



Att främja normal förlossning

Barnmorskans främsta uppgift

Promotion of normal birth

The midwife's primary mission

Ann-Cathrine Adlers

Fristående kurs inom omvårdnad 61-90 hp
Vetenskapligt arbete 15 hp
Vt 2011

Sektionen för hälsa och samhälle
Box 823
301 18 Halmstad

Titel: Att främja normal förlossning – barnmorskans främsta uppgift

Författare: Ann-Cathrine Adlers

Sektion: Sektionen för hälsa och samhälle
Högskolan i Halmstad
Box 823
301 18 Halmstad

Handledare: Ing-Marie Carlsson, Universitetsadjunkt, Fil. Mag.

Examinator: Margareta Rämgård, Universitetslektor, Fil. Dr.

Tid: Vårterminen 2011

Sidantal: 16

Nyckelord: Barnmorska, främja, normal förlossning, omvårdnad

Sammanfattning: En graviditet och förlossning är i de allra flesta fall en normal livshändelse. De senaste decennierna har andelen instrumentella- och kejsarsnittsförlossningar ökat på bekostnad av den normala förlossningen. Trots fler interventioner ses ingen skillnad i den maternella och perinatale morbiditeten och mortaliteten. I barnmorskans arbetsområde ingår att handlägga den normala graviditeten och förlossningen. Syftet med studien var att beskriva hur barnmorskan kan främja en normal förlossning. Studien genomfördes som en litteraturstudie där 13 vetenskapliga artiklar, med både kvantitativ och kvalitativ ansats, analyserades. I resultatet framkom tre kategorier som beskriver hur barnmorskan främjar normal förlossning. Barnmorskan skapar genom närhet en god relation till kvinnan och ger vägledning. Genom att använda sig själv som kunskapskälla bidrar barnmorskans sinnen, erfarenheter av tidigare förlossningar och formell kunskap till att fatta korrekta beslut. Barnmorskan stödjer och bekräftar det normala individuellt efter kvinnans behov, vilket skapar en säker miljö runt kvinnan och förhindrar onödiga interventioner. Då det råder en medicinsk kultur inom förlossningsvården, behöver barnmorskans arbete kring normal förlossning stärkas. Forskning behövs på organisationsnivå, eftersom omgivande system inverkar på barnmorskans arbete med att främja den normala förlossningen.

Title: Promotion of normal childbirth – The midwife’s mission

Author: Ann-Cathrine Adlers

Department: School of Social and Health Sciences
Halmstad University
P. O. Box 823
S-301 18 Halmstad, Sweden

Supervisor: Ing-Marie Carlsson, Lecturer, MScN

Examiner: Margareta Rämngård, Senior Lecturer, PhD

Period: Spring 2011

Pages: 16

Key words: Midwife, midwifery care, normal birth, promote

Abstract: Pregnancy and childbirth are in most cases a normal life event. Over the past decades the rate of instrumental birth and caesarean sections has increased at the expense of normal birth. Despite more interventions no difference is seen in the maternal or perinatal morbidity or mortality. The midwife’s work encompasses the normal pregnancy and labour. The aim of this study was to describe how the midwife can promote normal birth. The study was conducted as a literature study in which 13 scientific articles, with both quantitative and qualitative approach, were analyzed. Three categories emerged that explained how the midwife promotes normal birth. The midwife creates through closeness a positive relationship to the woman and gives guidance. By using herself as a source of knowledge, the midwife’s senses, experiences from previous labours and formal knowledge, contribute to make correct decisions. The midwife supports and confirms the normalcy, from the woman’s individual needs, and thereby creates a safe environment for the woman that prevents her from unnecessary interventions. As there is a medical culture within the maternity care, the midwife’s work with normal birth needs to be strengthened. Since the organization has an impact on the midwife’s promoting work, further research is needed in this area.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Definitioner och begrepp av normal förlossning	1
Förlossningsvårdens organisation	2
Förlossningsvårdens utveckling	2
Kvinnors upplevelse av barnafödande	4
Barnmorskans roll för kvinnans förlossningsupplevelse	4
Syfte	5
Metod	5
Datainsamling	5
Databearbetning	6
Resultat	6
Att vara vägledare	6
Att använda sig själv som kunskapskälla	8
Att stödja och bekräfta det normala	9
Diskussion	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
Konklusion	16
Implikation	16
Referenser	
Bilagor	
Bilaga I Tabell 1. Sökordsöversikt	
Bilaga II Tabell 2. Sökhistorik	
Bilaga III Tabell 3. Artikelöversikt	
Bilaga IV Obstetriska interventioner	

Inledning

Graviditet och förlossning är i de allra flesta fall en fysiologiskt normal livshändelse, vilken påverkas av såväl psykologiska och sociala faktorer som kultur och traditioner. En normal förlossning är i ett globalt perspektiv en del av målet med reproduktiv hälsa (International Confederation of Midwives [ICM], 2005). För kvinnan innebär graviditet och förlossning en ökad hälsorisk. Där Sverige är ledande i säker mödrhälsovård är det i många delar av världen ett stort hälsoproblem (Socialstyrelsen, 2009). Världshälsoorganisationen [WHO] (1996) beskriver hur utvecklingsländerna arbetar för att göra förlossningsvården ekonomiskt rimlig och tillgänglig för alla kvinnor samt för att förbättra säkerheten. Västvärlden å sin sida har de senaste decennierna ökat andelen interventioner som avser sätta igång, förstärka progressen och övervaka den fysiologiska förlossningsprocessen, med målet att förbättra vården för mödrar och barn. I Sverige har interventioner som instrumentella vaginala förlossningar och kejsarsnitt sedan 1970-talet ökat. Förlossningar som avslutades med kejsarsnitt och instrumentella förlossningar med sugklocka eller tång, utgjorde år 2009 drygt var fjärde förlossning enligt Socialstyrelsen (2011). Amer-Wåhlin (2010) påtalar hur möjligheten att vid rätt tillfälle genomföra ett akut kejsarsnitt, har inneburit stor påverkan på den maternella och perinatale morbiditeten och mortaliteten. Den kraftiga ökningen av antalet kejsarsnitt har dock inte på motsvarande sätt bidragit till någon märkbar effekt på morbiditet och mortalitet. Den ökade andelen interventioner har lett till att ICM (2008) utvecklat nationella policydokument och evidensbaserad utbildning för barnmorskor i syfte att bibehålla den normala förlossningen normal. Barnmorskor i Sverige utgår från Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för barnmorskor (2006). Här beskrivs att barnmorskans ska ha förmåga att handlägga den normala graviditeten och förlossningen och då även kunna upptäcka och bedöma om avvikelser sker från det normala förloppet. Vården ska ges med god kvalitet, där kvinnans trygghet och säkerhet tillgodoses. Det ingår också i barnmorskans arbete att reflektera över rutiner och om så behövs arbeta för förändring av dessa. Waldenström (2007) anser att nackdelar och risker med det ökade antalet interventioner inte har diskuterats i tillräckligt hög utsträckning. Det är därför av intresse att belysa barnmorskans profession och hur den kan främja den normala förlossningen.

Bakgrund

Definitioner och begrepp av normal förlossning

Normal förlossning har definierats på olika sätt. Gould (2000) beskriver förlossningsarbetet som en fysiologisk process, vilken följer ett bestämt mönster. Regelbundna, smärtsamma sammandragningar öppnar livmodermunnen och för ner barnet i förlossningskanalen, vilket avslutas med en spontan, vaginal förlossning. Det är ett kraftfullt arbete med rörelse som en viktig komponent, både ur kvinnans och ur barnets synvinkel. Efter födelsen är både mor och barn välmående. Andersson (2003) beskriver förlossning innefattande både den födande kvinnan och barnmorskans. Analysen gjordes i samband med starten av barnmorskeledd verksamhet, efter reflektion kring innebörden av normal förlossning. En normal förlossning ses som en fysiologisk process som fortskrider utan ingrepp. Den sker i en miljö med stöd från en självständig barnmorska och i samarbete med den födande kvinnan som är delaktig och har kontroll över sin förlossning.

Enligt WHO (1996) är begreppet normal förlossning inte helt entydigt definierat. Det finns olika beskrivningar av begreppet men initialt innefattar det en värdering och riskbedömning

av kvinnans hälsohistoria och graviditet samt därefter bedömning av förlossningens förlopp. I kategorin lågrisk ingår kvinnor utan sjukdomar som kan påverka en förlossning. Graviditeten har varit normal och är mellan 37- 42 fullgångna graviditetsveckor. Graviditeten är av enkelbörd och barnet ligger i huvudbjudning samt förlossningen startar spontant. Under förlossningsprocessen fortsätter riskbedömningen och om komplikationer tillstöter kommer kvinnan tillfalla en annan riskgrupp. Vid förlossningens start anses mellan 70-80% av de gravida ingå i kategorin lågrisk. WHO (1996) definierar normal förlossning som en förlossning bedömd som lågrisk, vilket bibehålls genom hela förloppet. Efter att förlossningen avslutats spontant är både mor och barn välmående.

ICM (2008) definierar en förlossning som normal om den startar, fortlöper och avslutas spontant och där barnet föds i huvudbjudning i fullgången tid. Förlossningen ska ske utan någon farmakologisk, medicinsk eller operativ åtgärd men med möjlighet till dessa interventioner vid behov. Det är en både dynamisk och unik process där fysiologiska och psykosociala faktorer samspelar mellan mor och barn med målet att båda mår bra efter avslutad förlossning.

Vid en jämförelse mellan definitionerna betonar ICM (2008) det normala och förlossningen ses som en helhet, där både den fysiologiska och den psykosociala processen i födandet ingår. WHO's definition fokuserar mer på medicinska risker och bedömning av det som avviker från det normala. I Sverige har Socialstyrelsen i dokumentet State of the art (2001) antagit WHO's definition av normal förlossning som giltig i den svenska förlossningsvården.

Förlossningsvårdens organisation

Förlossningsvården är i västvärlden uppbyggd kring olika vårdmodeller (Wagner, 2001; Hatem, Sandall, Devane, Soltani & Gates, 2008). I länder som USA, Frankrike och Brasilien är läkare ansvarig för vården av den gravida kvinnan. Barnmorska eller sjuksköterska vårdar kvinnan under förlossningen och direkt efter, dock utan att ha någon beslutsrätt. Vid barnets framfödande är alltid läkare närvarande. En annan vårdmodell har delat ansvar mellan olika personalkategorier under graviditet, förlossning och eftervård. Denna vårdtyp förekommer i exempelvis Storbritannien, Kanada och Australien. Slutligen finns den barnmorskeledda vårdmodellen som förekommer i Nederländerna, Nya Zeeland och i de skandinaviska länderna. I denna svenska modell ansvarar barnmorskan för den normala graviditeten, förlossningen och eftervården. Det är barnmorskan som gör bedömningen om förlossningen avviker från det normala förloppet och vidarebefordrar ansvaret till läkare. Barnmorskan fortsätter vården av kvinnan med den komplicerade graviditeten och förlossningen, men läkare handlägger och fattar beslut (ibid.).

Förlossningsvårdens utveckling

I slutet av 1800-talet (Höjeberg, 1991) föddes i Sverige de allra flesta barn i hemmet. Under 1920-1940 skedde en successiv förskjutning av förlossningarna till sjukvårdens institutioner. Fyrtiotalets sociala reformer med mödrahälsovård och antibiotikans införande ledde till att kvinnor i allt högre utsträckning födde barn på sjukhusens förlossningsavdelningar och på femtiotalet föddes således endast 5 % av barnen i hemmet. Hemförlossningar är numera mycket ovanligt, Lindgren och Erlandsson (2010) beskriver att det sedan 1990-talet föds färre än 100 barn årligen i Sverige efter planerad hemförlossning. Det kan vara svårt för kvinnor

som önskar föda i hemmet att finna en barnmorska villig att bistå eftersom det finns få barnmorskor som assisterar vid hemförlossningar.

Förlossningsvårdens utveckling med den moderna obstetrikern har sitt ursprung i 1950-talet då ultraljud av fostret och avlyssnande av fosterljud genom kardiokografi [CTG] infördes. Utvecklingen fortsatte genom tillgång till nya medel för igångsättning av förlossning och medicinsk smärtlindring i form av epiduralbedövning (Alran, Sibony, Oury, Luton & Blot, 2002). När förlossningar på sjukhus var allmänt etablerat blev också läkarvetenskapens medicinska syn på förlossningsvård vedertaget. Att föda barn på sjukhus ansågs underlätta möjligheten att bedriva en säker och effektiv vård, men innebar även att kvinnans och barnmorskans roll förändrades (Reibel, 2004).

Reibel (2004) menar att utvecklingen av förlossningsvården i västvärlden successivt gått från en normal livshändelse, till en händelse med stort fokus på det medicinska. Cherniak och Fisher (2008) anser att vården vid den normala förlossningen alltmer kommit att efterlikna vården vid den komplicerade förlossningen, med fler interventioner som följd. Med ett medicinskt synsätt (Newburn, 2010) ses förlossningen som en riskfaktor med fokus på att upptäcka risker och därefter behandla eventuella sjukdomstillstånd. Medicinska interventioner och farmakologisk smärtlindring kräver i högre utsträckning teknisk utrustning samt kontinuerlig övervakning menar Newburn (2010), medan Reibel (2004) vänder på begreppet och anser att genom den tekniska och medicinska kontrollen som införts, har andelen interventioner ökat. I många fall sker interventioner innan det kliniskt kan anses vara befogat. Cherniak och Fisher (2008) beskriver ett mönster där en intervention leder till nästa, som vid kontinuerlig fosterövervakning där kvinnan är mindre rörlig, vilket ökar smärtan. Med farmakologisk smärtlindring kan barnet påverkas varvid instrumentell eller operativ förlossning kan bli nödvändig.

I en studie (Grobman, et al., 2010) framgår att efter genomgången kejsarsnitt ökar risken betydligt att även nästa förlossning avslutas med kejsarsnitt. Det påverkar även riskbedömningen av kvinnan inför andra förlossningen och tendensen är att kvinnor efter en kejsarsnittsförlossning i allt mindre utsträckning påbörjar en vaginal förlossning. För att minska andelen utdragna förlossningar med ökad risk för kejsarsnitt hos främst förstföderskor, introducerades metoden 'Aktiv handläggning' av förlossning i Dublin under tidigt 70-tal, vilken därefter spridits i västvärlden (Foley, et al., 2004). Metoden innebär att följa ett standardiserat protokoll med bedömning av aktiv förlossningsfas, tidig amniotomi och värförstärkande dropp om livmoderhalsen öppnar sig mindre än en centimeter i timmen. Det ingår också stöd av barnmorska genom förlossningsförloppet. 'Aktiv handläggning' anses effektiv för att minska antalet kejsarsnitt hos förstföderskor, men trots metoden har kejsarsnittsfrekvensen ändå totalt sett ökat.

Rutinmässig användning av interventioner diskuteras världen över enligt WHO (1996) som menar att målet vid den normala förlossningen bör vara så få interventioner som möjligt med hänsyn till säkerheten. För varje intervention som utförs bör det finnas en giltig anledning ifråga om att störa den naturliga processen. ICM (2005) anser att interventioner bör utföras på strikt indikation för mödrars och barns välbefinnande och där kvinnan är informerad och införstådd med agerandet. I Sverige menar Waldenström (2007) att det brister i den evidensbaserade vården, när interventioner som epiduralbedövning och kejsarsnitt så kraftigt ökat i omfattning och det dessutom finns betydande skillnader i frekvensen av dessa interventioner, mellan olika sjukhus i Sverige.

Kvinnors upplevelse av barnafödande

Barnafödande har stor betydelse för kvinnan där upplevelsen påverkas av den tid och i det sammanhang förlossningen ägt rum (Waldenström, 2005). Sundström (2005) beskriver olika trender de senaste årtionden från den medikaliserade förlossningen med krav på total smärtlindring till den naturliga med psykoprofylax. För kvinnorna har genomgående det viktigaste i samband med förlossningen varit bemötandet, att bli sedd och lyssnad till och känna trygghet med personalen. Detta bekräftas genom Lundgren och Berg (2007) som i sin studie belyser begrepp kvinnor ansett viktiga i samband med barnafödande. Kvinnan behöver känna tillit till både sin egen kropp och till barnmorskan och kunna överlämna sig själv och sin kropp till födelsetprocessen och barnmorskans vård. När kvinnan känner delaktighet upplever hon sig sedd och lyssnad till och får stöd av barnmorskan. Om barnmorskan mentalt eller fysiskt inte är närvarande upplevs istället en ensamhet och känsla att vara utan stöd. Kvinnor upplever förlossningen som positiv (Wilde-Larsson, Sandin-Bojö, Starrin & Larsson, 2011) när barnmorskan bemöter dem med empati, respekt och engagemang. Att aktivt få delta i den utsträckning som önskas och att barnmorskan är närvarande inverkar också till en positiv upplevelse av förlossningen.

Waldenström (2005) beskriver att förlossningsupplevelsen betyder mycket för kvinnan i ett både kort- och långsiktigt perspektiv. En negativ upplevelse leder till färre barn och ett längre tidsintervall till nästa barn. I en studie av Schytt och Hildingsson (2011) framkommer att när kvinnor självskattar sin hälsa ett år efter förlossningen har faktorer som förlossningsrädsla och att ha genomgått ett akut kejsarsnitt en negativ påverkan på den fysiska och emotionella hälsan. Kvinnor med önskemål om kejsarsnitt är färre än vad som gjorts gällande, men en negativ förlossningsupplevelse är förknippad med framtida önskemål om kejsarsnitt enligt Karlström, Nystedt, Johansson och Hildingsson (2010). Waldenström (2005) menar att det finns svårigheter att bedöma vad det är i förlossningsprocessen som påverkar den totala upplevelsen.

Barnmorskans roll för kvinnans förlossningsupplevelse

Enligt Wagner (2001) har barnmorskan stor betydelse för kvinnans förlossningsupplevelse. Barnmorskan kan ge kvinnan stöd och arbeta för att hennes upplevelse av förlossningen ger styrka och självkänsla tillbaka. Lundgren och Berg (2007) beskriver hur barnmorskans relation till kvinnan påverkar hennes upplevelse av förlossningen. Det är betydelsefullt att barnmorskan i mötet med den födande är öppen för det unika hos varje kvinna, förmedlar tillit och ger individuellt stöd efter behov. Barnmorskan bekräftar kvinnan och skapar mening genom att fokusera på det normala även om komplikationer tillstöter.

Wilde-Larsson et al. (2011) belyser att barnmorskan i större utsträckning bör uppmärksamma kvinnor med känslomässig skörhet som oro och ångslan samt kvinnor som tidigare fött barn med kejsarsnitt, då de har behov av ökat stöd för att få en positiv förlossningsupplevelse. Även Waldenström (2005) menar att fokus bör ligga på psykosociala aspekter och stöd, både under graviditet och under förlossning för att minska negativa upplevelser. Det bör också ställas krav på att nya behandlingsmetoder och vårdformer inom detta område är evidensbaserade. Enligt Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för barnmorskor (2006) ska barnmorskan arbeta med en helhetssyn och efter vetenskap och beprövad erfarenhet, där kvinnan så långt det är möjligt är delaktig i vården. I yrket ingår att arbeta förebyggande och

främja hälsa. Med den snabba kunskapsutvecklingen, krävs förmåga att söka och arbeta efter evidensbaserad vård.

Trots att barnmorskan i sitt arbete ansvarar för den normala graviditeten och förlossningen enligt Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för barnmorskor (2006), har förlossningsvården (Wagner, 2001) även för friska kvinnor med okomplicerad graviditet utvecklats mot ett medicinskt synsätt, med alltfler interventioner som följd. Reibel (2004) menar, i enlighet med WHO, att det är barnmorskan som ska ansvara för och handlägga den normala förlossningen, ett ansvar som barnmorskor bör återta och värna om. Både barnmorskor och läkare arbetar i förlossningssammanhang med målet säker vård för både mödrar och barn. Då majoriteten av förlossningarna kan anses vara normala, är det barnmorskan som i sin profession är mest lämpad för detta arbete. Det är därför betydelsefullt att belysa vilka faktorer i barnmorskans omvårdnad som kan främja en normal förlossning.

Syfte

Syftet var att beskriva hur barnmorskan kan främja en normal förlossning.

Metod

En litteraturstudie med systematisk ansats genomfördes där resultatet baseras på primärkällor (Axelsson, 2008). Genom ett strukturerat arbetssätt inom ett specifikt område erhålls en översiktlig kunskap av problemet (Friberg, 2006).

Datainsamling

Genom en inledande bred litteratursökning av det valda området erhöles en översikt av förekomst av relevanta artiklar. En förskjutning av problemområdet gjordes från att beröra hur barnmorskan kan bidra till att minska andelen kejsarsnitt, till främjande arbete för den normala förlossningen. Innebörden av det valda problemområdet efter förändringen förblev dock densamma. Därefter formulerades det slutgiltiga syftet och relevanta sökord utformades. Sökorden beskrivs i tabell 1 (bilaga I).

Artikelsökningen utfördes i databaserna PubMed, Cinahl och PsycInfo Ovid vilka innefattar områdena medicin, omvårdnad och psykologi. Den systematiska sökningen av artiklar genomfördes på sjukhusbiblioteket i Halmstad. Sökorden kombinerades konsekvent på samma sätt i alla tre databaserna. I PubMed användes MeSH-termer. I Cinahl och PsycInfo Ovid användes initialt headings men då begränsningen blev alltför stor valdes istället sökorden som fritext. Inklusionskriterierna i ingående databaser beskrivs detaljerat under ”limits” i tabell 2 (bilaga II). Samtliga sökningar redovisas i sökhistoriken, även de utan relevanta träffar, med motivering att tydliggöra den genomförda sökningen.

Reviewartiklar exkluderades vid olika tillfällen i databaserna. I Cinahl genom funktionen ”research article” som limit. I PubMed och PsycInfo Ovid var reviewartiklar angivna direkt efter tidskriftens titel i sökträffen. De flesta av artiklarna exkluderades redan efter genomläsning av titlarna och flera efter genomlästa abstrakt. Dessa berörde förlossningsvård i utvecklingsländer, hemförlossningar och förlossningsvård sedd ur kvinnans eller läkarens

perspektiv. Det förekom även många artiklar som handlade om förlossningsvård direkt efter barnets födelse samt komplikationer i samband med förlossning. Flera av artiklarna återkom i de olika sökningarna, dessa har markerats med asterisk (*) i sökhistoriken (tabell 2, bilaga II). Till urval 1 valdes 44 artiklar ut vilka bedömdes relevanta. Dessa artiklar skrevs ut eller beställdes via sjukhusbiblioteket i Halmstad. Efter genomläsning framkom att flera av dessa artiklar berörde stöd till kvinnor av fler än barnmorskor, förlossningsvård där även hemförlossningar ingick, riskbedömning av förlossning samt beslutsstöd till förlossning efter kejsarsnitt. Slutligen valdes tretton resultatartiklar där tolv artiklar kom från två av de tre databaserna samt en artikel via manuell sökning från referenslista i en artikel från urval 1. Resultatartiklarna utgjordes av sju kvantitativa samt sex kvalitativa, vilka granskades enligt Carlssons och Eimans (2003) granskningsmallar. Granskningen syftade till att bedöma artiklarnas vetenskapliga kvalitet. Nio artiklar bedömdes till grad I, vilket innebär god vetenskaplighet och resterande fyra artiklar bedömdes till grad II som innebär medelgod vetenskaplighet. Litteraturstudiens resultat baseras på dessa tretton artiklar.

Databearbetning

De tretton resultatartiklarna lästes ett flertal gånger och en sammanfattande översättning nedtecknades på separata blad för varje artikel. Därefter utformades en artikelöversikt (tabell 3, Bilaga III) med resultatartiklarnas syfte, metod, slutsats och vetenskapliga grad. Genom att färgmarkera essensen i varje artikels resultat i enlighet med syftet analyserades materialet och jämfördes mot varandra. Meningsbärande enheter, vilka berörde faktorer i barnmorskans arbete för att främja normal förlossning, sorterades ut i teman som bildade tre kategorier. Utifrån dessa tre kategorier presenteras resultatet i löpande text.

Resultat

Beskrivning av hur barnmorskorna kunde främja den normala förlossningen redovisas i följande tre kategorier; *”att vara vägledare”*, *”att använda sig själv som kunskapskälla”* och *”att stödja och bekräfta det normala”*.

Att vara vägledare

Barnmorskan kunde genom vägledning främja den normala förlossningen på ett flertal olika sätt och vid olika tillfällen (Cheung, Mander, Wang, Fu, Zhou & Zhang, 2011; David, Fenwick, Bayes & Martin, 2010; Halvorsen, Nerum, Sørli & Øian, 2010; Jackson, Lang, Ecker, Swartz & Heeren, 2003; Janssen, Ryan, Etches, Klein & Reime, 2007; Kennedy, Grant, Walton, Shaw-Battista & Sandall, 2010; McDermott, 2010; Symon, Paul, Butchart, Carr & Dugard, 2007). Förmågan att skapa en bra relation till kvinnan var viktig för att barnmorskan på ett optimalt sätt skulle kunna ge vägledning. Flera studier beskrev betydelsen av att barnmorskan engagerade sig i kvinnan, visade respekt och tog henne på allvar. Genom ett empatiskt förhållningssätt skapade barnmorskan en tillitsfull relation till kvinnan och visade att hon fanns där för henne (Blaaka & Schauer, 2008; Cheung, et al., 2011; David, et al., 2010; Guiver, 2004; Halvorsen, et al., 2010; Kennedy & Shannon, 2004; Kennedy et al., 2010). Enligt Symon et al. (2007) vårdades kvinnorna under sin förlossning i den barnmorskeledda verksamheten av färre barnmorskor än i den läkarledda. Dessa kvinnor upplevde vården som bättre än vad kvinnorna gjorde i den läkarledda verksamheten. Studier

visade att barnmorskan i hög utsträckning lät kvinnan vara delaktig i beslut rörande sin förlossning och barnmorskan litade på kvinnans förmåga att fatta informerade beslut (Halvorsen, et al., 2010; Kennedy, et al., 2010; Symon, et al., 2007). I studien av Kennedy et al. (2010) framkom vikten av den relationella aspekten vid vägledning. Vid vissa tillfällen upplevde kvinnor att barnmorskan i sin rådgivning inte lyssnade till dem i den utsträckning de önskat. Detta kunde förekomma när kvinnan skickades hem i tidigt förlossningsarbete, vid önskemål om farmakologisk smärtlindring eller vid förlossningsrädsla.

Enligt Kennedy et al. (2010) började processen med att främja det normala redan i barnmorskans möte med kvinnan under graviditeten. Barnmorskan vägledde kvinnor under graviditeten samt under förlossningsprocessen för att stötta dem till att stanna kvar hemma fram till aktivt skede (Guiver, 2004; Jackson, et al., 2003). Genom att barnmorskan informerade om förlossningens olika faser och om risker med att komma in till förlossningen innan aktivt skede kunde andelen kvinnor som sökte vård i tidigt värkarbete minskas (Jackson, et al., 2003). En tidig inskrivning på förlossningsavdelning i latensfas, innebar en ökad risk för avvikelser från det normala. Studier (Jackson, et al., 2003; McDermott, 2010) har visat att främst förstföderskor som lades in i latensfas, vars öppningsgrad av livmodermunnen var mindre än fyra centimeter, i större utsträckning erhöll värförstärkande dropp och förlossningen avslutades oftare instrumentellt eller operativt. När kvinnan tog kontakt och valde att söka vård men bedömdes befinna sig i latensfas, kunde barnmorskan främja det normala genom att förmedla information, ge råd och diskutera med kvinnan så att hon förmåddes återvända hem istället för att stanna kvar på förlossningsavdelningen (Guiver, 2004).

Det fanns en skillnad i om verksamheten var barnmorskeledd eller läkarledd i hur kvinnan blev bemött. Den barnmorskeledda verksamheten lade i betydligt mindre utsträckning in kvinnor på förlossningsavdelningen vid första kontakten eller i tidigt öppningsskede jämfört med läkarledd verksamhet och andelen som födde vaginalt var också större i verksamhet bedriven av barnmorskor (Jackson, et al., 2003; Symon, et al., 2007). McDermott (2010) menade att kliniska riktlinjer och samstämmighet i information och råd till kvinnor som sökte kontakt och vård under värkarbetets tidiga skede kunde främja den normala förlossningen.

Vägledning inför en kommande normal förlossning kunde ske i direkt anslutning till en kejsarsnittsförlossning (David, et al., 2010). Barnmorskor besökte personligen kvinnor som genomgått ett första kejsarsnitt, utan medicinska hinder för en kommande vaginal förlossning. De gav information samt delade ut en broschyr om förlossning efter kejsarsnitt. De informerade även om klinikens telefonservice med syfte att öka möjligheten för kvinnan att föda vaginalt vid nästa barns födelse (ibid). David et al. (2010), visade att det fanns ett stort informationsbehov kring möjligheten att föda vaginalt efter en kejsarsnittsförlossning. Genom barnmorskornas telefonservice kunde kvinnorna utifrån sina egna preferenser ställa frågor och få den information de önskade inför nästkommande förlossning. Det bedömdes viktigt att informationen gavs individuellt och att den var evidensbaserad. Även Janssen et al. (2007) och Kennedy et al. (2010) beskrev att barnmorskor genom information uppmuntrade kvinnor som genomgått kejsarsnittsförlossning att föda vaginalt vid kommande förlossning. I verksamhet ledd av barnmorskor visade Janssen et al. (2007) att kvinnor i större utsträckning födde vaginalt efter tidigare kejsarsnitt jämfört med motsvarande grupp i läkarledd verksamhet.

En annan form av rådgivning fanns för kvinnor som hade önskemål om kejsarsnitt (Halvorsen, et al., 2010; Kennedy, et al., 2010). Barnmorskan lyssnade på kvinnans

berättelse, hennes oro och orsaker till önskan om kejsarsnitt. Därefter förmedlade barnmorskan evidensbaserad information om fördelar och nackdelar med vaginal respektive kejsarsnittsförlossning. Barnmorskan kunde därefter tillsammans med kvinnan upprätta en förlossningsplan för vården under förlossningen. Det förekom att när ett väl övervägt beslut om planerat kejsarsnitt var fattat, ändrade kvinnan uppfattning och valde att föda vaginalt.

Att använda sig själv som kunskapskälla

Barnmorskan använde i hög utsträckning sig själv som kunskapskälla för att främja normal förlossning. Kunskapen som användes var mångfacetterad och innefattade såväl barnmorskans egna sinnen som hennes erfarenheter av tidigare förlossningar (Blaaka & Schauer, 2008; David, et al., 2010; Guiver, 2004; Halvorsen, et al., 2010; Keating & Fleming, 2009; Kennedy & Shannon, 2004; Kennedy, et al., 2010; Scarella, Chamy, Sepúlveda & Belizán, 2011).

Genom synen observerade barnmorskan den födande kvinnan i förlossningsarbetet. Barnmorskan såg hur kvinnan rörde sig, hur hon hanterade värkarna och hur hon visade smärta (Blaaka & Schauer, 2008; Guiver, 2004; Keating & Fleming, 2009; Kennedy & Shannon, 2004; Kennedy, et al., 2010). Genom hörseln lyssnade barnmorskan till kvinnans önskemål kring förlossningen, hennes oro och rädslor. Barnmorskan kunde ta emot berättelser om tidigare förlossningar eller andra händelser som kvinnan ville förmedla (Blaaka & Schauer, 2008; David, et al., 2010; Guiver, 2004; Halvorsen, et al., 2010; Keating & Fleming, 2009; Kennedy & Shannon, 2004). Barnmorskan lyssnade också till hur kvinnan uttryckte sin smärta med ljud och när värkarna ändrade karaktär och övergick till krystvärkar. Genom hörseln avlyssnade barnmorskan även barnets hjärtljud (Blaaka & Schauer, 2008; Keating & Fleming, 2009). Med sina händer palperade barnmorskan värkarnas styrka och kunde känna fosterläget i livmodern. Genom upprepad yttre palpation följde barnmorskan förlossningens progress (Kennedy, et al., 2010).

Med hjälp av sina sinnen kunde barnmorskan läsa av och känna igen den födande kvinnans kropp, hennes uttryck och signaler. I det dagliga arbetet med att följa kvinnor i deras förlossningsarbete erhöles en erfarenhet av den normala förlossningen och att det inom det normala fanns en stor variation (Blaaka & Schauer, 2008; Guiver, 2004; Keating & Fleming, 2009; Kennedy & Shannon, 2004; Kennedy, et al., 2010).

Kennedy et al. (2010) beskrev att avsaknad av central CTG övervakning på expeditionen ledde till att barnmorskan tillbringade mycket tid med kvinnan inne på förlossningsrummet. Fosterljuden avlyssnades intermittent och kvinnan var i mindre utsträckning kopplad till kontinuerlig CTG. Janssen et al. (2007) bekräftade att barnmorskor i barnmorskeledd verksamhet använde CTG övervakning till betydligt färre kvinnor än i den läkarledda verksamheten.

Genom att barnmorskan var nära kvinnan och använde sina sinnen och erfarenheter, erhöles en kunskap som underlättade för barnmorskan att fatta korrekta beslut (Blaaka & Schauer, 2008; Guiver, 2004; Kennedy & Shannon, 2004). Med den samlade kunskapen bedömde barnmorskan när det var tid att agera och när det gick bra att avvakta. Barnmorskans kunskap förmedlades så att det skapade en säkerhet för kvinnan och gav henne tillit till att de beslut som fattades var för kvinnans och barnets bästa. Flera studier (Blaaka & Schauer, 2008; Kennedy & Shannon, 2004; Kennedy, et al., 2010) visade att barnmorskorna använde de

tekniska hjälpmedlen när de ansågs vara till nytta, inte annars. Det fanns dock ingen tvekan om att använda all tillgänglig teknik när behovet fanns.

I mötet med den förlossningsrädda kvinnan som önskade kejsarsnitt beskrev Halvorsen et al. (2010) hur barnmorskan med en coping attityd bättre kunde hjälpa kvinnan fatta beslut om förlossningssätt jämfört med en autonom attityd. Med en coping attityd förmedlade barnmorskan att en vaginal förlossning är det säkraste sättet att föda barn på. Genom barnmorskans kunskap fick kvinnan hjälp med den mentala process som krävdes för att överbrygga hindren att föda vaginalt och barnmorskan gav kvinnan möjlighet att bearbeta inställningen till att våga föda. Att arbeta med en kunskapsbaserad attityd var möjlig för barnmorskan att lära sig och av stor vikt var även barnmorskans förmåga att vara medveten om sina egna känslor och behålla sin professionalitet i mötet (ibid.).

Ett flertal studier (Guiver, 2004; Kennedy & Shannon, 2004; Kennedy, et al., 2010; Scarella, et al., 2011) beskrev hur barnmorskor använde sin kunskap för att bidra till diskussioner och feedback som främjade den normala förlossningen. Barnmorskor och läkare gick tillsammans igenom handläggningen av komplicerade förlossningar och kejsarsnitt. De synpunkter som framkom användes i syfte att öka de vaginala förlossningarna.

Erfarna barnmorskor (Guiver, 2004; Keating & Fleming, 2009; Kennedy & Shannon, 2004; Kennedy, et al., 2010) förmedlade även kunskaper till studenter och yngre kollegor. Genom att leda diskussioner, utarbeta kliniska riktlinjer, och hålla utbildningar ville dessa barnmorskor understryka vikten av att arbeta för den normala förlossningen. Det kunskapsbaserade arbetet var en process som ständigt pågick.

Guiver (2004) och Keating och Fleming (2009) beskrev hur barnmorskor sökte kunskap kollegor emellan och hur de även i dessa situationer använde sina sinnen och erfarenheter av tidigare förlossningar. Kunskapen kunde förmedlas ordlöst inne på en förlossningssal om förlossningen befann sig i ett kritiskt skede. Bara genom ögonkontakt med en kollega kunde den ansvariga barnmorskan få råd och stöd till att fatta korrekta beslut och agera därefter. Även genom några få ord kunde kollegorna sinsemellan förmedla råd och förslag på fortsatt handläggning av förlossningar som dragit ut på tiden. Barnmorskorna använde varandra som rollmodeller och genom att observera varandra i förlossningssituationer och efteråt diskutera handgrepp och bedömningar erhöles ytterligare kunskap (ibid.).

För barnmorskor som arbetade i läkarledd verksamhet krävdes både kunskap och erfarenhet att arbeta för den normala förlossningen. Det evidensbaserade arbete barnmorskorna bedrev krockade ofta med den medicinska kultur läkarna stod för. (Keating & Fleming, 2009; Symon, et al., 2007).

Att stödja och bekräfta det normala

Övergripande i barnmorskornas arbete med att främja den normala förlossningen var att stödja och bekräfta det normala. Ett flertal studier beskrev hur barnmorskans fokus och åtgärder syftade mot det normala (Blaaka & Schauer, 2008; Cheung, et al., 2011; Guiver, 2004; Jackson, et al., 2003; Janssen, et al., 2007; Keating & Fleming, 2009; Kennedy & Shannon, 2004; Kennedy, et al., 2010; Symon, et al., 2007). Barnmorskorna utförde färre interventioner och kvinnor vårdade av barnmorskor födde i högre utsträckning normalt

jämfört med läkarledd verksamhet (Cheung, et al., 2011; Janssen, et al., 2007; Symon, et al., 2007).

Cheung et al. (2011) beskrev hur miljön på förlossningsavdelningen utformades kring den födande så naturlig som möjligt genom att dölja den tekniska utrustningen samt ha tillgång till musik och dimbart ljus. Barnmorskan kunde också uppmuntra kvinnan till att lyssna på musik för att lättare hantera värkarna. Under förlossningen bidrog barnmorskan (Guiver, 2004; Keating & Fleming, 2009) även till att skapa en miljö som inte störde processen och som upplevdes fysiskt och emotionellt säker för kvinnan. Ett flertal studier beskrev att barnmorskan tillbringade mycket tid tillsammans med kvinnan på förlossningsrummet. Genom att finnas med som stöd utan att behöva säga eller göra så mycket bekräftade barnmorskan att förlossningen framskred som den skulle och att allt var normalt (Cheung, et al., 2011; Guiver, 2004; Kennedy & Shannon, 2004; Kennedy, et al., 2010; Symon, et al., 2007).

Kennedy et al. (2010) visade hur barnmorskan underlättade förlossningsprogressen genom att stödja kvinnans normala, fysiologiska funktioner. Kvinnan uppmuntrades till att vara rörlig och växla mellan olika positioner. Som hjälpmedel användes saccosäck, sittboll och gåbord. Barnmorskan kunde föreslå varm dusch och bad, vilket hjälpte kvinnan slappna av. Barnmorskan bistod också med att hjälpa kvinnan hitta rätt andningsteknik som ett sätt att hantera de smärtsamma sammandragningarna och kunde hjälpa till med massage av ryggen. För att kvinnan skulle orka med det fysiskt krävande förlossningsarbetet serverade barnmorskan lätt mat samt varma och kalla drycker (ibid.).

Ett flertal studier visade att barnmorskans stöd och uppmuntran till den födande var en viktig faktor som bidrog till normal förlossning. Barnmorskan hade stor tilltro till kvinnans förmåga att föda normalt (Halvorsen, et al., 2010; Keating & Fleming, 2009; Kennedy & Shannon, 2004; Kennedy, et al., 2010; Symon, et al., 2007). Barnmorskan litade på den födande kvinnans kunskap och instinkt och såg kvinnans fysiska och mentala styrka. Barnmorskan förmedlade också till kvinnan att hon skulle lita på sin kropp och sina känslor och lyssna på dess signaler. I de fall kvinnans tro på sig själv svek, försökte barnmorskan hjälpa kvinnan hitta tillbaka till sin styrka och använda den (Keating & Fleming, 2009; Kennedy & Shannon, 2004).

Kennedy och Shannon (2004) påtalade hur förlossningar varierade i längd och i hur smärtsam den upplevdes av kvinnan. Barnmorskan arbetade då med att få kvinnan förstå att även en långdragen och smärtsam förlossning var normal och att kvinnan hade förmåga att klara av det. Behovet av stöd till de födande var olika stort och det ansågs väsentligt att stödet gavs individuellt. Det fanns en öppenhet menade Guiver (2004), för kvinnans individualitet och barnmorskan medverkade med sitt stöd till att kvinnan kunde föda normalt.

Ett flertal studier visade hur barnmorskan genom expektans följde kvinnan i hennes förlossningsarbete. Barnmorskan kände tilltro till kroppens fysiologiska förmåga och såg som sin uppgift att skydda den normala förlossningen och förhindra onödiga interventioner. Det var ett arbete som krävde tålamod och en förmåga att vara så nära som kvinnan kände behov av (Blaaka & Schauer, 2008; Cheung, et al., 2011; Jackson, et al., 2003; Keating & Fleming, 2009; Kennedy & Shannon, 2004).

Förstföderskor och kvinnor som genomgått ett tidigare kejsarsnitt (Scarella, et al., 2011) löpte större risk att avsluta förlossningen med kejsarsnitt än kvinnor som tidigare fött barn vaginalt.

Genom medvetenhet hos barnmorskan att arbeta för den normala förlossningen kunde dessa kvinnor stöttas i förlossningsarbetet, vilket ökade andelen normala förlossningar. Oftast var barnmorskan med (Blaaka & Schauer, 2008; Kennedy, et al., 2010) även vid komplicerade förlossningar för att så långt det var möjligt bevara det som var normalt.

Diskussion

Metoddiskussion

Litteraturstudiens syfte omformulerades delvis efter det första urvalet i den systematiska litteratursökningen. Inriktningen på litteraturstudien var initialt att beskriva hur barnmorskan genom att främja normal förlossning kan minska andelen kejsarsnitt. Syftet riktades till att främja normal förlossning och att minska andelen kejsarsnitt omfattades i detta syfte. Sökordet barnmorska kombinerades med kejsarsnitt och vaginal/normal förlossning för att få fram artiklar som berörde åtgärder för att främja normal förlossning i relation till det ökade antalet kejsarsnitt. Båda sökorden normal förlossning och vaginal förlossning användes, eftersom normal förlossning kan utesluta artiklar där medicinsk smärtlindring och värförstärkande dropp använts under förlossningsvården.

Sökningarna genomfördes i databaserna PubMed, Cinahl och PsycInfo Ovid vilka innefattar områdena medicin, omvårdnad och psykologi. Dessa tre databaser innehar en bredd i ämnesområden som var av relevans för syftet. Sökorden kombinerades strukturerat på samma sätt i alla tre databaserna. På så sätt är problemområdet enhetligt genomlett i alla tre databaserna, vilket kan stärka resultatet. Med flera återkommande artiklar i de olika databaserna kan sökorden tolkas som relevanta. I PubMed användes MeSH termer. I Cinahl och PsycInfo Ovid användes fritext då headings visade sig begränsa sökningarna till alltför få träffar. Den systematiska sökningen inleddes i PubMed, vilket genererade flest resultatartiklar. Vid sökning i Cinahl återfanns flera av de tidigare valda artiklarna varför endast två unika resultatartiklar kom från denna databas. PsycInfo Ovid kallas databasen som användes vid den systematiska sökningen på sjukhusbiblioteket i Halmstad, skillnad i namn beroende på ett annat gränssnitt enligt bibliotekarierna. Sökningen resulterade i få relevanta träffar där de flesta lästa abstrakt återfunns i tidigare sökning i PubMed. Ingen unik artikel till urval ett återfanns i denna databas. När arbetet med litteraturstudiens resultatdel var långt framskriden, upptäcktes skillnader vid sökning i högskolans databas på PsycInfo och den befintliga sökningen från sjukhusbiblioteket. Skillnaden bestod i fler träffar på högskolans databas PsycInfo vid sökning på litteraturstudiens sökord jämfört med sjukhusbibliotekets databas PsycInfo Ovid. Detta kan ha inneburit att några artiklar har missats och är därmed en svaghet i litteratursökningen.

Det stora antalet träffar på tre av sökkombinationerna i PubMed kan ses som att sökorden inte var tillräckligt specifika. Genomläsning av titlarna gav oftast direkt information som angav att artikeln inte var relevant. I övriga fall lästes abstrakt för att få en uppfattning om artikelns giltighet. För att kvalitetssäkra att inga relevanta artiklar missats, genomlästes de funna artiklarnas referenser i urval ett. Genomläsningen bidrog till att ytterligare en resultatartikel hittades, vilken söktes manuellt i PubMed.

Tidsintervallet på sökningarna begränsades till de senaste tio åren för att få vetenskaplig relevans på materialet. Tio av tretton resultatartiklar är daterade från 2007 till 2011, vars aktuella forskning kan ses som en styrka för litteraturstudien. Fördelningen av kvantitativa

och kvalitativa artiklar var jämn, fördelat på sju respektive sex artiklar. De kvantitativa artiklarna berörde barnmorskors betydelse för att öka andelen normala förlossningar. De kvalitativa beskrev barnmorskors erfarenheter av att arbeta för normal förlossning. Dessa artiklar belyste i hög utsträckning vilka åtgärder barnmorskan använde för att främja normal förlossning. Med både kvantitativa samt kvalitativa artiklar erhöles en översikt av hela problemområdet. Artiklarna hade sitt ursprung i USA, Kanada, Australien, England, Irland, Chile, Kina och Norge. Artiklar från afrikanska länder exkluderades då de inte bedömdes överensstämma med västvärldens förlossningsvård. Ingen studie relevant för syftet var genomförd i Sverige, vilket är en svaghet och även anmärkningsvärt med tanke på landets självständigt arbetande barnmorskor och ett aktuellt ämnesområde. De två norska studierna skildrade förlossningsvård jämförbar med den svenska. De övriga studierna innefattade förhållanden som i olika hög grad överensstämmer med de svenska och således inte är direkt överförbar till svensk förlossningsvård, vilket kan vara en svaghet. Beskrivningen av hur barnmorskor arbetade med och såg på den normala förlossningen var dock väsentligen likartad i de ingående ländernas studier, vilket ger en bredd och styrka till resultatet. Ingen av studierna tog upp genusperspektivet vilket bedöms relevant då ytterst få manliga barnmorskor är verksamma i förlossningsvården.

Datansamling och bearbetning utfördes av en person, vilket i vissa delar kan innebära en svårighet vid analys och tolkning. Att vara mer än en person vid analys, där tolkning sker individuellt för att därefter jämföras och diskuteras, kan innebära en högre trovärdighet. Ett strukturerat arbetssätt krävdes för att få fram resultatets kategorier då de till en del gick in i varandra.

Resultatdiskussion

Kvalitetsgranskning av de tretton vetenskapliga resultatartiklarna utfördes enligt Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmallar. Kvantitativa respektive kvalitativa artiklar bedömdes enligt separat mall och den summerade poängen angav graden av artikelns vetenskapliga kvalitet. Grad I innebar hög vetenskaplig kvalitet, grad II medelgod kvalitet och grad III låg kvalitet. Av litteraturstudiens tretton resultatartiklar uppnådde nio grad I och resterande fyra grad II. Artiklarna som bedömdes till grad II utgjordes av två med kvantitativ metod och två med kvalitativ metod. Den lägre kvaliteten innefattade orsaker som högt bortfall, vilket i en artikel inte diskuterades, sämre struktur, kortare metodbeskrivning och mindre anknytning till tidigare forskning.

Alla resultatartiklar tog upp etiska aspekter och i de studier där intervjuer ingick erhöles informerats samtycke från samtliga deltagare. Resultatartiklarna nyckelord barnmorska, vård, förlossningsutfall och vaginal/normal förlossning överensstämde med litteraturstudiens sökord, vilket anses styrka litteraturstudiens syfte.

En aspekt som kan lyftas är att resultatet påverkats av en förförståelse för materialet efter flera års yrkeserfarenhet som barnmorska. Förförståelsen kan ha påverkat tolkningen av artiklarna och därmed resultatet i litteraturstudien. Dock innebär en förförståelse även en ökad kunskap om ämnet och därmed kan det varit lättare att bedöma artiklarnas relevans.

Litteraturstudiens resultat beskriver hur barnmorskan genom vägledning, sin egen mångfacetterade kunskap och genom att stödja och bekräfta det normala kan främja en normal förlossning. Resultatet visar att vara vägledare innebär ett förhållningssätt mellan

barnmorskan och kvinnan där den relationella aspekten med tillit och delaktighet har stor betydelse (Blaaka & Schauer, 2008; Cheung, et al., 2011; David, et al., 2010; Guiver, 2004; Halvorsen, et al., 2010; Kennedy & Shannon, 2004; Kennedy, et al., 2010). Detta bekräftas av Lundgren och Berg (2007) som beskriver det viktiga samspelet mellan barnmorskan och kvinnan och dess betydelse för att möta kvinnans behov.

Kvinnor värdesätter kvaliteten på relationen till barnmorskan som bland det viktigaste för en positiv förlossningsupplevelse. Detta innefattar en god kommunikation med ömsesidig tillit. När barnmorskan i en tillitsfull relation är nära den födande, utvecklas förståelsen och kunskapen om den fysiologiska och psykologiska förlossningsprocessen (Hunter, Berg, Lundgren, Ólafsdóttir & Kirkham, 2008). Genom individuell vård efter kvinnans behov, möjliggör barnmorskan för kvinnan att känna delaktighet och ha kontroll under förlossningen (Sandall, Devane, Soltani, Hatem & Gates, 2010). En studie av Seibold, Licqurish, Rolls och Hopkins (2010) beskriver att barnmorskan med sin närhet till kvinnan, skapar rum för födandet och kvinnans trygghet.

I resultatet påvisas hur barnmorskor kan underlätta för kvinnor att föda vaginalt efter kejsarsnitt genom information och vägledning (David, et al., 2010; Janssen, et al., 2007; Kennedy, et al., 2010). Ett genomgående mönster är enligt Grobman et al. (2010) att andelen vaginala förlossningar efter kejsarsnitt har minskat och att kvinnor efter ett kejsarsnitt i mindre utsträckning påbörjar en vaginal förlossning vid nästkommande graviditet. En studie beskriver betydelsen av att kvinnor får information om risker med upprepade kejsarsnitt och ges möjlighet att föda vaginalt. Exempel på faktorer som ökar möjligheten att föda vaginalt efter kejsarsnitt är nationella riktlinjer, audit och feedback samt information till kvinnan. Lokala riktlinjer och individuell information anses ha större påverkan än den mer allmänt riktade (Catling-Paull, Johnston, Ryan, Foureur & Homer, 2011).

I resultatet visar Janssen et al. (2007) att kvinnor i barnmorskeledd verksamhet oftare föder vaginalt efter kejsarsnitt än motsvarande kvinnor i läkarledd verksamhet. Detta stärks av Catling-Paull et al. (2011) som påvisar att både sjukhusets policy och/eller läkarens inställning påverkar antalet kvinnor som föder vaginalt efter kejsarsnitt. Det framkommer även att på sjukhus där kvinnan inte begränsas i hur lång tid förlossningen får pågå ökar möjligheten att förlossningen avslutas vaginalt. En tanke är att när kvinnan får möjlighet att föda efter egna förutsättningar och inte styrs av någon klocktid leder det till ett positivt resultat som överensstämmer med barnmorskans inställning till hur omvårdnaden ska bedrivas. Resultatet visar att barnmorskan har stark tilltro till kvinnans förmåga att föda och att det inom det normala finns en stor variation (Blaaka & Schauer, 2008; Cheung, et al., 2011; Guiver, 2004; Keating & Fleming, 2009; Kennedy & Shannon, 2004).

Flera studier i resultatet beskriver att när kvinnan söker vård i tidigt förlossningsarbete ökar risken för interventioner varför barnmorskan genom råd och information försöker påverka henne att återvända hem (Guiver, 2004; Jackson, et al., 2003; McDermott, 2010; Symon, et al., 2007). Enligt Kennedy et al. (2010) kan kvinnan då uppleva att barnmorskan inte lyssnar till hennes behov och önskemål. En aktuell studie beskriver att kvinnor tycks ha en negativ inställning till att skickas hem från förlossningsavdelningen i latensfas (Scotland, McNamee, Cheyne, Hundley & Barnett, 2011). Vetskap om att det innebär mindre risk för instrumentell och operativ förlossning kan göra det värt att återvända hem, anser dessa kvinnor. Behovet av adekvat information anses därför vara väsentlig. En fråga som uppstår är om det är tillräckligt med enbart information? Bör det inte tas hänsyn till andra aspekter som påverkar kvinnan att söka vård i tidigt förlossningsarbete, exempelvis oro och rädsla? Wilde-Larsson et al. (2011)

påtar vikten av att barnmorskan identifierar kvinnor med känslomässig skörhet för att kunna ge vägledning och stöd efter individens behov. En reflektion är hur stödet och informationen ska utformas för att kvinnan ska känna trygghet med att vara kvar i hemmet under den ofta långdragna latensfasen.

Barnmorskan kan främja normal förlossning genom att använda sina sinnen och erfarenheter av tidigare förlossningar (Blaaka & Schauer, 2008; David, et al., 2010; Guiver, 2004; Halvorsen, et al., 2010; Keating & Fleming, 2009; Kennedy & Shannon, 2004; Kennedy, et al., 2010; Scarella, et al., 2011). Detta belyser Hunter L.P. (2008) i sin studie om olika former av kunskap barnmorskan använder i sitt arbete med barnafödande. Det beskrivs att barnmorskan använder sig själv och sin egen övertygelse om vad som är god vård för en födande kvinna. Barnmorskan använder också erfarenheten som kommer med att följa kvinnor i förlossning. Även den formella kunskapen som både innehåller teoretiska och praktiska moment ingår i barnmorskans yrkeskunskap. Det framkommer att i den medicinska förlossningsvården värderas ofta den formella kunskapen och kunskap baserad på teknisk apparatur högre än den erfarenhetsbaserade (ibid.). Janssen et al. (2007) beskriver att barnmorskor som arbetar i läkarledd verksamhet använder CTG övervakning till betydligt fler kvinnor än i barnmorskeledd verksamhet. Reflektionen blir då att barnmorskor i verksamhet där läkare leder vården i högre utsträckning är styrda av den formella kunskapen och inte i lika hög grad ges utrymme att använda personlig och erfarenhetsbaserad kunskap.

I resultatet framkommer att barnmorskor betonade betydelsen av den sinnes- och erfarenhetsbaserade kunskapen jämfört med den formella kunskapen som den beskrivs av Hunter L.P. (2008). Den formella kunskapen finns som en grund och ingår när beslut fattas och vid användning av tekniska hjälpmedel (Blaaka & Schauer, 2008; Guiver, 2004; Keating & Fleming, 2009; Kennedy & Shannon, 2004; Kennedy, et al., 2010). En tänkbar orsak kan vara att den sinnes- och erfarenhetsbaserade kunskapen inte tycks värderas lika högt som den formella, utbildningsbaserade kunskapen gör. Barnmorskor behöver därför genom forskning belysa erfarenhetens och barnmorskans egna personliga kunskaps betydelse, för att främja normal förlossning. Keating och Fleming (2009) och Symon et al. (2007) beskriver hur barnmorskor i läkarledd verksamhet behöver betona både den formella och den erfarenhetsbaserade kunskapen i arbetet med att främja normal förlossning. Stewart (2001) visar hur användning av evidensbaserad kunskap påverkas av kulturen på arbetsplatsen, både mellan barnmorska och läkare men även mellan barnmorskor. Det finns också inslag av individuell bedömning i hur evidensbaserad kunskap värderas. Även forskningsmetoder värderas olika, där den kvantitativa metoden ofta anses ha större giltighet än den kvalitativa metoden. I resultatet beskrivs att när barnmorskor i sitt arbete för normal förlossning arbetar efter evidens stöter det på motstånd gentemot läkarnas medicinska kultur (Keating & Fleming, 2009; Symon, et al., 2007). Waldenström (2007) menar att trots evidensbaserad kunskap har frekvensen av epiduralbedövning och kejsarsnitt ökat mer än vad som kan anses befogat och betydelsen av dessa interventioner för den totala förlossningsupplevelsen behöver ytterligare belysas. Är det så att den kvalitativa forskning som krävs för att få svar på dessa frågor, inte anses tillräcklig för att värderas som giltig evidens?

När barnmorskan stödjer och bekräftar det normala ökar också möjligheten för kvinnan att föda normalt (Blaaka & Schauer, 2008; Cheung, et al., 2011; Guiver, 2004; Jackson, et al., 2003; Janssen, et al., 2007; Keating & Fleming, 2009; Kennedy & Shannon, 2004; Kennedy, et al., 2010; Symon, et al., 2007). En Cochrane review om betydelsen av kontinuerligt stöd under förlossning beskriver att stöd till kvinnan kan bestå av olika delar. Stöd innebär att ge information och att företräda den födande, men också att både fysiologiskt och emotionellt

underlätta för kvinnan att ta sig igenom förlossningen. Kvinnor som erhåller kontinuerligt stöd under förlossningen föder i högre utsträckning normalt, vilket innebär mindre risk för instrumentella och operativa förlossningar. Det leder även till mindre behov av smärtlindring och en mer positiv förlossningsupplevelse (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala & Weston, 2011). I resultatet framkommer att barnmorskan i hög grad värderar närvaro och stöd till den födande kvinnan som positivt för en normal förlossning (Cheung, et al., 2011; Guiver, 2004; Kennedy & Shannon, 2004; Kennedy, et al., 2010; Symon, et al., 2007). Det bekräftas i en studie där kvinnor beskriver betydelsen av stöd från barnmorskan under förlossningen som viktigt. Kvinnorna upplever att barnmorskan är den som hjälper dem igenom förlossningen. Om förlossningen inte blir som kvinnan förväntat sig, är det barnmorskans närvaro och stöd som kan leda till att upplevelsen ändå blir positiv (Hauck, Fenwick, Downie & Butt, 2007). Resultatet visar att barnmorskan genom att närvara även vid den komplicerade förlossningen kan ge stöd och bevara det som är normalt (Blaaka & Schauer, 2008; Kennedy, et al., 2010).

Romano och Lothian (2008) beskriver evidensbaserade faktorer som främjar normal förlossning. Förlossningsprogressen påverkas av miljön runt kvinnan, det är betydelsefullt att den upplevs trygg och säker. När kvinnan är fri att vara uppe och röra sig och inta de positioner som upplevs bäst, minskar behovet av smärtlindring och förlossningens längd kan minska. Stöd under förlossningen innebär trygghet för kvinnan och minskar även risken för utdragen förlossning. Andra faktorer som främjar normal förlossning är att den födande får energi i form av mat och dryck. Rutinmässiga interventioner som kontinuerlig fosterövervakning och att öka förlossningsprogressen genom amniotomi och värkförstärkande dropp bör undvikas (ibid.). Denna artikel överensstämmer i stor utsträckning med litteraturstudiens resultat av hur barnmorskor arbetar med normal förlossning, ändå är det uppenbart att interventionerna ökar. En studie beskriver hur svenska barnmorskor i hög utsträckning arbetar efter samma rutiner oavsett om kvinnans förlossning är låg- eller högrisk. Barnmorskorna arbetar även efter rutiner som inte är evidensbaserade (Kvist, Damiani, Rosenqvist & Sandin-Bojö, 2010). Både världsomspännande organisationer och forskare framhåller värdet av att interventioner i förlossningsvården genomförs när det finns en giltig indikation och att vården som bedrivs är evidensbaserad (ICM, 2005; WHO, 1996; Wagner, 2001; Waldenström, 2007).

Cherniak och Fisher (2008) belyser orsaker till den ökade andelen interventioner i förlossningsvården. De menar att vården blivit opersonlig med en mekanisk syn på kvinnans födande kropp. När det saknas förståelse för den normala variationen i födandet och det brister i psykologiska hänsyn ökar risken att istället se problem som måste åtgärdas. Definitionen för vad som är normalt har stramats åt och huruvida förlossningen är normal bedöms retrospektivt. Davis och Walker (2011) menar att det finns svårigheter i begreppet normalt. Det som i dagens förlossningsvård har blivit vanliga rutinåtgärder som igångsättning av förlossning, epiduralbedövning och värkförstärkande dropp anses normalt medan en vaginal sätesförlossning som tidigare var rutin nu ses som avvikande. Uppdelningen i normalt och avvikande (Socialstyrelsen, 2006) är en för barnmorskor betydande konstruktion då barnmorskans ansvarsområde hänförs till den normala förlossningen. Davis och Walker (2011) framhåller istället betydelsen av att ha kvinnan i centrum och ge stöd genom hela förlossningsprocessen. Målet med barnmorskans vård blir då en förlossning kvinnan känner sig nöjd med, där inte fler än nödvändiga interventioner använts.

Konklusion

Barnmorskans arbetsområde innefattar handläggning av den normala graviditeten och förlossningen. I arbetet med att främja normal förlossning använder barnmorskan olika strategier. Genom en god relation till kvinnan kan barnmorskan ge vägledning. När kvinnan är delaktig i beslut ledsagar barnmorskan utan att styra. Barnmorskan använder kunskap baserad på sina sinnen och erfarenheter av tidigare förlossningar tillsammans med formell kunskap för att genom hela förlossningsprocessen kunna fatta korrekta beslut. Genom att stödja och bekräfta det normala skapar barnmorskan en säker miljö runt kvinnan, där interventioner utförs när det finns giltig indikation. Barnmorskan kan med sin tilltro till kvinnans förmåga att föda och insikten om variationen i den fysiologiskt normala förlossningen, stödja och bekräfta den födande kvinnan efter hennes individuella behov och därmed främja den normala förlossningen.

Implikation

För att främja normal förlossning, behöver barnmorskans arbete med att gynna den normala processen stärkas, i den medicinska kultur som idag råder inom förlossningsvården. Yrkesverksamma barnmorskor kan genom att närvara vid varandras förlossningar och diskutera vidtagna omvårdnadsåtgärder och bedömningar, stärka varandra att se och främja det normala. Barnmorskor kan tillsammans med läkare genom journalgranskning, diskutera handläggning av komplicerade förlossningar som föregår kejsarsnitt. Genom barnmorskans fokus på det normala kan arbetet för den normala förlossningen främjas. Barnmorskor behöver tillsammans föra en dialog kring normal förlossning för att hålla det definierade begreppet aktuellt. I barnmorskeutbildningen bör det övergripande temat vara att främja den normala förlossningen, såväl i den teoretiska undervisningen som i den verksamhetsförlagda, där handledaren har stor betydelse. För att få mer kunskap om begreppet normal förlossning behövs ytterligare forskning, om såväl barnmorskans och obstetrikerns attityd som kvinnans attityd till begreppet. Syftet handlade om barnmorskans åtgärder för att främja normal förlossning, det tycks som om fortsatt forskning behövs på organisationsnivå då förlossningsvårdens omgivande system inverkar på hur barnmorskan kan bedriva det betydelsefulla arbetet med att främja den normala förlossningen.

Referenser

- Alran, A., Sibony, O., Oury, J-F., Luton, D., & Blot, P. (2002). Differences in management and results in term-delivery in nine European referral hospitals: descriptive study. [Electronic version]. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 103, 4-13.
- Amer-Wåhlin, I. (2010). Akut kejsarsnitt. Ingår i Svensk förening för obstetrik och gynekologi. Arbets- och referensgrupp för perinatologi, Rapport nr 65, *Kejsarsnitt*. (ss 57-66). Stockholm: SFOG.
- Anderson, G. (2003). A concept analysis of 'normal birth'. *Evidence Based Midwifery*, Dec, 1 (2), 48-54.
- Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. Ingår i M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (ss 173-188). Lund: Studentlitteratur.
- *Blaaka, G., & Schauer Eri, T. (2008). Doing midwifery between different belief systems. [Electronic version]. *Midwifery*, 24, 344-352.
- Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola". Malmö: Malmö Högskola. Hämtad 2011-02-20 från:
http://dSPACE.mah.se/bitstream/handle/2043/660/rapport_hs_05b.pdf
- Catling-Paull, C., Johnston, R., Ryan, C., Foureur, M.J., & Homer, C.S.E. (2011). Non-clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after caesarean section: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05662.x.
- Cherniak, D., & Fisher, J. (2008). Explaining obstetric interventionism: Technical skills, common conceptualisations, or collective countertransference? [Electronic version]. *Women's Studies International Forum*, 31, 270-277.
- *Cheung, N.F., Mander, R., Wang, X., Fu, W., Zhou, H., & Zhang, L. (2011). Clinical outcomes of the first midwife-led normal birth unit in China: a retrospective cohort study. *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2010.05.012.
- *David, S., Fenwick, J., Bayes, S., & Martin, T. (2010). A qualitative analysis of the content of telephone calls made by women to a dedicated 'Next birth after caesarean' antenatal clinic. [Electronic version]. *Women and Birth*, 23, 166-171.
- Davis, D.L., & Walker, K. (2011). Case-loading midwifery in New Zealand: bridging the normal/abnormal divide 'with woman'. [Electronic version]. *Midwifery*, 27, 46-52.
- Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A., & Nissen, E. (2001). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

- Foley, M.E., Alarab, M., Daly, L., Keane, D., Rath, A., & O'Herlihy, C. (2004). The continuing effectiveness of active management of first labor, despite a doubling in overall nulliparous cesarean delivery. [Electronic version]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191, 891-895.
- Friberg, F. (red.). (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gould, D. (2000). Normal labour: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 31, (2), 418-427.
- Grobman, W.A., Lai, Y., Landon, M.B., Spong, C.Y., Rouse, D.J., Varner, M.W. et al. (2010). The change in the rate of vaginal birth after caesarean section. [Electronic version]. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 25, 37-43.
- *Guiver, D. (2004). The epistemological foundation of midwife-led care that facilitates normal birth. *Evidence Based Midwifery*, 2 (1), 28-34.
- *Halvorsen, L., Nerum, H., Sørli, T., & Øian, P. (2010). Does counsellor's attitude influence change in a request for a caesarean in women with fear of birth? [Electronic version]. *Midwifery*, 26, 45-52.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Review*, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.
- Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J., & Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. [Electronic version]. *Midwifery*, 23, 235-247.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., & Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art.No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.
- Hunter, B., Berg, M., Lundgren, I., Ólafsdóttir, Á., & Kirkham, M. (2008). Relationships: The hidden threads in the tapestry of maternity care. [Electronic version]. *Midwifery*, 24, 132-137.
- Hunter, L.P. (2008). A hermeneutic phenomenological analysis of midwives' ways of knowing during childbirth. [Electronic version]. *Midwifery*, 24, 405-415.
- Höjeberg, P. (1991). *Jordemor. Barnmorskor och barnsängskvinnor i Sverige*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- International Confederation of Midwives [ICM]. (2005). *Appropriate use of intervention in childbirth*. Hämtad 2011-03-15 från: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2010/Position%20Statements%202010/2.%20Appropriate%20use%20of%20intervention%20in%20childbirth.pdf>

- International Confederation of Midwives [ICM]. (2008). *Keeping birth normal*. Hämtad 2011-03-15 från: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2010/Position%20Statements%202010/18.%20Keeping%20birth%20normal.pdf>
- *Jackson, D.J., Lang, J.M., Ecker, J., Swartz, W.H., & Heeren T. (2003). Impact of collaborative management and early admission in labor on method of delivery. [Electronic version]. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32, 147-157.
- *Janssen, P.A., Ryan, E.M., Etches, D.J., Klein, M.C., & Reime, B. (2007). Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. [Electronic version]. *Birth*, 34:2, June, 140-147.
- Karlström, A., Nystedt, A., Johansson, M., & Hildingsson, I. (2010). Behind the myth – few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*, doi: 10.1016/j.midw.2010.05.005
- *Keating, A., & Fleming, V.E.M. (2009). Midwives' experiences of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective. [Electronic version]. *Midwifery*, 25, 518-527.
- *Kennedy, H.P., & Shannon, M.T. (2004). Keeping birth normal: Research findings on midwifery care during childbirth. [Electronic version]. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33, 554-560.
- *Kennedy, H.P., Grant, J., Walton, C., Shaw-Battista, J., & Sandall, J. (2010). Normalizing birth in England: A qualitative study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55, doi: 10.1016/j.jmwh.2010.01.006.
- Kvist, L.J., Damiati, N., Rosenqvist, J., & Sandin-Bojö, A-K. (2010). Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth. *Midwifery*, doi: 10.1016/j.midw.2010.07.001.
- Lindgren, H., & Erlandsson, K. (2010). Women's experiences of empowerment in a planned home birth: A Swedish population-based study. [Electronic version]. *Birth*, 37:4, December, 309-317.
- Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship. [Electronic version]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 220-228.
- *McDermott, A.M. (2010). Factors associated with non-normal outcomes for low-risk women in an inner-city hospital. [Electronic version]. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55, 101-106.
- Newburn, M. (2010). The best of both worlds – Parents' motivations for using an alongside birth centre from an ethnographic study. *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2010.10.014.
- Reibel, T. (2004). Normal birth: a thing of the past or the new future for primary health care? [Electronic version]. *Primary Health Care Research and Development*, 5: 329-337.

- Romano, A.M., & Lothian, J.A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. [Electronic version]. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37, 94-105.
- Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M., & Gates, S. (2010). Improving quality and safety in maternity care: The contribution of midwife-led care. [Electronic version]. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55, 255-261.
- *Scarella, A., Chamy, V., Sepúlveda, M., & Belizán, J.M. (2011). Medical audit using the Ten Group Classification System and its impact on the cesarean section rate. [Electronic version]. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 154, 136-140.
- Schytt, E., & Hildingsson, I. (2011). Physical and emotional self-rated health among Swedish women and men during pregnancy and the first year of parenthood. [Electronic version]. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2, 57-64.
- Scotland, G.S., McNamee, P., Cheyne, H., Hundley, V., & Barnett, C. (2011). Women's preferences for aspects of labor management: Results from a discrete choice experiment. [Electronic version]. *Birth*, 38:1, March, 36-46.
- Seibold, C., Licqurish, S., Rolls, C., & Hopkins, F. (2010). 'Lending the space': Midwives perceptions of birth space and clinical risk management. [Electronic version]. *Midwifery*, 26, 526-531.
- Socialstyrelsen. (2001). *State of The Art – Handläggning av normal förlossning*. Hämtad: 2011-03-16 från: <http://www.sfog.se/PDF/2001-123-1.PDF>
- Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2011-03-15 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport*. Hämtad 2011-03-15 från: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/9_Sexuell.pdf
- Socialstyrelsen. (2011). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. Hämtad 2011-03-15 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18267/2011-3-19.pdf>
- Stewart, M. (2001). Whose evidence counts? An exploration of health professionals' perceptions of evidence-based practice, focusing on the maternity services. [Electronic version]. *Midwifery*, 17, 279-288.
- Sundström, K. (2005). Att föda barn i 20:e århundradet. Ingår i B. Sjögren (red.), *Psykosocial obstetrik*. (ss 15-31). Lund: Studentlitteratur.

- *Symon, A.G., Paul, J., Butchart, M., Carr, V., & Dugard, P. (2007). Self-rated “no”- and “low”-risk pregnancy: A comparison of outcomes for women in obstetric-led and midwife-led units in England. [Electronic version]. *Birth*, 34:4, December, 323-330.
- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. [Electronic version]. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S25-S37.
- Waldenström, U. (2005). Kvinnors upplevelse av förlossningen. Ingår i B. Sjögren (red.), *Psykosocial obstetrik*. (ss 143-150). Lund: Studentlitteratur.
- Waldenström, U. (2007). Normal childbirth and evidence based practice. [Electronic version]. *Women and Birth*, 20, 175-180.
- Wilde-Larsson, B., Sandin-Bojö, A-K., Starrin, B., & Larsson, G. (2011). Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: a nationwide Swedish cross-sectional study. [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1168-1177.
- World Health Organization [WHO]. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
Hämtad 2011-03-15 från:
http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

*= artiklar som använts i resultatet

Tabell 1. Sökordsöversikt**Bilaga I**

Databas Sökord	PubMed MeSH-term	Cinahl Fritext	PsycINFO Ovid Fritext
Barnmorska	Midwife	Midwife	Midwife
Vaginal förlossning	Vaginal birth	Vaginal birth	Vaginal birth
Kejsarsnitt	Caesarean section	Caesarean section	Caesarean section
Normal förlossning	Normal birth	Normal birth	Normal birth

Tabell 2. Sökhistorik

Bilaga II:1

Databas	Datum	Sökord/Limits	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
PubMed	110214	Midwife (MeSH) AND Vaginal birth (MeSH) AND Caesarean section (MeSH) Limits: abstract; English; published 20010101-20110214	56	23	11	3
PubMed	110214	Midwife (MeSH) AND Normal birth (MeSH) AND Caesarean section (MeSH) Limits: abstract; English; published 20010101-20110214	17	4 (3*)	1	0
PubMed	110214	Midwife (MeSH) AND Vaginal birth (MeSH) Limits: abstract; English; published 20010101-20110214	163	38 (23*)	6	0
PubMed	110214	Midwife (MeSH) AND Normal birth (MeSH) Limits: abstract; English; published 20010101-20110214	168	39 (11*)	18	6
PubMed	110215	Midwife (MeSH) AND Caesarean section (MeSH) Limits: abstract; English; published 20010101-20110215	210	26 (16*)	4	1
Cinahl	110215	Midwife AND Vaginal birth AND Caesarean section Limits: abstract available; research article; peer reviewed; English language; published Jan 2001- Feb 2011	4	3(2*)	1	0
Cinahl	110215	Midwife AND Normal birth AND Caesarean section Limits: abstract available; research article; peer reviewed; English language; published Jan 2001- Feb 2011	1	1	0	0
Cinahl	110215	Midwife AND Vaginal birth Limits: abstract available; research article; peer reviewed; English language; published Jan 2001- Feb 2011	28	8 (3*)	1	1
Cinahl	110215	Midwife AND Normal birth Limits: abstract available; research article; peer reviewed; English language; published Jan 2001- Feb 2011	12	9 (2*)	2	1
Cinahl	110215	Midwife AND Caesarean section Limits: abstract available; research article; peer reviewed; English language; published Jan 2001- Feb 2011	22	6 (2*)	0	0

Tabell 2. Sökhistorik

Bilaga II:2

Databas	Datum	Sökord/Limits	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
Psyc Info Ovid Sp	110215	Midwife AND Vaginal birth AND Caesarean section Limits: abstract; peer reviewed; English; published 2001-2011	2	1	0	0
Psyc Info Ovid Sp	110215	Midwife AND Normal birth AND Caesarean section Limits: abstract; peer reviewed; English; published 2001-2011	0	0	0	0
PsycInfo Ovid Sp	110215	Midwife AND Vaginal birth Limits: abstract; peer reviewed; English; published 2001-2011	10	1 (1*)	0	0
PsycInfo Ovid Sp	110215	Midwife AND Normal birth Limits: abstract; peer reviewed; English; published 2001-2011	11	0	0	0
PsycInfo Ovid Sp	110215	Midwife AND Caesarean section Limits: abstract; peer reviewed; English; published 2001-2011	10	3(2*)	0	0
PubMed	110303	Manuell sökning på titel: Impact of collaborative management and early admission in labor on method of delivery	1	1	1	1
Total					44+1	13

(*) Antal abstrakt som hittats i tidigare sökning

Tabell 3 Artikelöversikt

Publi- kations-år Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Veten- skaplig kvalitet
2008 Norge PubMed	Blaaka G, Schauer Eri T.	Doing midwifery between different belief systems	Att beskriva hur en grupp barnmorskor beskriver sin yrkesmässiga omvårdnad mellan två system, den bio- medicinska och den fenomenologiska.	<i>Kvalitativ studie</i> Fenomenologisk ansats. Barnmorskor (n=7) vilka arbetade på ett universitetssjukhus med både normala och komplicerade förlossningar intervjuades. De hade 5- 10 års yrkeserfarenhet som barnmorska. Inget bortfall.	Barnmorskans omvårdnad innebar att vara tillgänglig för kvinnan men inte ta över, känna in var kvinnan befann sig i födelseprocessen och vara villig att möta utmaningar och komplikationer utan intention att finna enkla lösningar.	Grad I
2011 Kina PubMed	Cheung N. F, Mander R, Wang X, Fu W, Zhou H, Zhang L.	Clinical outcomes of the first midwife- led normal birth unit in China: a retrospective cohort study	Att öka andelen normala förlossningar och därmed minska andelen kejsarsnitt. Öka stödet till födande kvinnor och minska interventionerna. Öka tillfredsställelsen med vården för både kvinnorna och barnmorskorna.	<i>Kvantitativ metod</i> Retrospektiv kohortstudie samt frågeformulär med Likert skala till deltagare i barnmorskeledd verksamhet. Förlossningsutfallet för de 226 första kvinnorna vårdade på barnmorskeledd enhet jämfördes med 226 kvinnor som fick standardvård under samma 6-månaders period och med samma inklusions- och exklusionskriterier. Frågeformuläret besvarades av (n=20) kvinnor och (n=83) anhöriga samt (n=25) barnmorskor. Inget bortfall.	Genom att arbeta på en barnmorskeledd enhet togs barnmorskors kompetens till vara fullt ut och obstetriska interventioner minskade. Andelen vaginala förlossningar uppgick till 87,6% jämfört med 58,8% i standardvård. Mer än 90 % av respondenterna var nöjda med vården.	Grad I
2010 Australien PubMed	David S, Fenwick J, Bayes S, Martin T.	A qualitative analysis of the content of telephone calls made by women to a dedicated `Next birth after caesarean` antenatal clinic	Att förmedla till förlossningsvårds- personal en ökad förståelse och insikt om behovet av differentierad information till kvinnor som genomgått kejsarsnitt.	<i>Kvalitativ studie</i> Deskriptiv innehållsanalys. Innehållet från totala antalet telefonsamtal (n=170) under en tidsperiod av 16 månader analyserades. Inget bortfall.	Telefonservice förmedlad av barnmorskor för dessa patienter bedömdes vara en effektiv strategi för att möta behovet av individuell information i varje kvinnas specifika situation.	Grad I

Tabell 3 Artikelöversikt

Publi- kations-år Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Veten- skaplig kvalitet
2004 England Cinahl	Guiver D.	The epistemological foundation of midwife-led care that facilitates normal birth	Att förklara hur barnmorskor använder sin kunskap för att stödja normal förlossning i barnmorskeledd verksamhet	<i>Kvalitativ studie</i> Tematisk analys. Semistrukturerade intervjuer av barnmorskor (n=9) med olika lång erfarenhet vilka arbetade på en barnmorskeledd klinik. Bortfall: (n=8) barnmorskor tackade nej. (n=2) barnmorskor intervjuades ej då de ville ha en aktuell förlossningshändelse att relatera till.	Barnmorskan använde flera olika metoder som svarade mot kvinnans behov och situation och använde sin kunskap individuellt efter varje kvinna. Barnmorskan erhöll en förståelse för normaliteten i födandet men också av variationen i födandet, vilket innefattas i normalbegreppet.	Grad II
2010 Norge PubMed	Halvorsen L, Nerum H, Sørli T, Øian P.	Does counsellor´s attitude influence change in a request for a caesarean in women with fear of birth?	Att undersöka vilka förutsägelseerna är för att ändra en önskan om kejsarsnitt till vaginal förlossning samt om en förändring i rådgivarens attityd, från autonom attityd till coping attityd kan öka andelen kvinnor som ändrar sin begäran om kejsarsnitt och föder vaginalt.	<i>Kvantitativ studie</i> Alla kvinnor med önskemål om kejsarsnitt på grund av förlossningsrädsla, deltog i rådgivande samtal hos två barnmorskor med initialt olika attityd. Antal förlossningsrädda kvinnor i samtal år 2000-2002 (n=86) och år 2004-2006 (n=107). Aktiv träning under ett år, 2003, hos barnmorska med autonom attityd att anamma en rådgivning med coping attityd. Data insamlad via journalgranskning och från rådgivningen. Inget bortfall.	En coping attityd var starkt förknippad med ändrad begäran om kejsarsnitt, från 77 % till 93 % samt till att föda vaginalt, från 42 % till 81 %. Genom medvetenhet och kritisk reflektion kunde en coping attityd läras in hos rådgivaren.	Grad I

Tabell 3 Artikelöversikt

Publi- kations-år Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Veten- skaplig kvalitet
2003 USA PubMed	Jackson D. J, Lang J. M, Ecker J, Swartz W. H, Heeren T.	Impact of collaborative management and early admission in labor on method of delivery	Att jämföra vad tidig inskrivning i förlossning samt vilken vårdgivare kvinnan biträds av har för effekt på födelsemetoden.	<i>Kvantitativ metod</i> Prospektiv kohortstudie av (n= 2196) lågrisk graviditeter med spontan förlossningsstart som biträdades av antingen barnmorska/läkare (n=1413) eller enbart läkare (n=783). Födelsemetoden grupperades i spontan vaginal förlossning, instrumentell förlossning och kejsarsnitt. Inget bortfall.	För kvinnor med lågrisk graviditet innebar senare inskrivning i förlossning, (från 4 cm öppningsgrad av livmoderhalsen) och vård av barnmorska/läkare att andelen spontana, vaginala förlossningar ökade.	Grad I
2007 Kanada Cinahl	Janssen P. A, Ryan E. M, Etches D. J, Klein M. C, Reime B.	Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia	Att jämföra förlossningsutfallet hos kvinnor som planerade föda på sjukhus biträdda av barnmorska eller planerade föda på sjukhus biträdda av läkare.	<i>Kvantitativ metod</i> Populationsbaserad kohortstudie. Undersökningsgruppen bestod av alla kvinnor (n=488) som under en 2-årig studieperiod planerat föda biträdd av barnmorska och var utan kända riskfaktorer. Jämförelsegruppen bestod av motsvarande kvinnor (n=572) utan kända riskfaktorer som planerat föda biträdd av läkare. 73,3% i undersökningsgruppen födde barn biträdd av barnmorska där resterande överflyttades för läkarvård. Inget bortfall.	Friska kvinnor som planerade sin förlossning biträdda av barnmorskor erhöll färre obstetriska interventioner, som kontinuerlig CTG övervakning och amniotomi, jämfört med motsvarande kvinnor vars förlossningar biträdades av läkare. Den neonatala morbiditeten var densamma i båda grupperna. Den totala kejsarsnittsfrekvensen var 10,5% i barnmorskekohorten och 16,3% i läkarkohorten.	Grad I

Tabell 3 Artikelöversikt

Publi- kations-år Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Veten- skaplig kvalitet
2009 Irland PubMed	Keating A, Fleming V. E. M.	Midwives' experiences of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective	Att undersöka hur barnmorskor uppfattar sin roll och hur de underlättar normal förlossning i ett sammanhang där obstetrikerns roll att leda och biträda förlossningar är befast.	<i>Kvalitativ studie</i> Feministisk ansats. Semistrukturerade intervjuer av barnmorskor (n=10) med 6-30 års erfarenhet vilka arbetade på tre olika sjukhus. Inget bortfall.	Det fanns svårigheter att underlätta normal förlossning då barnmorskans kunskap och arbetssätt verkade i en kultur där medicinsk expertis och teknologi var det som värderades.	Grad I
2010 USA PubMed	Kennedy H.P., Grant J, Walton C, Shaw-Battista J, Sandall J.	Normalizing birth in England: A qualitative study	Att undersöka faktorer som främjar eller hindrar stödet för normal förlossning i två engelska regioner	<i>Kvalitativ studie</i> Tolkande etnografisk och narrativ metod. Sex månaders observation i en av regionerna. Djupintervjuer med kvinnor (n=28) som fött barn i den observerade regionen. Djupintervjuer av barnmorskor (n=26), obstetriker (n=6) och narkosläkare (n=1) vilka arbetade i båda regionerna. Inget bortfall.	Strategier som var till stöd för en normal förlossningen var en anda av normalitet, att lita på kvinnans förmåga att göra informerade val och att arbeta efter evidens. Hinder för en normal förlossning var missbedömning av riskstatus hos den födande vid ankomst till förlossningen, icke adekvat användning av teknologi, brister i läkares inställning till normal förlossning och personalbrist.	Grad I

Tabell 3 Artikelöversikt

Publi- kations-år Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Veten- skaplig kvalitet
2004 USA PubMed	Kennedy H.P., Shannon M. T.	Keeping birth normal: Research findings on midwifery care during childbirth	Att utforska processen i barnmorskans omvårdnad och dess utfall.	<i>Kvalitativ studie</i> Narrativ analys. Barnmorskor (n=14) från olika delar av USA valdes ut för sin barnmorskefilosofi genom skrivna texter. De hade mellan 6-40 års yrkeserfarenhet som barnmorska. De narrativa intervjuerna bestod av en eller flera berättelser vilka speglade arbetet som barnmorska. Intervjuerna videofilmades. Inget bortfall.	Barnmorskorna hade en tro på förlossningen som en normal händelse där åtgärder syftade till att stödja den som en fysiologisk process snarare än patologisk. Barnmorskorna satte fokus på att möta kvinnans individuella behov och ge henne styrka.	Grad II
2010 USA PubMed	McDermott A.M.	Factors associated with non-normal birth outcomes for low-risk women in an inner-city hospital	Att identifiera faktorer förenade med normal respektive icke-normal förlossning hos lågrisk kvinnor med spontan förlossningsstart	<i>Kvantitativ metod</i> Deskriptiv studie med retrospektiv journalgranskning. Det totala antalet journaler (n=175) från 4 månader granskades. Av dessa uppfylle (n=93) inklusionskriterierna lågriskkvinnor med spontan förlossningsstart. Bortfall: en granskad journal exkluderades på grund av oklarhet om vårdgivare.	Förstföderskor som kom in till förlossningen i tidigt öppningsskede löpte ökad risk för värkförstärkande dropp, instrumentell förlossning samt kejsarsnitt.	Grad II

Tabell 3 Artikelöversikt

Publi- kations-år Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Veten- skaplig kvalitet
2011 Chile PubMed	Scarella A, Chamy V, Sepúlveda M, Belizán J. M.	Medical audit using the Ten Group Classification System and its impact on the cesarean section rate	Att implementera "Ten Group Classification System" (TGCS) och utvärdera om introduktion av ett medicinskt audit system kan minska andelen kejsarsnitt utan ökad risk för mor och barn.	<i>Kvantitativ studie</i> Prospektiv kohortstudie, indelad i tre perioder, 3 månader +9 månader + 9 månader innefattande 21 månaders förlossningar (n=4813). Första perioden infördes TGCS, andra perioden intervention med audit och utvärdering av kejsarsnittsfrekvens för barnmorskor och läkare, tredje perioden utan intervention men registrering av kejsarsnittsfrekvens enligt TGCS. Inget bortfall.	Införande av TGCS samt audit med diskussion och utvärdering var ett säkert och effektivt sätt att minska kejsarsnittsfrekvensen. Störst effekt sågs bland förstföderskor, kvinnor med ett tidigare kejsarsnitt samt prematurförlossningar. Kejsarsnittsfrekvens var efter första perioden; 36,8%, efter andra perioden; 26,5%, och efter tredje perioden; 31,8%.	Grad I
2007 Skottland PubMed	Symon A.G, Paul J, Butchart M, Carr V, Dugard P.	Self-rated "no-" and "low-" risk pregnancy: A comparison of outcomes for women in obstetric-led and midwife-led units in England	Att jämföra förlossningsutfallet hos kvinnor som planerade föda antingen på barnmorskeledd eller på obstetriker ledd klinik och som värderade sin graviditets-risknivå till "ingen" eller "låg".	<i>Kvantitativ metod</i> Frågeformulär distribuerades till mödrar 8 dagar efter förlossningen på 6 barnmorskeledda (n=532) och 3 obstetriker ledda (n=519) verksamheter spridda i England och Skottland under en 6-månaders period. 26 kvinnor i barnmorskeledd (8,1 %) respektive 100 kvinnor (42 %) i obstetrikerledd verksamhet exkluderades då de ej bedömde sig som lågrisk. Resultatet baserades på (n=294) i barnmorskeledd, respektive (n=138) i obstetrikerledd verksamhet. Bortfall: 40 % respektive 54 %.	Signifikanta skillnader mellan de jämförda klinikerna där kvinnorna i barnmorskeledd verksamhet tillbringade kortare tid på avdelningen, hade mindre behov av smärtstillande, hade lägre frekvens av interventioner och färre instrumentella och operativa förlossningar jämfört med kvinnorna i obstetrikerledd verksamhet.	Grad II

Obstetriska interventioner

Fosterövervakning med teknisk utrustning sker genom CTG. Två dosor fästs på kvinnans mage för registrering av värkarnas frekvens och duration samt av barnets hjärtslag.

Amniotomi innebär att ta håll på fostervattenhinnan. Åtgärden kan utföras vid behov av kontinuerlig fosterövervakning med skalpelektrod och intrauterin värmätare. Den används också vid minskad progress av värkarbetet för att få mer effektiva sammandragningar.

Epiduralbedövning används som smärtlindring under den aktiva fasen av öppningsskedet. Narkosläkare anlägger en kateter i epiduralrummet till vilken det kopplas en sprutpump som administrerar läkemedlen.

Oxytocindropp är ett värkstimulerande medel som används för behandling av värksvaghet. Infusionen doseras via pump och kräver CTG övervakning.

Perineotomi är ett klipp i mellangården, vilket ökar omkretsen i introitus, används när barnet snabbt behöver förlösas vid exempelvis påverkade fosterljud.

Instrumentell förlossning med sugklocka innebär att en metallkopp fästs på barnets huvud. Ett undertryck bildas med hjälp av elektrisk pump varvid läkare därefter synkront med värkarna drar tills barnet kan framfödas.

Instrumentell förlossning med tång består av två tångskedar som vardera förs in och fattar kring barnets huvud. Tångskedarna låses i varandra och läkare drar värksynkront eller vid behov kontinuerligt tills barnet är framfött.

Indikationer för instrumentell förlossning är vanligen påverkan på barnet som snabbt behöver förlösas eller uttröttad mor efter en långdragen förlossning.

Operativ förlossning med kejsarsnitt utförs både planerat och akut. Vanligast är så kallat pfannenstielsnitt där snittet läggs i bikinilinjén, vilket minskar risken för uterusruptur vid nästkommande graviditet jämfört med medellinjesnitt.

Indikationer för planerade kejsarsnitt kan vara bäckensträngsel, föreliggande moderkaka, sätesändläge och förlossningsrädsla.

Indikationer för akut kejsarsnitt är vanligen fosterljudspåverkan på barnet, värkrubbningar som lett till stando i förlossningen och blödningar (Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen, 2001).