelse som genererar en känsla av egenmakt (Olza et al., 2018). Downe et al. (2018) beskriver i sin studie att många kvinnor har en förhoppning om att föda så normalt eller naturligt som möjligt utan farmakologiska interventioner. Vidare beskriver Downe et al. (2018) att för de flesta kvinnor världen över så finns ett värde i att använda sig av sin egen fysiska och psykosocial kapacitet för att föda ett friskt barn även när processen är smärtsam och oförutsägbar. Förlossningsupplevelsen kan påverkas negativt av medicinska interventioner enligt Çalik et al. (2018). Aune et al. (2015) beskriver i sin studie hur kvinnors upplevelse av en trygg miljö är avgörande för att främja fysiologisk födsel samt en positiv förlossningsupplevelse. Kvinnorna i studien betonade att den trygga miljön och ett stabilt nätverk bidrog till en känsla av tillit samt känslomässig styrka som ansågs vara väsentlig för den fysiologiska processen.

Problemformulering

Bland WHO och forskare råder det konsensus om att det inom förlossningsvården används för mycket interventioner och att det fysiologiska födandet bör främjas mer. Genom att få en ökad och djupare förståelse av hur kliniskt arbetande barnmorskor upplever fysiologiska födslar kan den här studien bidra till kunskap om faktorer som främjar den fysiologiska processen samt identifiera hinder som motverkar den vid födsel på sjukhus. Med tanke på ökningen av induktioner samt ökad användning av oxytocininfusion och induktioner de senaste åren, anser vi att det finns ett värde i att undersöka barnmorskors upplevelse av att främja det fysiologiska födandet på sjukhus.

Syfte

Att undersöka barnmorskors upplevelse av att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus.

Metod

Design

En intervjustudie med kvalitativ ansats valdes till denna studie då syftet var att beskriva studiedeltagarnas upplevelser. Polit och Beck (2017) beskriver att kvalitativa studier undersöker fenomen på ett djupgående och holistiskt sätt genom insamling av berättelser. Enligt Danielsson (2017) är intervjuer en passande metod för att förstå deltagarnas egna erfarenheter avseende det syfte som studien har. En kvalitativ forskningsintervju med öppna frågor kan ge svar på deltagarnas upplevelser, erfarenheter, uppfattningar, åsikter, känslor och kunskap kring det berörda ämnet (Danielsson, 2017).

Urval och datainsamlingsmetod

För att ingå i studien var kraven för inkludering legitimerad barnmorska som är kliniskt verksam på en förlossningsklinik i Region Stockholm. För att rekrytera barnmorskor till studien skickade författarna ut mail med förfrågan om studiedeltagande till verksamhetscheferna på förlossningsklinikerna i Region Stockholm som tillfrågades att skicka vidare förfrågan till de kliniskt verksamma barnmorskorna på kliniken. Förfrågan om deltagande skickades ut till de sju förlossningsklinikerna i Region Stockholm och innehöll studiens informationsbrev i ett bifogat dokument (bilaga I). Exkluderingskriterier i denna

studie var barnmorskor som inte arbetar på förlossningsklinik eller i Region Stockholm. Sammanlagt svarade åtta barnmorskor via mail om att de ville delta i studien, dock slutade två av dessa att svara efter ett tag. Efter ytterligare försök av författarna att återuppta kontakten, dock utan framgång, exkluderades de ur studien. För att uppnå ett tillräckligt antal deltagare tillfrågade författarna en barnmorska personligen om att ingå i studien. Denna barnmorska hade en bekantskap med en av författarna sedan tidigare och var vid tillfället anställd på en av de kliniker där författarna ännu inte erhållit något svar angående intervjun. Således ingår i denna studie sju stycken barnmorskor med yrkeserfarenhet från sex månader till 15,5 år. Barnmorskorna arbetade på fem av de sju förlossningskliniker som finns i Region Stockholm.

Intervjuerna utfördes enskilt med barnmorskorna och tog 25-30 minuter. Samtliga intervjuer genomfördes gemensamt av författarna digitalt via Zoom eller Teams och alla intervjuer spelades in. Författarna använde sig av en semistrukturerad intervjuguide med 12 frågor (bilaga II) för att uppmuntra barnmorskorna att tala fritt och med egna ord berätta om sina upplevelser om ämnet. Genom en semistrukturerad intervjumetod formuleras frågorna i en viss struktur. Dock behöver inte frågorna tas i samma ordning utan kan anpassas efter vad som kommer upp i intervjun, vilket ger deltagarna möjlighet att prata fritt kring ämnet enligt Danielsson (2017).

Tabell 1. Demografisk data över deltagare

Deltagare	Antal år som Leg. Barnmorska
Barnmorska 1	15,5 år
Barnmorska 2	7,5 år
Barnmorska 3	4 år
Barnmorska 4	3,5 år
Barnmorska 5	1,5 år
Barnmorska 6	6 månader
Barnmorska 7	4 år

Dataanalys

Intervjuerna analyserades enligt Graneheim och Lundman (2004) kvalitativa innehållsanalys. De inspelade intervjuerna transkriberades. Deltagarna avidentifierades och benämndes vidare

i studien som barnmorska 1, barnmorska 2 och så vidare. Författarna läste sedan intervjuerna upprepade gånger för att bekanta sig med materialet och därefter kunde författarna gemensamt identifiera meningar eller fraser innehållande information relevant för frågeställningen, även kallade meningsbärande enheter. Dessa kunde sedan kondenseras, innebärande att texten kortades ner samtidigt som informationen bibehålls. De kondenserade meningsenheterna kodades gemensamt av författarna som sedan identifierade subkategorier samt kategorier som representerade det manifesta innehållet från intervjuerna i enlighet med Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys.

Tabell 2. Exempel på analys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004)

Meningsbärande enheter	Kondenserad meningsenhet	Kod
Jag tycker absolut att min skola som jag gick gav mig grundläggande både kunskap och trygghet att som barnmorska kunna bistå liksom, bevara det fysiologiska i en födsel.	Skolan gav grundläggande kunskap och trygghet i att bevara fysiologisk födsel.	Kunskap
Men jag tror att man ändå stämmer av det är schysst att ha ett samarbete i teamet	Stämna av och schysst samarbete i teamet	Samarbete i teamet
Det är den här klockan, alltså tiden som är vår främsta fiende tycker jag i det här	Tiden är vår främsta fiende i det här	Tidsbrist

Etiskt övervägande

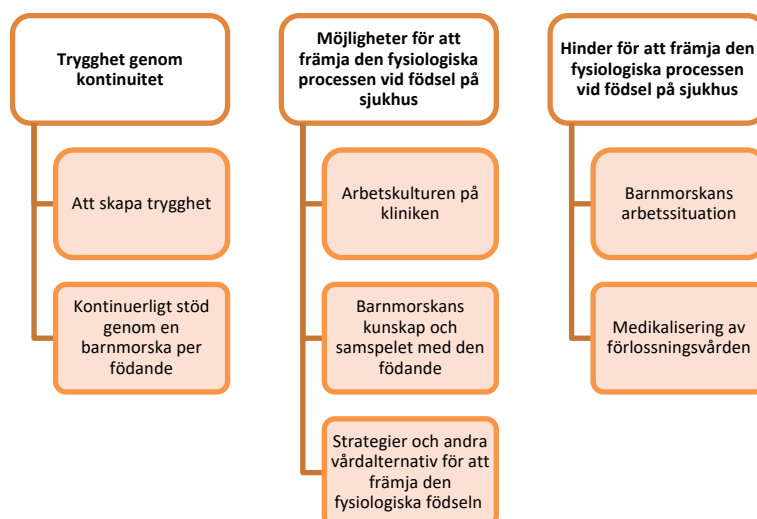
Magisteruppsatser kräver inget etiskt godkännande enligt Etikprövningsmyndigheten (2023). Författarna tillämpade forskningsetiska principer och lät sig inspireras av Belmontrapporten (Office for Human Research Protection [OHRP], 2018).

Enligt Belmontrapporten ska forskningen genomföras i enlighet med tre övergripande essentiella etiska principer: respekt för personer, göra-gott-principen och rättvis principen. Respekt för personer innebär att individens autonomi respekteras, och de med begränsad autonomi skyddas. Göra-gott-principen fokuserade på att skydda deltagarna från skada och maximera fördelarna. Riskerna med forskningen vägdes noga mot de potentiella fördelarna. Rättvis principen betonade likvärdig behandling och skydd av sårbara grupper (OHRP, 2018).

En etisk risk med studien var att deltagarna inte vågade tacka nej till att delta då kontakten förmedlades genom deras klinikchef. Det kan även vara känsligt att dela med sig av sin arbetssituation. Deltagarna erhöll information om studien, fick möjlighet att förstå informationen och kunde i lugn och ro fatta ett frivilligt beslut om de ville delta eller inte. OHRP (2018) principer låg till grund för skriftlig och muntlig information till deltagarna. Deltagarna fick information om att deras uppgifter kommer att behandlas under sekretess samt om möjligheten till att avbryta sin medverkan när som helst. Deltagarna i studien gav sitt informerade samtycke, baserat på den etiska principen om att skydda deras autonomi (Kjellström, 2017). Studiens resultat presenterades anonymt, och allt inspelat och transkriberat material förvarades säkert. Intervju- och transkriberingsmaterialet sparades på Karolinska institutets OneDrive Cloud, endast tillgängligt för författarna. Efter avslutad studie raderades allt material.

Resultat

I studien framkommer tre kategorier med sju tillhörande subkategorier. Den första kategorin är *”Trygghet genom kontinuitet”* med subkategorierna *“Att skapa trygghet”* och *“Kontinuerligt stöd genom en barnmorska per födande”*. Den andra kategorin är *“Möjligheter för att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus”* med subkategorierna *“Arbetskulturen på kliniken”*, *“Kunskap hos barnmorskan och samspelet med den födande”* samt *“Strategier och andra vårdalternativ för att främja den fysiologiska födseln”*. Den tredje kategorin är *“Hinder för att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus”* med subkategorierna *“Barnmorskans arbetssituation”* samt *“Medikalisering av sjukvården”*. Kategorier och subkategorier redovisas i figur 1 nedan.



Figur 1. Översikt av kategorier och subkategorier

Trygghet genom kontinuitet

Att skapa trygghet var en viktig faktor för att främja fysiologisk födsel ansåg barnmorskorna i studien. Genom arbete med kontinuerligt stöd med en barnmorska per födande ansåg barnmorskorna ha den största möjligheten att skapa trygghet.

Att skapa trygghet

Barnmorskorna i studien var överens om att sjukhusmiljön har mindre betydelse när det gäller den fysiologiska processen. De ansåg att det centrala är att den födande känner sig trygg. De menade att var en födande känner sig trygg är individberoende, att somliga föderskor blir trygga av att vara på sjukhus medan andra finner det stressfullt. Enligt barnmorskorna var det viktigaste för att främja den fysiologiska processen att skapa en så lugn och trygg miljö som möjligt.

Barnmorskorna betonade starkt vikten av att etablera trygghet som essentiellt för att främja den fysiologiska processen. De underströk att denna trygghet gällde i miljön, i relationen mellan barnmorskan och den födande, samt i föderskans känslor och hormonella system. Kommunikation framhölls som en central faktor för att skapa och upprätthålla denna trygghet. Genom att vara transparenta och informera kvinnan om allt som sker uppgav barnmorskorna att de skapar förtroende och bidrar till minskad oro. Barnmorskorna ansåg att detta skapade en känsla av kontroll och trygghet hos kvinnan, som i sin tur främjade den fysiologiska processen. Vidare betonade barnmorskorna vikten av att ha ett gott bemötande samt visa att man ser den födande och hennes behov.

Trygghet påverkar otroligt mycket när det kommer till det fysiologiska födandet. Min uppgift är att hon ska känna sig trygg... Det handlar om hormonerna hos kvinnan, och de styrs av om hon är trygg eller inte. Det är inte svårare än så - Barnmorska 2

Kontinuerligt stöd genom en barnmorska per födande

Barnmorskorna betonade att barnmorskans stöd är avgörande. Ett kontinuerligt stöd från barnmorskan ansågs vara essentiellt för att skapa den trygghet som behövs för att främja den fysiologiska processen. Ett kontinuerligt stöd ansågs ge barnmorskan möjligheten att vara tillsammans med den födande för att ge stöd i födselns alla skeden och i varje värk.

Barnmorskorna upplevde att det fysiologiska förloppet framskrider bättre och fortare vid kontinuerligt stöd. Att kunna ge kontinuerligt stöd ansåg samtliga barnmorskor var den uteslutande viktigaste komponenten för att främja en fysiologisk födsel.

Mitt stöd till den födande har jättestor betydelse för den fysiologiska processen. Det får henne att känna sig trygg. En trygg kvinna föder lättare och mer fysiologiskt - Barnmorska 5

Jag kan göra saker för jag är där hela tiden. Massera, trycka på punkter, prata, andas genom värkar tillsammans. Oftast tillsammans med partner, och på så sätt skapa trygghet -

Barnmorska 1

Det rådde konsensus om att det är just när barnmorskan kan arbeta med en barnmorska per födande, och därigenom kunna ge kontinuerligt stöd, som det finns störst möjlighet att främja den fysiologiska processen.

Både hon och jag blir lugnare av att veta att ingen kommer knacka på dörren för att be mig komma ut. Det är det här jag ska göra på mitt arbetspass - Barnmorska 1

Barnmorskorna uttryckte en stark önskan om att alltid få arbeta med en barnmorska per födande för att ha möjlighet att arbeta mer fysiologiskt främjande och på så sätt få använda all den kunskap de har som barnmorskor.

En kvinna i aktiv förlossning. Ingen jävla BB, antenatal eller induktion. Bara min födande. Om jag fick ha det så...herregud vad bra det skulle bli för alla. Då skulle vi i vårt yrke känna oss så mycket nöjdare med att vi faktiskt får göra det vi är utbildade till att göra -

Barnmorska 7

Möjligheter för att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus

Barnmorskorna redogjorde för de möjligheter som de anser finns för att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus. Arbetskulturen, kunskap hos barnmorskan och ett gott samspel med den födande ansågs vara centrala aspekter.

Arbetskulturen på kliniken

En genomgående trend var att hos de barnmorskor som kände att de hade möjlighet att arbeta för att främja fysiologiskt födande på sjukhus också upplevde en enighet inom arbetsgruppen. Det rådde enighet mellan barnmorskor, undersköterskor och ledning, och i vissa fall även med läkarna. Dessa barnmorskor beskrev att det på deras klinik fanns ett pågående samtal om att bevara den fysiologiska processen. Genom diskussion och samtal med barnmorskekollegor hjälper barnmorskorna varandra att främja den fysiologiska processen. Några barnmorskor ansåg att det oftast inom teamet gick att diskutera sig till om man ville ha mer tid eller vänta med interventioner.

Jag upplever generellt ett ganska gott stöd i att främja den fysiologiska. Vi är en stark arbetsgrupp som vill hjälpa varandra, det är en bra förutsättning. Det är lätt att prata med kollegor och få hjälp med avlastning, stöttning och tips - Barnmorska 4

En barnmorska menade att det oftast finns ett gott samarbete med läkarna där utrymme finns till att tänka olika och diskutera. Detta bidrog till att hon kände sig hörd och att hon kände stor respekt för läkarnas åsikt. En barnmorska berättade att samarbetet fungerar bra med de läkare som tillsammans med barnmorskor är med i de förbättringsteam som fokuserar på att främja den fysiologiska processen.

Idag hade jag en födande som var retraherad i fyra och en halv timme. Läkaren kunde backa och säga "okej, vi har inte bråttom någonstans. Jag hör vad du säger. Jag ser hur föderskan ser ut, vi har ändå en progress. Jag litar på att det här går bra. Gör din grej" - Barnmorska 7

Barnmorskorna beskrev hur kulturen och klimatet på avdelningen kan vara avgörande för hur utfallet blir inne på rummet hos den födande. Med öppen dialog, engagemang och stöd från ledning och kollegor skapas goda förutsättningar för att främja fysiologiska födslar enligt barnmorskorna.

Det är någonting som måste finnas i kulturen och klimatet på en arbetsplats för att bibehållas för om motsatsen vattnas, alltså att det här patologiska och medicinska tänket till exempel som mer fokus, så växer det också och man ser ju det tydligt i statistik på några... alltså det vi fokuserar på det förbättras ju - Barnmorska 2

Barnmorskans kunskap och samspelet med den födande

De flesta barnmorskorna upplevde att de under utbildningen fått god grundläggande kunskap om fysiologiska födslar. En av barnmorskorna upplevde inte att barnmorskeutbildningen givit goda kunskaper om ämnet utan upplevde istället att hon lär sig i det dagliga arbetet med att bistå födslar. Flera av barnmorskorna beskrev hur de utvecklas och lär sig ju mer de arbetar. De beskrev också hur de uppdateras genom egenintresse och att följa konton som handlar om fysiologiskt födande på sociala medier.

Fortsatt kunskap får jag väl. Men både först och främst genom erfarenhet, ju fler födslar jag får vara med och bistå, och sen att man läser på själv på eget håll eller vidareutbildar sig -

Barnmorska 4

Några barnmorskor beskrev hur de får kunskap av kollegor med längre erfarenhet. De ansåg att det är viktigt med diskussioner kring ämnet för att hålla sig uppdaterad. En del barnmorskor upplevde att det på deras arbetsplats pågår diskussioner och reflektioner om fysiologiska födslar, medan några inte upplevde det utan önskade få mer föreläsningar om ämnet.

Det är vårt område som vi, hur ska man säga, äger eller ska vara stolta över... att vi får ha ansvar fullt för det normala och då ser jag det som min uppgift att hålla mig uppdaterad -

Barnmorska 2

En barnmorska beskrev sin upplevelse av att det pågår en debatt i samhället kring fysiologiska födslar samt skillnaden på barnmorskor som jobbat längre och nyare barnmorskor.

Men jag tycker ändå att det pågår en debatt i samhället, mycket kring att man ska försöka främja det och jag märker ju en ganska stor skillnad från de som har jobbat länge från oss

som är lite nyare, kanske i tankesättet. Att man liksom vill ge det en chans mer och så där -

Barnmorska 6

Barnmorskorna beskrev också samspelet med den födande och deras tilltro till kroppens förmåga att föda barn. De betonade hur viktigt samspelet med den födande är samt hur de stärker den födandes delaktighet genom att respektera hennes autonomi, genom tydlig kommunikation och information. Den födandes tilltro till sig själv ansågs gynna den fysiologiska processen. Barnmorskorna beskrev också att processen för att främja fysiologisk födsel underlättas vid förberedelser hos den födande. Upplevelsen var att när den födande läst på eller exempelvis förberett sig genom profylaxkurs så skapar det tillit till kroppens förmåga att föda barn vilket gör dem mer redo, en förberedelse barnmorskorna önskade att fler födande gjorde.

Alltså förberedelse för de som ska föda att de... alltså de känner sig trygga och lugna och litar på sig själva, litar på sin kropp att de vågar föda och kanske på något sätt, ja... men att de känner sig förberedda och liksom redo och trygga - Barnmorska 6

Strategier och andra vårdalternativ för att främja den fysiologiska födseln

Barnmorskorna belyste icke medicinsk smärtlindring som en möjlighet för att främja det fysiologiska födandet. Genom exempelvis avlastande tryck, massage, akupunktur, transkutan elektrisk nervstimulering (TENS), närvaro och bad som smärtlindring kan den fysiologiska processen främjas.

Så att när man väl har chansen... när man får in någon som kommer med värkar eller vattenavgång. Då brukar jag fokusera mycket på icke medicinsk smärtlindring... att man alltid försöker börja med det - Barnmorska 5

En annan viktig aspekt för att skapa en känsla av trygghet ansåg barnmorskorna var att främja det kroppsegna oxytocinet. Detta beskrev barnmorskorna att de gör genom att vara närvarande med kvinnan och ge fysisk beröring. Men också genom att tänka på att sänka rösten, dämpa ljuset i rummet, tända elektriska värmeljus och skapa en mysig atmosfär. Att ha möjlighet till bad betonades också som en bra metod. En annan viktig aspekt som belystes var att minimera antalet personal på rummet.

Samtliga barnmorskor uttryckte ett behov av alternativa modeller för den svenska förlossningsvården. De uttryckte en önskan om barnmorskeledda enheter. Sådana enheter skulle enligt barnmorskorna innebära att läkare konsulteras endast vid komplikationer och komplexa situationer, vilket skulle leda till färre interventioner och ett mer fysiologiskt fokus. Barnmorskorna redogjorde för att denna typ av enheter inte bara skulle skapa en bättre arbetsmiljö, utan även bidra till fler valmöjligheter för föderskan. Vidare uttryckte barnmorskorna ett behov av förändring inom den rådande förlossningsvården inklusive bättre bemanning och en ökad användning av riktlinjer som är baserade på barnmorskornas egna erfarenheter och kompetens. En barnmorska såg det som en god möjlighet till att arbeta mer fysiologiskt främjande då det skulle minska på antalet listade på kliniken. Det skulle ge dem bättre förutsättningar genom att matcha personalstyrkan med antalet födande.

Hinder för att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus

Barnmorskorna i studien redogjorde för hinder som påverkar möjligheten att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus. Nuvarande arbetssituation och en medikaliserad förlossningsvård pekades ut som de största hindren.

Barnmorskans arbetssituation

Ett hinder för att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus uppgav barnmorskorna är de promemoria (PM), riktlinjer och tidsförhållanden som finns på förlossningsklinikerna att förhålla sig till. Några barnmorskor beskrev hur de känner sig styrda av dessa. Samtliga barnmorskor beskrev den tidspress om födselns progress de har att förhålla sig till som ett hinder för att främja den fysiologiska processen.

Så när man kommer ut på klinik så är det lite mer styrt av riktlinjer, det är mycket klocka som man ska gå efter - Barnmorska 3

Det blir ju liksom bara tajtare och tajtare. Nu är det ju liksom så att man får inte ens vara fullt öppen i en timme utan att det då måste hända någonting - Barnmorska 5

Vidare beskrev barnmorskorna den höga arbetsbelastningen de upplever och hur denna utgör ett hinder för att främja den fysiologiska processen. Den höga arbetsbelastningen uppgavs

handla om att ha ansvar för flera födande samtidigt, otillräcklig bemanning av barnmorskor, platsbrist och påtryckningar från passledare om att driva på födelseförloppet för att frigöra platser. Att kunna ge kontinuerlig närvaro upplevde studiens barnmorskor som svårt, då de ofta har ansvar för flera födande samtidigt. Detta ansågs vara ett stort hinder för att främja den fysiologiska processen. Arbetssättet en barnmorska per födande menade barnmorskorna eftersträvas på de flesta kliniker, men uppgavs sällan vara en verklighet.

...och då kan man ju ha någon som är i latensfas och någon som är i aktiv fas...och jag tänker att om man är inne på sjukhuset och är i latensfas, så är det att man har väldigt ont och så. Då kan man ju ha två, då känner man kanske att man verkligen måste vara på båda ställena samtidigt även fast man inte är i aktiv fas liksom. De kanske behöver ännu mer stöd och så - Barnmorska 6

Hos de barnmorskor som ansåg sig ha mycket liten möjlighet att främja den fysiologiska processen fanns en bristande enighet i arbetsgruppen kring ämnet. Detta ansåg barnmorskorna vara ett stort hinder för att främja den fysiologiska processen. Speciellt då många beslut om att frångå riktlinjer och rutiner måste gå genom senior barnmorska eller läkare. En barnmorska upplevde inget stöd från ledningen i ämnet. Hon uppgav att ledningen kan uppmärksamma att det är för högt antal interventioner på kliniken, men att det inte görs något åt det.

Sen kan man ju få det på siffror ibland att man har haft mycket. Oj vad mycket igångsättningar vi har nu. Oj vad mycket kejsarsnitt vi har nu. Det ser inte bra ut. Men det är inte som att man gör någonting åt det ändå - Barnmorska 5

Medikalisering av förlossningsvården

Barnmorskorna upplevde den svenska förlossningsvården som överdrivet medikaliserad. De upplevde också att de fysiologiska födslarna blir allt ovanligare. När barnmorskorna redogjorde för denna medikalisering av förlossningsvården pekades det på det ökade antalet inductioner samt den ökade användningen av interventioner, medicinsk smärtlindring och kontinuerlig fosterövervakning. Vidare var den gemensamma uppfattningen att läkare har för stort inflytande vid födsel på sjukhus, vilket ansågs bidra till det ökade medicinska fokuset samt hindra den fysiologiska processen.

Det är sällan man får chansen att bistå och främja en fysiologisk födsel. Väldigt ofta är det någon induktion, någon som är sjuk, har en dålig kurva och så vidare - Barnmorska 5

Barnmorskorna upplevde att de nya riktlinjerna kring induktioner från hösten 2022, märkts av i att det nu är många fler föderskor än tidigare som induceras. Att inducera en födande ansågs störa den fysiologiska processen. Vidare ansågs induktionerna ge en ökad arbetsbelastning som tar tid från de födande där en fysiologisk födsel skulle vara möjlig. Barnmorskorna menade att det ökade antalet induktioner bidrar till att de tappar det fysiologiska tänket kring födande.

Ett hinder är induktionerna. Vi har så sinnessjukt många induktioner - Barnmorska 7

I vecka 41+0 ska alla få möjlighet att bli inducerade, och när vi gör det förstör vi det fysiologiska - Barnmorska 2

Barnmorskorna delade en generell oro över att medicinska interventioner kan störa den fysiologiska processen vid födsel, då det skapar oro hos den födande. Bland barnmorskorna fanns en medvetenhet om behovet av att minimera antalet onödiga interventioner för att hålla en balans mellan nödvändiga interventioner och den fysiologiska processen. Vidare upplevde barnmorskorna att många kvinnor inte vågar tacka nej till interventioner som rekommenderas av barnmorskan.

Om allt ser normalt ut, om mamma och barn mår bra så ska man vara väldigt försiktigt. Jag upplever att interventioner kan störa ganska mycket om man inte gör det av rätt anledning - Barnmorska 6

Det är jätteviktigt att behålla det lugna, trygga. Inte störa kvinnan om vi inte behöver, vilket jag tycker att vi gör ganska mycket - Barnmorska 3

Barnmorskorna menade också att en intervention sällan kommer ensam. Att en intervention ofta leder till en annan, vilket i sin tur ansågs leda till ett mer medicinskt fokus på födseln. Några av barnmorskorna reflekterade över det motstånd de känner mot att koppla en oxytocininfusion då det upplevdes hindra den födandes egenproduktion av oxytocin, men

även oftast leda till fler interventioner, mer smärta hos den födande och kräver kontinuerlig CTG.

Vid värkstimulerande dropp måste man ju ha kontinuerligt CTG. Det tycker jag är en jättestor intervention. Det blir mycket att man som barnmorska sitter och tittar på skärm och inte släpper den. Man höjer och sänker droppet, gör många vaginala undersökningar. Det kroppsegna oxytocinet försvinner -Barnmorska 5

Barnmorskorna ansåg att kontinuerligt CTG stör den fysiologiska processen. Fem av barnmorskorna menade att CTG används slentrianmässigt på deras kliniker och inte alltid är motiverat. En barnmorska beskrev att hon och hennes kollegor försöker avlyssna fosterljud intermittent så ofta de hinner, men att det är svårt att hinna då de oftast har flera födande samtidigt.

På mitt arbete har vi för mycket CTG som inte är befogat - Barnmorska 3

Barnmorskorna upplevde att kontinuerligt CTG oftast begränsar den födandes rörlighet och gör henne obekvämt, något de ansåg var ett hinder för den fysiologiska processen

Med kontinuerligt CTG är man kontrollerad på ett sätt som stör det fysiologiska. Stör mammans möjlighet till eget oxytocin. Det är negativt för födandet - Barnmorska 3

Ofta känner vi av att kvinnan känner sig jobbig när man hela tiden måste ändra och flytta dosan för att få en bra registrering. Tillslut vågar de inte röra sig så mycket. Det blir jättejobbigt för kvinnan att vara uppkopplad så många timmar -Barnmorska 5

Vidare upplevde barnmorskorna att medicinsk smärtlindring i form av epidural används i för hög grad. Upplevelsen var att det finns för lite tid för icke-medicinsk smärtlindring, men också ett bristande engagemang bland kollegor.

Ofta har man inte tiden att vara på ett och samma rum under hela sitt arbetspass. Tiden finns inte att ge en kvinna som inte vill ha epidural det rätta stödet - Barnmorska 5

EDA ansågs påverka den fysiologiska processen mycket negativt. Barnmorskorna i studien uttryckte således ett motstånd till EDA som smärtlindring. Samtidigt upplevde barnmorskorna att de flesta föderskor de möter önskar EDA som smärtlindring. Barnmorskorna menade att EDA ofta leder till värksvaghet som förlänger förloppet och leder till interventioner, vilket är ett hinder för den fysiologiska processen.

Jag hatar EDA. Det bromsar upp allting totalt - Barnmorska 7

Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka barnmorskors upplevelse av att främja den fysiologiska födseln på sjukhus. För att besvara studiens syfte utfördes en kvalitativ intervjustudie. Det framkom tre kategorier och sju subkategorier. Nedan diskuteras vald metod och resultat.

Metoddiskussion

Kvalitativa forskare eftersträvar trovärdighet och använder sig av olika kriterier för att utvärdera studiens kvalitet. Begrepp som överförbarhet, tillförlitlighet, bekräftelsebarhet och autenticitet används för att beskriva en studies trovärdighet (Polit & Beck, 2017).

Design

En intervjustudie med kvalitativ ansats valdes för att undersöka barnmorskors upplevelse av att främja fysiologiska födslar på sjukhus för att fånga djupgående och holistisk förståelse, i enlighet med Polit och Beck (2017). Genom den kvalitativa forskningsdesignen kunde barnmorskorna upplevelser sättas i centrum för studien och genom att använda en semistrukturerad intervjuguide möjliggjordes en balans mellan struktur och flexibilitet för att besvara studiens syfte (Danielsson, 2017). Författarna ansåg därför att en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade frågor var lämplig för denna studie.

Urval och datainsamling

Genom att begränsa inkludering till legitimerade barnmorskor som aktivt arbetar på förlossningen kunde författarna säkerställa att barnmorskorna i studien har direkt erfarenhet kring ämnet samt relevans för studiens syfte. Moser och Korstjens (2018) beskriver att den

bästa strategin för att söka deltagare är genom att rekrytera deltagare som kan ge den rikaste informationen. Vidare beskrivs att deltagarna måste vara kunniga om fenomenet samt att de rikligt kan berätta och reflektera om ämnet, därför exkluderades barnmorskor som inte arbetar på förlossningen. Att barnmorskorna skulle arbeta i Region Stockholm baserades på bekvämlighetsurval som innebär att författarna väljer deltagare utifrån tillgänglighet och bekvämlighet (Polit & Beck, 2017). Författarna upplevde responsen på rekryteringsprocessen som god då åtta barnmorskor från fyra olika kliniker till en början tackade ja till att delta. De två barnmorskor som slutade svara på mailkontakt under rekryteringen exkluderades vilket visar att författarna hanterade rekryteringsprocessen adekvat och transparent för att säkerställa en pålitlig och engagerad deltagargrupp. Billhult (2017) beskriver det som planerat bortfall när det sker före datainsamling. Dock kan förlorade kontakten med dessa två barnmorskor samtidigt identifieras som en svaghet i studien då det finns en risk att dessa barnmorskors unika perspektiv och erfarenheter inte kommer att återspeglas i resultatet. Författarna har ingen kännedom om varför kontakten upphörde.

Författarna tillfrågade personligen en barnmorska från en klinik i Stockholm om att delta i studien för att uppnå ett adekvat antal deltagare vilket också kan anses vara en svaghet då detta kan leda till att vissa erfarenheter eller perspektiv överrepresenteras i resultatet. Den barnmorska som personligen tillfrågades arbetade på en av klinikerna som studien saknade deltagare ifrån, vilket kan ses som en styrka då det i studien inkluderades barnmorskor från fem olika kliniker. Variationer i urvalet ökar studiens överförbarhet och trovärdighet enligt Henricson (2020). Barnmorskorna i studien hade mellan sex månader och 15 års erfarenhet av att arbeta som barnmorska på förlossningsklinik. Graneheim och Lundman (2004) menar att inkludera deltagare med olika erfarenheter ökar möjligheten att belysa forskningsfrågan från olika aspekter.

Författarna rekryterade inte fler barnmorskor efter att sju intervjuer var genomförda då datamättnad ansågs vara uppnådd när flera liknande svar återkom i intervjuerna. Polit och Beck (2017) beskriver datamättnad som att ingen ny information tillkommer och att redundans uppnås, vilket innebär att informationen upprepas. Enligt Moser och Korstjens (2018) är tillgången på tillräcklig djupgående data som visar kategorier, mönster och variation på det fenomen som ska studeras det viktigaste kriteriet på datamättnad. Författarna kan dock inte garantera att de uppnått datamättnad, utan det baserades på diskussion och reflektion mellan författarna. Slutligen resulterade rekryteringsprocessen i sju barnmorskor med

varierande yrkesverksamma år som barnmorska och de arbetade på fem olika kliniker vilket berikar resultatet med perspektiv och insikter vilket är en styrka för studien. Att belysa forskningsfrågan ur en mängd olika aspekter ökar med deltagare med olika erfarenhet (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna var medvetna om att de barnmorskor som svarade att de ville delta i studien kan ha haft ett intresse och engagemang för ämnet, något som kan ses som en svaghet.

Då intervjuerna genomfördes digitalt kunde barnmorskorna bestämma en tid som passade och själva bestämma vart de kände sig bekväma med att befinna sig under intervjun. Enligt Danielsson (2017) skapas en god förutsättning för innehållsrika och djupa intervjuer när deltagaren känner sig trygg i en ostörd miljö. Billhult (2017) förklarar att det är viktigt att konstruera intervjufrågorna så de besvarar studiens syfte. Författarna konstruerade gemensamt intervjufrågor som kunde besvara studiens syfte och gick sedan igenom frågorna tillsammans med handledaren för att kontrollera att frågorna i intervjuguiden var relevanta. På grund av tidsbrist utförde författarna inte någon pilotintervju för att kontrollera frågorna vilket hade kunnat stärka intervjuguiden, dock anser författarna att de fått rikligt med material från intervjuerna relaterat till den datamättnad som ansågs vara uppnådd.

Dataanalys

Författarna valde att använda sig av Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys för att besvara studiens syfte. Metoden lägger fokus på att uppnå tillförlitlighet i resultatet genom en noggrann analysprocess i flera steg. Genom innehållsanalysen möjliggjordes en systematisk och strukturerad analys av intervjuernas manifesta innehåll, vilket tillät författarna att extrahera meningsfull information. Materialet transkriberades och analyserades av båda författarna för att öka studiens tillförlitlighet.

För att bedöma en studies tillförlitlighet vid en kvalitativ innehållsanalys är det essentiellt att redogöra för hur textmaterialet har tolkats. Hur en deltagares ord, en transkriberad text, tolkas är alltid beroende av individens förståelse. En text kan tyckas ha olika innehåll beroende på vem som läser då subjektiva tolkningar är ofrånkomliga (Graneheim & Lundman, 2004). Polit och Beck (2017) beskriver bekräftelsebarhet som ett kriterium för trovärdighet som kan uppnås genom att neutralt och objektivt hantera data i analysprocessen. Studiens författare har gjort sin verksamhetsförlagda utbildning på två av klinikerna där barnmorskorna i studien arbetar. Författarna hade således en förförståelse för barnmorskornas situation på

förlossningsklinikerna. Vidare har författarna ett intresse för studiens ämne, vilket innebär en förförståelse för ämnet. Författarnas upplevelse var att det inom förlossningsvården i hög utsträckning används interventioner samt att det finns PM som är svåra att frångå. Graneheim och Lundman (2004) menar att det är omöjligt för författaren att inte applicera en subjektiv tolkning av insamlade data, dock måste författaren sträva efter att bortse från sin egen tolkning och inte addera betydelser som inte finns i texten. Polit och Beck (2017) beskriver även att det inte går att utesluta att förförståelse påverkat analysen eller resultatet. Författarna av denna studie har därför aktivt diskuterat sin egen förförståelse för att minska dess påverkan och öka studiens tillförlitlighet. Korstjens och Moser (2018) förklarar att studiens tillförlitlighet ökar om man är medveten om sin egen förförståelse och förstår hur den kan påverka forskningsbeslut i alla faser av kvalitativa studier, därför har författarna i dataanalysen strävat efter att kritiskt reflektera över och vara medvetna om sin egna förförståelse för ämnet samt att tolka resultatet förutsättningslöst. Författarna har transparent i detalj beskrivit dataanalysen alla steg för att öka studiens tillförlitlighet och trovärdighet. En viktig aspekt för att uppnå trovärdighet är att välja de mest lämpliga meningsenheterna vid analys av det transkriberade materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Detta gjordes genom att båda författarna läste det transkriberade materialet flera gånger och gulmarkerade meningsenheter som svarade på syftet. Processen från meningsenheter, kondensering och skapandet av kategorier har noggrant presenterats i tabell, något Graneheim och Lundman (2004) menar underlättar bedömning av resultatets trovärdighet. Vidare menar Graneheim och Lundman (2004) att trovärdigheten av forskningsresultaten handlar om hur väl de valda kategorierna täcker insamlade data, om relevant data uteslutits eller icke relevant data inkluderats. Detta har författarna försökt undvika genom att läsa de meningsbärande enheterna och teman flera gånger samt genom att diskutera de olika kategorierna som skapats mellan varandra men också med handledare och handledargruppen. Graneheim och Lundman (2004) betonar att trovärdigheten ökar om författarna sökt samstämmighet med experter och deltagare. Under hela processen har kontinuerligt handledare och handledargrupp fått läsa studien och ge feedback som författarna tagit till sig och använt. Trovärdigheten i studien kan också styrkas genom att visa representativa citat från studiens deltagare i resultatet, på så vis kan likheter och skillnader mellan kategorier förtydligas (Graneheim & Lundman, 2004). Detta har författarna anammat genom hela studiens resultat där samtliga deltagare har representerats med minst ett citat var. Autenticitet handlar om att återspegla och rapportera deltagarnas verklighet rättvist och troget (Polit & Beck 2017). Att låta deltagarna ta del av det transkriberade materialet och bekräfta dess innehåll kan öka studiens trovärdighet (Graneheim

& Lundman, 2004). Detta har inte varit genomförbart i denna studie på grund av tidsaspekten, vilket kan ses som en svaghet.

Studiens tillförlitlighet inkluderar frågan om överförbarhet. Det är upp till läsaren att bedöma överförbarheten till en annan kontext. Författarna kan underlätta för läsaren genom att ge information om deltagarna (Graneheim & Lundman, 2004). Detta har författarna i denna studie gjort genom att presentera en tabell över barnmorskornas arbetslivserfarenhet samt genom att berätta att deltagarna arbetar på fem av sju förlossningskliniker i Stockholm. Att ge ut mer information om deltagarna ansåg författarna inte gick då de ville säkra deras anonymitet.

Etik

Författarna har tillämpat de forskningsetiska principerna: respekt för personer, göra-gott-principen och rättvisep principen, och lät sig inspireras av Belmontrapporten (OHRP, 2018) i genomförandet av denna studie. De forskningsetiska principerna som initierades innan studiens start har tillämpats i studiens alla delar. Studiens deltagare fick innan intervjuernas start, information om konfidentialitet och fick lämna muntligt samtycke som spelades in. Vidare gavs även information om studiens syfte och deltagarnas möjlighet att avbryta studien när de ville, deltagarna fick även en chans att ställa frågor. Det inspelade materialet samt dess transkribering förvarades säkert och endast författarna har tagit del av materialet.

Resultatdiskussion

Resultaten av denna studie visar att barnmorskorna ansåg att det uteslutande viktigaste för att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus är att skapa trygghet. Denna trygghet ansåg barnmorskorna hade störst möjlighet att skapas genom kontinuerligt stöd. Kontinuerligt stöd genom en barnmorska per födande var ett arbetssätt som samtliga barnmorskor önskade arbeta med och som eftersträvades på samtliga kliniker, men sällan var en verklighet på grund av den höga arbetsbelastningen. Vidare visade studien att trots att det finns en del möjligheter att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus, så var hindren övervägande. Barnmorskornas upplevelse var således att det i dagens förlossningsvård inte finns så mycket möjligheter att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus. Barnmorskorna hade en stark önskan att få arbeta med en barnmorska per födande samt att arbeta på barnmorskeledda enheter för att ha större möjlighet till att arbeta fysiologiskt främjande.

Trygghet genom kontinuerligt stöd

Studiens resultat betonar vikten av att få den födande kvinnan att känna sig trygg under födandets alla skeden, för att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus. Sjukhusmiljön ansågs vara mindre viktig så länge den födande kände sig trygg. Den viktigaste aspekten för att uppnå denna trygghet ansågs vara ett gott kontinuerligt stöd från barnmorskan. Bohren et al. (2017) bekräftar att barnmorskans kontinuerliga stöd är grundläggande för att främja den fysiologiska processen. Socialstyrelsen (2022) bekräftar det kontinuerliga stödet som en avgörande komponent för en god förlossningsvård. Olza et al. (2018) understryker barnmorskans kontinuerliga närvaro som avgörande för att skapa trygghet. Stjernholm et al. (2021) menar att ett kontinuerligt stöd från barnmorskan sänker kortisolhalten hos den födande kvinnan. Detta är en viktig aspekt då stresshormoner, som kortisol, stör bildandet av oxytocin. Oxytocin är det viktigaste hormonet för den fysiologiska födselseprocessen (Uvnäs-Moberg et al., 2019). Olza et al. (2020) beskriver vikten av en trygg och lugn miljö för att främja det kroppsegna oxytocinet. Beröring, stöd och trygghet underlättar frisättningen av oxytocin. Kvinnor ber instinktivt om närhet och trygghet för att balansen mellan oxytocin och stresssystemet ska upprätthållas. För kvinnor som genomgår en fysiologisk födsel är deras egen oxytocinfrisättning en naturlig smärtlindring och stresshantering (Olza et al., 2020). Således är ett kontinuerligt stöd essentiellt för bildandet av oxytocin.

Kan kontinuerligt stöd bota medikaliseringen av förlossningsvården?

Studiens barnmorskor redogjorde för en allt mer medikaliserad förlossningsvård, där fysiologiska födslar är mycket ovanliga. Detta bekräftas av WHO/RHR (2018) och Graviditetsregistret (2022). WHO/RHR (2018) menar att det de senaste åren internationellt utformats arbetsmodeller för att skynda på, reglera samt övervaka den fysiologiska processen vid födslar på sjukhus. Samtidigt visar studier att föderskor var mindre nöjda med sin födsel ju fler interventioner som gjorts (Westergren et al., 2020).

Att arbeta med en barnmorska per födande ansåg studiens barnmorskor skulle underlätta att främja den fysiologiska processen och minska medikaliseringen. Ett kontinuerligt stöd genom en barnmorska per födande har visat sig leda till bättre förlossningsutfall med ökad förekomst av fysiologiska födslar genom kortare födelseförlopp, fler vaginala födslar och färre

interventioner (Bohren et al., 2017; Buerengen et al., 2022; Sehhatie et al., 2014; Socialstyrelsen, 2022; Stjernholm et al., 2021). Genom att endast ha ansvar för en födande åt gången ansåg denna studies deltagare att de skulle kunna använda strategier för att främja den fysiologiska och minska den medicinska. De skulle då ha tid att ge stöd i form av beröring, andningshjälp, känslomässigt stöd och icke-medicinskt smärtlindring.

Användandet av EDA som smärtlindring ansåg barnmorskorna förstöra den fysiologiska processen vid födsel, de menade att en fysiologisk födsel tar slut när en EDA anläggs. Detta ansågs bero på den uppbromsande effekt en EDA har för födselns progress, vilket då leder till en rad olika medicinska interventioner. Samtidigt upplevde studiens deltagare att de inte har tid att ge det stöd som behövs för att den födande ska klara sig utan EDA, då de behöver ge stöd till flera föderskor samtidigt. Beurengen et al. (2022) bekräftar att föderskor som födde med kontinuerligt stöd genom en barnmorska per födande i mindre grad använde EDA som smärtlindring. Istället fick de mer massage, akupunktur och sterila vatteninjektioner. Lindholm och Hildingsson (2015) betonar att föderskor som använt EDA under sin födsel är mindre nöjda med sin födsel än de som inte använt EDA.

Ytterligare en intervention som uppgavs vara ett hinder för att främja en fysiologisk födsel var kontinuerligt CTG. Studiens barnmorskor uppgav att CTG ofta används obefogat och slentrianmässigt på deras kliniker. CTG ansågs göra föderskor stressade och mindre rörliga. WHO/RHR (2018) rekommenderar intermittent avlyssning av fosterljud. Genom att arbeta med en barnmorska per födande ansåg barnmorskorna att de skulle ges större möjlighet att lyssna intermittent och minska användandet av CTG. Devane et al. (2017) menar att obefogat kontinuerligt CTG inte har någon fördel, utan istället ökar risken för interventioner. Westergren et al. (2020) menar att födande som varit kontinuerligt uppkopplade med CTG under födseln skattade sin födsel lägre än de som inte var det. Födande som inte är kontinuerligt uppkopplad till CTG har visat sig ha större chans till en fysiologisk födsel (Miller et al., 2015).

Denna studies resultat stämmer väl överens med aktuell forskning om att ett arbetssätt där barnmorskan får arbeta med kontinuerligt stöd genom en barnmorska per födande, skulle kunna bota den medikalisering av förlossningsvården som råder. Barnmorskorna i studien vittnade om ett allt större medicinskt fokus på förlossningsvården, och att läkare i för hög grad är involverade i fysiologiska födslar.

Barnmorskans arbetssituation och en önskan om en annan vårdform

Socialstyrelsen (2022) menar att det de senaste åren blivit en ökad belastning på förlossningsbarnmorskor och betonar samtidigt att detta inte under några omständigheter får påverka det kontinuerliga stödet från en barnmorska. Barnmorskorna i denna studie menade att kontinuerlig vård genom en barnmorska per födande är något som eftersträvas på deras kliniker men sällan är en verklighet. De vittnade om att de ofta har hand om flera födande samtidigt, vilket försvårar och ofta omöjliggör att arbeta för att främja den fysiologiska processen.

En studie av Hildningsson et al. (2023) visade att barnmorskor i Sverige det senaste 10 åren fått en minskad känsla av egenmakt och autonomi i utförandet av sitt arbete som barnmorska på förlossningsavdelning. Barnmorskorna upplevde brist på professionellt erkännande från läkare och kände sig mindre uppskattade för sitt bidrag till vård av födande kvinnor (Hildningsson et al., 2023). Barnmorskorna i denna studie menade att den fysiologiska processen är deras expertområde och att de känner ett stort ansvar att bevara och skapa sig ny kunskap i ämnet. I Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (2018) redogörs för att barnmorskan har kompetens att självständigt handlägga den normala graviditeten och förlossningen. Barnmorskan har även ett eget ansvar att hålla sig uppdaterad om den senaste kunskapen och forskningen. Det är således viktigt att barnmorskor får möjlighet att utöva detta ansvarsområde och får förtroende för det. Detta är essentiellt då en fysiologisk födsel ökar den födandes känsla av nöjdhet (Olza et al., 2018). Barnmorskor bör således få mer inflytande i att utforma förlossningsvårdens riktlinjer och arbetssätt. Detta kan stärka både barnmorskeyrket och de födande kvinnorna, samt minska medikaliseringen av förlossningsvården.

Denna studiens resultat visar att barnmorskor ansåg att de skulle ha större möjlighet att arbeta fysiologiskt främjande om de fick arbeta på barnmorskeledda enheter. På en barnmorskeledd enhet har barnmorskan huvudansvaret att tillhandahålla vård och stöd till kvinnor före, under och efter förlossningen (Renfrew et al., 2014). Födande som föder på barnmorskeledda enheter med är mer nöjda med sin födsel, dessa födande utsätts även för färre interventioner och föder i större utsträckning vaginalt (Sandall et al., 2016). Studiens barnmorskor underströk även vikten av att skapa en god relation till den födande. Styles et al. (2020)

beskriver att barnmorskor som arbetar på barnmorskeledda enheter i större grad kände att de kunde arbeta i partnerskap med den födande. Studiens barnmorskor ansåg att barnmorskeledda enheter skulle skapa större valmöjligheter för den födande, vilket enligt dem kan gynna den fysiologiska processen. Styles et al. (2020) bekräftar att barnmorskeledda enheter skapar bättre förutsättningar för den födande.

Vidare ansåg studiens barnmorskor att barnmorskeledda enheter skulle skapa en bättre arbetsmiljö. Genom att ha möjlighet till kontinuerligt stöd med ett fysiologisk fokus ansåg de att det skulle ha möjlighet att använda all sin kunskap de har som barnmorskor. Menke et al. (2014) beskriver att barnmorskor känner sig mer tillfredsställda med sin arbetssituation när de får arbeta på barnmorskeledda enheter. Denna studies barnmorskor ansåg att arbetskulturen är essentiell för möjligheten att arbeta fysiologiskt främjande, att stödet från kollegor och ledning är viktigt. Menke et al. (2014) menar att en barnmorskeledd enhet skapar en bättre arbetsmiljö för barnmorskor där stödet för varande blir högt. Studiens barnmorskor uttryckte en oro över att läkarna har för mycket inflytande över deras expertområde: den fysiologiska processen. En svensk studie av Hildingsson et al. (2023) beskriver att barnmorskor känner en brist på professionellt erkännande från den medicinska professionen samt att barnmorskor upplever sig mindre erkända för sitt arbete med födande kvinnor. Vidare beskriver Hildingsson et al. (2023) att barnmorskors befogenhet och utrymme i att bedriva barnmorskeledd vård är avgörande för att barnmorskor ska kunna ha kontroll över sitt arbete. Att stärka barnmorskor på detta sätt menar att de kommer att bidra till deras professionella utveckling, vilket kommer att få positiva effekter på kvalitén av vården som de tillhandahåller (Hildingsson et al., 2023). Barnmorskeledda enheter kan således vara en viktig aspekt för att skydda barnmorskans expertområde, den fysiologiska födseln. Dessutom kan detta leda till att de födande får bättre upplevelser av sina födslar.

Slutsats

Det viktigaste för att främja den fysiologiska processen ansåg barnmorskorna var att skapa trygghet hos den födande. Det är därför grundläggande att barnmorskan kan arbeta för att skapa trygghet. Trygghet ansågs ha bäst förutsättningar att skapas genom kontinuerligt stöd. Resultatet visade även en upplevelse av en medikaliserad förlossningsvård med hög arbetsbelastning, något som försvårar för barnmorskor att främja den fysiologiska processen. Trots att det fanns en del möjligheter att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus, ansåg barnmorskorna att hindren var fler. Barnmorskorna hade en stark önskan om att få arbeta med en barnmorska per födande och att arbeta på barnmorskeledda enheter.

Författarnas egna kritiska reflektioner av förlossningsvården

Författarna resonerar kring att det finns en risk att barnmorskors autonomi och respekten för barnmorskans expertis om den fysiologiska processen hotas i en allt mer medikaliserad och hårt pressad förlossningsvård, där barnmorskan ges allt färre möjligheter att arbeta fysiologisk främjande. Författarna anser att barnmorskor därför måste få större inflytande i att utveckla och utforma förlossningsvården i Sverige. Att arbeta med en barnmorska per födande för att möjliggöra kontinuerligt stöd kan vara ett första steg för att uppnå detta. Vidare bör barnmorskor i större utsträckning få vara med att utforma riktlinjer. Fler barnmorskeledda enheter anses vara ett bra alternativ för att skydda barnmorskans expertområde och ge den svenska förlossningsvården ett mer fysiologiskt fokus. För såväl barnmorskor som de födande, anses en förlossningsvård som arbetar för att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus fördelaktig.

Kliniska implikationer

I studien framkommer viktiga aspekter för hur vården kan organiseras och förbättras för barnmorskor och födande. Resultatet kan vara användbart för att utvärdera förlossningsvården och kan bidra till att förändra nuvarande arbetssätt, där barnmorskor ser flera hinder för att främja den fysiologiska processen. Resultaten i studien kan även inspirera för att implementera nya åtgärder i förlossningsvården som skapar en miljö med förutsättningar för att främja fysiologiska födslar. Denna kunskap kan leda till ökad kvalitet på förlossningsvården, positiva förlossningsupplevelser samt en förbättrad arbetssituation för barnmorskorna.

Förslag på vidare forskning

I denna studie var ett av inklusionskriterierna att barnmorskan skulle arbeta på en förlossningsklinik i Region Stockholm. Författarna föreslår att en liknande studie görs med ett nationellt perspektiv. I studiens resultat anses ett kontinuerligt stöd från barnmorskan essentiellt för att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus. Författarna föreslår vidare forskning för att undersöka om ett kontinuerligt stöd från barnmorskan leder till fler fysiologiska födslar.

Referenser

Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Cyna, A. M., Cuthbert, A., & Anim-Somuah, M. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5), CD000331–CD000331.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub>

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>

Barnmorskeförbundet (2018) *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*.

Barnmorskeförbundet.<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Billhult, A. (2017). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a upplagan, s.265-274). Lund: Studentlitteratur.

Blomberg, M. & Wiklund, I. (2021). Förlossningens handläggning. I G. Ajne, M. Blomberg & Y. Carlsson (Red.), *Obstetrik*. (Tredje upplagan, s. 125-144). Lund: Studentlitteratur.

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>

Buerengen, T., Bernitz, S., Øian, P., & Dalbye, R. (2022). Association between one-to-one midwifery care in the active phase of labour and use of pain relief and birth outcomes: A cohort of nulliparous women. *Midwifery*, 110, 103341. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103341>

Çalik, K. Y., Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2018). First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 415. <https://doiorg.proxy.kib.ki.se/10.1186/s12884-018-2054-040>

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a upplagan, s.143-153). Lund: Studentlitteratur.

Devane, D., Lalor, J. G., Daly, S., McGuire, W., Cuthbert, A., & Smith, V. (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD005122. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005122.pub5>

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–e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>

Etiskprövningsmyndigheten (2023). *Vad innebär det så kallade studentundantaget?* <https://etikprovningmyndigheten.se/faq/vad-innebar-det-sa-kallade-studentundantaget/>

Graneheim, U., & 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 (2022). *Graviditet Registrets årsrapport 2022*. Graviditetsregistret. <https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/Graviditetsregistrets%20Årsrapport%202022.pdf>

Henricson, M (2017). Diskussion. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a upplagan, s.411-419). Lund: Studentlitteratur.

Hildingsson, I., Fahlbeck, H., Larsson, B., & Johansson, M. (2023). How midwives' perceptions of work empowerment have changed over time: A Swedish comparative study. *Midwifery*, 118, 103599. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103599>

International Confederation of Midwives. (2014). *Keeping birth normal*. International confederation of midwives. <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-position-statements>

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

Kjellström, S. (2017). Etik. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2:a upplagan, s.57-80). Lund: Studentlitteratur.

Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1), 120–124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>

Lavender, T., & Bernitz, S. (2020). Use of the partograph - Current thinking. Best Practice & Research. *Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67, 33–43. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.010>

Lindholm, A., & Hildingsson, I. (2015). Women's preferences and received pain relief in childbirth - A prospective longitudinal study in a northern region of Sweden. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 6(2), 74–81. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.10.001>

Menke, J., Fenwick, J., Gamble, J., Brittain, H., & Creedy, D. K. (2014). Midwives' perceptions of organisational structures and processes influencing their ability to provide caseload care to socially disadvantaged and vulnerable women. *Midwifery*, 30(10), 1096–1103. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.015>

Miller, Y. D., Prosser, S. J., & Thompson, R. (2015). Back to normal: A retrospective, cross-sectional study of the multi-factorial determinants of normal birth in Queensland, Australia. *Midwifery*, 31(8), 818–827. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.005>

Office for Human Research Protections. (2018). *Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Department of Health, Education, and Welfare. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>

Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *The European Journal of General Practice*, 24(1), 9–18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>

Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ open*, 8(10), e020347. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>

Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekstrom-Bergstrom, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarmea, 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–e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Region Stockholm. (21 november 2022). *Induktion i graviditetsvecka 41*. <https://kunskapsstodforvardgivar.se/omraden/kvinnosjukdomar-och-forlossning/riktlinjer-for-bmm/barnmorskemottagning/graviditet/riktlinjer/induktion-i-graviditetsvecka-41>

Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed

framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129–1145. [10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

Sehhatie, F., Najjarzadeh, M., Zamanzadeh, V., & Seyyedrasooli, A. (2014). The effect of midwifery continuing care on childbirth outcomes. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(3), 233–237.

Socialstyrelsen. (2022). *Graviditet förlossning och tiden efter*.

Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8287.pdf>

Socialstyrelsen. (2022). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2021* (2022-12-8275). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/graviditeter-forlossningar-och-nyfodda/>

Stjernholm, Y. V., Charvalho, P. D. S., Bergdahl, O., Vladic, T., & Petersson, M. (2021). Continuous Support Promotes Obstetric Labor Progress and Vaginal Delivery in Primiparous Women - A Randomized Controlled Study. *Frontiers in psychology*, 12, 582823. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.582823>

Styles, C., Kearney, L., & George, K. (2020). Implementation and upscaling of midwifery continuity of care: The experience of midwives and obstetricians. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 33(4), 343–351. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.008>

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>

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), 285–285.
<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2365-9>.

World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. (WHO/RHR/18.12).
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>

Westergren, A., Edin, K., Lindkvist, M., & Christianson, M. (2021). Exploring the medicalisation of childbirth through women's preferences for and use of pain relief. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 34(2), e118–e127.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.0>

Bilagor

Bilaga I



**Karolinska
Institutet**

Information till studiedeltagare

Hej, vi är två barnmorskestudenter från barnmorskeprogrammet på Karolinska institutet. Vi skriver ett examensarbete med syftet: Att undersöka barnmorskors upplevelse av att främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus. Hos WHO, forskare och utbildare på barnmorskeprogrammet tycks råda konsensus om att förlossningsvården använder för mycket interventioner och att det fysiologiska födandet bör främjas mer. Vår upplevelse är att den kliniska verkligheten inte möter evidensen kring fysiologisk födsel. Därför vill vi undersöka barnmorskors upplevelse av att främja det fysiologiska födandet i Sverige idag.

Hur kommer studien att gå till?

Vi önskar intervjua barnmorskor som arbetar med födsel på sjukhus i Region Stockholm. Intervjuerna kommer att vara semistrukturerade, vilket innebär att det kommer finnas förbestämda frågor men att deltagaren även får chansen att prata fritt kring ämnet. Intervjuerna kommer att ske digitalt på Zoom nå gång under vecka 37, 38, eller 39. Intervjuerna kommer ta ca 30 minuter. Intervjuerna kommer att spelas in och sedan transkriberas till text för analys. Alla deltagare är anonyma. Allt inspelat material kommer att förvaras säkert. Efter att studien är klar kommer allt material att raderas.

Studien kommer endast publiceras på Karolinska Institutets portal för examensarbete och behöver därför inget etiskt godkännande. Studien kommer eventuellt att presenteras på någon av förlossningsklinikerna i Stockholm. Vi som författare kommer att tillämpa forskningsetiska principer.

Samtycke

Innan intervjun kommer vi att inhämta muntligt samtycke från dig som deltagare. Du som deltagare kan när som helst avbryta sin medverkan.

Vill du vara med i studien? Kontakta någon av oss författare på mailadresserna nedan senast den 15 september 2023. Har du några frågor om studien? Kontakta gärna någon av oss författare eller vår handledare på mailadresserna nedan.

Vänligen,

Författare:

Asli Gulaid leg. Sjuksköterska och barnmorskestudent på Karolinska institutet
asli.gulaid@stud.ki.se

Cassandra Fundberg leg. Sjuksköterska och barnmorskestudent på Karolinska institutet.
cassandra.fundberg@stud.ki.se

Handledare:

Anna Gustafsson leg. Barnmorska. PhD
anna.gustafsson.1@ki.se

Bilaga II

Intervjuguide

Hur länge har du arbetat som barnmorska?

Vad är en fysiologisk födsel för dig?

Tycker du att din utbildning givit dig kunskap om fysiologisk födsel och hur får du fortsatt kunskap om ämnet?

Hur kan du som barnmorska främja den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus?

- Har ni den möjligheten?

Med det arbetssätt som din förlossningsklinik har idag, ser du några hinder med att arbeta för att främja den fysiologiska födseln?

Med det arbetssätt som din förlossningsklinik har idag, vad ser du för möjligheter med att arbeta för att främja den fysiologiska födseln?

- Jobbar ni så?

Hur ser möjligheten till stöd ut för dig som barnmorska i att främja det fysiologiska födandet? (från ledning, arbetskollegor)?

Hur är din upplevelse kring hur olika interventioner (amniotomi, medicinsk smärtlindring, oxytocininfusion, kontinuerligt CTG osv) påverkar den fysiologiska processen vid födsel på sjukhus?

Hur är din upplevelse kring hur ditt stöd till den födande påverkar den fysiologiska processen?

- På vilket sätt?

Hur tror du att sjukhusmiljön påverkar den fysiologiska processen vid födsel?

Vad skulle du som barnmorska behöva för att kunna arbeta mer fysiologiskt främjande vid födslar på sjukhus?

- Hur skulle det se ut?

Finns det något du vill tillägga om att främja fysiologiskt födande på sjukhus

