

Vaginal sätesförlossning

Barnmorskors synpunkter

FÖRFATTARE	Lena-Marie Lövskog Heléne Orest
PROGRAM	Barnmorskeprogrammet 90 högskolepoäng HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margareta Mollberg
EXAMINATOR	Tone Ahlborg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel:	Vaginal sätesförlossning – barnmorskors synpunkter
Title:	Breech delivery – views of midwives
Arbetets art:	Självständigt arbete - Magisteruppsats
Program	Barnmorskeprogrammet, 90 högskolepoäng
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa RPH100 H12
Sidantal:	30 sidor
Författare:	Lena-Marie Lövskog, Heléne Orest
Handledare:	Margareta Mollberg
Examinator:	Tone Ahlborg

SAMMANFATTNING: **Bakgrund:** Cirka tre till fyra procent av alla barn ligger i sätesbjudning vid fullgången graviditet. Med alltmer antal lyckade vändningsförsök och ökat antal kejsarsnitt minskar antalet barn som förlöses vaginalt vid sätesbjudning. Det påverkar barnmorskors och obstetrikers möjlighet att upprätthålla kompetensen vid sätesbjudning. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva barnmorskors synpunkter om vaginal sätesförlossning. **Metod:** Öppna frågor vid intervjuer med fem förlossningsbarnmorskor i Göteborg. Datamaterialet bearbetades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet presenteras i fyra huvudkategorier och elva underkategorier. *Faktorer som påverkar antalet vaginala sätesförlossningar:* val av förlossningssätt har förändrats under åren, orsaker är

ultraljud, vändningsförsök och forskning. *Personal:* fördelning av roller, barnmorskans roll och teamets betydelse under förlossningen. *Inställningar:* kvinnor vars barn ligger i sätesbjudning påverkas av positiva och negativa åsikter, media och rykten. *Kompetens och kunskapsöverförande:* få tillfällen för barnmorskan att förlösa sätesbjudning leder till utarmning av kompetensen. För upprätthållande av kompetens behövs tid för reflektion, simuleringsövningar samt handledning vid sätesförlossningar. **Diskussion:** Oavsett om barnmorskan förlöser eller inte är hennes centrala roll att vara närvarande och stödjande. Genom att känna sig trygg i sin roll, inger hon trygghet till den födande kvinnan. Trots att barnmorskan har få möjligheter att förlösa vaginala sätesändlagen, måste hon upprätthålla sin kompetens vilket kräver avsatt tid för simulerad träning. **Konklusion:** Antalet barn i sätesändläge som förlöses vaginalt har minskat över tid. Barnmorskan har ett yrkesansvar att både skaffa och erhalla kunskap om utförande av bl.a. Lövsets armlösningsmetod genom att träna på docka och bäcken utifrån simulerade fall. Kunskap förs vidare till kollegor genom att för dem demonstrera utförande på docka och bäcken.

ABSTRACT: **Introduction:** About three to four percent of all babies are in breech presentation at full term pregnancy. With more succeeded external cephalic versions and increased cesarean sections, breech deliveries decreases. This means difficulties for midwives and obstetricians to maintain the skills of breech presentations. **Purpose:** the aim of this study was to describe midwives' views on vaginal breech delivery. **Methods:** Open questions in interviews with five birth midwives in Gothenburg. The data were processed using qualitative content analysis. **Results:** is presented in four main categories and eleven subcategories. *Factors affecting the number of vaginal breech deliveries:* choice of mode of delivery has changed over the years, the reasons are ultrasound, external cephalic versions and research. *Personnel:* distribution of roles, the midwife's role and the team's role in labor. *Preferences:* women whose baby is in breech presentation are affected by positive and negative opinions, media and rumors. *Skills and knowledge transmission:* few opportunities for the midwife to deliver breech presentation leads to depletion of expertise. For maintenance of skills time is needed for reflection, simulations and tutorials with breech deliveries. **Discussion:** Whether midwife deliver babies or not her central role is being present and supportive. By feeling secure in her role, she inspires confidence to the woman giving birth. Although the midwife

has few opportunities to deliver vaginal breech, she must maintain her skills, which requires dedicated time for simulated training. **Conclusion:** The number of children in breech position delivered vaginally has decreased over time. The midwife has a professional responsibility to both acquire and obtain knowledge about the performance of Lövsets maneuver by training at the doll and pelvis from simulated cases. Knowledge is passed on to colleagues by them demonstrate performance on doll and pelvis.

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
INCIDENS	1
DEFINITIONER AV SÄTESBJUDNING	1
ORSAKER TILL SÄTESBJUDNING	2
DIAGNOS	2
YTTRE VÄNDNING	2
BESKRIVNING AV VAGINAL SÄTESFÖRLOSSNING	3
VAL AV FÖRLOSSNINGSSÄTT	4
BARNMORSKANS STÖDJANDE ROLL	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
URVAL OCH DATAINSAMLING	7
DATAANALYS.....	7
VALIDITET	8
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	9
FAKTORER SOM PÅVERKAR ANTALET VAGINALA SÄTES- FÖRLOSSNINGAR	10

Ultraljudsundersökning och möjlighet till vändningsförsök	10
Forskning förändrar riktlinjer	10
Chefens åsikt gäller	11
PERSONAL	11
Fördelning av roller	11
Vårdrelation.....	12
Teamet har betydelse.....	14
INSTÄLLNINGAR	15
Media och rykten.....	15
Positiva åsikter	16
Negativa synpunkter.....	17
KOMPETENS OCH KUNSKAPSÖVERFÖRING	18
Upprätthållande av kompetens	18
Överförande av kunskap.....	20
DISKUSSION	22
METODDISKUSSION.....	22
RESULTATDISKUSSION.....	23
SLUTSATS.....	27
FÖRDELNING AV ARBETET	27
REFERENSER.....	27
Bilaga 1	1

INLEDNING

De flesta barn föds i huvudbjudning. Det finns dock ett litet antal barn som föds i sätesbjudning. I barnmorskors arbete ingår handläggning av sätesbjudning, i samarbete med läkare, både inom mödra- och förlossningsvård. I barnmorskors roll ingår att stödja gravida kvinnor vars barn ligger i sätesbjudning, oavsett om förlossningen sker vaginalt eller med kejsarsnitt. Ett sätt att öka kunskap om sätesförlossning är att tillvarata erfarenheter av kliniskt verksamma barnmorskor. Deras synpunkter kan bidra till ökad förståelse och handlingsberedskap i en sådan vårdssituation.

BAKGRUND

INCIDENS

Vid graviditetens slut har 96-97 % av alla barn vänt sig till huvudbjudning. Den andra andelen barn, dvs. tre till fyra procent ligger i sätesbjudning vilket innebär att sätet eller stjärten är föregående fosterdel (1,2). I en studie från Finland, utförd mellan åren 2004-2009, framkom att det oftast var förstföderskor som födde barn i sätesbjudning i fullgången tid (3).

DEFINITIONER AV SÄTESBJUDNING

Sätesbjudning benämns på fem olika sätt beroende på hur barnets ben ligger i förhållande till sätet. De olika sätten är:

- ren sätesbjudning: benen är helt uppdragna
- dubbel fot-sätesbjudning: benen ligger i kors med böjda knän
- enkel fot-sätesbjudning: det ena benet är uppdraget och det andra är böjt
- dubbel fotbjudning: båda benen är utsträckta och bjuder sig före sätet
- enkel fotbjudning: ena benet är utsträckt och bjuder sig före sätet (1,2).

ORSAKER TILL SÄTESBJUDNING

Orsaker till att barnet ligger i sätesbjudning beror på flera olika faktorer relaterade till både den gravida kvinnan och barnet. Maternella faktorer är bl.a. olika uterusmissbildningar och myom. Det finns flera olika anledningar relaterade till barnet. Det är placentas läge som antingen är lågt sittande eller föreliggande. Mängden fostervatten har betydelse då det ger olika mycket utrymme i uterus. För lite vatten gör det svårare för barnet att vända sig, för mycket gör det lättare för barnet att vända runt. Det kan innebära att barnet ena dagen ligger i huvudbjudning och nästa dag i sätesbjudning s.k. instabilt läge. Missbildningar och kromosomavvikelser, tillväxthämning, flerbörd och förtidsbörd är andra orsaker relaterade till barnet (1,2).

DIAGNOS

Det finns olika sätt att diagnostisera sätesändläge, genom yttre manuell palpation, inre vaginalundersökning och abdominalt ultraljud. Genom yttre palpation med s.k. Leopolds fyra handgrepp avgörs barnets läge, sätet palperas i eller ovan bäckeningången och barnets huvud i fundus uteri. Via vaginalundersökning palperas föregående fosterdel säte i bäckenkanalen. Både yttre palpation och vaginalundersökning kan göras av barnmorska.

Ultraljundsundersökning utförs av läkare och görs alltid för att bekräfta fynden vid yttre palpation och vaginalundersökning. I samband med ultraljud utför läkare även bedömning av barnets anatomi, tillväxt, fostervattensmängd, placentas läge samt kvinnans uterusanatomi. Beroende på resultat av ultraljundsundersökningen planeras därefter antingen vändningsförsök eller förlossningssätt vilket innebär planerad vaginal förlossning eller elektivt kejsarsnitt (1,2).

YTTRE VÄNDNING

Vissa kriterier bör vara uppfyllda innan vändningsförsök utförs av läkare i 36-37:e graviditetsveckan. Dessa kriterier är enkelbörd, intakta hinnor, normal fostervattensmängd, placenta får ej vara lågt sittande eller föreliggande, normal tillväxt och anatomi hos barnet samt normal uterusanatomi hos kvinnan. Det finns vissa hälsorisker i samband med att vändningsförsök utförs och därför utförs de på förlossningsklinik. Riskerna är komplikationer som t ex placentaavlossning och vattenavgång. Vid vattenavgång vid sätesbjudning finns risk

för bl.a. navelsträngsframfall eftersom sätesbjudning inte fyller ut förlossningskanalen såsom huvudbjudning gör. Vid vändningsförsöket görs cardiotocografi (CTG)-registrering innan försöket påbörjas, under tiden och efteråt. Den gravida kvinnan ges uterusavslappnande läkemedel när vändningsförsöket utförs av obstetriker. En lugn vårdmiljö eftersträvas. Vid vändningsförsök arbetar obstetrikern med händerna på den gravida kvinnans mage. Obstetrikern för manuellt upp sätet ur bäckeningången och åstadkommer en ”kullerbytta” av barnet, framlänges eller baklänges, varvid huvudet blir föregående fosterdel (1,2). På 1980-talet belyste Jordan den bristande kompetensen vid utförande av vändningsförsök i USA. Vid diagnosen sätesbjudning fanns bara alternativen att planera att förlösa kvinnan antingen med vaginal förlossning eller med planerat kejsarsnitt (4). Detta kan jämföras med statistik från Sverige idag där vändningsförsök lyckas i 50-80 % (1,2). En naturlig följd av det blir att antalet vaginala sätesförlossningar minskar som i sin tur innebär att barnmorska/obstetriker får svårt att upprätthålla kompetensen vid handläggning av sätesbjudning (5).

BESKRIVNING AV VAGINAL SÄTESFÖRLOSSNING

Barnmorskan ansvarar för och handlägger normala förlossningar, men att identifiera och bedöma avvikelser ingår i hennes kompetens. Då förlossningarna klassas som komplicerade ska obstetriker finnas till hands vid förlossningen eftersom vederbörande då är ytterst ansvarig (6). Obstetriker och barnmorska kommer överens om vem som ska förlösa barnet. Även om barnmorskan förlöser lämnar obstetrikern inte förlossningsrummet innan barnet är fött. CTG-övervakning av barnets fosterljud pågår kontinuerligt, vanligtvis behövs värkstimulerande Syntocinondropp (oxytocin). Under nerträngandefasen i utdrivningsskedet tränger barnets säte ner i bäckenet och när det når bäckenbotten är barnets höfter i mittvidd. Höfterna föds fram, därefter benen. När navelroten blir synlig, luckras navelsträngen med försiktighet, och pulsslagen i den kan lättare palperas. Den bästa progressen är att förlösa skuldror och huvud under en och samma värk. Förlösande barnmorska har en obstetriker samt en assisterande barnmorska som medhjälpare. Lövsets armlösningsmetod tillämpas vid nästkommande värk, vilket innebär följande steg:

Handgrepp tas om barnets lår med tummarna över korsryggen, kroppen vrids 90 grader åt höger och den axel som roterats ner glider fram under symfyssen, armen hjälps fram. Därefter vänds barnet åt andra hållet så att andra axeln föds fram. Slutligen sänks kroppen tills nackgropen syns. Manöver enligt Veit-Smellie-Mauriceaus görs: klykgrepp över nacken med ena handen och med andra handen förs ett finger in i munnen för att bibehålla huvudets flektion. Yttre press över symfyssen utförs av assisterande barnmorska, barnet föds ut i bäckenaxelns riktning. Ifall inte huvudet kan födas fram läggs tång av ansvarig obstetriker (1,2).

VAL AV FÖRLOSSNINGSSÄTT

Sätessförlossningar är mer riskfyllda än förlossningar i huvudbjudning relaterade till barnets hälsa. Riskerna vid vaginal sätessförlossning är att det kan vara svårigheter att få ut huvudet efter att övriga kroppen fötts fram, samt lägre värden i Apgar efter en minut och lägre navelsträngs-pH (3). Därför rekommenderas kvinnan i första hand att förlösas med planerat kejsarsnitt (1,2). Åttio holländska kvinnor vars barn låg i sätessbjudning intervjuades 2008. Under intervjun presenterades statistik för dem om sätessförlossningar; dess utfall samt för- och nackdelar. Kvinnornas beslut blev därefter att, 65 % av de som intervjuats, valde förlossning med planerat kejsarsnitt (7). En internationell randomiserad studie om sätessförlossningar utfördes år 2000 av Hannah et al (8), i vilken utfallet vid vaginala förlossningar jämfördes med planerade kejsarsnitt. Den perinatale morbiditeten och mortaliteten var signifikant lägre vid planerade kejsarsnitt, 1,6 % jämfört med vaginalt förlösta 5 %. Av de vaginala förlossningarna blev utfallet ca 43 % akut kejsarsnitt (8). Resultatet medförde därefter en ökad frekvens av planerade kejsarsnitt. I praktiken innebär det att de flesta mödrar vars barn låg i sätessbjudning rekommenderades att bli förlösta med planerat kejsarsnitt, vilket också är en vedertagen rutin i Sverige idag (9).

När den gravida kvinnan önskar föda vaginalt, istället för planerat kejsarsnitt görs flera undersökningar. Bäckensmätning görs med hjälp av röntgen för att säkerställa att bäckenet har den kapacitet som krävs, summan av de tre utgångsmåtten ska vara minst 32,5 cm. Barnet ska inte ligga i fotbjudning, inte vara tillväxthämmat (under 1,5 kg) och inte heller vara för stort

(över 4 kg). Dessa kriterier måste uppfyllas för att möjliggöra en vaginal sätesförlossning (1,2).

BARNMORSKANS STÖDJANDE ROLL

Betydelsen av ordet stödja är att vila sig mot någon, att ge moraliskt stöd samt att hjälpa (10). Enligt kompetensbeskrivningen för barnmorskor ska barnmorskans arbete präglas av ett etiskt och holistiskt förhållningssätt samt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vård som barnmorskor ger ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med kvinnan som ska visas omtanke och respekt (6). Detta i förenlighet med den internationella etiska koden för barnmorskor (11).

Förlossningsupplevelsen är en viktig del i människors liv, den kommer att prägla de framtida relationerna mellan mor/barn och kvinna/partner. Barnmorskan har en central roll i att stödja och stärka kvinnan under hela graviditeten och förlossningsprocessen. En viktig faktor för att skapa en positiv förlossningsupplevelse när kvinnan ska föda vaginalt, vid sätesbjudning, är kontinuerligt stöd och närvaro (12). I den svenska studien av Berg et al. baserad på intervjuer, beskriver nyförlösta kvinnor barnmorskans närvaro med tre begrepp. Att kvinnorna bekräftades som unika individer, att ha en förtroendefull relation med god kommunikation och att stödjas på sina egna villkor (13). En förutsättning för att göra kvinnan delaktig är att hon får noggrann information om hur utdrivningsskedet fortskrider och hur handläggningen planeras att genomföras (1,2). Detta gör att hon kan få kontroll över förlossningsprocessen och kraft att möta smärtan. För att denna process ska kunna fungera så är tilliten mellan kvinnan och barnmorskan viktig. En isländsk studie visar på att relationen mellan kvinnan och barnmorskan kan vara stärkande för dem båda. Barnmorskan använder en inre kunskap baserad på tillit och ömsesidighet i mötet med kvinnan och det är viktigt att hon är närvarande i situationen för att kunna stödja kvinnan. Ifall närvaron går förlorad är risken att även kontakten med kvinnan förloras (14). Bruggemann et al. beskriver vikten av förlossningsstöd: förlossningsförloppet blev kortare och behovet av smärtlindring minskade. Känslomässigt

stöd och ständig information minskade även ångest och rädsla. De sammantagna upplevelserna postpartum var mer positiva hos de kvinnorna som fått kontinuerligt stöd (15).

PROBLEMFORMULERING

Av alla förlossningar är tre till fyra procent sätesbjudning och de flesta av dem förlöses med planerat kejsarsnitt eftersom studier visar att det är bäst för barnets hälsa. I andra vårdssituationer görs lyckade vändningsförsök varvid barnet föds i huvudbjudning. Sammantaget medför det att allt färre sätesförlossningar sker vaginalt. Oavsett att studier visar att förlossning med planerat kejsarsnitt ger bästa utfall för barnet vid sätesbjudning så vill ändå en del kvinnor föda vaginalt. Situationen kan också vara den att när kvinnan kommer till förlossningsavdelningen, är förlossningsprocessen så långt framskriden att vaginal förlossning inte kan stoppas. Det är av intresse att undersöka barnmorskors synpunkter om vaginal sätesförlossning eftersom det finns lite forskning om detta.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva barnmorskors synpunkter om vaginal sätesförlossning.

METOD

Eftersom syftet var att beskriva barnmorskors synpunkter på vaginal sätesförlossning valdes intervju som kvalitativ metod. En intervju är en dialog mellan minst två personer som samtalar om ett ämne av gemensamt intresse där intervjuaren styr med omsorgsfullt ställda frågor. Intervjun har ett syfte och målet är att erhålla den intervjuades beskrivningar av erfarenheter och upplevelser utifrån deras egen verklighetsuppfattning (16). Han/hon ska kunna uttrycka sig fritt och få tala till punkt, rummet där intervjun hålls bör vara ostört. Struktureringen kan vara i olika hög grad, beroende av vad intervjuaren vill uppnå för resultat (17). Som analysmetod har författarna till föreliggande studie valt att använda kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats eftersom människors upplevelser, känslor och erfarenheter skulle beskrivas. Innehållsanalys, som kan vara antingen induktiv eller deduktiv, innebär systematisk gruppering av text för att göra den hanterbar. Genom det kan variationen i

materialet beskrivas genom att söka skillnader och likheter i texten. En deduktiv ansats innebär att analysen sker utifrån en teori eller mall, induktiv ansats innebär förutsättningslös analys av människors berättelser och erfarenheter (17,18)

URVAL OCH DATAINSAMLING

Skriftlig information om studien samt Forskningspersonsinformation (se bilaga 1) skickades till respektive avdelnings verksamhetschef. Vederbörande utsåg fem deltagande barnmorskor med klinisk erfarenhet av att ha förlöst sätesbjudning. Deltagarna i studien var kliniskt verksamma på två förlossningskliniker i Göteborg med en yrkeserfarenhet mellan 24 och 41 år. Under sommarhalvåret 2013 utförde en författare till föreliggande studie tre intervjuer med barnmorskor verksamma på avdelningen för Specialförlossning. Den andre författaren utförde två intervjuer med barnmorskor verksamma på enheten för Normalförlossning. Intervjuerna genomfördes på klinikerna i ostörda rum och tog mellan 20-45 minuter i anspråk. Intervjuerna spelades in för att därefter transkriberas. Öppna frågor som ställdes var: *Beskriv hur du uppfattar din roll som barnmorska vid vaginal sätesförlossning? Beskriv din inställning till vaginal sätesförlossning? Beskriv din uppfattning hur barnmorskor kan upprätthålla kompetensen om vaginal sätesförlossning? Beskriv din uppfattning hur kunskap överförs från en barnmorska till en annan?*

DATAANALYS

Det bandade materialet transkriberades ordagrant, varje intervju gavs en färgkod vid utskriften. Texterna lästes igenom noggrant av båda författarna till föreliggande studie. Meningar, ord och stycken med liknande innehåll och sammanhang från de olika intervjuerna utgjorde meningsbärande enheter. Dessa enheter markerades och klipptes ut gemensamt för att få en överblick så att samtliga intervjuer ingick i analysen. Det oväsentliga avlägsnades och de meningsbärande enheterna kondenserades för att bli hanterbara. De kondenserade meningarna benämndes med koder efter sitt innehåll. Koderna skrevs på enskilda lappar och jämfördes för att hitta likheter och skillnader. Författarna sorterade tillsammans in koder med

liknande innehåll i underkategorier som bildade kategorier. Dessa koderdiskuterades upprepade gånger och underkategorier växte fram (18). Detta redovisas i resultatdelen. Exempel på analysprocessen ses i bilaga 2.

VALIDITET

Enligt Lundman och Hällgren-Granheim beror inte trovärdigheteten enbart på studiens sanningshalt av resultatet. Författarna måste även visa vilja och förmåga i att ifrågasätta genomförandet och sina slutsatser under processen. Tillförlitligheten styrks även genom att flera författare arbetar tillsammans med att analysera resultatet. Noggrann redogörelse för hur studien har genomförts ökar tillförligheten och gör studien överförbar. Citat från intervjuer ökar validiteten ytterligare (18).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Helsingforsdeklarationen tillkom för att respektera deltagarnas integritet och är grundläggande i forskningsetik. Att ta fram ny kunskap är nödvändigt för samhällets och människans fortsatta utveckling men vinsterna måste noga vägas mot riskerna (17). Författarna till föreliggande studie kan inte finna någon risk med denna studie. Att kunna delge barnmorskors synpunkter om vaginala sätesförlossningar ser författarna som värdefullt för framtida yrkesutövande. Vetenskapsrådet förtydligar de forskningsetiska huvudprinciperna med fyra krav. *Informationskravet* innebär att författarna informerar de deltagande om undersökningens syfte, att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas. Deltagarna fick ta del av forskningspersonsinformation (Bilaga 1). *Samtyckeskravet* stärker deltagarnas rätt att själva bestämma om, hur länge och på vilka villkor de ska delta. Eventuellt avbrytande får inte innebära några negativa konsekvenser, dvs. inget tvång eller påtryckning från författarna får utövas. *Konfidentialitetskravet* innebär att författarna har tystnadsplikt och förvarar personuppgifter i studien på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. All data presenteras på ett sätt att enskilda personer inte kan identifieras. *Nyttjandekravet* innebär att författarna inte använder insamlat material i andra

sammanhang än det tänkta. Detta arbete kräver inte något tillstånd från etiska nämnden eftersom det är ett examensarbete och faller därför inte under lagen om etikprövning (19).

RESULTAT

Analysen av textmaterialet från intervjuerna resulterade i fyra huvudkategorier och elva underkategorier, enligt tabell 1.

TABELL 1. Översikt av kategorier och underkategorier av intervjudata om barnmorskors synpunkter om vaginal sätesförlossning

Underkategorier	Kategorier
Ultraljudsundersökning och möjlighet till vändningsförsök Forskning förändrar riktlinjer Chefens åsikt gäller	Faktorer som påverkar antalet vaginala sätessförlossningar
Fördelning av roller Vårdrelation Teamet har betydelse	Personal
Media och rykten Positiva åsikter Negativa synpunkter	Inställningar
Upprätthållande av kompetens Överförande av kunskap	Kompetens och kunskapsöverföring

FAKTORER SOM PÅVERKAR ANTALET VAGINALA SÄTESFÖRLOSSNINGAR

Under denna kategori berättar barnmorskorna hur urvalet av vilka kvinnor som kan erbjudas vaginal sätesförlossning har förändrats under deras verksamma yrkesliv. Rekommendationer och val av förlossningssätt har dels utgått från individuella chefers synpunkter, dels baserats på forskning inom området. Etableringen av ultraljud samt ökning av lyckade vändningsförsök är ytterligare två faktorer.

Ultraljudsundersökning och möjlighet till vändningsförsök

De första åren barnmorskorna arbetade var ultraljud ännu inte en etablerad metod vid handläggning av sätesbjudning. Då förlöstes sätesbjudningarna vaginalt oberoende av börd eller graviditetslängd. Undersökningsmetoden möjliggjorde uppskattning av fostrets storlek, gestationslängd, kontroll av enkel- eller flerbörd samt läge. Ifall sätesändläge verifieras med ultraljud, då planeras vändningsförsök. Med tidens alltmer lyckade vändningsförsök minskar antalet sätesförlossningar.

”...det var ju så att när jag började -72 så vaginalförlöste vi säten, till och med prematura säten och såklart tvillingsäten”

Forskning förändrar riktlinjer

Efter att Hannahs studie presenterats år 2000 (8) upplevde barnmorskorna vilken genomslagskraft resultaten fick genom att författarna rekommenderade att alla sätesbjudningar bör förlösas med sectio. Antalet vaginala sätesförlossningar sjönk drastiskt samtidigt som antalet kejsarsnitt ökade. En av barnmorskorna har dock en känsla av att det varit något fler vaginala säteförlossningar under det senaste året. Hon menar att val av förlossningssätt vid sätesbjudning bedöms individuellt efter kriterier och kvinnans egna önskemål. Samtidigt belyser hon att val av förlossningssätt påverkas av obstetrikerns inställning till sätesbjudning.

”Ja, det märktes tydligt. Och jag tror att det var ju inte patienterna själva som hade läst den här studien utan det var ju från läkarhåll man övertalade kvinnorna eller informerade dem om att kejsarsnitt var det bästa”

”Det var efter den studien...Hannah då...innan dess så var det ju sätesförlossningar då på nittioalet”

Chefens åsikt gäller

Val av förlossningssätt vid sätesbjudning styrs till stor del av rådande klinikchefs beslut. En av barnmorskorna berättar att under en period var det kejsarsnitt som rekommenderades, relaterat till medvetenheten om riskerna för kvinna och barn. När denne klinikchef efterträddes av en annan person, återgick kliniken alltmer till att förespråka vaginala sätesförlossningar i de fall där kriterier för det uppfylldes.

PERSONAL

Barnmorskorna belyser vikten av att skapa en god vårdrelation till den gravida kvinnan. Synpunkter ges på betydelsen av trygghet och samarbete i teamet, samt minskade tillfällen att få förlösa vaginala sätesbjudningar.

Fördelning av roller

Barnmorskorna är väl medvetna om att vaginala sätesförlossningar räknas som riskfyllda och obstetrikern är ytterst ansvarig. Därför måste obstetrikern kunna bemästra handhavandet vid sätesbjudning. Det innebär att det vanligtvis är de som förlöser vaginala sätesbjudningar. Det i sin tur leder till att barnmorskorna får allt mindre tillfällen att förlösa.

”Det är läkarna som har företräde till sätesbjudningarna”

Vem som förlöser en vaginal sätesbjudning beror oftast på vilken obstetriker som tjänstgör, hur väl förtrogen denne är med handhavandet och hur mycket tillit denne har till barnmorskan. Det finns tillfällen då obstetrikern delegerar uppgiften till barnmorskan att förlösa men barnmorskorna beskriver att dessa tillfällen har blivit färre. Möjligheten för barnmorskan minskar dessutom när ST-läkare¹¹ är närvarande, vilken ska handledas av obstetriker i hur barn i sätesbjudning förlöses.

”Nu är det oftast läkaren som förlöser sätena, då blir det lite utrymme för barnmorskorna att få förlösa. Det blir ju så att vi kommer inte att få förlösa säten alls i framtiden och det är ju väldigt tråkigt och det är dystert för patienterna”

”Det(vem som ska förlösa) ska ju givetvis göras upp innan och inte inne på salen hos den födande kvinnan. Får inte förekomma sådana diskussioner på salen, inget knappast lugn och trygghet”

Vårdrelation

För att kunna utstråla trygghet vid sätesförlossningen beskrivs att barnmorskan måste vara trygg i sig själv och avseende handläggningen. En barnmorska beskriver synpunkter om trygghet i termer av att finnas till hands och att vara lyhörd i vårdsituationen är nödvändigt för att skapa ett samarbete med den födande kvinnan. Att bevara sin stödjande och stärkande roll är det centrala, menar barnmorskorna, oavsett om de själva förlöser barnet i sätesbjudning eller ej.

Samtliga barnmorskor beskriver synpunkter om betydelsen av lugn och ro på vådrummet för att främja förlossningsarbetets normala förlopp. En barnmorska berättar att det i dessa ovanliga och riskfyllda situationer, som sätesförlossning är, lätt kan bli en stirrig och hysterisk känsla på rummet. En sådan stämning som ger ett oroligt intryck påverkar personalen och den förs även över till den födande kvinnan.

”De flesta patienter har ju ändå hört att det här med säte är lite ovanligt, lite annorlunda och är det då en massa stress runtomkring förstärker det här. De tänker: det här är så udda så nu är de lite stressade och det är inte bra...”

En barnmorska delger sin upplevelse av en vaginal sätesbjudning som hon delegerades och fick förtroendet att förlösa. Obstetrikerns lugn och tillit spreds i vådrummet, vilket skapade en lugn atmosfär:

”Och han var så lugn denna doktor, i och med att han var så lugn så blev det ett sån't lugn på rummet, va. Och jag kände mig lugn och så hade jag en annan erfaren kollega också, så det var en fantastisk upplevelse, det var så håren reste sig! Ja, det var häftigt!”

En barnmorska beskriver att blivande föräldrar inte vill ta några som helst risker med sitt ofödda barn. Obstetrikern måste ge god och saklig information och rekommendationer av förlossningssätt. God information ges oberoende av om det är vid upptäckten av ett odiagnostiserat sätesändläge, eller efter misslyckat vändningsförsök. Utifrån det är det kvinnan själv som ska ta beslut och känna att det är hon själv som bestämmer förlossningssätt. Det är av största vikt att hon känner sig trygg i sitt beslut och att hon utifrån det stöttas av barnmorskor.

”Och doktorn tyckte att det här kommer att gå jättebra, du har fött stora barn. Han fick henne att föda och hon ville det”

Teamet har betydelse

Barnmorskorna berättar att när en kvinna ska föda sitt barn vaginalt i sätesbjudning närvarar en assisterande barnmorska, undersköterska samt obstetriker vid förlossningen. Ett nära och gott samarbete i teamet är nödvändigt för att skapa förutsättningar och möjligheter för barnmorskan att utvecklas i sin profession. Teamet är en trygghet som bygger på tillit, vilket beskrivs i nedan citat, då en barnmorska förlöser:

”Nu så sätter du dig på stolen säger läkaren till ST-läkaren. Jaha, så jag får inte vara med? Nej, nu ska du sätta dig på stolen och så säger han till honom: SE, NJUT OCH LÄR! Det var liksom de orden. Och sen så säger jag till honom den här överläkaren, ska du inte ha handskar på dig? Nej nej nej, men känner du dig trygg med att jag har handskar så kan jag ha dom i handen. Så sätter dom sig i varsin fåtölj de här två läkarna.....Och sen då gick denna förlossningen jättefint och det var så lugnt och fint och det var liksom inget hets, ingenting och hon födde..... och den kom ju jättefint den här bebisen då”

En av barnmorskorna berättar om en traumatisk händelse i samband med en vaginal sätesförlossning, i vilken hon uppskattade att inte vara ensam i förlossningsögonblicket:

”Ja, det var en förstföderska, fullgånget barn, säte. Förlossningen gick fint. Hon var ganska stor och kraftig den här kvinnan. Läkarna var med där när det var dags. Patienten hade väldigt stark tryckkänsla. Det var ju inte jag som förlöste egentligen, det var ju jouren som skulle göra. Kroppen kom och huvudet satt och det tog jättelång tid innan man fick ut huvudet. Man fick ut barnet med 0-1 nånting i Apgar men som sedan repade sig och blev fin. Men det var USCH.....”

INSTÄLLNINGAR

Under denna kategori berättar barnmorskorna om hur positiva och negativa åsikter påverkar kvinnans inställning till val av förlossningssätt vid sätesändläge.

Media och rykten

Barnmorskorna anser att den gravida kvinnan påverkas av sin omgivning, av sina nära, av vad hon hör på stan, media etc. Allt detta påverkar hennes inställning till vaginal sätesförlossning.

”För det är ju så att oavsett vad vi säger eller gör, så är det samhället som påverkar mycket.

Så länge har jag jobbat så jag ser trender vad gäller smärtlindring, naturlig förlossning, säten, kontrollbehov och allt detta som påverkar oss”

”Mmm, jag tänkte på en vändning jag hade som misslyckades. Då var båda föräldrarna födda i säte och då sa hon: nej, jag vill föda säte...Då hade de bara hört positiva saker, de båda var födda i säte och det hade gått bra. Då tyckte de att det inte var så konstigt om deras bebis också kunde födas i säte. Och då blev doktorn också att: Jaha, vill ni detta ja då gör vi så då”

Positiva åsikter

Flertalet barnmorskor är positivt inställda till vaginala sätesförlossningar. Dessa förlossningar är riskfyllda, sällan förekommande och just därför beskrivs handläggningen som både spännande och utmanande.

”Mycket positivt, till 100% positiv, UNDER förutsättning ATT patienten vill och uppfyller kriterierna”

”Jag tycker absolut vaginalt ifall kvinnan är med på det”

”Javisst, det här bra sätet som jag pratade om, hon sa att: Jag vill inte ha en operation och doktorn sa att: Det behöver du ju inte, utan vi fixar detta. Jag har en erfarenhet av detta.

Hans lugn och övertygelse påverkade henne”

En barnmorska menar att följderna av ett kejsarsnitt kan bli mer riskfyllda jämfört med en vaginal sätesförlossning. Riskerna är perinatal andningspåverkan vid kejsarsnitt och maternell uterusruptur vid vaginal förlossning om kvinnan tidigare genomgått kejsarsnitt.

”Alltså, det är ju så här, att en sätesförlossning, om den följer det vi har bestämt att den skall göra med bra värkarbete och allt detta, då mår ju sätesbarn lika bra som vid en vanlig huvudbudning. Samtidigt vet vi ju att ett barn som snittas ut har större risk för att få andningsstörningar. Så det är det ju alltid egentligen bättre att förlösas vaginalt om förutsättningarna finns och de är bra”

Negativa synpunkter

Barnmorskorna i föreliggande studie har uppfattningen att barnmorskor och läkare inom mödrahälsovården förordar kvinnan att föda med kejsarsnitt. De gravida kvinnorna som kommer till förlossningen för vändningsförsök har många gånger fått felaktig information, anser barnmorskorna som träffat dem. Kvinnorna tror att kejsarsnitt är enda alternativet för förlossning om vändningsförsöket misslyckas. En av barnmorskorna är av annan åsikt och upplever inte att personal från mödrahälsovården har påverkat kvinnornas åsikter om val av förlossningssätt nämnvärt. Samtliga barnmorskor har synpunkten att diskussion gällande förlossningssätt ska föras mellan ansvarig obstetriker och den gravida kvinnan vars barn ligger i sätesbjudning.

”För inte så hemskt längesen så var det en kvinna som kom in för vändningsförsök, som absolut under inga omständigheter ville bli snittad. Hon var jätteledsen innan och sa: att går det nu inte att vända så måste jag bli snittad. Men vem säger det? frågade jag. Jo, det sa min barnmorska på MVC, att du är förstföderska och kan du inte vändas så blir det snitt. Det var en sanning med modifikation, svarade jag, visst kan du föda om du vill det. Förutsatt att du uppfyller de kriterier vi har för att du ska få en säker förlossning. Men det blev väldigt förvirrat för henne”

Barnmorskorna beskriver att obstetrikerns inställning påverkar valet av förlossningssätt vid sätesbjudning. Obstetrikern är ytterst ansvarig och ska förordas det förlossningssätt som är medicinskt säkrast för kvinnan och hennes barn. Att vaginal sätesförlossning är ovanligt förekommande samt medvetenhet om riskerna, medför att de flesta obstetriker är negativt inställda, anser en barnmorska. En barnmorska berättar att hon inte alltid är av samma åsikt som obstetrikern i val av förlossningssätt:

”En kvinna, omföderska som kom in och var i värkarbete, hon var öppen 5-6 cm, hade ett odagnostiserat säte. Där beslutade obstetrikern om kejsarsnitt, inte klokt tycker jag. Har

kvinnan bra värkar (får inte sega) och förlossningen går framåt så finns det inget hinder för vaginal förlossning”

Det är ytterst sällan som det blir några komplikationer vid vaginala sätesförlossningar, men den värsta komplikationen är att huvudet kan fastna när resten av barnets kropp kommit ut. En av barnmorskorna minns en tragisk händelse då huvudet fastnade och barnet dog. En barnmorska beskriver upplevelse av obehag när prematura barn i sätesändläge tidigare förlöstes vaginalt. Dessa barn är idag en kontraindikation för vaginal förlossning p.g.a. att omfånget av huvudet är större än kroppens.

”Alltså, man skall alltid vara beredd på något sätt, man skall ha huvudet på skaft hela tiden i förlossningssituationer, oavsett om det är huvud eller säte och naturligtvis ännu mer vid säte...”

En annan beskrivning som framkom är att den person som förlöser en vaginal sätesbjudning ska vara positivt inställd till att göra det. En barnmorska anser sig inte helt bekväm med att förlösa sätesändläge dels p.g.a. de stora riskerna, dels p.g.a. att tillfällena att förlösa är för få.

KOMPETENS OCH KUNSKAPSÖVERFÖRING

Upprätthållande av kompetens

Barnmorskorna är eniga om synpunkterna att det är svårt att upprätthålla klinisk kompetens om vaginal sätesförlossning. Det beror, dels på att sätesbjudning är ovanligt förekommande, dels att det oftast är obstetrikern eller läkare under utbildning som förlöser. Tillfälle för barnmorskan att förlösa barn i sätesbjudning ges vid tvillingförlossning när tvilling två ligger i sätesbjudning. En barnmorska förmodar att det kan vara lättare att upprätthålla kompetensen

på små förlossningskliniker, eftersom personalstyrkan är mindre. På stora förlossningskliniker ska antalet vaginala sätesförlossningar fördelas på mer personal.

”Och det tror jag att de få förlossningar vi har, vi sprider ut dem på så många, så tror inte jag att vi får någon bra kunskap, tyvärr! Jag tycker det är oerhört sorgligt... tycker jag faktiskt...”

”Och så har vi de här som kommer in med bra värkar där sätet står långt ner, jag tänker att då måste vi kunna förlösa, vi kan inte gå upp och snitta dem”

Samtliga barnmorskor belyser vikten av reflektion, tid finns dagligen avsatt på en av avdelningarna, men reflektionsstunderna uteblir ofta p.g.a. möten och tidsbrist. Reflektionsstunderna ger möjlighet att ventilerar tankar och olika situationer. Händelser kan analyseras; var handläggandet korrekt eller kunde agerandet varit annorlunda? Reflektion stärker kompetensen i handläggandet av vaginal sätesförlossning och möjliggör vidare utveckling i professionen.

”Det är viktigt att vi som barnmorskor behåller våra kunskaper, att vi diskuterar olika situationer och allt vad som kan hända. Diskuterar med varandra även om vi inte står inför det just då”

Samtliga barnmorskor berättar att de kan förbereda sig inför en sätesförlossning genom att på avdelningen träna specifika handgrepp och armlösningar med hjälp av docka och bäcken. De redogör även att all personal på förlossningskliniken skaffar sig kunskap vid gemensamma utbildningsdagar där handläggning av komplicerade fall inom obstetrik tränas. Barnmorskor och läkare förkovrar sig i olika akuta obstetriska situationer där förutom sätesförlossning ingår handläggning av blödning, sugklocka och skulderdystoci. Barnmorskorna anser att

sådan klinisk utbildning sker för sällan. Idag finns ett simuleringscenter uppbyggt i nära anslutning till Kvinnoklinikerna. Önskemål är att utbildning i sätesförlossning ska ingå i årligen återkommande utbildningsdagar vid simuleringscentrat

Barnmorskorna upplever utarmande av sin kliniska kompetens att förlösa barn i sätesbjudning. Det beror på att det är lång tid mellan varje gång som de själva är involverade i en förlossningssituation när barnet ligger i säte. Dessutom förlöses de flesta barn i sätesbjudning med sectio. Barnmorskorna uttrycker oro över att de i framtiden helt går miste om möjligheten att förlösa barnet vid sätesförlossningar.

”Ja, det är ju jättesvårt, dels är de få och de få som är förlöser läkarna. Det blir nästan omöjligt”

Barnmorskorna uttrycker i sina synpunkter oro över ett hantverk inom förlossningsvården som håller på att försvinna. Det beror dels på att barnmorskor med kompetens att förlösa barn i sätesbjudning går i pension. Många av dem besitter en enorm kompetens inom ämnet. Några barnmorskor tror att en följd av det blir förlorad kompetens i barnmorskekåren. Det leder till att barn i sätesbjudning enbart förlöses med kejsarsnitt i framtiden.

”Det är precis som med tångförlossningarna, det är nästan ingen doktor som lägger tång nu.

Förr så kunde de det, även PCB, men det är mycket som försvinner, förlorad kunskap”

Överförande av kunskap

Barnmorskorna anser att det inte är en enkel uppgift att förmedla sina kunskaper via handledning till nyutbildade barnmorskor. Den autentiska upplevelsen av vaginal sätesförlossning anser de gå förlorad när träning sker med docka. Ett sätt att förmedla den verkliga känslan vid vårdssituationen är att den erfarna kollegan lägger sina händer utanpå

händerna till den kollega hon handleder, styr och visar handgreppen som kollegan ska lära sig att använda. Barnmorskorna återger hur de själva lärde sig. De förlöste barn i sätesändlägen vaginalt genom att en erfaren barnmorska var med och guidade dem. På det sättet erhöll de det bästa lärandet, med vilket barnmorskorna menar att själva praktiskt utföra handgreppen med sina händer. En av barnmorskorna beskriver att hon redan som student fick förlösa ett barn i sätesbjudning och minns fortfarande det som en stor upplevelse.

”Ja, på 70-talet då var dom äldre kollegorna noga med att det var vi yngre som skulle få förlösa med stöd utav en äldre kollega som hjälpte en... Det var liksom vår policy... Så man hade en överföring av kunskap på det sättet så det var inte så att sätena delades ut på de erfarna utan det var vi som nya som fick möjlighet så att vi kunde få den kunskapen med oss, vilket vi också fick”

Nyfikenhet är en bra egenskap, anser en barnmorska, att hålla sig framme och vara närvarande vid t ex blödningar och iaktta händelserna ger en förståelse för vårdsituationen. Vidare att förmedla sina erfarenheter i samband med reflektion. En barnmorska belyser värdet av handledning från erfarna kollegor, gärna med praktisk träning på docka och bäcken. En idé från en av barnmorskorna som skulle kunna gagna kunskapsspridning är att filma en sätesförlossning som kan användas i utbildningssyfte. Barnmorskorna anser att det är tidskrävande att förmedla sina kunskaper via handledning till nyutbildade barnmorskor.

”Det känns lite dystert idag, jag kan känna att kanske är det redan kört? Därför att ska man upprätthålla en kompetens eller föra över den kunskapen till nya läkare, nya barnmorskor så tar det väldigt lång tid”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva barnmorskors synpunkter om vaginala sätesförlossningar och författarna till föreliggande studie anser att detta syfte har uppnåtts. Författarna valde att göra en intervjustudie med kvalitativ induktiv ansats. Fördelen med kvalitativ metod är att den ger möjlighet att förstå ett ämne på ett djupare sätt. Författarnas mål var att intervjua tre barnmorskor från normal- respektive specialförlossningsenhet. Det blev enbart två barnmorskor från avdelningen för normalförlossning trots upprepad kontakt med chefen. P.g.a. hög arbetsbelastning inom verksamheten ställdes fyra intervjutillfällen in och fick bokas om till annan dag, vilket bidrog till försening med insamling av data till examensarbetet. De intervjuade barnmorskorna var positivt inställda på att medverka i studien med motivationen att de fick möjlighet att bidra med kunskap i ämnet. De intervjuade barnmorskorna hade fått frågorna i förväg vilket gjorde att de flesta var väl förberedda till intervjutillfället. Barnmorskorna hade lång yrkeserfarenhet, mellan 24 till 41 år och hade goda kunskaper i ämnet, vilket författarna anser ökar trovärdigheten i resultatet, trots att enbart fem personer intervjuades.

Studien har vissa begränsningar. Det är t.ex. omfattningen av uppsatsens storlek (15 hp), vilket innebar att det inte gavs utrymme för fler informanter än dem som ingår i studien. Vi upplever dock att vi genom våra frågeställningar erhållit ett tillräckligt dataunderlag med hänsyn till studiens storlek. Intervjuerna spelades in med diktafon, som var ett bra hjälpmedel för att kunna fokusera på vad informanten sa. Intervjuerna utfördes i ett ostört rum på avdelningen vilket vi tycker är en fördel och barnmorskorna uppfattades som avslappnade och bekväma i miljön. Svagheten i studien har varit författarnas oerfarenhet av att göra forskningsintervjuer. Vid analysen blev det tydligt att det ibland saknades följdfrågor för att utveckla och fördjupa svaren.

Kvalitativ innehållsanalys valdes som metod. Studiens styrka är att båda författarna har tolkat texterna, kodat och kategoriserat innehållet tillsammans för att öka tillförlitligheten. Enligt Graneheim och Lundman (18) ska textdata inte hamna mellan kategorierna vilket kan vara svårt när det handlar om människors åsikter och upplevelser. Det fick vi erfara när flera av koderna passade in under mer än en kategori.

RESULTATDISKUSSION

22

Andelen barn i sätesbjudning som förlöses vaginalt har alltid varit lägre, jämfört med den andel som förlöses med sectio. Efter att Hannahs studie publicerades 2000 sjönk andelen ytterligare, så även i Sverige, eftersom studiens huvudbudskap var att förlossning med kejsarsnitt var medicinskt säkrare för barnet jämfört med vaginal förlossning. Det orsakade debatter om förlossningssätt vid sätesbjudningar inom förlossningsvården, bl.a. debatterades huruvida resultatet i Hannahs studie var överförbart till svenska förhållanden. År 2001 presenterade Herbst et al att kejsarsnitt minskade risken för neonatal morbiditet i Skandinavien och stödde därmed Hannahs resultat (9). Vi ser dock att Hannahs studie fokuserade på resultatet om de neonatala riskerna vid vaginala sätesförlossningar medan maternella besvär och komplikationer som följer vid kejsarsnitt inte blev lika tydligt presenterade. Besvär såsom blödning, infektion, postpartumdepression och längre vårdtider är komplikationer som drabbar kvinnor efter kejsarsnitt (8).

Det finns studier som visar på andra resultat än Hannahs studie. Det är t.ex. en nyligen publicerad studie utförd i Finland av Toivonen et al, vars syfte var att jämföra det neonatala utfallet mellan planerade vaginala sätesförlossningar med planerade kejsarsnitt vid sätesbjudning. Resultatet visade på lägre Apgar score efter en minut för barnen förlösta i vaginal sätesbjudning, men ingen skillnad i Apgar score efter fem minuter. Toivonen et al menar i motsats till resultaten i Hannahs studie att vaginal förlossning, vid sätesändläge fortfarande är ett alternativ. Detta förutsatt att kriterierna för vaginal sätesförlossning uppfylls samt att medvetenhet om riskerna finns. Risken för att barnets huvud ska fastna kan vara

23

större hos förstföderskor. Detta p.g.a. att cervixkanalen är mindre eftergivlig(20). Barnmorskor och läkare ska vara observanta och lyhörda för varningssignaler såsom dålig förlossningsprogress och hotande fosterasfyxi för att snabbt kunna konvertera till kejsarsnitt när det behövs (3). Denna beredskap ska finnas vid alla förlossningssituationer.

Oavsett diskussionerna i ovan nämnda studier har de påverkat möjligheten att erhålla och upprätthålla klinisk kompetens vad gäller vaginal sätesförlossning. Gemensamt för barnmorskorna är att de beskriver en oro över hur kåren ska behålla kunskapen i att utföra specifika handgrepp som t.ex. Lövseths armlösningsmetod. De uttalar en oro över att inte kunna förlösa när de ställs inför en förlossningssituation med ett odiagnostiserat sätesändläge och eller när en obstetriker inte finns närvarande tillräckligt snabbt.

Deering anser att den gravida kvinnan utsätts för ännu högre risk för komplikationer i samband med förlossningen om kompetens går förlorad. Deering menar att när kvinnan kommer i långt framskriden förlossningsprocess med barnet i sätesändläge till förlossningsavdelningen finns inget annat alternativ än vaginal förlossning. I sådana situationer måste kompetens finnas bland personalen för att uppnå en patientsäker vård (21).

Barnmorskorna har strategier för att inte fastna i oron som tidigare beskrivits. Ett betydelsefullt sätt för barnmorskor att både skaffa kunskap och att upprätthålla den är genom träning på docka och bäcken, förlossningsatrapp och simuleringsträning. Denna träning utsätter varken barn eller den födande kvinnan för någon risk. Det är tillåtet att träna utan tidspress tills dess att vederbörande person kan Lövsets armlösningsmetod. Kollegor involveras vid träning på docka och bäcken och i samband med det förs även diskussion runt handläggningen. Ett annat sätt är att ta del av den kunskap som finns hos barnmorskor med lång arbetslivserfarenhet innan de lämnar sitt yrkesverksamma liv. En studie som gjorts i USA stödjer simuleringsträningen som inlärningsmetod. Personalen upplevde en förbättrad beredskap efter simuleringsträningen och ökad kunskap gällande handläggning vid vaginal sätesförlossning (21). Det är i enlighet med krav i kompetensbeskrivningen att barnmorskan fortlöpande ska utveckla sitt yrkeskunnande. Det ställer krav på den enskilda barnmorskan att själv ta initiativ till att träna handgreppen vid Lövseths armlösningsmetod på docka och

bäcken. Det ställer dessutom krav på verksamhetens chefer att barnmorskor ges tid för träning.

De intervjuade barnmorskorna anser att utbildningsdagarna med praktisk träning är utmärkta tillfällen att få träna, men att tillfällena för var och en av dem sker för sällan. Det innebär att de inte kan förlita sig på planerade träningsdagar utan själv skapa tillfälle under arbetstiden att träna på docka och bäcken. De beskrev också att de upplevde det svårt att föra sin kompetens vidare till kollegor, eftersom de vaginala sätesförlossningarna är få och sker sällan. Vi anser däremot att det är fullt möjligt att sprida sin kunskap med hjälp av attrapp, docka och bäcken. Organisationen måste tillåta tid för träning och möjlighet för barnmorskorna att dela med sig av sina kunskaper. Det medför en ökad beredskap och trygghet vid komplicerade förlossningar som vaginala sätesändlagen är, då blir barnmorskorna stärkta och trygga i sin yrkesroll.

Teamet runt den födande kvinnan är betydelsefullt för bevarande av den medicinska säkerheten. Vaginala sätesförlossningar är riskfyllda och teamets kunskap måste tas tillvara. Allas yrkeskunnande i teamet ska beaktas och tillvaratas för optimalt omhändertagande av den födande kvinnan. Kompetensen hos personerna som arbetar varierar från en förlossning till en annan. Det kräver lyhördhet och tid för inkännande, då olika nivåer av kunskap finns. Vid en sätesförlossning kan obstetrikern vara den som förlöser, tillsammans med en erfaren kollega, i en annan kan den mindre erfarna obstetrikern handledas av den erfarna barnmorskan. Vid en tredje förlossning kan barnmorskan handledas av den erfarna barnmorskan, medan obstetrikern endast är närvarande. Samarbetet inom teamet ska präglas av kommunikation och respekt för varandra och utföras prestigelöst eftersom fokus, för den födande kvinnan, är den medicinska säkerheten.

Oavsett om barnmorskan förlöser eller assisterar obstetriker vid sätesförlossning är hennes främsta roll att stödja och stärka kvinnan under förlossningen när hennes barn ligger i sätesändläge. Det centrala i det är att förmedla lugn och trygghet till den födande kvinnan och hennes partner för att skapa förutsättning för en progress i förlossningen. En lugn och trygg

miljö bidrar till en positiv förlossningsupplevelse för den födande kvinnan. Det finns få studier gjorda om barnmorskors och gravida kvinnors upplevelser i samband med handläggning av vaginal sätesbjudning, men en studie från Jamaica publicerad år 2006 hittades vid litteratursökning. Studiens resultat visar att födande kvinnor har tillit till barnmorskor som har förmåga att få kvinnan att tro på sig själv och lita på kroppens förmåga att föda (22). Känslan av otillräcklighet är central hos kvinnor under riskförlossningar. Barnmorskan ansvarar för att stärka kvinnan genom att bekräfta henne som en unik individ med unika behov. Utmaningen för barnmorskan vid en riskförlossning är att kunna hitta balans mellan den medicinska säkerheten och det naturliga i förlossningsprocessen (23). För att kunna skapa en god vårdrelation är kompetens en grundläggande faktor för att barnmorskan ska känna trygghet i sin yrkesroll. Barnmorskorna i vår studie har arbetat många år inom förlossningsvården, deras yrkeslivserfarenhet varierar mellan 24 till 41 år. De behärskar handhavandet och de flesta känner sig trygga i att förlösa sätesbjudning vaginalt. När barnmorskan känner sig väl förtrogen med handhavandet, blir hon bättre på att förmedla trygghet och ge stöd åt den födande kvinnan.

Barnmorskorna är positivt inställda till att barn i sätesbjudning förlöses vaginalt. Däremot beskriver de att personal inom mödrahälsovård lägger sin negativa aspekt på val av förlossningssätt. Barnmorskorna menar att det saknas enhetlig information att erbjuda gravida kvinnor vars barn ligger i sätesbjudning. Gemensamma utbildningsdagar skulle kunna vara ett alternativ för att skapa samsyn om lämplig information inom barnmorskekåren. Den jamaicanska studien överensstämmer med vikten av information som är saklig, evidensbaserad och utan personliga värderingar (22). Den gravida kvinnan vill ogärna utsätta sig och sitt barn för onödiga risker. Kvinnan söker därför oftast all tillgänglig information på internet och andra media, men den är inte alltid evidensbaserad. Därutöver påverkas kvinnan av åsikter och egna upplevelser från personer som genomgått sätesförlossningar bland vänner och bekanta. Kvinnorna i studien från Jamaica påverkades också av sin omgivning, men förlitade sig på det professionella yrkeskunnandet (22). Den gravida kvinnan måste få rätt information från början för att kunna gå in i förlossningen med realistiska tankar och förväntningar.

SLUTSATS

Barnmorskor har oro över att antalet kvinnor med barn i sätesändläge som förlöses vaginalt har minskat över tid. De påtalar barnmorskans eget ansvar att både skaffa och erhålla kunskap om utförande av bl.a. Lövsets armlösningsmetod genom att träna på docka och bäcken utifrån simulerade fall. Genom att själv kunna handgreppen kan de föra kunskap vidare till kollegor genom att för dem demonstrera utförande på docka och bäcken. Barnmorskor poängterar att teamets kunskap är betydelsefullt för den medicinska säkerheten och att det ger trygghet för barnmorskan. Genom att barnmorskor känner sig trygga i förlossningssituationen ökar förutsättningen för att den födande kvinnan ska känna sig trygg i födandet och få det individuella stöd som krävs under förlossningen.

FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA FORSKNING

Denna studie grundar sig på erfarna barnmorskors synpunkter. Det skulle vara av intresse att genomföra en liknande intervjustudie baserad på nyutbildade barnmorskors synpunkter på vaginal sätesförlossning. En uppföljande studie skulle vara önskvärd för att se hur förlossningsvården ser på vaginala sätesförlossningar om tio år.

FÖRDELNING AV ARBETET

Med text till inledning och bakgrund har L.L. och H.O. bidragit med lika stor insats, liksom i problemformulering, syfte, metod, resultat och diskussion.

REFERENSER

1. Herbst A (2008). Sätesbjudning och sätesförlossning. I Hagberg H, Marsal K, Westgren M. Obstetrik. Lund: Studentlitteratur (p. 537-545).
2. Mollberg M (2009). Sätesförlossning. I Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I, Lundgren I (red.) Lärobok för barnmorskor. Lund: Studentlitteratur. p. 311-318.
3. Toivonen E, Palomäki O, Huhtala H, Uotila J. Selective vaginal breech delivery at term - still an option. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91(10):1177-83.
4. Jordan B. External cephalic version as an alternative to breech delivery and cesarean section. *Social Science and Medicine.* 1984;18(8):637-51.
5. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane database of systematic reviews(Online).* 2003(3).
6. Socialstyrelsen (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. www.socialstyrelsen.se Inhämtad 2013-01-04
7. Kok M, Gravendeel L, Opmeer BC, van der Post JAM, Mol BWJ. Expectant parents' preferences for mode of delivery and trade-offs of outcomes for breech presentation. *Patient Educ Couns.* 2008;72(2):305-10.
8. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: A randomised multicentre trial. *Lancet.* 2000;356(9239):1375-83.
9. Herbst A, Thorngren-Jerneck K. Mode of delivery in breech presentation at term: Increased neonatal morbidity with vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(8):731-7.
10. Nationalencyklopedin. Nationalencyklopedins internetjänst(2012). <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sve/stodja>. Inhämtad 2013-01-03.

11. Svenska Barnmorskeförbundet 1999. Den internationella koden för barnmorskor. <http://www.barnmorskeforbundet.se>. Inhämtad 2013-01-07
12. Lundgren I. Att vårda kvinnor med normal förlossning. I Berg M, Lundgren I. Stödja och stärka. Lund: Studentlitteratur; 2009.
13. Berg M, Lundgren I, Hermansson E, Wahlberg V. Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*. 1996;12(1):11-5.
14. Olafsdottir OA. An Icelandic midwifery saga – coming to light – with woman and connective ways of knowing. Doktorsavhandling, Thames Valley University; 2006.
15. Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD, Cecatti JG, Neto ASC. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: A randomized controlled trial. *Reproductive Health*. 2007;4.
16. Kvale S, Brinkmann S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 2009.
17. Olsson H, Sörensen S. Forskningsprocessen. Stockholm: Liber;2011.
18. Lundman B, Hällgren Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär M, Höglund-Nielsen B (red). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Ungern: Studentlitteratur; 2008.
- 19 Vetenskapsrådet 2009. Forskningsetiska principer. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
Inhämtad 2013-01-02
20. Hogg B (2009). Den okomplicerade förlossningen. I Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I, Lundgren I(red.) Lärobok för barnmorskor. Lund: Studentlitteratur. p. 245-301.
21. Deering S, Brown J, Hodor J, Satin A. Simulation training and resident performance of singleton vaginal breech delivery. *Obstetrics & Gynecology* 2006;107(1):86-89.
22. Founds S. Women's and providers' experiences of breech presentation in Jamaica: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;44:1391-1399.

23. Berg M. Vårdande av barnafödande kvinnor med ökad risk. I Berg M, Lundgren I. Stödja och stärka. Lund: Studentlitteratur; 2009.



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersonsinformation

Barnmorskors uppfattning av vaginal sätesförlossning

Studiens bakgrund

Av alla förlossningar är tre till fyra procent sätesbjudning och de flesta av dem förlöses med kejsarsnitt eftersom studier visar att det är bäst för barnets hälsa. I andra vårdsituationer görs lyckade vändningsförsök varvid baby'n föds i huvudbjudning. Sammantaget medför det allt färre vaginala sätesförlossningar. Oavsett studier om att kejsarsnitt är bäst utfall för barnet vid sätesbjudning vill en del kvinnor föda vaginalt. Situationen kan också vara den att förlossningsprocessen är så långt framskriden, när kvinnan kommer till förlossningsavdelningen, att vaginal förlossning ej kan stoppas. Därför är det av intresse att som blivande barnmorskor, öka kunskapen om handläggning vid vaginal sätesförlossning, genom att ta tillvara barnmorskors kunskap och erfarenheter i ämnet

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras i form av intervjuer. Vi kommer att intervjua 6 barnmorskorskor på två förlossningsavdelningar på Östra sjukhus med erfarenhet av att ha förlöst kvinnor med barn i sätesbjudning. De sker enskilt under cirka 30 – 60 minuter och kommer att ljudinspelas. Tid och plats sker utifrån era önskemål. Frågor som kommer att ställas är följande:

- Beskriv hur du uppfattar din roll som barnmorska vid vaginal sätesbjudning?
- Beskriv din uppfattning hur barnmorskor kan upprätthålla kompetensen om vaginal sätesförlossning?
- Beskriv din inställning till vaginal sätesförlossning?
- Beskriv din uppfattning hur kunskap överförs från en barnmorska till en annan?

Intervjuerna kommer att skrivas ut till text och därefter analyseras. Resultatet redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs universitet. Resultatet av studien kan deltagarna ta del av genom kontakt med nedan angivna ansvariga personer. Insamlade data kommer endast att finnas tillgängligt för ansvariga för forskningsstudien. Data behandlas så att obehöriga ej kan ta del av dem. De utskrivna intervjuerna förvaras säkert och data kommer inte att kunna kopplas till de deltagande personerna. Vid eventuell publicering kommer enskilda individer inte heller att kunna identifieras. Hanteringen av personuppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Insamlade uppgifter kommer inte att användas till annat än tänkt syfte.

Deltagande i studien är helt frivilligt och Du har rätt att när som helst avbryta Ditt deltagande utan att ange skäl. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå för deltagande i studien.

Vi hoppas att Du vill delge Dina erfarenheter om sätesförlossningar. Att Du berättar om Din kunskap och Dina personliga erfarenheter kan leda till ökad kunskap inom detta område.

Ansvariga

Heléne Orest Leg. Sjuksköterska, barnmorskestudent gusoreshe@student.gu.se

Lena-Marie Lövsog Leg. Sjuksköterska, barnmorskestudent guslovle@student.gu.se

Margareta Mollberg handledare, barnmorska, universitetslektor margareta.mollberg@gu.se

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg

Bilaga 2

Exempel på innehållsanalysens steg

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Det är precis som med tångförlossningarna, det är nästan ingen doktor som lägger tång nu. Förr så kunde de det, även PCB, men det är mycket som försvinner, förlorad kunskap.	Ingen doktor lägger tång nu, kunde förr. Mycket försvinner. Förlorad kunskap.	Kunskapen försvinner	Upprätthållande av kompetens	Kompetens och kunskapsöverföring