



KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: HK 13

Valet av förlossningsställning utifrån barnmorskans perspektiv

The choice of delivery position from a midwife's perspective

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp

(Avancerad nivå), 2014

Författare:

Kristine Arnö

Barnmorskestudent och leg. Sjuksköterska

Caroline Celanders

Barnmorskestudent och leg. Sjuksköterska

Handledare:

Wibke Jonas Med. Dr.

Examinator:

Anna Hjelmstedt Docent.

Abstract

Background: According to the World Health Organization (WHO), the midwife should encourage a laboring woman to try out different delivery positions. WHO further recommends that midwives need training, in how to support the woman and how to deliver at other birth positions in addition to the supine position. In 2010 most Swedish women gave birth in a supine position, whilst only approximately 28 % of the women gave birth in an upright position. **Aim:** The aim of this study is to describe what influences the choice of delivery position during the second stage of labor, from a midwife's perspective. **Method:** Five focus groups were conducted with a sample of 22 midwives. The material was analyzed through content analysis. **Results:** One main theme has emerged from the focus group interviews; "The midwife's choice of delivery position" The main theme in turn is composed of multiple categories and subcategories. **Conclusion:** The results show that there are several factors influencing the decision making process in terms of which delivery position that is applied during the second stage of labor.

Keywords: Midwife, delivery position, second stage of labor.

Sammanfattning

Bakgrund: När en kvinna är i förlossningsarbete, ska hon enligt WHO:s rekommendationer av sin barnmorska, uppmuntras att prova sig fram till vilken förlossningsställning som känns mest komfortabel, samt få stöd i detta val. Vidare rekommenderar WHO att barnmorskor behöver utbildning i att stödja och förlösa i andra förlossningsställningar än icke upprätta. Enligt en studie från 2010 föder de flesta kvinnor i Sverige i icke upprätta förlossningsställningar, medan endast ca 28 % föder i en upprätt förlossningsställning. **Syfte:** Syftet är att beskriva vad som påverkar valet av förlossningsställning under utdrivningsskedet vid en normal förlossning ur barnmorskans perspektiv. **Metod:** Semistrukturerade intervjuer i fem fokusgrupper genomfördes med totalt 22 informanter. Materialet analyserades induktivt med innehållsanalys. **Resultat:** Det har framkommit ett huvudtema ur fokusgruppsintervjuerna; "Barnmorskans val av förlossningsställning" huvudtemat består av flertalet kategorier och subkategorier. **Slutsats:** Resultatet visar att det är flera orsaker som påverkar barnmorskans beslutsprocess till vilken förlossningsställning det blir för den födande kvinnan i utdrivningsskedet.

Nyckelord: Barnmorska, förlossningsställning, utdrivningsskedet.

Innehållsförteckning

Abstract	2
Bakgrund.....	6
Definitioner	7
Förlossningsställningar	7
Utdrivningsskede	8
Bristningar	9
Perinealskydd	9
Normal förlossning.....	10
Kvinnors behov och eget beslut inför förlossningen.....	10
Beslutsprocessen i hälso- och sjukvården	11
Syfte	12
Metod	12
Urval.....	13
Datainsamling	13
Dataanalys	14
Etiska aspekter	15
Resultat	15
Beskrivning av informanterna	15
Huvudtema	15
Kunskap och förhållningssätt	16
Barnmorskans utveckling av klinisk kunskap	16
Barnmorskans preferens	17
Arbetsförhållanden	18
Rummets utformning och utrustning.....	18
Förlossningsklinikens kultur	18
Samarbete med kollegor	19
Barnmorskans arbetsställning	19
Tiden.....	20
Handläggning	21
Övervakning av fostret och förlossningsprogressen.....	21
Perinealskydd	21
Kvinnans behov och autonomi	22
Kvinnans förkunskap och hennes förtroende för barnmorskans kunskap.....	22
Kvinnans kulturella bakgrund.....	24
Interaktionen med kvinnan	25
Kvinnans situation och känslor	26
Upplevelser	27
Kvinnans önskemål	28
Diskussion	30
Resultatdiskussion.....	30
Metoddiskussion.....	37
Klinisk implikation.....	40
Framtida forskning	41
Referenser	42
Bilaga 1	47

Bilaga 2	48
Bilaga 3	49
Bilaga 4	50

Inledning

Anledningen för vår studie var en klinisk adjunkt från Huddinge sjukhus som efterfrågade forskning kring barnmorskors erfarenheter av förlossningsställningar. Vi hade själva samtalat kring våra erfarenheter från den verksamhetsförlagda utbildningen inom förlossningsvården. Under samtalen framkom att vi erhållit erfarenheter av förlossningsställningar som var avsevärt olika. Därmed växte intresset för att undersöka, vad barnmorskan anser påverkar valet av förlossningsställning i utdrivningsskedet.

Bakgrund

I de flesta kulturer i världen använder eller har kvinnor använt sig av upprätta förlossningsställningar såsom knästående, huk, sittande eller stående när de skall föda sitt barn. Att sitta på huk anses som den mest naturliga förlossningsställningen en kvinna kan inta när hon själv bestämmer sin ställning (Gupta & Nikodem, 2000). På en relief i Egypten kan Cleopatra skådas i knästående vid hennes första förlossning. Förlossningsstolen kan dateras tillbaka till den Babyloniska kulturen (Dundes, 1987).

Att de flesta förlossningar i västvärlden äger rum i liggande eller halvliggande ställning kan ha att göra med att den franska förlossningsläkaren Mauriceau införde den horisontella förlossningsställningen så tidigt som år 1663. Han ville att kvinnan skulle föda i sängen och inte på en förlossningsstol; kanske för att få kontroll över förlossningsprocessen. Denna förlossningsställning kallades för den ”franska ställningen” (Dundes, 1987) och blev sedermera den förlossningsställning som, sedan 1700 talet, kom att dominera i västvärlden (Gupta & Nikodem, 2000). Förlossningsläkare ansåg den horisontella förlossningsställningen bekväm då den underlättade undersökningar, även vid normal förlossning (Drife, 2002).

I den första förlossningsläran som utgavs på svenska på 1700-talet, av Johan von Hoorn, berättades om tre möjliga förlossningsställningar; den stående, den sittande och den liggande ställningen (Höjeberg, 1991).

Enligt en studie av Kvist, Damiati, Rosenqvist & Sandin-Bojö (2011) framgår att flertalet kvinnor föder i en liggande eller halvsittande ställning; 27,8 % av kvinnorna

födde i en upprätt förlossningsställning. Detta är en minskning från en tidigare nationell studie i Sverige där 34,7 % av kvinnorna födde i en upprätt förlossningsställning (Sandin-Bojö & Kvist, 2008).

World Health Organisation rekommenderar att en födande kvinna skall kunna inta vilken förlossningsställning hon önskar, men bör undvika en lång period av planläge. Under pågående förlossning, bör hon av sin barnmorska uppmuntras till att pröva sig fram med vilken förlossningsställning som känns mest komfortabelt och ska få stöd i sitt val. Förlossningspersonal behöver utbildning i att stödja och förlösa vid andra förlossningsställningar än i liggande ställningar. Då blir de inte en hämmande faktor i valet av förlossningsställning (WHO, 1996).

Definitioner

För att läsaren ska få bättre förståelse för de olika facktermerna som används i detta arbete, har vi valt att definiera och förklara begreppen: förlossningsställningar, utdrivningsskede, bristningar, perinealskydd och normal förlossning. I studien används benämningen hon, om barnmorskan. Valet grundar sig på att samtliga barnmorskor som deltog i studien var kvinnor. Vidare används ordet förlösa, då denna term var den mest frekvent använda av barnmorskorna i studien.

Förlossningsställningar

Förlossningsställningarna har delats in i två grupper, upprätta förlossningsställningar och icke upprätta förlossningsställningar.

Upprätta förlossningsställningar definieras av positioner där en tänkt vertikal linje förbinder den tredje och femte ländkotan, därtill är den tredje ländkotan placerad högre än den femte ländkotan (Coppen, 2005).

Upprätta förlossningsställningar är enligt Coppen (2005) samt Gottvall, Allebeck & Ekéus (2007) följande:

- Förlossningspall, kvinnan sitter upprätt på en låg pall. Hon lägger tyngden och vilar på sina skinkor. Partnern kan sitta bakom kvinnan som ett stöd.

- Knästående, kvinnan står på och lägger tyngden främst på knäna. Kvinnan kan vara knästående i sängen eller på golvet, hon lutar sig framåt och vilar på händerna, mot sängens huvudgärde eller mot annat stöd.
- Huk, kvinnan vilar främst på fötterna. Benämns ofta som den mest naturliga förlossningsställningen då det är den kvinnan oftast själv väljer.
- Stående, kvinnan lägger vikten främst på fötterna. Kvinnan lutar sig mot sin partner eller mot möbler.

Det finns dessutom ett antal variationer av ovan nämnda förlossningsställningar, till exempel med stöd av partner, rep, stolar eller bord. Stående på alla fyra med händer och knän mot underlaget, är däremot inte en upprätt förlossningsställning eftersom ryggraden då inte är vertikal (Coppen, 2005).

Icke uppräta förlossningsställningar definieras som positioner där kvinnan ligger ned på ryggen med ett huvudstöd till högst 45 grader från horisontalplanet (Coppen, 2005).

Icke uppräta förlossningsställningar enligt Coppen (2005) samt Gottvall, Allebeck & Ekéus (2007) är följande:

- Ryggläge, kvinnan ligger platt på rygg.
- Liggandes på sidan, kvinnan ligger på sidan med ett ben uppdraget, benet kan avlastas i ett benstöd eller med en kudde mellan benen.
- Gynläge, kvinnan ligger på rygg med låren isär och knäna böjda, benen vilar i benstöd.
- Halvliggande, kvinnan ligger på sängen i en halvliggande position. Kuddar eller kilkudde används för att stödja ryggen. Vinkeln är lika med eller mindre än 30 grader.

Utdrivningsskede

Utdrivningsskedet är det sista skedet under förlossningen som i sin tur delas in i två faser. Den första fasen startar då modern munnen är fullvidgad, nedträngningsfasen avslutad och pågår tills det att barnets huvud står slutroterat mot bäckenbotten. Den

andra fasen av utdrivningsskedet startar då kvinnan vill krysta spontant, fasen slutar då barnet är framfött (Nordtröm & Wiklund, 2008).

Bristningar

Bristningar delas in i fyra grupper:

- Första graden, innebär en bristning i vaginalslemhinna, introitus och/eller perineum, men inte underliggande vävnad.
- Andra graden, innebär en bristning i vaginalslemhinna, introitus, hud och muskler i perinealvävnad, men inte i analsfinktern.
- Tredje graden, innebär en bristning i yttlig vävnad, muskler i perineum och del eller hela analsfinktern, dock ej rektalslemhinnan.
- Fjärde graden, innebär en totalruptur, bristning in i rektalslemhinnan (Hogg, 2009).

Perinealbristning är en bristning i mjukdelarna mellan slidöppningen och ändtarmsöppningen, bristningar kan uppstå under förlossningens utdrivningsskede (Socialstyrelsen, 2009).

Perinealskydd

Under utdrivningsskedet kan perineum vitna på grund av försämrade blodtillförsel och vävnaden blir då mindre eftergivlig (Lindgren, Rehn & Wiklund, 2014). I en Cochrane review påvisas att förekomsten av vaginala bristningar minskar då barnmorskan håller en varm handduk mot perineum (Aasheim, Nilsen, Lukasse & Reinart, 2011).

Ritgens handgrepp används för att underlätta barnets framfödande och skydda perineum. Barnmorskan placerar sin ena hand på barnets huvud, med handen hålls ett tryck emot och huvudet styrs uppåt mot symfyisen. Den andra handens fingrar placeras bakom anus för att på så vis palpera barnets haka. Under värk, för barnmorskan, med hjälp av barnets haka, huvudet uppåt mot symfyisen för att på så vis avlasta perineum (Lindgren, Rehn & Wiklund, 2014).

Normal förlossning

WHO (World Health Organization, 1996) definierar en normal förlossning som: Graviditeten bedöms som lågriskgraviditet från förlossningens början till slut. Förlossningen startar spontant mellan vecka 37+0 och 41+6, barnet föds i huvudbjudning och förlossningen fullbordas inom rimlig tid utan några komplikationer. Mor och barn ska må väl efter förlossningen.

Fördelar med upprätta förlossningsställningar

Gupta & Nikodem (2000), belyser att det finns flera fysiologiska fördelar med upprätta förlossningsställningar. I en upprätt ställning gynnas kvinnan av kraften från tyngdlagen vilket medför minskad risk för aorta cava kompression. Vidare förbättras syra-bas värdet på det nyfödda barnet och ger mer effektiva sammandragningar. Bäckens diameter vidgas ytterligare och därmed ökar förlossningskanalens area optimalt i en ställning på huk eller i knästående ställning.

Kvinnors behov och eget beslut inför förlossningen

I en kvalitativ studie från Holland framkom att kvinnor tyckte det var väsentligt att få information om olika förlossningsställningar av barnmorskan och förväntade sig även detta. Denna information tyckte de var viktig i förberedelsen inför förlossningen. De kvinnor som hade fått information hade i ett tidigt stadiet kunnat träna olika förlossningsställningar. Kvinnorna som deltog i förlossningsförberedande kurser hade erhållit information om olika förlossningsställningar av en barnmorska. Speciellt praktiska övningar var av värde. Råden som kvinnan fick av barnmorskan var de som hade störst betydelse i valet av förlossningsställning (de Jonge & Lagro-Jansen, 2004).

Thies-Lagergren (2013) har visat att man stärker kvinnans känsla av delaktighet om hon har valt en upprätt förlossningsställning, vilket leder till en ökad tillfredsställelse av kvinnans upplevelse av förlossningen.

I en studie av Lavender, Walkinshaw & Walton (1999) framgår det att majoriteten av kvinnorna önskade ta egna beslut beträffande deras förlossning. De viktigaste

besluten för dem handlade om val av vem som skulle vara närvarande under deras förlossning, val av smärtlindring samt vilken förlossningsställning de skulle föda i.

Det har påvisats att det finns ett samband mellan hur nöjd kvinnan är med sin förlossningsupplevelse och personlig kontroll under förlossningen. Att hjälpa kvinnor att öka deras personliga kontroll under förlossningen kan öka kvinnornas tillfredsställelse av förlossningen (Goodman, 2004). En känsla av kontroll är även relaterad till friheten att kunna röra sig och valet av förlossningsställning (Gibbins & Thomson, 2001). Det viktiga för kvinnan är inte i sig att ha kontroll eller att vara i kontroll, snarare att ha en känsla av att ha möjlighet för att kunna påverka valet av förlossningsställning (Green, Coupland & Kitzinger, 1990).

Beslutsprocessen i hälso- och sjukvården

För beslutsfattandet inom sjukvården finns det ett behov av kombinerade insatser som leder fram till ett beslut. Gemensamt beslutsfattande syftar till att professionell expertis förs samman med patientens värderingar och preferenser. Informationen kommer från två riktningar, den professionella, som delar med sig av all relevant information och från patienten, som delar med sig av sin personliga information, sina preferenser och värderingar. Patientens bidrag kan variera utifrån vilken typ av beslut eller under vilka omständigheter beslutet fattats, t. ex kan stress eller smärta påverka ett beslut. Under graviditet och förlossning är ett gemensamt beslutsfattande en dynamisk process. Den innefattar en dialog som gör det möjligt för kvinnan att fatta ett beslut och göra ett val, men även att ångra ett tidigare fattat beslut eller val. Överläggningen sker därefter mellan patienten och den professionella. Både samtal och stöd är viktigt för att nå ömsesidig förståelse (Edwards, 2004); (O'Cathain, Thomas, Walters, Nicholl & Kirkham, 2002).

Problemområde

Det är betydelsefullt för kvinnan att vara informerad om olika möjliga förlossningsställningar samt att vara delaktig i beslutet om förlossningsställningen vid förlossningen (de Jonge & Lagro-Jansen, 2004; WHO, 1996). Kvinnan önskar själv eller tillsammans med barnmorskan besluta om vilken förlossningsställning hon skall föda i (Lavender, Walkinshaw & Walton, 1999). Om barnmorskan stödjer kvinnan i att uppnå en känsla av kontroll under förlossningen, stärks kvinnan i sitt beslut att påverka förlossningsställningen, vilket leder till en positiv upplevelse av förlossningen (Goodman, 2004; Gibbins & Thomson, 2001). Föder kvinnan i en upprätt ställning stärker det hennes känsla av delaktighet vilket är av betydelse för en positiv förlossningsupplevelse (Thies-Lagergren, 2013). Majoriteten av kvinnor i Sverige föder dock idag i en icke upprätt ställning (Kvist, Damiati, Rosenqvist & Sandin-Bojö, 2011) och ges således inte samma möjlighet till de fördelar som en upprätt förlossningsställning innebär.

Därför är det relevant att undersöka vilka erfarenheter barnmorskan har av valet av förlossningsställning vid en normal förlossning i utdrivningsskedet samt undersöka vad som påverkar beslutsprocessen vid valet av förlossningsställning.

Syfte

Syftet är att beskriva vad som påverkar valet av förlossningsställning under utdrivningsskedet vid en normal förlossning ur barnmorskans perspektiv.

Metod

En kvalitativ ansats valdes, vilket ger en möjlighet till djupare analys och därmed en bättre förståelse av människors åsikter och erfarenheter. Intervjuerna skedde i fokusgrupper vilket innebär att grupper av informanter samlas. I grupperna sker relativt fria diskussioner om ett givet ämne, diskussionerna styrs av en moderator som leder samtalet. Valet av fokusgrupper som metod grundade sig på att ge informanten utrymme för sin berättelse, vilket ansågs som lämpligt då vad som påverkar valet av förlossningsställning studerades (Wibeck, 2011).

Eftersom vi skrev om liknande ämne som två kurskamrater genomfördes ett samarbete med dem. Totalt genomfördes fem fokusgruppsintervjuer. Tre av intervjuerna utfördes av oss och våra kurskamrater utförde resterande två intervjuer. Därefter tog vi del av varandras transkriberade material.

En semistrukturerad intervjuguide med sex öppna frågor samt probing questions, uppföljningsfrågor, utformades och användes under intervjuerna (bilaga 1). Fokusgruppsstudier är vanligen semistrukturerade vilket innebär en sammanställd intervjuguide som består av olika frågeområden. Vidare lämpade sig semistrukturerade fokusgrupper då studien var explorativ, vilket innebär att det var människors resonemang som utforskades (Wibeck, 2011).

Urval

Målsättningen var att utföra fyra fokusgruppsintervjuer samt att varje fokusgrupp skulle bestå av tre till fem informanter, följande ansågs rimligt utifrån den tidsram vi hade till vårt förfogande. Det råder olika syn på hur stor en fokusgrupp bör vara, men omkring fyra till sex deltagare anses rimligt (Wibeck, 2011).

Kontakt med avdelningarna togs i första hand med verksamhetschefen per telefon, i syfte att undersöka om det var möjligt att genomföra intervjustudien med barnmorskor från kliniken. Därefter skickades en skriftlig förfrågan via mejl innehållandes information om studiens syfte (bilaga 2). De kriterier som ställdes var att informanterna skulle vara yrkesverksamma på en förlossningsklinik samt ha arbetat i minst sex månader. Verksamhetscheferna förmedlade informationen vidare samt hjälpte till med rekrytering av barnmorskor.

Fem fokusgruppsintervjuer genomfördes, vilka utfördes på fem olika förlossningskliniker i Stockholms län. Tre av fokusgruppsintervjuerna hade fem deltagare, en fokusgrupp bestod av fyra deltagare och i den resterande fokusgruppen deltog tre personer, totalt deltog 22 informanter.

Datainsamling

Datainsamling har skett genom semistrukturerade fokusgruppsintervjuer som utfördes mellan 11 september – 19 september 2014. Innan intervjuerna utfördes, genomfördes

en pilotintervju. Anledningen till pilotintervjun var att vi som intervjuare fick möjligheten att öva intervjutekniken, bedöma om tidsramen var rimlig samt om frågorna hade ett tillräckligt omfång.

Öppna frågor ställdes under intervjuernas gång, informanterna diskuterade därefter fritt, probing questions, uppföljningsfrågor ställdes vid behov. Intervjuernas längd varierade mellan 35 minuter till 65 minuter, samtliga intervjuer utfördes på respektive förlossningsklinik. Moderatörrollen och assistentrollen intogs vid varannat intervjutillfälle. Moderatören ledde intervjuerna och assistenten förde anteckningar samt gav en muntlig sammanfattning i slutet av intervjun. Sammanfattningen bidrog till att barnmorskorna kunde anse sig nöjda med diskussionen eller välja att lägga till något. Samtliga intervjuer spelades in.

Dataanalys

En induktiv ansats valdes med vilket åsyftas en icke värderande textanalys av berättelser om människors upplevelser (Graneheim & Lundman, 2008). En kvalitativ innehållsanalys utfördes enligt Graneheim och Lundman (2004) (bilaga 3). I ett första steg transkriberades samtliga intervjuer ad verbatim. Texterna lästes igenom flertalet gånger för att på så vis få en känsla för helheten. De två fokusgruppsintervjuer som utfördes av kurskamraterna lyssnades även igenom, därmed kunde stämningen som rådde under intervjuerna tas in. Studiens syfte hölls i åtanke under all tid som bearbetningen av analysen pågick. I nästa steg togs relevanta meningar, som svarade till studiens syfte, ut från texten. Dessa så kallade meningsbärande enheter kodades därefter med öppen kodning. Kodningen bestod av textnära ord eller meningar vilka återspeglade och beskrev kortfattat det centrala budskapet. Därefter sorterades texten efter koderna och liknade koder kunde följaktligen bilda en kategori. Samtliga koder klipptes ut och sorterades och subkategorier bildades. Slutligen utkristalliserades ett huvudtema, genom att den underliggande meningen i kategorierna sattes samman. Ett sammanhang kunde följas genom meningsbärande enheter, koder, subkategorier och kategorier vilket bringade fram den underliggande meningen, det vill säga huvudtemat.

Etiska aspekter

Då vi valde att intervjua personal i föreliggande studie krävdes inget etiskt tillstånd. Informanterna, barnmorskorna, var ingen utsatt eller sårbar grupp. Informanterna valdes för att resultatet skulle bli användbart i den kliniska verksamheten (Medicinska forskningsrådet, 2000).

Informanterna fick skriftlig samt muntlig information (bilaga 2). Informationen innehöll studiens syfte, metod samt författarnas institutionstillhörighet. Informanterna fick information om rätten till frivilligt deltagande, rätt till att avbryta sitt deltagande när de önskade utan att behöva uppge anledning till avbrytandet samt rätten till konfidentialitet (World Medical Association, 2008). Intervjumaterialet kodades med kodnummer vilket gjorde att materialet inte kunde kopplas ihop med informanten. Allt material förvarades inlåst under studiens gång och kommer att destrueras då studien är avslutad (Polit & Beck, 2013).

Informanterna skrev under ett informerat samtycke innan intervjuerna påbörjades enligt Helsingforsdeklarationen (bilaga 4) (World Medical Association, 2008).

Resultat

Beskrivning av informanterna

Informanterna, barnmorskorna, som deltog i studien var yrkesverksamma på fem olika förlossningskliniker i Stockholms län. Antal år barnmorskorna varit yrkesverksamma inom förlossningsvården varierade mellan fem månader och 45 år, med ett medelvärde på åtta år och nio månader. Hur länge barnmorskorna hade arbetat på den aktuella kliniken varierade mellan ett halvår till 17 år, med ett medelvärde på tre år och sju månader. Barnmorskornas ålder varierade mellan 31 år och 65 år, med ett medelvärde på 42 år. Samtliga barnmorskor var kvinnor.

Huvudtema

Det har framkommit ett huvudtema ur fokusgruppsintervjuerna; ”Barnmorskans val av förlossningsställning”

Huvudtemat består av flera kategorier och subkategorier. Resultatet visade att barnmorskan påverkades av en eller flera faktorer i valet av vilken förlossningsställning som blir aktuell under utdrivningsskedet. Vad som påverkade barnmorskan var beroende på omständigheterna som rådde för det enstaka tillfället.

Tabell 1 visar exempel på hur innehållsanalysen genomfördes.

Tabell 1. Del ur innehållsanalysen.

Meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori	Huvudtema
När jag jobbade på ett annat sjukhus innan jag började här, för rätt många år sedan, där var det ganska ofta eller ibland, madrasser på golvet. Men idag skulle jag inte ställa upp på det. Jag var betydligt yngre då... och ryggen skulle inte fixa det idag. För då var det verkligen att hålla perinealskydd nere på golvet. Jag skulle inte göra det idag.	Förlöste på golvet för många år sedan. Ryggen fixar inte det idag, skulle inte ställa upp på det idag.	Barnmorskans arbetsställning.	Arbetsförhållanden.	Barnmorskans val av förlossningsställning.
Blir det dåliga fosterljud och man ska lägga en klocka så vill man ju ha kortbädd och gynställning direkt liksom...	Vid dåliga fosterljud och klocka vill man ha gynställning direkt.	Övervakning av fostret och förlossningsprogressen.	Handläggning.	Barnmorskans val av förlossningsställning.
Att någon syster eller någon annan har rekommenderat, för det vet vi ju också, vad mina väninnor har gjort är jag också väldigt intresserad av och vill göra likadant.	Någon rekommenderar, kvinnan vill göra likadant.	Kvinnans förkunskap och hennes förtroende för barnmorskans kunskap.	Kvinnans behov och autonomi.	Barnmorskans val av förlossningsställning.

Kunskap och förhållningssätt

Barnmorskans utveckling av klinisk kunskap

I intervjuerna framkommer att barnmorskan integrerar sin teoretiska kunskap med praktisk erfarenhet av olika förlossningsställningar.

Barnmorskan bygger upp klinisk kunskap om olika ställningar som påbörjas redan som student under den verksamhetsförlagda utbildningen. Barnmorskestudenten tar efter och lär sig de förlossningsställningar som handledaren utövar. Denna kliniska kunskap påverkar vilka förlossningsställningar en nyexaminerad barnmorska har som utgångspunkt inför yrkeslivet.

"Men när jag gick student hade jag bara varit med under förlossningar under hela tiden som var antingen på sidan eller halvsittande. Så jag var aldrig med överhuvudtaget med om något annat. Jag känner mig lite osäker; jag har väl haft fem på knä." (B5)

"Men jag tror att det är erfarenhet, att om man går som student och aldrig har haft en pallförlossning och aldrig haft en knäförlossning så är det inte det första man slänger sig på när man kommer ut i verkligheten, om man inte sett det." (B3)

Barnmorskor med kort arbetslivserfarenhet uttrycker att de föredrar att förlösa i de ställningar de initialt lärde sig och därmed känner sig trygga i. Senare utvecklar barnmorskan sin praktiska kunskap om andra förlossningsställningar. Denna nya kunskap erhåller de från sina barnmorskekollegor.

"Sedan tror jag när man är ny barnmorska som jag fortfarande är, så det väl också det att vissa ställningar känner man sig väldigt trygg i." (B5)

"När jag började jobba så blev jag påverkad av de som jag jobbade med. De pratade om det här med fyrfota och jag hade kanske jobbat ett halvår och då säger någon att fyrfota är jättebra. Då gick jag igenom momenten med den barnmorskan några gånger, då kände ju jag att det här känns ju bra, jag förstod." (D1)

Barnmorskans preferens

Den kliniska kunskap barnmorskorna bygger upp gäller de förlossningsställningar, som hon känner sig van vid och är bekväm med. Detta kan medföra att hon föredrar och favoriserar en viss förlossningsställning.

"Det beror på erfarenhet och vad man är van vid och det är klart, det är bättre att hålla på med något som man är van vid." (A3)

"Och det är likadant med förlossningsställningar att om det går så går det. Jag brukar köra lite olika faktiskt, men man har sina favoriter." (C3)

"Och jag som är så gammalmodig, jag tycker bäst om gynställning. Jag upplever att jag har väldigt lite bristningar eftersom jag förlöser bättre så. Så jag tycker bäst om den. Då är det lite egoistiskt tänkt förstås." (A2)

Arbetsförhållanden

Rummets utformning och utrustning

Det som även framkom i intervjuerna är att rummet på ett par kliniker medvetet är utformat på ett sätt som främjar kvinnan att föda i upprätta ställningar. Möbleringen i rummet uppmuntrar inte kvinnan till att ligga ned. Har sängen en central plats i rummet, kan den inbjuda till att det är just där förlossningen är meningen att ske. I stället finns en födelsepall tillgänglig i varje rum och sängens gavel är upphöjd så sängen tar form som en fåtölj.

”Man måste utforma rummet också så att man inbjuder till det här med upprätt som vi har... alltså våra förlossningssängar ser ut som, att här ligger man inte ner utan här sitter man, även om den är tom. Så när man kliver in i rummet så får man signalen i alla fall att här är det upprätt som gäller.”(D2)

Det visade sig även att förlossningsrummet kan begränsa val av förlossningsställning, på grund av att rummet upplevs som för trångt, vilket kan begränsa kvinnans rörlighet att inta vissa positioner. Ett trångt rum begränsar även barnmorskans arbetsställning. Utrustning kan också påverka valet av förlossningsställning, till exempel kan en förlossningssäng som inte fungerar leda till att en förlossningsställning som egentligen föredras inte går att använda. Tillgång till modern utrustning kan öka kvinnans rörelsefrihet och tvärtom kan omodern utrustning begränsa den.

”Sen själva utrustningen, vad man har för utrustning? Kan man använda den till den position som man har föreslagit till patienten? Fungerar den där sängen? Jag har fortfarande sängar som inte fungerar med benstöd till exempel om du vill ha på sidan. Så där är patienten tvungen att välja en viss position av den anledningen.”(E3)

”Men också om de har CTG, då kommer de ju inte så jäkla långt heller. Så är det ju ganska inskränkande om man nu har det. Då har man ju en begränsad radie när man är kopplad liksom.”(A3)

Förlossningsklinikens kultur

Förlossningsklinikens mål och riktlinjer samt den kultur som råder på kliniken spelar stor roll för vilken förlossningsställning barnmorskan föredrar. På några förlossningskliniker finns det uttalade mål för hur många förlossningar som ska vara upprätta. Alla barnmorskorna uttrycker att de vill följa kvinnans önskemål om förlossningsställning, men den kultur som råder på kliniken påverkar henne i stor

utsträckning. Några barnmorskor menar att kulturen är så starkt förankrad att det faktiskt bromsar barnmorskans utveckling av kunskap om olika förlossningsställningar.

"Och jag kan tycka att det är lite sorgligt, för det här med olika kulturer på olika kliniker. Alltså, det finns ju barnmorskor som kanske kommer från andra kliniker, ibland har gått student någon annanstans, de har aldrig sett ens en knästående, pall, aldrig varit med om det och man är klar! Vi ska ha det på alla kliniker, kvinnan ska kunna föda i vilken ställning som helst och vi ska kunna... det är, nej jag tycker det är sorgligt..."(D3).

"Det är mer att det är intressant det där, att det kan skilja så mycket mellan sjukhus, beroende vilken kultur man har inom arbetsgruppen. Även om vi alla upplever att vi gör det kvinnan vill, att det ändå finns så mycket bakomliggande..."(A3).

Samarbete med kollegor

Barnmorskorna menar att samarbetet med andra yrkeskategorier kan påverka valet av förlossningsställning. Ett gott samarbete kollegor emellan ger barnmorskan en känsla av trygghet. Stöd och uppmuntran från kollegor kan göra att barnmorskan även provar och lär sig andra positioner. Ibland kan en kollega vara negativt inställd eller vara oerfaren av att arbeta med en viss förlossningsställning, vilket kan göra att en specifik förlossningsställning inte blir aktuell. Några barnmorskor nämner också att läkaren påverkar, trots att dennes uppgift ibland endast är en punktinsats, till exempel att ta ett laktat.

"Jag skulle nog kunna tänka, hade jag någon som var jätteerfaren (undersköterska) och man har en mamma som man skulle kunna tänka att hon kanske skulle kunna blöda efteråt. Jag vet inte om jag skulle haft henne på pallen för att, man vet att de vana undersköterskorna bara ser till att tjoff, tjoff, tjoff och så är hon uppe i sängen och så är allting klart. Medan annars måste man ta ganska stort ansvar själv..."(C2).

"Men jag tycker faktiskt läkarna också. Man kanske behöver ta ett laktat som vi gör då utifrån en CTG-förändring och man krystar aktivt. Då tycker jag ofta det är, många läkare har ju indirekt då, fastän laktatet är normalt, så har de en önskan om att den här bebisen ska ut för att man har den där CTG-förändringen. Och de vill liksom aldrig frikänna de här barnen. Framförallt förstföderskorna, då har de på något sätt en halv suglockeberedskap i bakhuvudet..."(E2).

Barnmorskans arbetsställning

Barnmorskans egen arbetsställning visade sig bidra till vilken förlossningsställning som väljs. Däremot var inte alla så medvetna om sin arbetsställning under sin första

tid som barnmorska, och tyckte då att det fungerade bra att till exempel sitta på golvet eller böja sig över ett badkar. Medvetenheten avseende val av arbetsställning har för många dock ökat när de arbetat en längre tid, i takt med att de upplevt besvär med rygg eller händer. Förlossningsställningar som sidoläge, på födelsepallen och positioner på golvet nämns som besvärliga att arbeta i för några barnmorskor. Ett fåtal barnmorskor uttryckte inte arbetsställningen som något större problem, utan menar att det finns lösningar för att hitta en egen bekväm arbetsställning.

”När det gäller arbetsställning, ja man har ju krälat runt på golvet, legat under och stått på knä och gjort massor med grejor, legat i badet och... det är katastrof för ryggen att förlösa i badkar. Och står man då (själv upprätt), du behöver inte böja dig, du behöver inte göra någonting, du står ordentligt då har du full kontroll över allt liksom. Då tycker jag att det är bäst och jag får minst ont i ryggen så. Annars så har man ju ständigt ont i ryggen eller ont i axlarna. Jag har opererat händerna, två gånger den och tre gånger den (pekar på höger respektive vänster hand).” (A2).

”När jag jobbade på ett annat sjukhus innan jag började här, för rätt många år sedan, där var det ganska ofta eller ibland, madrasser på golvet. Men idag skulle jag inte ställa upp på det. Jag var betydligt yngre då... och ryggen skulle inte fixa det idag. För då var det verkligen att hålla perinealskydd nere på golvet. Jag skulle inte göra det idag.” (B3).

”Det beror på hur villig man är att krypa runt, höll jag på att säga. Jamen, det är ju alltså en faktor... Alla vill ju ha bra översikt, det kanske är att man har ont i ryggen och man liksom inte pallar, men det mesta brukar ju gå att lösa för det mesta.” (A3).

Tiden

Barnmorskorna menar även att tiden är en faktor som påverkar henne, om hon är ansvarig för flera förlossningspatienter har hon inte samma möjlighet att fokusera på förlossningsställningen och kvinnans förlossningsupplevelse. Har barnmorskan däremot tid, kan hon vara närvarande inne på förlossningsrummet och har möjlighet att koncentrera sig på kvinnan.

”Om jag bara har en förlossningspatient, här nu på rummet. Då har jag tid att fokusera på att ha henne på pall. Men har jag två patienter, då är det viktigt att barnet kommer ut friskt och mår bra, mamman får inte så ful bristning och så... Men som idag hade jag hur mycket tid som helst, jag var inne på rummet, då hade jag tid att engagera mig i patienten på helt annat sätt.” (B1)

Handläggning

Övervakning av fostret och förlossningsprogressen

Samtliga barnmorskor är överens om att fosterljuden och barnets välmående är viktigast för val av förlossningsställning. Det vill säga att barnets hälsa går före kvinnans förlossningsupplevelse. Ett avvikande CTG leder i de flesta fall till ett byte av förlossningsställning. En del barnmorskor menar att det ofta blir ett ställningsbyte till gynläge, för att på så sätt upprätta en beredskap för en eventuell medicinsk intervention.

"Men nummer ett för oss är ju liksom, hur mår barnet? Det går ju före allt, alla andra faktorer liksom." (C5).

"Blir det dåliga fosterljud och man ska lägga en klocka så vill man ju ha kortbädd och gynställning direkt liksom..." (A2).

"Sedan blir det lite mindre slump om man håller på länge och det blir fula fosterljud, då känner man ju att nu behöver vi kanske lägga upp i gynläge... Eller, det är väl oftast så man resonerar." (B5)

Att förlossningen framskrider nämner samtliga barnmorskor som centralt för val av förlossningsställning. När förlossningen inte framskrider uttrycker barnmorskorna att kvinnor uppmuntras till att byta ställning.

"Om hon ligger på sidan och krystar och det händer ingenting och då kommer man runt på knä och då kommer bebisen. Då känns det ju som att det är ju så här du ska vara när du föder barn eller tvärtom, såhär kan du inte stå, bebisen börjar krokna och det händer ingenting." (A1).

"Vilken ställning som helst där det inte går framåt är ju negativ. Ibland är knästående, det går inte, benen skakar, de spänner sig och kutar rygg. Men då är det ingen bra förlossningsställning för den kvinnan. En förlossningsställning där kvinnan inte hittar, liksom rätta muskler att krysta med och där det inte går framåt. Det tycker jag är en dålig förlossningsställning, men den är individuell." (B2).

Perinealskydd

Barnmorskorna beskriver att de är mycket angelägna om att hålla ett fullgott perinealskydd. De upplever att kvinnor är mycket måna om att barnmorskan håller emot. Det är därför viktigt att barnmorskan har utrymme och kan komma åt för att kunna hålla emot på bästa sätt. Några barnmorskor väljer att inte använda vissa

förlossningsställningar (t ex förlossningspallen) eftersom de inte kan komma åt eller hålla emot i den positionen.

”Jag upplever ju att många pratar jättemycket om att de vill ha ett jättegott perinealskydd och då försvinner ju vissa ställningar, eller i alla fall för mig, det kanske är för att jag är ny, men det är inte lika lätt att hålla ett gott perinealskydd i alla ställningar.”(E2)

”För mig är det positivt att jag kan hålla ett ordentligt perinealskydd, det händer inte så ofta att vi inte får plats med handen på grund av någon position men man får ta upp frågan igen med mamman, då kanske man kan ändra beslutet ibland.”(E3).

Några barnmorskor anser att sidoläge kan minska risken för bristning därför att de har god uppsikt över perineum. En god uppsikt har de även när kvinnan ligger i gynställning. Nackdelarna som framkom med pallförlossning är främst att barnmorskorna upplever att det är svårt att hålla perinealskydd. Vidare uppfattar de att bristningarna kan bli något större, och att de är medvetna om risken för större blödning och att perineum lätt kan bli ödematöst. Majoriteten av barnmorskorna anser att de har goda erfarenheter av att kvinnor brister mindre när de ligger på sidan. I denna förlossningsställning har de också god uppsikt över perineum.

”Man får ju väldigt bra uppsikt över perineum när hon ligger på sidan.”(B3)

”Men också att de (kvinnorna) tänker på det, de har hört att man ska göra si och så för att minska risken för stora bristningar. Men för att barnmorskan ska kunna hålla perinealskydd, det är också de flesta måna om, att man ska komma till liksom”.(A3).

”Till exempel de som har haft en sfinkterskada. Då skulle det kännas bra om kvinnan stod i fyrfota i det läget.”(D1)

Kvinnans behov och autonomi

Kvinnans förkunskap och hennes förtroende för barnmorskans kunskap

Barnmorskorna beskriver att de flesta kvinnorna går någon form av föräldrautbildning eller förlossningsförberedande kurs. De menar att den utbildningen som ges via mödravården i hög utsträckning påverkar kvinnornas kunskap om förlossningsställningarnas betydelse. Barnmorskorna upplever även att kvinnorna tar

del av information från väninnor och släktingar. Det ger kvinnorna ett visst mått av förkunskap men den ser mycket olika ut.

"Utan det är för att man har fått information från mödravården och alla pratar med varandra, väninnor och jobb..."(A2)

"Att någon syster eller någon annan har rekommenderat, för det vet vi ju också, vad mina väninnor har gjort är jag också väldigt intresserad av och vill göra likadant."(D2)

Det framkommer i intervjuerna att barnmorskorna uppfattar att majoriteten av de kvinnor som skrivit brev inför förlossningen sällan har önskemål om någon särskild förlossningsställning. Detta ses inte heller i särskilt stor utsträckning i sammanfattningen från mödravårdsjournalen. Barnmorskor beskriver en avsaknad av dokumentation angående önskemål om förlossningsställning.

"Speciellt de som kommer med sina förlossningsbrev, där saknar man också, man har gått igenom allting utom förlossningsställningen."(E3)

Barnmorskorna menar att ungefär hälften av kvinnorna är väl pålästa inför sin förlossning och har kunskap om olika förlossningsställningar och andra hälften är oförberedda. Av de oförberedda kvinnorna framkommer att vissa medvetet väljer att inte vilja veta så mycket i förväg om förlossningen. Få barnmorskor uttrycker att kvinnor påverkas av trender. Barnmorskorna uppfattar att kvinnorna har ett stort förtroende för deras yrkesmässiga kunskap, vilket gör att några kvinnor låter barnmorskan helt bestämma vilken förlossningsställning hon ska föda i.

"Men frågan var ju lite grann, hur man är förberedd och vad man har tänkt innan man kommer hit. De (kvinnorna) är lite så där. Jag har inte läst så mycket, jag vill inte veta så mycket till exempel. Det finns ju de som är så. Jag vill se vad som händer och ta det som det kommer. Men sedan finns det ju de som är väldigt pålästa eller att man inte är pålästa och vet ändå liksom."(D1)

"Och de litar ju på oss, de gör ju det. De kan säga: Du vet nog bäst, vad som är bäst för mig."(B4)

"Hon verkligen litar på en. Men skulle man säga att det är bra för ditt barn om du håller det benet och liksom ruskar det lite utanför fönstret, så skulle de göra det."(C3)

Några barnmorskor uttrycker att de uppfattar att ålder och socioekonomiska faktorer ha betydelse för huruvida kvinnan är medveten om vilken förlossningsställning hon vill föda i.

"Vi jobbar med personer i en viss ålder som är väldigt medvetna eller i alla fall på detta sjukhus. Man läser mycket, man har... ja, det är inte så många som tar det som kommer om man kan säga så, utan man har anammat allt det där från början till slut liksom."(A3)

Eftersom omföderskor har erfarenhet av tidigare förlossning bär de på en praktisk förkunskap om förlossningsställningar vilket gör att deras önskan blir tydligare uttryckt.

"Ja men en del säger så här, jag födde så här förra gången. Det vill jag gärna göra igen, men det är ju omföderskor."(E1)

Kvinnans kulturella bakgrund

I intervjuerna framgår det att ett par sjukhus har upptagningsområden med en stor andel kvinnor med utländsk härkomst. Några barnmorskor uttrycker att kvinnor med utländsk härkomst sällan har en tanke om någon annan förlossningsställning än gynställning. Vidare upplever barnmorskorna att kvinnorna har en benägenhet att gärna vilja vara i sängen inte bara under utdrivningsskedet, utan under hela förlossningsförloppet.

"De (invandrarkvinnorna) litar på barnmorskan tycker jag. Jag frågar alltid, har du någon tanke om vilken ställning, eller så. Det är väldigt få kvinnor som vi har här, som jag har träffat, som säger hur de vill föda..."(B1)

"Det är ju jättesvårt att bara få de (invandrarkvinnorna) ur sängen... så man kan ju erbjuda... Och någon säger: Nej, nej, jag vill ligga så här."(B4)

Barnmorskorna upplever även att det är svårt att kommunicera med invandrarkvinnor. Kvinnorna uppfattas dock som tydliga och bestämda när det gäller förlossningsställning och de visar och uttrycker sig mer fåordigt eller med gester.

"Gynställning, det tycker jag faktiskt, vissa från... mellanöstern vill. De där, ta fram de där (pekar på benstöden). De (invandrarkvinnorna) tycker jag är jättebestämda med det. Det ska vara så."(C3)

Interaktionen med kvinnan

Barnmorskan kommunicerar med kvinnan genom kroppskontakt, kroppsspråk och ansiktsuttryck. Det framgår att barnmorskan är medveten om att hon påverkar kvinnan med sitt ansiktsuttryck, till exempel kan kvinnan läsa av barnmorskans ansiktsuttryck.

”Kroppsspråket, hur du andas, din mimik i ansiktet, allt det här tror jag styr jättemycket. Sedan tycker jag att ställningen handlar ju mycket om, det här alltså, vad jag har för kontakt. Både ögonkontakt och kroppskontakt.”(D2)

”De läser av mycket i ansiktet... nu ser du orolig ut, varför ser du ut så här?”(A2)

Möjlighet till interaktion mellan kvinnan och barnmorskan en viss förlossningsställning ger kan även påverka valet av förlossningsställning. Några barnmorskor uttrycker att förlossningsställningar där ögonkontakt inte är möjlig, inte är att föredra. I förlossningsställningarna knästående och fyrfota kan barnmorskan inte ha direkt ögonkontakt, och vissa uttrycker att det därför är viktigt att vara tydlig i all annan kommunikation. De menar att kvinnan är i stånd att ta in information genom alla sina sinnen. Det blir därmed en större utmaning för barnmorskan att kommunicera med kvinnan om de inte har ögonkontakt. Enstaka barnmorskor anser att sidoläge är en nackdel då kommunikationen hämmas på grund av att det är svårt att ha ögonkontakt med kvinnan.

”Det är den nackdelen jag tycker att det är med knästående att man inte får ögonkontakt. Annars så gillar jag knästående, men det gäller ju att man har kontakt med mamman utan att se henne i ögonen. ”(E5)

”Synen är ju bara ett av våra sinnen som vi använder oss av att kommunicera med... Det är ju få, tycker jag, kvinnor som vrålstirrar en i ögonen när de krystar utan oftast så blir det (kniper ihop ögonen) att de jobbar så.”(D2)

”Och så vill man ha ögonkontakt, vilket man får jobba lite mer för när de står på knä eller ligger på sidan, det tycker jag är viktigt.”(C5)

”Ibland kan det vara naturligt så att om man har fyrfota, så har man ju inte ögonkontakt. Då måste man ju vara tydlig i kommunikationen i övrigt.”(D1)

Med hjälp av kommunikationen kan barnmorskan skapa en trygghet för kvinnan och uppnå ett samspel med henne men även med partnern. Om barnmorskan uppnår ett bra samspel, då uppnås en avspänd känsla i rummet.

"Jag tycker det är mycket kommunikationen och det tror jag i alla fall för mig har varit kliniskt det som just har skapat en trygghet i att det får bli lite som det blir, vilken position hon har. Där handlar det ju om hur jag känner att jag har med mig kvinnan och hur hon känner sin kropp." (E2)

"Jag märker ju väldigt snabbt att den här relationen, det här, fungerar väldigt väl. Ja men, då tycker jag att då är den positionen rätt när jag känner att vi är on speaking terms, att vi har en jättebra kommunikation och förstår, hon förstår och jag förstår och partnern också." (D2)

Kvinnans situation och känslor

Intervjuerna visar att mot slutet av förlossningen är barnmorskan vaksam på kvinnans situation, gällande var hon hittar sin kraft, vad hon känner sig bekväm och trygg med. Barnmorskorna uttrycker att en positiv effekt av sidoläge är att kvinnan får krystimpulser och kraft. I ställningar som till exempel knästående och fyrfota anser en del barnmorskor att kvinnan kan känna sig utlämnad, blottad och obekvämt. Några anser att kvinnan hittar styrka och kraft i förlossningsställningar såsom på födelsepallen eller i knästående. De uttrycker att när kvinnan sitter på födelsepallen ger det en naturlig funduspress och de har lättare för att slappna av. Ett fåtal barnmorskor har erfarenhet av att gynställning kan vara ett gynnsamt krystläge och att barnet lättare kommer under symfyssen.

"Det är klart att ofta så behöver jag hjälp av någon som håller upp, men jag tycker att de liksom hittar en bra kraft och orkar på något vis, i det där läget (på sidan) " (B5)

"Vissa känner sig lite utsatta i vissa ställningar, som att stå på knä med rumpan och de ser inte." (A3)

"Pallen kan vara väldigt bra för förstföderskor också. Då får de en liten naturlig funduspress liksom, när de trycker lite på magen och så känner... får de krystningen, den blir mer naturlig på något sätt." (E5)

"Men å andra sidan, ett plus till gyn där för det kan också vara ett gynnsamt krystläge." (E2)

Några barnmorskor menar att kvinnan befinner sig i underläge när hon ligger i gynställning. De beskriver att hon är bunden i ställningen och har få rörelsemöjligheter.

"Utifrån kvinnans perspektiv, det här att man kan vara i ett sådant underläge, en blottad strupe och särade ben alltså. Hur många kvinnor är det som spontant väljer gynställning? Ja, det är kvinnor som tidigare fött i gynställning och då förstod de att, jag överlevde när jag låg i en sådan, så gör jag det den här gången också." (D2)

"Så det kan man ju tänka sig själv bara, om du skulle ligga helt platt på ryggen, i sängen eller hur det nu är. Och så är alla bara över huvudet på dig, hur utsatt man känner sig... Den känslan är ju helt annorlunda om man är upprätt, samma nivå som andra."(D3)

Det är normalt i förlossningens slutskede att kvinnans känslor tar över, menar några barnmorskor. Detta kan till exempel komma till uttryck genom panik, orkeslöshet och uppgivenhet. Dessa känslor är sällan bra för progressen. Barnmorskorna beskriver att de försöker vara lyhörda och stötta kvinnorna när känsloreaktioner uppstår.

Barnmorskan föreslår ibland i en sådan situation att kvinnan byter förlossningsställning.

"Jag hade en kvinna som sa att: Du får fan ta fram en lyftkran i så fall! Fast sedan ändrade hon sig, men man förstår ju den här väldigt primitiva känslan som dyker upp, för det är ju inte förståndet som de använder i den här situationen, man går ju på känslorna när man föder barn och när man har kommit så långt i förlossningsarbetet."(D2)

"Det där är något man får känna in och sedan brukar det oftast inte komma någon bebis i den ställningen om de är obekväma med det." (C1)

Upplevelser

Några barnmorskor berättar att de föredrar att förlösa i en viss förlossningsställning som de anser ger kvinnan eller paret en fin förlossningsupplevelse. Enligt samtliga barnmorskor är vinsten med pallförlossning att paret får en bra kontakt och en närhet som de kanske inte kan få i någon annan ställning. Partnern kan ge kvinnan både fysiskt stöd och trygghet i den ställningen. I knästående ställning får kvinnan ett fint första möte med deras nyfödda barn då hon själv kan lyfta upp och ta det till sig i sin egen takt, vilket barnmorskorna anser blir en fin upplevelse. Barnmorskorna upplever även att paret kan kämpa bra ihop, när kvinnan ligger på sidan.

"Jag har haft många med partnern där, man sitter på pallen, att han då känner sig mycket mer delaktig i födandet. Så delaktigheten från partnern upplever jag ändå, betydligt större än om hon ligger i gynläge. Det här med att se och höra... De var faktiskt ett. Han var bara strålande, så lycklig, ungefär... Det här var det närmaste en man kunde komma för att föda ett barn. Ja, det tycker jag var fint."(D2)

"Sen kan jag känna, som pallen till exempel, det kan ju vara en så otroligt häftig position för paret om de har bra kontakt och får sitta där tillsammans... Så kan det bli

så himla bra och då kan man nästan lite, då är ju det en toppenposition, när man ser att de smälter ihop.”(C2)

Kvinnans önskemål

Alla barnmorskorna uttrycker att de försöker uppfylla kvinnornas önskemål om förlossningsställning i den mån det går. Några beskriver att de är villiga att underkasta sig sina egna behov eller bekvämlighet för att ta hänsyn till kvinnans autonomi.

”Vill kvinnan det så ställer jag upp på det. Allt beror ju på vad hon säger.”(A2)

”Man utgår ju från att det ska bli bra för henne, och säger någon att jag vill föda stående, då får man ju bara... ja, okej... kanske bara ta in någon (en kollega) där och bara gilla läget liksom.”(E1)

Ibland blir det inte som kvinnan önskat sig, men flera barnmorskor beskriver att de försöker göra det som är bäst för kvinnan i den rådande situationen. Det kan vara att barnmorskan ser att kvinnan inte kommer orka till förlossningens slut men låter kvinnan få vara i den önskade förlossningsställningen så länge hon orkar.

”Många gånger så är det ju så att man låter de tro att de får bestämma. Vill de börja på knä så får de göra det, men märker man efter några värkar att det här går inte och hon spänner sig och allt så där, då brukar jag säga att vi provar det här istället och då börjar hon som hon ville, men sen vänder vi på henne, eller sidan... eller ja, vad det nu blir.”(A2)

Det framkom att det finns ett samband mellan progressens förlopp och hur mycket barnmorskan styr valet av förlossningsställning. Flera barnmorskor beskriver sin roll som motiverande och stöttande då det är god progress. Däremot har de en mer styrande roll vid en avtagande progress. Några barnmorskor uttrycker vikten av att ge kvinnan ett informerat val.

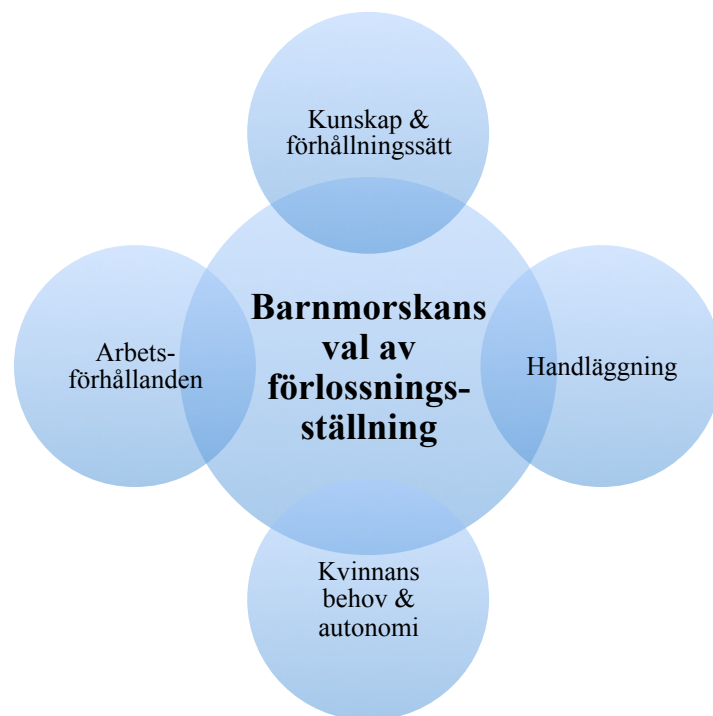
”Det är väl det där också, den där känslan att man ser att kvinnan känner sig stark, och att det resulterar i att det går framåt men också att man ser att hon är med i matchen. Och det får man ju hela tiden utvärdera.”(E2)

”Det handlar väl mera om att man ska ge kvinnorna ett informerat val. Alltså, hur vill du ha det? Nu har du kommit till det här läget, men nu kan vi inte göra så... jag menar, man har ju läst när folk skrev förlossningsbrev. Så kunde de ju skriva att: jag vill inte ha sugklocka... Men då får man ju informera att det kan inte vi garantera.”(B3)

Konklusion

Sammanfattningsvis framgår det av vår studie att barnmorskan påverkas av en eller flera av de ovan nämnda kategorierna. För barnmorskan pågår en ständig process i ställningstagandet inför val av förlossningsställning. Kategorierna som påverkar valet av förlossningsställning är föränderliga vilket barnmorskan tar hänsyn till. Modellen visar att kategorierna påverkar vad som styr barnmorskans val av förlossningsställning.

Figur 1. Huvudtema och kategorier.



Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka vad som påverkar beslutet av förlossningsställning ur barnmorskans perspektiv. Fem fokusgruppintervjuer genomfördes med tre till fem barnmorskor i vardera. Totalt inkluderades 22 informanter i studien som alla är yrkesverksamma inom förlossningsvården. Alla fokusgruppsintervjuer transkriberades ad verbatim och en innehållsanalys med induktiv ansats genomfördes. Resultatet är multifaktoriellt och ur vår analys utkristalliserades ett huvudtema: Barnmorskans val av förlossningsställning. Fyra kategorier hittades: Kunskap och förhållningssätt, Arbetsförhållanden, Handläggning och Kvinnans behov och autonomi. Det framkom även ett flertal subkategorier.

Det uppkommer under förlossningsarbetet situationer som påverkar barnmorskans strategi och därmed även valet av förlossningsställning. En upplagd strategi omvärderas när behov uppstår. Vid val av förlossningsställning påverkas barnmorskan av ovan nämnda kategorier och subkategorier. Några subkategorier kan barnmorskan påverka över tid men kan även styra valet av förlossningsställning i den aktuella situationen (t ex hennes kliniska kunskap, förhållningssätt och samarbete med kollegor). Andra subkategorier är mindre påverkbara över tid och styr tydligare valet av förlossningsställning (t ex förlossningsprogressen, ett avvikande CTG och barnmorskans fysiska begränsning).

Resultatdiskussion av "Barnmorskans kunskap och förhållningssätt"

Vårt resultat visade att alla barnmorskor inte behärskar att förlösa i alla förlossningsställningar; i synnerhet inte nya barnmorskor. Barnmorskan påverkas och skapar erfarenheter utifrån vad hon lär sig på den klinik där hon gjort sin verksamhetsförlagda utbildning. Under utbildningen påverkas hon av den kultur som råder på kliniken och tar sig an detta arbetssätt. Hon kommer troligen att förlösa som hon lärt sig eftersom det är de ställningar hon känner sig trygg med. I den holländska studien av de Jonge, Teunissen, van Diem, Scheepers och Largo-Jansen (2008) framkom liknande resultat. De förlossningsställningar barnmorskorna valde att arbeta med var positioner de lärt sig under sin utbildning och under den första tiden som

barnmorska. Det var de förlossningsställningar barnmorskan hade kunskaper och färdigheter om. Det är möjligt att resultatet hade sett annorlunda ut om alla barnmorskor kunnat förlösa i alla ställningar eller känt sig trygga med dem.

Samtliga barnmorskor är överens om att upprätta förlossningsställningar är fördelaktiga; bland annat för att kvinnan känner kontroll över sin kropp och kvinnan får en bra förlossningsupplevelse. Thies-Lagergren (2013) beskriver i sin avhandling att en upprätt förlossningsställning som är vald av kvinnan, kan stärka hennes känsla av delaktighet och därmed känner sig kvinnan också mer nöjd med sin förlossning. Vidare anser barnmorskorna i vår studie att upprätta förlossningsställningar gör att barnet tränger ner i bäckenet, syresättningen blir optimal för barnet och upprätta förlossningsställningar anses gynnsamma för förstföderskor. Gupta & Nikodem (2000) lyfter fram de fysiologiska fördelarna med upprätta förlossningsställningar såsom barnets nedträngande i bäckenet underlättas på grund av tyngdlagen samt att bäckenets diameter vidgas. Vidare förbättras syra-bas värdet på barnet. Således får barnet en bättre syresättning.

Däremot visar resultatet att inte alla barnmorskor föredrar att förlösa i upprätta förlossningsställningar. Snarare finns en tendens att välja en förlossningsställning som barnmorskan känner sig trygg med för att uppnå kontroll. Resultatet stämmer väl överens med vad Coppen (2005) fann i en undersökning. När barnmorskor vill ha kontroll över förlossningsprocessen föredrar de en position som de kände sig trygga i. Barnmorskor i denna studie som gav kvinnor egen kontroll över sin förlossning prioriterade även att förlösa i upprätta förlossningsställningar.

Resultatsdiskussion av "Arbetsförhållanden"

Våra resultat visar att barnmorskans fysiska begränsning kan inskränka valet av förlossningsställningar som kvinnan kan föda i. En fysisk begränsning kan exempelvis vara att barnmorskan har smärta i rygg, axlar eller händer. Smärta i ryggen hos vårdpersonal anses vara ett allvarligt medicinskt problem inom dagens hälso- och sjukvård. Yrkesverksamhet som utförs i onaturliga kroppspositioner ökar risken för att utveckla ryggsmärta (Konishi, Kumaskiro & Izumi, 2006). Naturligtvis måste det inte alltid bli en konflikt. Det förekommer enbart när kvinnan har en önskan

om en viss förlossningsställning och när barnmorskan inte kan uppfylla denna önskan på grund av hennes fysiska begränsning. Konsekvensen blir att kvinnans autonomi inte tillgodoses. Liknande resultat beskriver Thies-Lagergren (2013); barnmorskors egna fysiska begränsningar samt deras attityd till (i det fallet) födelsepallen var avgörande för om de använde födelsepallen eller inte.

Om barnmorskan utesluter en ställning på grund av hennes egen fysiska begränsning eller bekvämlighet borde hon föreslå ett likvärdigt förslag till kvinnan eller på annat sätt vara flexibel med de arbetsförhållanden hon har. Thies-Lagergren (2013) menar att barnmorskans fysiska begränsning inte är något som kan argumenteras mot. Men om barnmorskan motsäger sig evidensen, då är hon även en del i att inte vilja uppmuntra kvinnan till en upprätt position. Om barnmorskan vill ta hänsyn till den födande kvinnans autonomi då måste hon även bli mer trygg med uppräta positioner under utdrivningsskedet, för att på så vis kunna öka kvinnans möjlighet till ett hållbart val. Barnmorskan har makten till att kunna använda sig av olika förlossningsställningar.

Vårt resultat visar att det finns några barnmorskor som inte påverkas av fysiska begränsningar för att upprätthålla kvinnans önskemål om en viss ställning. De Jonge, Teunissen, van Diem, Scheepers och Largo-Janssen (2008) beskriver i sin studie att många barnmorskor var beredda att offra sin egen bekvämlighet i stor utsträckning om kvinnan hade en stark önskan att föda i en viss position.

Vidare tyder vårt resultat också på att samarbete och samspel med kollegor påverkar barnmorskans val av förlossningsställning. Till exempel, ett gott samarbete där barnmorskan får stöd och kunskap av sina kollegor ger barnmorskan en känsla av trygghet, vilket kan leda till att barnmorskan lättare lär och provar att förlösa i nya förlossningsställningar. Det framkom även att barnmorskan kan påverkas av kollegors negativa inställning till en förlossningsställning. De Jonge, Teunissen, van Diem, Scheepers och Largo-Janssen (2008) fann att barnmorskor som inte visade anpassningsbarhet inte heller använde sig av uppräta förlossningsställningar.

Av vårt resultat framgår vidare att barnmorskorna är präglade av den kultur som råder på den förlossningsklinik de arbetar på. Med kultur avser vi, vanor och synsätt som råder på en förlossningsklinik. Dessa kan vara uppbyggda av personalen men kulturen innefattar även mål och riktlinjer som är utformade av ledningen. Denna rådande

klinikkultur skiljer sig åt mellan de olika förlossningsklinikerna. På några förlossningskliniker finns uttalade mål och riktlinjer att upprätta förlossningsställningar ska vara den norm som den födande kvinnan skall motiveras till av barnmorskan. På andra förlossningskliniker finns inga liknande mål avseende upprätta förlossningsställningar. Samtliga barnmorskor uttrycker att de vill följa kvinnans önskemål angående förlossningsställning, men medger att de trots det är påverkade av den kultur som råder på kliniken. Thorstensson, Ekström, Lundgren & Hertfelt Wahn (2012) poängterar betydelsen av den, av barnmorskan antagna ideologin, för kvinnan och hennes partner. Ideologin påverkar hur barnmorskan stödjer kvinnan och ser till hennes behov under förlossningen. Liknande resultat visar Aune, Hvaal Amundsen & Skaget Aas (2012). Barnmorskorna i deras studie uppgav att deras närvaro och stöd under förlossningen avspeglar den ideologi som de arbetade i.

Att en kultur råder på en förlossningsklinik eller arbetsplats må tillhöra det normala, men när kulturen är så starkt förankrad, att den påverkar vilken förlossningsställning som barnmorskan har praktisk kunskap om så påverkar det även den födande kvinnan. För att ge ett exempel; av vårt resultat framgår att en kvinna som önskar föda i en viss position kanske inte ”får” göra det. Det är följaktligen på så sätt klinikkulturen som bestämmer över vilken förlossningsställning hon kommer föda i.

Barnmorskor som är verksamma på förlossningskliniker där kulturen är starkt förankrad till att arbeta med vissa förlossningsställningar kan medföra att utvecklingen av deras praktiska kunskap bromsas. Vi anser att barnmorskan själv, barnmorskeutbildningen och ledningen på den enskilda förlossningskliniken bör ha som mål att medvetet öka barnmorskans praktiska kunskap gällande upprätta förlossningsställningar. Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade barnmorskor uttrycker att det är väsentligt att barnmorskan söker och tillämpar evidensbaserad kunskap. Vidare står det att den snabba kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården ställer krav på kunskap samt att barnmorskeutbildningen har ökade krav på bland annat förbättrad kvalitet och att utbildningen ständigt behöver utvecklas (Socialstyrelsen, 2006).

Att klinikernas riktlinjer skiljer sig åt kan bero på olika syn och erfarenhet av förlossningar. En del kliniker tar inte emot de mest komplicerade förlossningarna,

utan har kriterier att förlossningen ska vara förväntad normal, och kan därmed ha större möjlighet att arbeta med upprätta förlossningsställningar. När barnmorskan behöver utföra till exempel en medicinsk intervention hamnar kvinnan ofta i en icke upprätt position.

Resultatdiskussion av ”Barnmorskans handläggning”

Av studiens resultat framkommer att avvikande CTG, fosterljud och förlossningens progress är de faktorer som kräver en åtgärd från barnmorskan vilket oftast föranleder ett byte av förlossningsställning. Antingen återgår förlossningen till att ett normalt förlopp fortsätter eller så klassificeras inte längre förlossningen som normal. En förlossning som avviker från det normala ingår inte längre under barnmorskans ansvarsområde. Barnmorskan ska enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska, självständigt kunna handlägga en normal förlossning samt kunna identifiera och bedöma avvikelser från normala förlopp (Socialstyrelsen, 2006). Då denna studie endast innefattar utdrivningsskedet under en normal förlossning kommer inte avvikande förlopp att diskuteras.

I vår studie uttrycker några barnmorskor att obegränsad uppsikt över perineum är av betydelse för att kunna hålla ett fullgott perinealskydd. Det framkommer att några barnmorskor anser att detta är anledningen till att förlossningsställningar som att sitta på pallen och knästående inte blir aktuella att föda i om inte just en av dessa ställningar är kvinnans önskemål. Att barnmorskan har dålig uppsyn över perineum i huksittande och i stående förlossningsställningar och därmed inte kan utföra ett fullgott perinealskydd beskriver även Jandér & Lyrenäs (2001). Liknande resultat beskrivs av Gottvall, Allebäck & Ekéus (2007); huksittande förlossningsställning gör att det är svårt att hålla perinealskydd.

Sidoläge som förlossningsställning anser barnmorskor i vår studie som fördelaktiga då ett fullgott perinealskydd ska hållas.

Resultatdiskussion av ”Kvinnans behov och autonomi”

Vårt resultat visar att, enligt barnmorskorna, deltar de flesta kvinnor i någon form av förlossningsförberedande kurs, vilket även Fabian, Rådestad & Waldenström (2004) funnit. Vilken information kvinnor erhållit från mödravården om förlossningsställningar, om de fått information om fördelar med upprätta ställningar eller om de skall fundera på vilken ställning de önskar föda i är oklart. Det framkommer i en studie av Seefat-van Teefelen et al. (2011), att både förstföderskor och kvinnor som fött flera barn, redan under graviditeten, uttrycker ett stort behov av information om hur man förbereder sig inför olika förlossningsställningar. Enligt barnmorskorna i vår studie påverkar den utbildning som kvinnorna får via mödravården kvinnornas kunskap om de olika förlossningsställningarna. Däremot beskriver flera barnmorskor att, när kvinnor får uttrycka sin önskan i ett förlossningsbrev eller i jouranteckning från mödravården, är det få kvinnor som uttrycker önskan om specifik förlossningsställning. Emellertid handlar deras önskan i första hand om att de inte vill brista i perineum. Då det under de senaste åren i media debatterats flitigt om bristningar (t ex i Uppdrag Granskning's reportage om förlossningsskador från 30 november 2011 med efterföljande debatt i Svenska dagbladet) tolkar vi det så, att kvinnor är påverkade av denna debatt. Det kan således vara en av anledningarna till kvinnors uttryck att de inte vill brista.

Barnmorskorna i vår studie beskriver att kvinnorna sällan på förhand uttrycker ett önskemål om att föda i en viss förlossningsställning; men enligt flera barnmorskor är ungefär hälften av kvinnorna informerade om de olika förlossningsställningarna. Det finns kvinnor är pålästa och de som inte är pålästa. Det framgår också att de få kvinnor som bestämt i förväg vilken ställning de ska föda i står på sig i sitt önskemål. En holländsk studie visade att 60 % av de gravida kvinnor som fick fylla i ett frågeformulär om vilken förlossningsställning de föredrog att föda i, svarade att de ville föda i liggande ställning, 19 % föredrog upprätta och resterande hade inget tydligt önskemål. De 19 % som föredrog att föda i en upprätt ställning var också benägna att följa sin vilja. Såväl förstföderskor som omföderskor uttryckte ett starkt behov av att få information om hur de kunde förbereda sig fysiskt och mentalt inför förlossningen samt hur hon kunde använda sig av de olika förlossningsställningarna (Nieuwenhuijze, de Jonge, Korstjens & Lagro-Jansen; 2012).

I resultatet framkom att barnmorskor anser att kvinnor ibland har behov av att kunna tyda barnmorskans ansiktsuttryck mot slutet av förlossningen. Barnmorskorna är medvetna om att kvinnan läser av deras kroppsspråk. Flera barnmorskor berättar att en del kvinnor har behov av ögonkontakt vid utdrivningsskedet varför några förlossningsställningar, såsom fyrfota eller knästående väljs bort av barnmorskan. Några barnmorskor anser dock att det kräver en annan sorts kommunikation som berör andra sinnen hos kvinnan än synen. Ögonkontakt är en viktig komponent i ett socialt sammanhang, det ger vanligen den första signalen om att en person har blivit uppmärksam av en annan person. Med ögonkontakt visar vårdgivaren ett engagemang för patienten. Ansiktsuttryck är en del av den icke verbala kommunikationen. Att kunna läsa ansiktsuttryck, speciellt då det avser att upptäcka fara, är en viktig förmåga hos människor (Riess & Kraft-Todd, 2014).

I vår studie uttryckte barnmorskorna en vilja att låta kvinnan bestämma förlossningsställning. De vill gärna uppfylla kvinnans önskemål om förlossningsställning och låter kvinnan själv veta vad som är bäst för henne under förlossningen. Resultatet visar även att barnmorskorna anser att kvinnorna litar på deras yrkesmässiga kunskap till fullo. Liknande resultat har Bluff & Holloway (1999) påvisat i sin studie. Kvinnorna litar på och betraktar barnmorskan som en expert som vet bäst. Av den anledningen låter kvinnan barnmorskan fatta beslut angående förlossningsställning.

Samtliga barnmorskor i vår studie är eniga om att upprätta förlossningsställningar är att föredra och ser vinsterna med dessa men, hursomhelst, om kvinnan vill något annat så gör barnmorskan som kvinnan vill utifrån vad som praktiskt är möjligt. Vi tolkar detta så att när kvinnan inte har något önskemål om förlossningsställning har barnmorskan i vår studie en tendens att föreslå en ställning som hon själv känner sig trygg eller bekväm med och där hon uppnår kontroll. De kvinnor som inte har bestämt vilken ställning de vill föda i kommer troligen att föda i en förlossningsställning som väljs av barnmorskan. Vi föreslår att i en situation som ovan kan det vara av vikt att ge kvinnan ett informerat val, för att på så vis försöka öka kvinnans delaktighet. I en studie av Niuewenhijze, Low, Korstjens, & Lagro-Janssen (2014) framkom att om barnmorskans kommunikation med den födande kvinnan är en dynamisk process, då är det möjligt för kvinnan att tillsammans med barnmorskan fatta ett gemensamt

beslut om förlossningsställning. Vidare menar Green, Coupland & Kitzinger (1990); Nieuwenhijze et al. (2012) att om kvinnan ges möjlighet att ändra och välja ställning och på så vis fatta beslut om sin förlossningsställning, kommer hon att uppnå en positiv förlossningsupplevelse och en känsla av kontroll.

Vidare ser vi ett samband mellan förlossningsprogressen och hur mycket barnmorskan styr valet av förlossningsställning. Vid god progress och med en kvinna som följer sin kropps signaler behöver barnmorskan endast finnas där för att stötta kvinnan och ta emot barnet. Men om progressen anses mindre god, och kvinnan inte har några önskemål, eller hennes känslor tar över, eller hon är utmattad, då styr barnmorskan mer eller bestämmer helt vilken ställningen blir. I Osborne & Hanson (2012) studie uttryckte barnmorskor att en förlossning med en positiv kvinna och god progress behövde barnmorskan endast ha en motiverande och stödjande riktning. Däremot behövde barnmorskan använda sig av en styrande riktning när något avvek. I enlighet med detta resonemang anser vi att detta kan vara en del av förklaringen till varför så få som 27,8 % av de kvinnor som föder barn i Sverige år 2010 föder i en upprätt ställning (Kvist, Dammati, Rosenqvist & Sandin-Bojö, 2011).

Metoddiskussion

Valet av en kvalitativ design grundade sig på att få insikt och förståelse för hur barnmorskan fattar beslut angående vilken förlossningsställning det blir i utdrivningsskedet. Vidare ger en kvalitativ metod en möjlighet för förståelse gällande andra människors åsikter och erfarenheter (Wibeck, 2011), vilket lämpade sig då studiens syfte var att beskriva vad som påverkar valet av förlossningsställning under utdrivningsskedet vid en normal förlossning ur barnmorskans perspektiv.

Samarbetet tillsammans med våra två kurskamrater gav möjligheten att genomföra fem fokusgruppsintervjuer. Totalt deltog 22 informanter, tre av fem fokusgrupper innehöll fem deltagare, i en fokusgrupp fanns fyra deltagare och i en fokusgrupp fanns endast tre deltagare. Vi anser att det fungerade med endast tre deltagare i en fokusgrupp. Diskussionen fortlöpte väl och vi fick svar på de frågor vi ställde. Färre deltagare än fyra menar Tonner (2009) kan fungera väl. Det totala antalet informanter

måste anses som en styrka i studien då studiens trovärdighet styrks av det stora antalet informanter.

Fokusgruppsintervjuer valdes för att ge informanterna utrymme för sina berättelser.

Det var önskvärt att få en förståelse för deras åsikter och erfarenheter.

Semistrukturerade fokusgruppsintervjuer ansågs uppfylla avsikterna då ett rikt material erhöles vilket även svarade till studien. En intervjuguide med sex öppna frågor samt probing questions, uppföljningsfrågor, föranledde informanterna att diskutera och samtala fritt om ämnet. Deras svarsalternativ begränsades således inte (Polit & Beck, 2013).

Intervjuerna utfördes under arbetstid på förlossningsavdelningarna, utfördes ostört och samtliga kunde slutföras. Intervjuerna spelades in vilket har setts som en fördel då transkribering har kunnat utföras ad verbatim och därmed minskat risken för feltolkning och felcitering (Trost, 2010). De två fokusgruppintervjuer som genomfördes av våra kurskamrater, transkriberades även av dem. Materialet har dock lyssnats igenom av oss för att fånga känslorna som rådde under fokusgruppsintervjuerna. Därmed anser vi inte det som någon svaghet att vi själva ej närvarade vid samtliga intervjuer.

En svaghet är att vi inte är vana intervjuare, däremot observerades en skillnad på hur den första intervjun utfördes jämförelsevis med den sista. En av oss hade moderatorrollen vid två tillfällen, vilket utgjorde en skillnad på intervjutekniken avseende första och sista intervjun. En annan svaghet med att genomföra fokusgruppsintervjuer är att, i en gruppdiskussion kan någon eller några informanter ta en mer ledande och dominerande roll, likväl som att någon eller några kan ta en mer passiv roll. Detta kan leda till att alla inte får utrymme att säga det som de önskar. Vi upplevde inte att någon informant var hämmad eller inte fick önskat utrymme att delta i diskussionen. Samtliga informanter kom till tals under intervjuerna.

Verksamhetscheferna på respektive förlossningsklinik kontaktades för att få tillstånd att genomföra studien. Verksamhetscheferna hjälpte till med rekrytering av barnmorskor till studien, huruvida detta påverkat urvalet är svårt att säga. Det kan vara en svaghet i studien, att alla barnmorskor på förlossningskliniker inte fick information angående studien. Det var önskvärt med ett så brett urval som möjligt, informanter valdes därför från olika förlossningskliniker. Erfarenhet från olika

förlossningskliniker anser vi påverkar hur de tänker angående förlossningsställningar. Det var önskvärt med en arbetslivserfarenhet på minst sex månader. En av informanterna hade endast fem månaders arbetslivserfarenhet, vi valde att acceptera detta då vi anser att skillnaden mellan sex och fem månader är så marginell att den inte utgjorde någon betydelse.

Den förförståelse som vi har, består av den teoretiska och praktiska kunskap som vi inhämtat under barnmorskeutbildningen. Vi har försökt att vara förutsättningslösa inför fokusgruppsintervjuerna genom att lägga vår förförståelse bakom oss och därmed haft ett så objektivt förfarande som möjligt.

För att uppnå trovärdighet, credibility, ska data och analysprocessen hantera studiens syfte väl (Graneheim & Lundman, 2008). Trovärdigheten ökar i en studie då informanter med olika erfarenheter väljs, främsta metod för studiens syfte väljs samt att tillräcklig mängd data samlas in. Vidare kan trovärdigheten ökas då kodning sker noggrant, betydelselöst material sorteras bort och likheter och skillnader mellan kategorier bedöms. Att använda sig av representativa citat i resultatet samt återkoppling till andra forskare, är sätt att åstadkomma detta (ibid). Vi anser att trovärdigheten i vår studie stärks av att informanterna har olika erfarenheter, arbetslivserfarenhet och kommer från olika förlossningskliniker. Vidare stärks resultatet av tillvägagångssättet, fokusgruppintervjuer med öppna frågor, data som transkriberats i sin helhet, noggrant utförd innehållsanalys, användande av citat i resultatdelen samt återkoppling till vår handledare.

Överförbarhet, transferability, svarar på om studiens resultat är överförbart till andra grupper av människor än de som deltog i studien. Det är läsaren som kan göra en bedömning om resultaten är överförbara. För att kunna göra denna bedömning, har sammanhanget som studien är utförd i beskrivits. En resultatpresentation med citat ökar möjligheten för läsaren att göra denna bedömning (Graneheim & Lundman, 2008). Vi anser att resultatet troligen är överförbart och skulle kunna överföras till andra förlossningskliniker i landet.

Samtliga informanter erhöll skriftlig och muntlig information vilket enligt Kjellström (2012) är att föredra då endast muntlig information lättare glöms bort. Det transkriberade materialet kodades för att inte kunna kopplas ihop med informanterna vidare förvarades materialet inlåst. Obehöriga har på så vis inte kunnat ta del av

materialet (ibid.). Materialet kommer att destrueras då uppsatsen är avslutad (Polit & Beck, 2013).

Vidare har inga fysiska risker kunnat identifieras med deltagandet i studien, däremot finns en risk för att studien väckt eller gett upphov till känslor hos informanterna. Samtliga informanter fick information om frivilligt deltagande samt rätt att avbryta intervjun utan vidare förklaring. Alla intervjuer slutfördes utan avbrytande och givet ämnets karaktär har eventuella fysiska och emotionella risker bedömts vara obetydliga.

Klinisk implikation

Vi anser att det är av vikt att vi på barnmorskeutbildningen får lära oss att träna på så många förlossningsställningar som möjligt, för att få en bättre utgångspunkt. Sannolikheten att man som barnmorska varierar förlossningsställningar ökar, om man känner sig trygg med att utöva dem. Vidare tror vi att en teoretisk kunskap om de olika förlossningsställningarna inte är tillräcklig, det krävs även en praktisk kunskap. Det kan därför vara fördelaktigt för en student att praktisera vid mer än en förlossningsklinik i de områden där det ges möjlighet. Detta ger både barnmorskeutbildningen och den handledare som är ansvarig under den verksamhetsförlagda utbildningen ett större ansvar för att barnmorskestudenten tränas i att utöva upprätta förlossningsställningar. Samtidigt har den enskilde barnmorskestudenten eget ansvar att inhämta kunskap om olika förlossningsställningar.

Under fokusgruppsintervjuer framkom att flertalet barnmorskor önskade närvara vid varandras förlossningar för att på så sätt få ökad praktisk kunskap om fler förlossningsställningar. En del barnmorskor blev motiverade av fokusgruppsintervjuerna att prova upprätta positioner i framtiden. Costa & Kallick (1993) menar att använda sig av en kollega, en så kallad ”kritisk vän”, för att utöka sin kunskap är en utmärkt idé. En ”kritisk vän” är den person som delar med sig av sin kunskap, och bör därför inte bara peka ut svagheter utan visa entusiasm för sin kollega. Kritik som ges från en ”kritisk vän” är i sin djupaste mening både positiv och värdefull. En ”kritisk vän” fungerar således som en förespråkare för framgång både för en kollegas personliga utveckling och utvecklingen på arbetsplatsen.

Framtida forskning

Vidare anser vi att det finns ett behov för att kvinnor informeras via mödravården, om upprätta ställningars betydelse i ett förlossningsförberedande syfte. Därför vore det intressant att undersöka vilka erfarenheter barnmorskan inom mödravården har av att informera om förlossningsställningar. Det vore även intressant att ta reda på hur barnmorskan uppfattar betydelsen av den information hon ger om förlossningsställningar.

Referenser

- Aasheim, V., Nilsen, AB., Lukasse, M., & Reinar, LM. (2011). Perineal techniques during second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database*.
- Aune, I, Hvaal Amundsen, H. & Skaget Aas, C. (2012). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*. 30 (1) 89-95.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bluff, R. & Holloway, I. (1994). "They know best": women's perceptions of midwifery care during labour and childbirth. *Midwifery*. 10 (3) 157-164.
- Coppen, R. (2005). *Birthing positions: Do midwives know best?* Quay books Divison MA health Care, London.
- Costa, A. & Kallick, B. (1993). Through the lens of a critical friend. *Educ Leadership*. 51 (2) 49-51.
- De Jonge, A., Teunissen, PA., van Diem, MT., Scheepers, PL. & Largo-Janssen, AL. (2008). Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal of Advanced Nursing*. 63 (4) 347-356.
- De Jonge, A. & Largo-Janssen, AL. (2004). Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *J Physiosom Obstet Gynecol* 25 (1) 47-55.
- Drife, J. (2002). The start of life: a history of obstetrics. *Postgraduate Medical Journal*. 78 311-315.
- Dundes, L. (1987) The evolution of maternal birthing position. *American Journal of Public health*. 77 (5) 636-641.
- Edwards, , NP. (2004). Why can't women just say no? And does it really matter? I: Kirkham, M (red). *Informed Choice in Maternity Care*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.

- Fabian, HM., Rådestad, IJ.&Waldenström, U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*. 20 (3) 226-235.
- Gibbins, J.&Thomson, AM.(2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*. 17 (4) 302-313.
- Goodman, P., Macay, MC.& Tavakoli, AS. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 46 (2) 212-219.
- Gottvall, K, Allebeck, P.& Ekéus, C (2007). Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *Intrapartum care*. 114 (10) 1266-1272.
- Graneheim, UH.& Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys I: Granskär, M och Höglund-Nielsen, B (red) (2008) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, UH.& Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24 (2) 105-112.
- Green, JM., Coupland, BA.& Kitzinger, JV.(1990). Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*. 17 (1) 15-24.
- Green, JM.& Baston, HA.(2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates and consequences. *Birth*. 30 (4) 235-247.
- Gupta, JK.& Nikodem, VC. (2003). Position for women during second stage of labour. *The Cochrane Collaboration*. 4.
- Hodnett, ED.(2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 186 160-172.
- Hogg, B. (2009). Den okomplicerade förlossningen. I: Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I.,& Lundgren, I (red) (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

- Höjeberg, P. (1991). *Jordemor: barnmorskor och barnaföderskor i Sverige*. Stockholm: Carlsson.
- Jandér, C. & Lyrenäs, S. (2001). Third and fourth degree perineal tears. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 80 (3) 229-234.
- Kjellström, S (2012). Forskningsetik. I: Henricson, M (Red) (2012). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Konishi, K., Kumashiro, M. & Izumi, H. (2006). Work posture of student midwives using frontal birth assistance techniques and examination of psychological burden-comparison with experienced midwives. *Jpn J Ergon*. 42 (4) 251-258.
- Kvist, L., Damiani, N., Rosenqvist, J. & Sandin-Bojö, AK. (2011). Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth. *Midwifery*. 27 (6) 188-194.
- Lavender, T., Walkinshaw, SA. & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*. 15 (1) 40-46.
- Lindgren, H., Rehn, M. & Wiklund, I. (2014). *Barnmorskans handläggning vid normal förlossning- forskning och erfarenhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Medicinska forskningsrådet (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Stockholm.
- Niuewenhijze, M, Low, LK, Korstjens, I. & Lagro-Janssen, T. (2014). The role of maternity care providers in promoting shared decision making regarding birthing positions during the second stage labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 59 (3) 277-285
- Nieuwenhijze, M, de Jonge, A, Korstjens, I, Budé, L. & Lagro-Janssen, T. (2012). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*. 29 (11) 107-114.
- Nordtröm, L. & Wiklund, I. (2008). Förlossningens fysiologi och handläggning. I: Hagberg, H., Marsal, K. & Westgren, M (red) (2008). *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.

O'Cathain, A., Thomas, K., Walters, S.J., Nicholl, J., & Kirkham, M. (2002). Women's perceptions of informed choice in maternity care. *Midwifery*. 18 (2) 136-144.

Osborne, K. & Hanson, L.(2012). Directive Versus Supportive Approaches Used by Midwives When Providing Care During Second Stage of Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 57 (1) 3-11.

Polit, D F, Beck C T (2013) Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice (8:e uppl) USA:Lippincott Williams & Wilkins.

Riess, H.& Kraft-Todd, G. (2014). Empathy: A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients. *Academic Medicine*. 89 (8) 1108-1112.

Sandin-Bojöö,AK.& Kvist, L.(2008). Care in Labor: A Swedish Survey Using the Bologna Score. *Birth*. 35 (4) 321-328.

Seefat-Van Teefelen, A., Nieuwenhuijze, M.& Korstjens, I. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery*. 27 (1) 122-127.

Socialstyrelsen. (2009). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf. Hämtad: 141020

Thies-Lagergren, L., Hildingsson, I., Christensson, K.& Kvist, L.(2013). Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women and Birth*. 26 (4) 99-104.

Thies-Lagergren, L. (2013). *The Swedish Birth Seat Trial*. Stockholm: Karolinska Institutet.

Thorstensson, S., Ekström, A., Lundgren, I. & Herfelt Wahn, E. (2012). Exploring Professional Support Offered by Midwives during Labour: An Observation and Interview Study. *Nursing Research and Practice*.

Tonner, J (2009). Small is not too small: Reflections Concerning the Validity of Very Small Focus Groups. *Qualitative Social Work*. 8 179-192.

Trost, J (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience : prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 31 (1)17-27.

WHO (1996). *Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group*.

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association (2008) Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.

Bilaga 1

Intervjuguide

Skrivna frågor

- Hur länge har du varit barnmorska inom förlossningsvården?
 - Hur länge har du arbetat på din nuvarande klinik?
 - Din ålder?
-
1. Berätta om era erfarenheter om olika förlossningsställningar.
 2. Vad är det som gör att ni som barnmorskor upplever en förlossningsställning som positiv?
 3. Vad är det som gör att ni som barnmorskor upplever en förlossningsställning som mindre positiv?
 4. Hur uppfattar du som barnmorska att kvinnan är informerad om förlossningsställningarna?
 5. Finns det situationer där en förlossningsställning är att föredra framför en annan?
 6. Vilka faktorer anser du påverka vilken ställning kvinnan föder i?

Probing questions:

- Kan du utveckla det?
- Vill du förtydliga vad du menar?
- Hur kändes det?
- Berätta om dina erfarenheter kring det.
- Hur brukar ni göra här på kliniken?

Avslutningsfråga:

- Är det någon som vill tillägga någonting?

Bilaga 2



KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: HK 13

Till Verksamhetschef/Chefsbarnmorska

Vi är fyra barnmorskestudenter som skall skriva vår magisteruppsats med inriktning på barnmorskans upplevelse av olika förlossningsställningar under utdrivningsskedet samt vad som påverkar beslutsprocessen av förlossningsställning under utdrivningsskedet.

Insamling av data kommer ske genom intervjuer i fokusgrupper på fyra olika förlossningskliniker i Stockholmsregionen. Målet är att intervjua totalt 20 barnmorskor med fem barnmorskor i en fokusgrupp från varje förlossningsklinik. Vi kommer att ställa 2-5 öppna frågor. Deltagandet är frivilligt och det finns möjlighet till att avbryta intervjun under dess gång. Intervjuerna kommer spelas in och kodas med siffror. Allt material förvaras så att endast vi som genomför studien har tillgång till det. Vi önskar att intervjuerna äger rum under vecka 37-38. Tid och plats väljs av respektive klinik. Avsatt tid för intervjun uppskattas till 45-60 minuter.

Kriteriet för att delta i studien är att barnmorskan arbetar klinisk på förlossningsavdelningen samt har arbetat självständigt i minst sex månader.

Studien redovisas som en magisteruppsats på Karolinska Institutet i Stockholm, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Enheten för reproduktiv hälsa.

Har du ytterligare frågor är du välkommen att kontakta oss.

Med vänliga hälsningar

Kristine Arnö, Caroline Celandér, Pernilla Söderström & Liselott Villman

Ansvariga studenter: Kristine Arnö kristine.arno@stud.ki.se mobil: 0733-66969

Caroline Celandér caroline.celandér@stud.ki.se mobil: 0735-284218

Ansvarig handledare: Wibke Jonas Med. Dr. wibke.jonas@ki.se

Bilaga 3

Tabell 2. Exempel ur innehållsanalysen.

Meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori	Huvudtema
Det beror på erfarenhet och vad man är van vid och det är klart, det är bättre att hålla på med något som man är van vid.	Erfarenhet, bättre att göra det man är van vid.	Barnmorskans utveckling av klinisk kunskap.	Kunskap och förhållningssätt.	Barnmorskans val av förlossningsställning.
Jag upplever ju att många pratar jättemycket om att de vill ha ett jättegott perinealskydd och då försvinner ju vissa ställningar, eller i alla fall för mig, det kanske är för att jag är ny, men det är inte lika lätt att hålla ett gott perinealskydd i alla ställningar.	Många vill ha jättegott perinealskydd, vissa ställningar försvinner då det inte är lika lätt att hålla perinealskydd.	Perinealskydd.	Handläggning.	Barnmorskans val av förlossningsställning.
Speciellt de som kommer med sina förlossningsbrev, där saknar man också, man har gått igenom allting utom förlossningsställning.	Man har gått igenom allt i förlossningsbrevet utom förlossningsställning.	Kvinnans förkunskap och hennes förtroende för barnmorskans kunskap.	Kvinnans behov och autonomi.	Barnmorskans val av förlossningsställning.
Vill kvinnan det så ställer jag upp på det. Allt beror ju på vad hon säger.	Ställer upp på vad kvinnan vill.	Kvinnans önskemål.	Kvinnans behov och autonomi.	Barnmorskans val av förlossningsställning.

Bilaga 4



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: HK 13

Information och samtycke till att delta i en fokusgruppstudie

Vi är fyra barnmorskestudenter som skriver vår magisteruppsats. Syftet med studien är att undersöka barnmorskans erfarenheter och upplevelser av olika förlossningsställningar samt vad som påverkar beslutsprocessen i valet av förlossningsställning under utdrivningsskedet vid normal förlossning.

Insamling av data sker genom intervjuer i fokusgrupper på fyra förlossningskliniker i Stockholm.

Intervjuerna kommer att spelas in och kodas. Materialet kommer att förvaras så att bara vi som gör studien kommer ha tillgång till det. Alla intervjuer kommer att raderas efter studiens slut. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan någon vidare förklaring.

Med vänliga hälsningar,

Kristine Arnö, Caroline Celander, Pernilla Söderström & Liselott Villman

Vid ytterligare frågor;

Ansvariga studenter Kristine Arnö & Caroline Celander

kristine.arno@stud.ki.se

caroline.celander@stud.ki.se

Handledare

Mia Barimani Med. Dr.

Wibke Jonas Med. Dr.

mia.barimani@ki.se

wibke.jonas@ki.se

Jag samtycker till att delta i studien och är medveten om hur det går till.

Ort

Datum

Namn

Namnförtydligande