

Barnmorskor och läkares syn på faktorer som främjar respektive hindrar vaginal förlossning efter tidigare kejsarsnitt

FÖRFATTARE	Victoria Forsman Caroline Skantze
PROGRAM/KURS	Barnmorskeprogrammet/ Examensarbete för magister i reproduktiv och perinatal hälsa, RPH 100 HT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Christina Nilsson
EXAMINATOR	Ingela Lundgren

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Förord

Vi vill tacka vår handledare Christina Nilsson för att vi fick ta del av hennes material samt hennes hjälp med att agera kompass under arbetets gång.

Vi vill även rikta ett stort TACK till familj och vänner som fungerat som bollplank och skött markservicen hemma.

Titel (svensk):	Barnmorskor och läkares syn på faktorer som främjar respektive hindrar vaginal förlossning efter tidigare kejsarsnitt
Titel (engelsk):	Midwives and physicians views on factors that promote and hinder vaginal birth after previous cesarean
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Barnmorskeprogrammet / RPH 100 Examensarbete för magister i reproduktiv och perinatal hälsa
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	46 sidor
Författare:	Victoria Forsman Caroline Skantze
Handledare:	Christina Nilsson
Examinator:	Ingela Lundgren

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrund: Kejsarsnitt en av de vanligast utförda operationerna i världen. Effekterna på kvinnors efterföljande graviditeter och barnen är många. Andelen vaginal förlossning efter kejsarsnitt (VBAC) varierar globalt. Sverige är ett av länder som har hög andel VBAC, dock saknas studier om hur professionella i Sverige ser på VBAC.

Syfte: Att utforska svenska barnmorskor och läkares syn på vilka faktorer som främjar respektive hindrar vaginal förlossning efter kejsarsnitt.

Metod: Studien grundades på transkriberat material från två fokusgruppsintervjuer av svenska barnmorskor och läkare utförda inom ramen för EU-projektet OptiBIRTH som pågår i sex länder i Europa. Materialet analyserades kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Resultatet presenteras i fyra huvudkategorier: *Kvinnans upplevelse av förlossning, Grundläggande förhållningssätt till förlossning, De professionellas attityd och övertygelse samt Vikten av evidensbaserad information.* Tillsammans med nio underkategorier: *vikten av tidig uppföljning och genomgång av förlossning, minnen som påverkar, att våga, verktyg för beslut, tid till kvinnan, betydelsen av egen erfarenhet, teamwork, klarhet i bevisläget och omgivningen påverkar.*

Slutsats: Barnmorskor och läkare anser att mer tid till stöd under och omedelbart efter den första förlossningen främjar VBAC. Minskade resurser anses hindrande för VBAC genom att stöd och uppföljning försvåras och uteblir. Förbättrad samverkan mellan mödravård och förlossningsvård samt mellan de olika professionerna anses främja VBAC. Att alla inblandade i vården av kvinnan har en gemensam policy anses som främjande för VBAC. En hindrande faktor för VBAC kan vara personligt sinnad information som kvinnan får från de professionella i rådgivande samtal. Evidensbaserad information efterfrågas och verkar främjande för VBAC.

ABSTRACT (engelska)

Background: Caesarean is one of the most commonly performed operations in the world. The effects on women's subsequent pregnancies and children are numerous. The percentage of vaginal birth after cesarean (VBAC) varies globally. Sweden is one of few countries that have a high proportion of VBAC, however there are no studies in Sweden of the professionals views on VBAC.

Objective: To explore the Swedish midwives and physicians views on the factors that promote or hinder vaginal birth after cesarean.

Method: The study was based on transcribed material from two focus groups interviews with Swedish midwives and physicians, conducted in the framework of the EU project OptiBIRTH ongoing in six countries in Europe. The data was analysed using content analysis.

Results: The results are presented in four main categories: *The woman's experience of childbirth*, *Basic approach to childbirth*, *The professionals attitudes and beliefs* and *The importance of evidence-based information*. Together with nine sub-categories: *The importance of early follow-up and review of childbirth*, *affecting memories*, *having courage*, *tools for decision*, *time for the woman*, *the importance of personal experience*, *teamwork*, *clarity and certainty of the evidence* and *influence of social context*.

Conclusion: Midwives and physicians believe that more time for support during and immediately after the first childbirth promotes VBAC. Limited resources followed by lack of support during labour and follow-up hinder VBAC. Improved interaction between staff in prenatal and delivery care, and between the different professions are considered to promote VBAC. Common policy for all professionals involved in the care of the woman are considered to promote VBAC. Midwives and physicians believe that a hindering factor for VBAC may be the personally inclined information that a woman receives from professionals in counseling. Evidence-based information are requested and considered to promote VBAC.

Keywords: VBAC, cesarean section, professional views, promoting and hindering factors, content analysis, focus groups

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Kejsarsnitt och VBAC globalt	2
Konsekvenser av kejsarsnitt	5
Konsekvenser av VBAC	6
Kvinnors upplevelse och önskemål	7
Professionellas perspektiv och förhållningssätt.....	9
TEORETISK REFERENSRAM	10
Empowerment.....	10
Genuint vårdande av det genuina.....	11
Arbete, stress och socialt stöd för professionella	12
Problemformulering.....	13
SYFTE.....	14
METOD	14
URVAL.....	15
DATAINSAMLING.....	16
DATAANALYS.....	16
FORSKNINGSETISKA ASPEKTER.....	17
RESULTAT	18
Kvinnans upplevelse av tidigare förlossning.....	18
Vikten av tidig uppföljning och genomgång av förlossningen	18
Minnen som påverkar	19
Att våga.....	19
Grundläggande förhållningssätt till förlossning.....	20
Verktyg för beslut.....	20
Tid till kvinnan	21
De professionellas attityd och övertygelse	21
Betydelsen av egen erfarenhet	21
Teamwork.....	22
Vikten av evidensbaserad information	23
Klarhet i bevisläget	23
Omgivningen påverkar	24
DISKUSSION.....	25
METODDISKUSSION	25
RESULTATDISKUSSION	26
Slutsats	31
REFERENSER	32
Bilaga 1: "OptiBIRTH - Erfarenheter av vad som främjar vaginal förlossning efter kejsarsnitt"	37
Bilaga 2: Samtyckesformulär optibirth	39

INTRODUKTION

INLEDNING

I världen dog 287 000 kvinnor år 2010 i graviditets och förlossningsrelaterade komplikationer, dessutom dog 3.1 miljoner nyfödda under neonatalperioden. En av de största orsakerna är avsaknad av tillgång på utbildad personal och kvalificerad sjukvård som till exempel kejsarsnitt (WHO, 2014). Samtidigt är kejsarsnitt en av de vanligaste operationerna som utförs i världen idag. Andelen kejsarsnitt ökar globalt och det finns en utbredd oro över de stigande kejsarsnittstalen eftersom det innebär konsekvenser för kvinnor och barns hälsa. En viktig orsak till att kejsarsnittet ökar är att ett planerat kejsarsnitt utförs hos kvinnor som tidigare genomgått kejsarsnitt (WHO, 2010).

Historiskt har kejsarsnitt varit en livräddande åtgärd för kvinnan och barnet, ett faktum som fortfarande är högst relevant. Kejsarsnitt räddar liv, men är ett kirurgiskt ingrepp, en bukoperation som i sig innebär risker jämfört med spontan vaginal födsel både för mor och barn, på kort och lång sikt (WHO, 2010).

Idag utförs även kejsarsnitt utan medicinsk indikation och enligt WHO (2010) är trenden stigande vilket innebär att allt fler kvinnor har kejsarsnitt som en del av sin gynekologiska anamnes. En förklaring kan vara att det har skett en attitydförändring hos både patienter och personal att bukoperationen uppfattas som riskfri. WHO uttalar vidare att en hög kejsarsnittsfrekvens kan innebära att kejsarsnittets fördelar övertolkas, vilket därmed kan hota kvinnors framtida reproduktiva hälsa genom komplikationer vid efterföljande graviditeter (WHO, 2010; Andolf, 2008).

När det gäller handläggning av förlossning efter ett tidigare kejsarsnitt är skillnaderna så stora mellan kliniker och länder i Europa att den kliniska praktiken måste ifrågasättas enligt Euro-Peristat¹ (2013). En vaginal förlossning efter tidigare kejsarsnitt benämns VBAC (vaginal birth after Caesarean section) i anglosaxisk litteratur och saknar motsvarighet i svenskan. Begreppet VBAC är det som fortsättningsvis används i föreliggande studie. VBAC anses vara ett rimligt och säkert alternativ för de flesta kvinnor och barn (Guise et al., 2010).

¹ Euro-Peristat är ett projekt inom Europeiska Unionens Hälso Monitorering Program (EU's Health Monitoring Program). Ett projekt vars mål är att utvärdera mödra och barnhälsovård i perinatalperioden, graviditeten, förlossning och post partum i Europa. Projektet startade 1999

Det saknas kunskap om vad den stora variationen i andelen kejsarsnitt i Europa beror på samt vilka faktorer som påverkar en kvinna att föda vaginalt efter kejsarsnitt. Forskning inom områden som förlossningsrädsla och kvinnors önskemål om förlossnings sätt visar att professionellas individuella inställning till VBAC samt förlossningskliniken organisation, avsaknad av riktlinjer och rutiner har stor inverkan på val av förlossningsmetod (Euro-Peristat, 2013).

En utmaning för förlossningsvården är att garantera en hög grad av medicinsk säkerhet utan att samtidigt medikalisera något naturligt som medför biverkningar för kvinnor. Andelen kejsarsnittsförlösta kvinnor blir allt vanligare och barnmorskor möter dessa kvinnor inom alla verksamhetsområden. Vi har genom arbetet med vår uppsats fått möjlighet att fördjupa oss i ett ämne som för oss som blivande barnmorskor var okänt. Att få kunskap om vilka faktorer som främjar respektive hindrar vaginal förlossning efter tidigare kejsarsnitt (VBAC) kändes viktigt och dessutom upplevde vi det som motiverande att materialet utgör en liten del av ett stort projekt som förväntas leda till en förändring i förlossningsvården i Europa. I Sverige är andelen VBAC hög i jämförelse med vissa länder i Europa. Detta är anledningen till att bland andra Sverige medverkar i forskningsprojektet OptiBIRTH². I föreliggande arbete har ett redan insamlat datamaterial från OptiBIRTH om vilka faktorer barnmorskor och läkare i Sverige uppfattar som viktiga för VBAC analyserats.

BAKGRUND

KEJSARSNITT OCH VBAC GLOBALT

Ett flertal organisationer som WHO (World Health Organisation), OECD (Organisations for Economic Co-operation and Development) samt Euro-Peristat påpekar att kejsarsnitt innebär ökad mortalitet och morbiditet för mor och barn, samt ökad risk för komplikationer i kommande graviditet. Risken för komplikation kombinerat med de ökade ekonomiska kostnader ett kejsarsnitt innebär, gör att de stigande kejsarsnittsnivåerna och framför allt de kejsarsnitt som utförs utan medicinsk indikation bör ifrågasättas (OECD, 2013; Euro-Peristat, 2013; WHO, 2010).

² OptiBIRTH är ett projekt som startade 2012, kommer att pågå under fyra år och som involverar 12 forskargrupper från åtta EU-länder. Projektet har tilldelats tre miljoner Euro från EU:s sjunde ramprogram. Det övergripande syftet med OptiBIRTH är att öka andelen VBAC via stöd till en vård som har kvinnan i fokus. Projektet innebär att ett innovativt program med målet att göra kvinnor mer delaktiga i sin vård och öka andelen VBAC kommer att utvecklas, testas och utvärderas. Sverige, Finland och Nederländerna utgör i projektet ”goda exempel” eftersom de har hög andel VBAC. Resultatet av fokusgrupper med professionella i dessa länder kommer att utgöra en del av grunden till interventionen som kommer att testas vid 15 förlossningsenheter i tre länder med låg andel VBAC (Tyskland, Irland och Italien).

Ett antal faktorer som anses ligga bakom ökningen i Europa är bland annat rädsla hos de professionella för rättsliga processer, finansiella orsaker relaterat till ersättning för utfört ingrepp, handläggning vid sätesbjudning samt flerbörd, uppfattningen att kejsarsnitt är ett säkert ingrepp, okunskap om kejsarsnittets möjliga negativa konsekvenser samt kvinnors önskan om kejsarsnitt (Euro-Peristat, 2013).

Både andelen kejsarsnitt och VBAC varierar stort i Europa. Enligt siffror framtagna av Euro-Peristat 2010 visar att kejsarsnittnivån i Sverige och Nederländerna är 17,1 % respektive 17,0 %, jämfört med 38,0 % i Italien och 52,2 % i Cypern (Euro-Peristat, 2013). När det gäller VBAC visar siffror framtagna 2008 av Euro-Peristat att i Tyskland, Irland och Italien är andelen VBAC lägre jämfört med i Sverige, Finland och Nederländerna där 45-55 % av kvinnorna förlöses vaginalt efter tidigare kejsarsnitt (Euro-Peristat 2010). Idag är VBAC och kejsarsnitt en kvalitets variabel för mödra och barnhälsovård. Att försöka öka andelen VBAC förespråkas som ett av flera sätt att få ner den globala kejsarsnittsfrekvensen (Euro-Peristat 2010; McKenna och Symon, 2014).

I världen har frekvensen VBAC varierat över åren. Under större delen av 1900-talet var den gällande devisen att "en gång kejsarsnitt alltid kejsarsnitt" men studier under 1960-talet började dock ifrågasätta detta och peka på att så inte var fallet (Andolf, 2008). Under 1980-talet kom de första officiella riktlinjerna ut för handläggande av VBAC i USA vilket resulterade i att andelen VBAC där steg (ACOG, 2013). Men under 1990-talet skedde en förändring i USA vilket gjorde att siffrorna började sjunka och den professionella yrkeskåren intog en mer försiktig hållning mot VBAC (NIH, 2010; ACOG, 2013). En av anledningarna anses vara rädslan för uterusruptur orsakat av värkarbete med risk för fosterdöd vilket för kvinnan då innebär ett akut kejsarsnitt istället för en elektiv operativ åtgärd (NIH, 2010).

Sedan 2005 har minskningen av VBAC planat ut för att 2010 vända uppåt någon procent i USA, detta efter att NIH (National Institut of Health) 2010 gett ut nya riktlinjer (ACOG, 2014). I riktlinjerna fastslogs att det är ett rimligt val för de kvinnor som tidigare är opererade med lågt transversalt kejsarsnitt att föda vaginalt och NIH uppmanade förlossningsvårderna att göra TOL/TOLAC (Trial of labor after cesarean) mera tillgängligt i stället för rutinmässigt utföra ERCD (Elective Repeat Cesarean Delivery). TOL/TOLAC är ett planerat försök till vaginal förlossning efter ett kejsarsnitt. Begreppet är utarbetat av ACOG (American College Of Obstetricians and Gynecologists) och återfinns inom anglosaxisk litteratur. ERCD innebär elektivt kejsarsnitt.

KEJSARSNITT OCH VBAC I SVERIGE

I Sverige har andelen kejsarsnitt ökat, från ca 5 % i början på 1970-talet till att, enligt senaste uppgifter, utgöra 17.1 % av samtliga förlossningar (Socialstyrelsen, 2011; Euro-Peristat, 2013). En orsak till den tidigare ökningen av kejsarsnitten anses vara sociodemografiska faktorer som stigande ålder hos kvinnorna, större andel förstföderskor vilka önskar kejsarsnitt, tidigare kejsarsnitt samt ökat BMI (Body Mass Index) hos kvinnorna (Socialstyrelsen, 2011). De sista åren kan dock en viss stagnation ses av antalet kejsarsnitt i Sverige jämfört med andra länder i Europa (OECD, 2013).

De flesta kejsarsnitt i Sverige utförs på medicinsk indikation då det är den behandlande läkaren som har det slutgiltiga beslutet om kejsarsnitt ska utföras. Beslutet bör tas utifrån vad som anses medicinskt indicerat samt förenligt med vetenskap och beprövad praxis (SFS 1982:763). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen kan en person inte begära ett ingrepp utan bara avstå från ingrepp, abort och sterilisering undantaget (SFS 1982:763). En viktig fråga när det gäller kejsarsnitt är hur stor hänsyn som bör tas till kvinnans önskemål i förhållande till de medicinska riskerna, på kort och lång sikt. Socialstyrelsen (2011) har publicerat en rapport gällande *Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan* för att vägleda vårdpersonal i beslutsfattandet. Vidare beskriver denna rapport ett antal kriterier där kvinnans önskan kan tillmötesgå om hennes önskan kvarstår efter information om kort och långsiktiga konsekvenser av förlossningssätt samt att hon erhållit stödsamtal. Socialstyrelsen (2011) menar att en minskning av antalet icke-medicinska ingrepp med bibehållen säkerhet och kvalitet i förlossningsvården bör eftersträvas. Det har inte kunnat påvisas att den ökande kejsarsnittsfrekvensen har någon koppling till säkrare vård vid jämförelser med perinatal och neonatal dödlighet (Socialstyrelsen, 2011).

Socialstyrelsen (2011) påpekar att det är svårt att jämföra forskning om kejsarsnitt och dess komplikationer då kejsarsnittgruppen tidigare har setts som homogen grupp. Resultaten borde egentligen delas upp i elektiva och akuta snitt, samt även i undergrupper gällande orsak till kejsarsnittet då majoriteten görs på medicinsk indikation på grund av komplikationer hos mor eller barn. Kvinnor med allvarlig sjukdom eller högrisk graviditeter kan förskjuta mortalitet och morbiditet statistiken genom att det är svårt att skilja på de faktorer som orsakats av själva kejsarsnittet och de faktorer som ledde fram till kejsarsnittet. En mer rättvisande forskningsdesign har börjat användas där den ursprungliga avsedda behandlingen undersöks och inte den behandling som faktiskt ges. Denna faktor kallas ITT ("intention to treat") (Socialstyrelsen 2011; SFOG 2010).

KONSEKVENSER AV KEJSARSNITT

Socialstyrelsen påpekar att när ett ingrepp övervägs är det viktigt att väga riskerna med själva ingreppet mot eventuella risker med att inte göra ingreppet. I det här fallet måste de kort och långsiktiga effekterna för mor och barn vid ett kejsarsnitt lyftas fram (Socialstyrelsen, 2011). Risken för komplikationer vid kejsarsnitt är tre gånger så stor jämfört med vaginal förlossning. Om kejsarsnittet utförs utan medicinsk indikation ökar komplikationsrisken ytterligare och om kejsarsnittet dessutom utförs innan värkstart ökar risken för komplikationer sex gånger jämfört med vaginal förlossning (WHO, 2010).

De främsta medicinska riskerna med kejsarsnitt jämfört med vaginalförlossning för kvinnan på kort sikt är infektion, blödning, djup ventrombos. På lång sikt ger kejsarsnitt ökad risk för uterusruptur och placentakomplikationer (Andolf, 2008).

Amningsstarten kan påverkas av smärtan efter det operativa ingreppet. En svensk studie (Carlander Klint, Edman, Christensson, Andolf och Wiklund, 2010) visar att kvinnor som genomgått kejsarsnitt rapporterade mer amningsproblem än kvinnor som födde vaginalt. En annan studie visar att oxytocininsöndringen påverkas genom att de fysiologiska topparna av oxytocin inte är lika frekventa hos en moder efter kejsarsnitt jämfört med en moder som fött vaginalt. En orsak anses vara den minskade hud mot hudkontakt som ett kejsarsnitt innebär där mor och barn ofta skiljs åt (Socialstyrelsen, 2011).

Anknytningen mellan mor och barn kan påverkas, men forskningen är inte entydig, då ett kejsarsnitt innebär att kvinnan ofta tillbringar mindre tid ensam med sin nyfödda bebis genom att hon är övervakad och immobiliserad under de första dygnet efter förlossningen (Miesnik och Reale, 2007; Socialstyrelsen, 2011).

När det gäller problem från bäckenbotten är forskningen oenig. Viss forskning visar att bäckenbotten skonas genom kejsarsnitt, men det finns också forskning som visar att problemen är en effekt av själva graviditeten, moderns ålder, BMI, och makrosomi och inte en effekt av själva förlossningen (Miesnik och Reale, 2007; Socialstyrelsen 2011; Gyhagen, Bullarbo, Nielsen och Milsom, 2013).

Kejsarsnitt innebär dessutom risk för allvarliga komplikationer under framtida graviditeter och även kvinnans fertilitet kan påverkas vilket riskerar att kvinnan föder färre barn. En teori är att själva snittet i uterus skulle kunna påverka själva inplantationen av ett ägg och därmed påverka kvinnans fertilitet (Andolf, 2008; WHO 2010; Socialstyrelsen, 2011).

Vidare visar studier att kvinnor totalt sett mår sämre post partum efter en kejsarsnittsförlossning eller efter instrumentell förlossning än efter spontan vaginal

förlossning. Detta gäller både fysiskt och emotionellt, aktivitetsnivå, humör, sexuell funktion och oro och ångestnivå. Dessutom framkommer att en känsla av misslyckande också är associerat med kejsarsnitt (Miesnik och Reale, 2007).

Konsekvenser för barnet på kort sikt i samband med kejsarsnitt beror på tidpunkten för kejsarsnittet, det vill säga om barnet är fullgånget eller inte. Den vanligaste komplikationen är neonatal andningsstörning av olika grad. Andra komplikationer som förekommer oftare vid kejsarsnitt i jämförelse med vaginal förlossning är hypoglykemi, hypotermi och sepsis (Socialstyrelsen, 2011) Därför rekommenderas inte kejsarsnitt före vecka 39 (SFOG, 2010).

Det finns även studier som visar långsiktiga effekter av kejsarsnitt som ökad risk för astma, allergi, gastroenterit, glutenintolerans, typ 1-diabetes och vissa tumörsjukdomar. Samtidigt minskar kejsarsnitt risken för mekoniumaspiration, allvarlig syrebrist, plexus brachialis skada och intrakraniell blödning (Socialstyrelsen, 2011).

KONSEKVENSER AV VBAC

Den allvarligaste riskfaktorn med VBAC är uterusruptur till följd av att det tidigare kejsarsnittets ärr spricker. Vid uterusruptur presenterar kvinnan ofta symtom som chock till följd av en stor intraabdominell blödning och barnet blir omedelbart påverkat då det befinner sig i öppen bukhåla vilket visar sig omedelbart på CTG-kurvan (Hellgren, Bremme och Lundqvist, 2008). Detta kräver omedelbar kirurgisk åtgärd och tillståndet är livshotande (Andolf, 2008).

En översikt av forskningsartiklar visar att det hittills inte framkommit någon modell som kunnat identifiera vilka kvinnor i gruppen som har genomgått ett tidigare kejsarsnitt som har större sannolikhet att föda vaginalt eller drabbas av komplikationen uterusruptur. Däremot har ett antal prediktorer som ökar eller minskar chansen till VBAC identifierats. Starka prediktorer för VBAC är tidigare vaginal förlossning samt förlossning som startar med spontant värkarbete. Prediktorer som talar mot VBAC är återkomst av indikationen till det tidigare kejsarsnittet. Stigande ålder hos modern, obesitas hos modern, preeklampsi och kort intervall mellan graviditeterna är också negativt. Även makrosomi samt gestagen ålder (>40 veckor) talar mot VBAC (ACOG, 2013). Eventuell sårinfektion samt tiden mellan kejsarsnittet och efterkommande graviditet är också av betydelse, 18-20 månader rekommenderas (Andolf, 2008; NIH, 2010). En ytterligare komponent som ACOG pekar på vara av betydelse är kvinnans etniska ursprung (ACOG, 2013).

På grund av de risker som finns med VBAC rekommenderas att vaginal förlossning efter kejsarsnitt alltid bör ske på ett sjukhus med omedelbar möjlighet till konvertering till

kejsarsnitt, blodtransfusion samt möjlighet för kontinuerlig övervakning av fostret (McKenna och Symon, 2014; RCOG, 2007; ACOG, 2010).

VBAC kan också påverkas av kvinnan själv. Hon kan ha föreställningar om att vaginal födsel efter kejsarsnitt är farligt eller att hon inte skulle kunna klara av det (Clarkson, Chippington Derrick och Lowdon, 2005). Vaginal födsel är något okänt medan kejsarsnitt är något bekant och kan därför uppfattas som säkrare. Detta gäller framför allt när den första förlossningen slutade i ett akut snitt på grund av fosterpåverkan. Kvinnan kan föredra ett planerat snitt istället för att först försöka med vaginal förlossning och sedan behöva gå igenom ett akut snitt med risk att återuppleva tidigare förlossningstrauma, vilket upplevs som omöjligt att utstå igen (Clarkson et al., 2005).

Det finns inte entydig konsensus i forskningen kring VBAC och Dodd, Crowther, Huertas, Guise och Horey (2013) påpekar att ytterligare forskning krävs. I väntan på klara direktiv fastslår Euro-Peristat (2013) och ACOG (2014) rekommendationen att VBAC är det bästa alternativet och det rekommenderade alternativet för de flesta kvinnor och barn.

KVINNORS UPPLEVELSE OCH ÖNSKEMÅL

En kvinnas första förlossningsupplevelse är av avgörande betydelse för hennes framtida inställning till hur hon önskar föda barn och bör fungera som en ledstjärna för de professionella som tar hand om kvinnan under hela graviditeten och förlossningen (Karlström, Nystedt, Johansson och Hildingsson, 2011). I en studie av Hildingsson, Rådestad, Rubertsson och Waldenström (2002) framkommer att en stor majoritet av svenska kvinnor föredrar att föda vaginalt. Tillfrågade både tidigt och sent i graviditeten var det sju till åtta procent som önskade föda med kejsarsnitt och av dessa var två tredjedelar omfödorskor.

Det är viktigt för barnmorskor och läkare att förstå vad som ligger bakom önskan att föda elektivt med kejsarsnitt och att orsaken vanligtvis är rädsla (Miesnik och Reale, 2007; Socialstyrelsen, 2011; Karlström et al., 2011). Denna rädsla grundar sig främst i svåra minnen av tidigare förlossning, rädsla för att tidigare kejsarsnitt skall orsaka komplikationer och rädsla att inte klara av en förlossning. Det finns även en rädsla för att förlossningen skall orsaka bristningar, livmoderframfall, urin och avföringsinkontinens och att sexuallivet skall förändras. Önskan om kejsarsnitt är också vanligare efter sexuella övergrepp och vid ångest och depression. Personlighet och utbildningsnivå kan också spela in när det gäller rädsla för vaginal förlossning (Socialstyrelsen, 2011).

En norsk studie där 1357 kvinnor deltog konfirmerar att förlossningsrädsla är tydligt kopplat till tidigare negativ förlossningsupplevelse. Studien kunde inte finna något tydligt samband

med att obstetriska komplikationer under den tidigare förlossningen var den utlösande faktorn för att utveckla förlossningsrädsla (Störksen, Garthus-Niegel, Vangen och Eberhadd-Gran, 2013).

Förlossningsrädsla kan påverka en kvinna så till den grad att hon börjar tvivla på sig själv och till slut känner sig osäker på sin egen förmåga att bära och föda sitt barn (Nilsson och Lundgren, 2009). Ytterligare en konsekvens av förlossningsrädsla är att kvinnan har längre intervall till nästa graviditet (Sydsjö, Angerbjörn, Palmquist, Bladh och Josefsson, 2012). Om kvinnans rädsla uppmärksammas tidigt så väljer två tredjedelar av kvinnorna att föda vaginalt efter att åtgärder satts in, till exempel så som i Sverige att få komma till en Auroramottagning (Socialstyrelsen, 2011; Miesnik och Reale, 2007). Auroramottagning är en specialistmottagning för kvinnor med förlossningsrädsla samt kvinnor som haft svåra förlossningsupplevelser. Mottagningen är kopplad till förlossningsklinikerna och här arbetar barnmorskor specialutbildade i samtal och rådgivning (Nyberg, Lindberg och Öhrling, 2010). En studie av Ryding, Persson, Onell och Kvist (2003) visar att kvinnor med förlossningsrädsla är en särskilt utsatt och sårbar grupp. Ryding menar att det inte är fastställt vilken metod som är bästa behandlingen för förlossningsrädda kvinnor men att modellen som Aurora representerar verkar passa många kvinnor (Ryding et al., 2003).

Det finns få studier om kvinnans upplevelse av att föda vaginalt efter ett kejsarsnitt. I en undersökning från England, Wales och Skottland visar resultatet att kvinnor i den här gruppen upplever att fokus hos barnmorskorna ligger på patologi och inte den fysiologiska processen. Detta gör att kvinnan blir mer fokuserad på risker än på de positiva effekterna med att föda vaginalt, vilket i sig försvårar förlossningen (Clarkson et al., 2005). Liknande resultat presenteras även i en studie av Lundgren, Beagley, Gross och Bondas (2012).

Uppfattningar i samhället i stort att kejsarsnitt anses var en rättighet och det säkraste sättet att förlösas på samt tankar kring "kvinnans rätt till sin egen kropp" påverkar också en kvinnas önskan om val av förlossning (Josefsson, Gunnervik, Sydsjö och Sydsjö 2011).

Till skillnad från Sverige finns det i vissa länder som till exempel England och USA något som kallas "informerat val" där patienten gör egna vårdval utifrån given information (Socialstyrelsen 2011). Men både svensk och internationell forskning pekar på att hur information ges till den gravida kvinnan har stor inverkan på hur hon önskar att föda. En kvinnas autonomi och möjlighet till empowerment kan endast tillgodoses om hon har fått saklig och balanserad information om risker och fördelar med VBAC (Josefsson et al., 2011; Miesnik och Reale).

En studie i Skottland visar att 60 % av kvinnorna som skulle föda efter ett kejsarsnitt inte blivit informerade om VBAC som alternativ (Clarkson et al., 2005). En metasyntes baserad på åtta anglosaxiska artiklar visar att kvinnorna var välinformerade om de potentiella riskerna men inte alltid informerade om fördelarna med vaginal förlossning efter kejsarsnitt (Lundgren et al., 2012).

PROFESSIONELLAS PERSPEKTIV OCH FÖRHÅLLNINGSSÄTT

I Sverige finns det lite forskning om professionellas perspektiv och syn på vaginal förlossning respektive kejsarsnitt. Internationellt finns fler studier och de indikerar att ökande kejsarsnittssiffrorna inte endast kan tillskrivas de födande kvinnorna utan att sjukhusets organisation och rutiner samt personalens åsikter spelar stor roll för hur kvinnor föder (Monari, DiMario, Facchinetti och Basevi, 2008). Läkarens övertygelse av kejsarsnitt som det bästa för kvinnan spelar in i hur informationen ges. Även kostnadsersättningssystem samt bekvämlighet kan påverka en läkares sätt att informera kvinnan inför en förlossning (Monari et al., 2008).

Internationella studier har också visat att de flesta kejsarsnitt utförs dagtid på veckodagar vilket gör det lättare för ett sjukhus att anpassa sin bemanning. Detta gäller även akuta kejsarsnitt (Goldstick, Weissman och Drugan, 2003).

Rädsla för rättsliga processer samt höga försäkringspremier och därmed en mer "defensiv sjukvård" anses också vara en bidragande orsak till att fler kejsarsnitt utförs. Så många som 69 % läkarna i England skulle utföra kejsarsnitt utan medicinsk indikation på grund av detta (Habiba, Kaminski, Da Frè, Marsal, Bleker, Libro och Cuttini, 2006).

Det har även visat sig att kvinnliga gynekologer är mindre villiga att utföra ett elektivt kejsarsnitt på kvinnans begäran utan medicinsk indikation jämfört med sina manliga kollegor (Monari et al, 2008). Generellt visar det sig att ca 40-54 % av läkarna skulle tillstyrka ett elektivt kejsarsnitt efter kvinnans önskemål, rättfärdigat genom att hänvisa till att de värnar om kvinnans autonomi. Om kvinnan har en hög socioekonomisk status är läkare också mer benägna att gå med på patientens önskemål utan att ifrågasätta hennes beslut. Om kvinnan dessutom är en kollega så stiger siffrorna från 49 % till 79 % bland svenska läkare (Habiba et al., 2006).

Barnmorskor i Sverige visar sig å andra sidan vara mindre benägna att acceptera en kvinnas önskan om kejsarsnitt. De anser att läkaren bör försöka övertala kvinnan att föda vaginalt. Denna skillnad anses bero på att barnmorskan inte är delaktig i själva beslutsfattandet (Josefsson et al., 2011). I en studie framkommer att svenska kvinnors autonomi inte följts

utan de styrs mot att föda vaginalt, samt att obstetrikerna och barnmorskorna har olika syn på val av förlossningssätt, där barnmorskorna lutar åt att styra förlossningen mot något så naturligt som möjligt med respekt för kvinnans autonomi (Danerek, Maršál, Cuttini, Lingman, Nilstun och Dykes, 2011). En svensk studie av Wiklund, Andolf, Lilja och Hildingsson (2012) beskriver en beslutsprocess i handläggningen av en kvinna som önskar kejsarsnitt. Efter att ha blivit informerad om kort och långsiktiga konsekvenser för henne själv samt för barnet samt blivit erbjuden kvalificerad samtal och rådgivning och trots allt står fast i sin önskan om kejsarsnitt kan det anses som korrekt att gå henne till mötes.

En studie av Salomonsson, Alehagen och Wijma (2011) visar att svenska barnmorskor uppfattar att kvinnor med förlossningsrädsla behöver individualiserad vård och noggrann förberedelse inför förlossningsarbetet. Dessutom visar samma studie att det har konsekvenser för barnmorskans arbete och är en professionell utmaning då de kräver mer tid och känslomässigt engagemang.

TEORETISK REFERENSRAM

EMPOWERMENT

Innebörden av empowerment har uppmärksammats inom förlossningsvården de sista 20 åren (Hermansson och Mårtensson, 2011) och återfinns även i den etiska koden för barnmorskor (ICM, 2011). Trots att ordet empowerment använts länge finns det ingen svensk översättning av ordet och det är svårt att definiera. Det anses lättast att förstå då empowerment är *frånvarande* vid känslor av hjälplöshet, maktlöshet, alienation/främlingskap och beroendeställning (Hermansson och Mårtensson, 2011).

Andersson och Funell (2005) menar att empowerment är en patientcentrerad strategi där patienten erhåller verktyg för egenvård. Den som vårdar tar inte ansvar för patienten utan med patienten i ett samspel, vilket stimulerar båda. Patienten behöver färdigheter och tillfälle till reflektion över vad som kan ha effekt för det egna välbefinnandet genom kunskap och bekräftelse.

I en begreppsanalys av empowerment ur ett barnmorskeperspektiv av Hermansson och Mårtensson (2011) ombads svenska barnmorskor beskriva empowerment. Detta resulterade i fyra huvudpunkter där en var utvecklandet av en tillitsfull relation vilket bland annat innebär att ge tid, att vara med kvinnan och hennes partner. Vidare var medvetandegörande och att göra det möjligt att reflektera under den kommande förändringen in i föräldrskapet en del av empowerment. Det kan ske genom att förbereda föräldrarna till realistiska förväntningar vilket

kan minska osäkerhet. Att agera utifrån föräldrarnas situation och på deras villkor samt engagera och involvera dem så att det kan fatta informerade beslut är också centralt. Detta kan barnmorskan åstadkomma genom att aktivt lyssna och visa respekt för föräldrarnas situation. Av betydelse är att bekräfta föräldraskapet genom att tro och lita till föräldrarnas förmåga, samt att se på mor och barn som en enhet (Hermansson och Mårtensson, 2011).

I en studie av Lundgren et al. (2012) påtalar kvinnor att genom en vaginal förlossning uppnås positiva effekter för kvinnan själv, barnet och deras samspel samt övergången till moderskapet. Upplevelsen av vaginal förlossning efter kejsarsnitt beskrivs vidare som stärkande och empowering. Även Leap (2010) beskriver att empowerment har en vidare betydelse i förlossningssituationen. Genom att stärka en kvinnas självkänsla och självförtroende tar hon makten över situationen med sig in i moderskapet som "ringar på vattnet".

GENUINT VÅRDANDE AV DET GENUINA

För att belysa det centrala i barnmorskans vårdande av kvinnor med ökad risk vid graviditet och förlossning har Berg utvecklat en modell, vilket kan appliceras på vården av kvinnor vid VBAC - *Genuint vårdande av det genuina*. Modellen omfattar vården av kvinnan under hennes graviditet, förlossning och efter förlossningen, samt av hennes ofödda och nyfödda barn. Ordet genuin innebär äkta, sann, naturlig och oförfalskad och genuint vårdande innebär ett sätt att vara samt själva aktiviteten i vårdandet (Berg, 2010).

Modellen har tre centrala begrepp; *värdighetsbevarande relation*, *förkroppsligad kunskap* samt *balanserande mellan det naturliga och det medicinska perspektivet* (Berg, 2005).

Värdighetsbevarande relation består av fem element; ömsesidighet, tillit, fortgående dialog, delaktighet i ansvar samt kontinuerligt stöd. Genom att kvinnan och barnmorskan går in i relationen med en ömsesidighet där båda är öppna inför den andra kan kvinnans värdighet bevaras. Ett konkret exempel på detta är när barnmorskan bekräftar kvinnan under förlossningen genom att se hennes värkar och erkänna hennes smärta. Barnmorskan måste känna tillit till kvinnan och hennes känslor samt hennes kapacitet att föda barn samt förmåga som blivande mor. Samtidigt måste kvinnan känna tillit till barnmorskans kunskaper, professionalism och även person. Denna tillit skapar ett lugn och trygghet vilket gör det möjligt för kvinnan att slappna av. Fortgående dialog är fundamentet i denna relation där kvinnan bör få fortlöpande information trots att hon själv kan ha svårt att kommunicera. Detta skapar trygghet samt en möjlighet till delat ansvar. Riskfaktorerna gör att kvinnorna är i behov av specialistvård men de vill fortfarande känna sig delaktiga, få bibehålla kontrollen över att "lämna över kontrollen". Detta beskrivs som särskilt viktigt vid akuta situationer för att

undvika en känsla av främlingskap. Vidare kräver en värdighetsbevarande relation kontinuerlig närvaro, både fysisk och känslomässig. Barnmorskan ska visa att hon är tillgänglig och att hon är på plats hos kvinnan, att hon har tid och ger sin tid. Detta minskar känslor av övergivenhet och besvikelse. Berg menar vidare att man alltid bör sträva efter att minimera antalet personer involverade i vården kring kvinnan (Berg, 2005).

Förkroppsligad kunskap är det andra centrala begreppet i Bergs modell. Det innebär en kunskap som är djupt rotad och integrerad i barnmorskan och som kommer till uttryck genom alla sinnen och intuition. Barnmorskan är sin kunskap. Genom att vara äkta, acceptera sin personlighet och sina känslor kan hon utstråla trygghet samtidigt om hon är ärlig genom att hon visar oro över till exempel ett stigande blodtryck genom ökade kontroller. God teoretisk och praktisk kunskap ger barnmorskan en känsla av trygghet och säkerhet i sin professionella roll och genom att vara i olika vårdsituationer med kvinnorna kan en intuitiv kunskap utvecklas (Berg, 2005).

Balanserande av naturligt och medicinskt perspektiv är den sista delen i barnmorskans vårdande. Båda perspektiven kan få finnas sida vid sida. Att understödja och stötta det normala och vara uppmärksam på det genuina. Att se till kvinnan som en kvinna med komplikationer och inte enbart det komplicerade. Vidare menar Berg att genom teoretiska kunskaper samt förkroppsligad kunskap kan barnmorskan till och med tänja på gränserna för vad som anses som normalt. Genom att vara uppmärksam på det genuina, det naturliga i en förlossning som till exempel vid vaginal förlossning efter tidigare kejsarsnitt, stärks kvinnan i sitt kommande moderskap (Berg 2005).

ARBETE, STRESS OCH SOCIALT STÖD FÖR PROFESSIONELLA

House (1981) beskriver vikten av att generellt stöd inte bör underskattas på en arbetsplats. Framförallt är de olika arbetskategorierna i arbetsteamet av avgörande vikt för varandra. Människor har länge förlitat sig på materiell teknologi för att förbättra livskvaliteten, men på senare tid har man vänt sig mer mot psykologisk teknologi (psykoterapi och personlig utveckling) för att skapa välmående som den materiella teknologin inte förmår tillgodose. House anser att det är hög tid att inse att kvaliteten i sociala relationer är av stor vikt, om inte den viktigaste och att socialt stöd på arbetsplatser bör förbättras (House, 1981).

Precis som stress är socialt stöd ett begrepp som är välkänt men är svårt att tydligt definiera. Det sociala stödet utgörs av människor i vår närhet som ger stöd. Föräldrar är den första källan till socialt stöd därefter kommer vänner, släktingar, partner och barn samt övriga externa kontakter som till exempel arbetskamrater. Enligt House delas socialt stöd upp i upp i fyra huvudsakliga källor; känslomässigt stöd, bedömningsstöd, informativt stöd samt

instrumentellt stöd. Känslomässigt stöd anses vara av störst betydelse för människan. Socialt stöd kan förstärka hälsa och välmående genom att det uppfyller våra behov av tillhörighet, säkerhet och social kontakt. House menar att positiva effekter på hälsa kan balansera de negativa effekter som stress orsakar, det vill säga ett gott arbetsklimat höjer stresståligheten (House, 1981).

Det sociala stödet på arbetsplatsen kommer från alla nivåer det vill säga chefer, kollegor samt övriga arbetskamrater och påverkas av varandra. Genom chefens sätt att organisera en arbetsplats kan arbetskolegornas möjlighet till stöd direkt påverkas. Stödet från personer på arbetsplatsen är beroende av både individuella skillnader samt de som arbetsplatsen i sig själv formar. Specialisering, uppdelning av arbete och isolerade arbetsroller verkar starkt negativt på stöd och omvänt samarbete och beroende av varandra i arbetsgruppen utvecklar socialt stöd. För att öka socialt stöd på arbetsplatser krävs mer än professionell handledning, det krävs att hela arbetsplatsen förändras till att ge och ta emot stöd. Detta bör ses som en normal del i arbetslivets struktur och organisation (House, 1981).

House teori är trots att den inte är baserad på studier av arbetsplatser inom vården möjlig att överföra till situationen på en förlossningsklinik. Det tvärprofessionella team med undersköterskor, barnmorskor, sektionsledare och obstetriker som samarbetar runt en födande kvinna är beroende av varandra. Detta ger dem möjlighet att utveckla ett nära samarbete där stödet till varandra är avgörande för hur arbetsplatsen fungerar och hur personalen mår (House, 1981). Hildingsson, Westlund och Wiklund (2013) visar på olika faktorer som är avgörande för barnmorskor att stanna kvar inom sitt yrke och behålla sin hälsa. Upplevd stress och minskade resurser samt konflikt inom arbetsteamet eller med sin chef var de faktorer som var starkast associerade med alla typer av arbetsrelaterad ohälsa.

PROBLEMFORMULERING

Det saknas kunskap om vad den stora variationen i andelen VBAC globalt beror på, samt vilka faktorer som är viktiga för kvinnor vid VBAC. Forskning visar att professionellas individuella attityd samt förlossningsklinikens organisation har stor inverkan på kvinnor.

Sverige, tillsammans med Nederländerna och Finland är några av få länder i Europa med hög andel VBAC. Det saknas studier om hur professionella i Sverige ser på VBAC. Det finns därför anledning att fråga erfarna barnmorskor och läkare om vad de anser är viktiga faktorer för VBAC. Denna kunskap kan sedan överföras till professionella i Sverige och andra länder.

Hur ser barnmorskor och läkare vid två förlossningskliniker i Sverige på vaginal förlossning efter kejsarsnitt och vad anser de är faktorer som främjar respektive hindrar VBAC?

SYFTE

Syftet med studien är att utforska svenska barnmorskor och läkares syn på vilka faktorer som främjar respektive hindrar vaginal förlossning efter tidigare kejsarsnitt.

METOD

Datamaterialet utgörs av transkriberade fokusgruppsintervjuer utförda inom ramen för ett EU-projekt inom sjunde ramprogrammet OptiBIRTH. Frågeställningen var vilka faktorer som barnmorskor och läkare i Sverige, Finland och Nederländerna tycker är betydelsefulla för att främja VBAC. Föreliggande studie är fokuserad på de två fokusgruppsintervjuer som är utförda i Sverige.

Studien baseras på en kvalitativ ansats vilket är en lämplig metod då människors upplevelser, erfarenheter, tankar, förväntningar och attityder skall studeras. Innehållsanalys är en vetenskaplig analysmetod som framför allt används för att analysera skriven, verbal eller visuell information (Elo och Kyngäs, 2007). Det är ett systematiskt sätt att förklara, beskriva och kvantifiera studerade fenomen. Innehållsanalys kan användas i både kvalitativ och kvantitativ forskning såväl deduktivt som induktivt. Målet är att beskriva fenomenet koncentrerat och brett och därmed sprida kunskap vilket gör att denna metod lämpar sig för studien. Ett induktivt förhållningssätt rekommenderas när det saknas föregående studier eller om kunskapen är ringa om det fenomen man önskar studera. Induktivt förhållningssätt innebär ett öppet förhållningssätt där man rör sig från det specifika till det generella för att finna detaljerna och kombinera dessa till en större helhet. Det innebär också att forskaren har en förutsättningslös ansats under forskningsprocessens gång. Innan analysen påbörjas bestäms om enbart det uppenbara skall analyseras, det vill säga det uttalade eller om forskaren ska ta hänsyn till det latent budskapet i materialet, till exempel pauser och kroppshållning (Elo och Kyngäs, 2007).

Analysprocessen innebär öppen kodning, skapande av kategorier och abstraktion.

Abstraktionsfasen innebär en generell beskrivning av det utforskade ämnet genom skapande av kategorier och denna fas fortgår så länge det finns behov. Kategorierna bör inte vara för stora eller för små, meningar och fraser som tagits ut under den öppna kodningen bör inte passa in under mer än en kategori eller falla utanför kategorierna (Elo och Kyngäs, 2007)

Fokusgruppsintervjuer innebär att samla en grupp för att samtala kring ett givet ämne. Denna grupp väljs utifrån själva forskningsfrågan (Wibeck, 2010). Deltagarna behöver inte väljas slumpmässigt eftersom inga generaliseringar kan göras till andra grupper men deltagarna bör ha något gemensamt samt något att säga om det som forskaren önskar undersöka (Hylander, 2001). Gruppstorleken anpassas efter frågan och det råder delade meningar om vad som anses lämpligt men en liten grupp ger ett mer begränsat urval av idéer. Det råder också delade meningar om hur homogena grupperna ska vara (Hylander, 2001).

Fokusgrupper är en lämplig metod när man önskar studera innehåll och fånga en grupps åsikter, idéer, uppfattningar och tankar samt studera hur människor interagerar. Genom fokusgruppens dynamik kan det komma fram en bredare skala av idéer än vid enskilda intervjuer då deltagarna kan ställa frågor till varandra och därmed utveckla sina tankegångar eller komma på nya (Wibeck, 2010). Moderatorns roll är att presentera ämnet eller ställa en inledande fråga samt studera själva samtalet och interaktionen i gruppen. Moderatören skall, förutom att se till att alla får komma till tals, även ingripa om deltagarna börjar prata om något annat. Till sin hjälp kan moderatören ha en observatör som ansvarar för inspelning av intervjuerna samt studerar interaktionen i gruppen och för anteckningar under samtalets gång (Wibeck, 2010). Ett hot mot fokusgruppens validitet är alltför hög social inställsamhet, artighet och forskarens bias (Hylander, 2001). En kvalitativ studies trovärdighet baseras på dess tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet. Reliabilitet och trovärdighet bedöms efter hur noggrant analysen är beskriven. Överförbarheten kan stärkas genom ett varierat urval (Lundman och Hällgren Granheim, 2008).

URVAL

Fokusgrupperna består av totalt fyra läkare och nio barnmorskor som arbetar vid förlossningskliniker vid två sjukhus i södra Sverige. Ett av sjukhusen är beläget i en större stad och det andra sjukhuset i en mindre stad. Informanterna har mellan fem och 30 års erfarenhet av förlossningsvård. Skriftlig information har delats ut via kontaktpersoner på respektive förlossningsavdelning. De som var intresserade av att delta anmälde detta till kontakt-personen och tid bokades för fokusgruppsintervju. Efter att ha fått muntlig och skriftlig information om studien fick deltagarna därefter ge sitt skriftliga samtycke. Detta

resulterade i två fokusgrupper. Den ena fokusgruppen bestod av tre obstetiker, två manliga och en kvinnlig, samt fem kvinnliga barnmorskor (FG1). Den andra gruppen bestod av en kvinnlig obstetiker samt fyra kvinnliga barnmorskor (FG2).

DATAINSAMLING

Intervjuerna ägde rum på respektive kvinnoklinik i ett ostört rum. Två forskare inom forskningsprojektet OptiBIRTH medverkade vid intervjuerna, varav en var moderator och en var observatör. Fokusgruppsintervjuerna varade 75, respektive 90 minuter och baserades på fem frågor:

Vad tycker du är viktiga faktorer för VBAC?

Vilka är barriärerna för VBAC?

Vad är viktigt för dig som professionell?

Hur ser du på delat beslutsfattande (det vill säga ta beslut om kvinnors vård och dela besluten med andra)?

Hur kan du stödja kvinnor att känna sig trygga med VBAC (till exempel kvinnor med förlossningsrädsla)?

DATAANALYS

Arbetet med dataanalysen inleddes i enlighet med Elo och Kyngäs (2007) metod genom att det transkriberade materialet från de båda fokusgruppsintervjuerna lästes igenom i sin helhet för att få en känsla för materialet. Den öppna kodningen gjordes var för sig av författarna genom att stryka under meningsbärande enheter som svarade på respektive fråga i materialet samt skrivande av rubriker på dessa i marginalen. Meningsbärande enheter är satser i texten eller fraser som beskriver innehållet i intervjuerna (Elo och Kyngäs, 2007). För att lära känna materialet ytterligare lyssnades intervjuerna igenom i sin helhet.

Organisationsarbetet fortsatte därefter genom att författarna gemensamt sorterade in rubriker från respektive fråga genom att skriva ner den totala mängden på "white board" och gruppera in i subkategorier så kallad kondensering (Elo och Kyngäs, 2007). Subkategorierna grupperades efter likheter och skillnader i ämne. Subkategoriernas ämnen fick inte passa in under fler än en huvudkategori. Slutligen presenterades resultatet med huvudkategorier och subkategorier.

FORSKNINGSETISKA ASPEKTER

Vetenskapsrådets fyra etiska huvudkrav har varit ledande för studien, informationskravet, samtyckeskavet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 1990).

Informationskravet innebär att deltagarna i studien informeras om syftet med studien (Vetenskapsrådet, 1990). Detta krav uppfylldes genom att skriftlig information delades ut av kontakt personer på respektive förlossningsavdelning.

Samtyckeskavet innebär att deltagarna ska ge sitt medgivande till medverkande i studien (Vetenskapsrådet, 1990). I den ursprungliga studien uppfylldes detta krav genom att ett samtyckesformulär skrevs under vilket innehöll ovanstående försäkran samt ett samförstånd om att deltagaren när som helst kan avbryta sin medverkan i studien. Dock har inget nytt samtycke inhämtats för föreliggande studie. Deltagarna har inte givit sitt samtycke till att delta i föreliggande studie men då frågorna är exakt samma som vid den större studien anser vi att samtyckeskavet är uppnått.

Konfidentialitetskravet innebär att de som deltar i studien garanteras konfidentialitet och att materialet förvaras säkert. Detta krav har tillgodosetts genom att forskningsdeltagarna har tillförsäkrats sekretess skydd och att deras uppgifter kommer att skyddas enligt personuppgiftslagen. Resultatet i föreliggande studie redovisas utifrån redan avidentifierad data. Citat ur intervjuer kommer att väljas så att ingen individ eller yrkesgrupp kan kopplas samman med citatet.

Nyttjandekravet innebär att insamlat material inte får användas för kommersiellt bruk utan enbart i vetenskapligt syfte (Vetenskapsrådet, 1990). Detta krav uppfylls genom att föreliggande studie är en magisteruppsats av vetenskaplig karaktär.

Etisk prövning gjordes 121019 (Dnr:739-12). Tillstånd för att genomföra den ursprungliga studien har erhållits från verksamhetschef på de berörda kvinnoklinikerna.

Den ursprungliga forskningsstudien syftade inte till att påverka deltagarna fysiskt eller psykiskt. Men det finns en risk för att deltagarna kan känna sig utsatta i en grupp med kollegor/andra professioner. Nyttan av föreliggande studie är att det saknas tidigare forskning inom området i Sverige och den forskning som finns pekar på att de professionellas syn påverkar kvinnors önskan om förlossningssätt. Därmed bedöms nyttan med föreliggande studie överväga eventuella risker.

RESULTAT

Resultatet redovisas genom fyra huvudkategorier med nio underkategorier: Kvinnans upplevelse av förlossning med underkategorierna vikten av tidig uppföljning och genomgång av förlossning, minnen som påverkar och att våga. Grundläggande förhållningssätt till förlossning med underkategorierna verktyg för beslut och tid till kvinnan. De professionellas attityd och övertygelse med underkategorierna betydelsen av egen erfarenhet och teamwork. Vikten av evidensbaserad information med underkategorierna klarhet i bevisläget samt omgivningen påverkar.

KVINNANS UPPLEVELSE AV TIDIGARE FÖRLOSSNING

Barnmorskor och läkare anser att kvinnans upplevelse av sin förlossning vilken slutade i kejsarsnitt är av stor betydelse för vad hon har för inställning till att föda vaginalt vid följande graviditet.

VIKTEN AV TIDIG UPPFÖLJNING OCH GENOMGÅNG AV FÖRLOSSNINGEN

Att en kvinna själv vill föda vaginalt är en starkt främjande faktor för VBAC. Att kvinnan känner tillit och tilltro till sig själv, till sin partner och till sin barnmorska nämns som viktigt. För att möjliggöra tillit behöver hon få information om vad som hände vid den förra förlossningen, detta gärna så tidigt som möjligt, kanske redan på BB.

“Om vi nu har grund för vår positivitet så sälj in den direkt efter snittet”(FG1).

Informationens innehåll samt hur och när den ges uppfattar de professionella som viktigt. Kvinnan bör få gå igenom sin journal noggrant med den personal som var inblandad. Att informationen pekar på det positiva i den förlossning som var och att kvinnans kropp har gått igenom värkarbetet anses ge en god prognos för nästa förlossning. Samtalet ska dokumenteras i journalen och om så är fallet dokumentera att det inte finns hinder för vaginal förlossning i framtiden. Detta menar de professionella stärker kvinnans tro på att det går att föda vaginalt nästa gång.

“Jag tycker att förvånansvärt många har ganska dålig förståelse för vad som hände förra gången”(FG1).

MINNEN SOM PÅVERKAR

En tidigare traumatisk förlossningsupplevelse är en stor barriär för VBAC enligt de professionella. Denna upplevelse skapar hos kvinnan en låg tilltro till sig själv, sin förmåga att föda vaginalt och en tveksamhet inför nästa förlossning. En tveksamhet som också kan delas av partnern. En rädsla för att tidigare negativ upplevelse skall upprepas med känsla av övergivenhet, rädsla och att tappa kontrollen kan finnas. Om kejsarsnittet utförts på grund av att barnet var påverkat är kvinnan svårare att motivera till VBAC. Vidare framkommer att det är viktigt att som personal vara medveten om att en del kvinnor har en så traumatisk upplevelse att det inte finns en vinst i att övertyga dem, utan att istället acceptera kvinnans önskemål om kejsarsnitt på psykologisk grund. Detta grundar sig i personalens respekt för kvinnans autonomi.

“Man vet inte vad som är bäst för den individ som äger sin kropp” (FG1).

På samma sätt kan en allt för positiv upplevelse vara hindrande, att kejsarsnitt upplevs som ett lätt och smidigt sätt att föda barn på vilket gör kvinnan mer tveksam till att föda vaginalt. Partnerns övertygelse om att kejsarsnitt är det bästa spelar också en viktig roll. Å andra sidan finns det en grupp kvinnor som verkligen vill föda vaginalt och få revansch för den förra förlossningen, till exempel kvinnor som genomgått kejsarsnitt på grund av säte.

ATT VÅGA

Vid den kommande förlossningen framkommer det att det är viktigt att kvinnan får ett positivt möte med förlossningsbarnmorskan. Att kvinnan får stöd och förståelse för att det kan kännas jobbigt, speciellt för att kunna ta sig över den tröskel där det hakade upp sig vid förra förlossningen. Det är viktigt att hon blir bekräftad, peppad och att partnern engageras. Att förlossningspersonalen följer den vårdplan som lagts upp och skrivits ner i förlossningsbrev eller kontrakt är betydelsefullt. Att tillmötesgå och uppfylla kvinnans krav på till exempel tidig EDA kan göra att kvinnan vågar föda vaginalt.

“Och då vågar de när de förstår att de är garanterade att det inte blir som sist” (FG2”).

Det är viktigt att kvinnan inför förlossningen känner att personalen lyssnar på henne, är generös med hon får komma på undersökning och att personalen är nåbar på telefon under

graviditeten gör kvinnan trygg. Dessutom är det viktigt att kvinnan har en positiv partner som tror på vaginal förlossning vilket gör att alla strävar mot samma mål och stöttar kvinnan.

De professionella upplever att det finns ett stort kontrollbehov hos dagens kvinnor. Livet skall ske enligt klockan, förlossningen får inte göra ont och rädsla för att tappa kontrollen bedöms ha stor betydelse för upplevelsen av förlossningen. Men på frågan om kejsarsnittsfrekvensen skulle öka om kvinnorna hade beslutanderätt svarar en professionell:

“Något, men inte jätte mycket, för jag tycker att ganska många tänker sunt”(FG2).

GRUNDLÄGGANDE FÖRHÅLLNINGSSÄTT TILL FÖRLOSSNING

VERKTYG FÖR BESLUT

De professionella anser att VBAC främjas genom att förlossningsvården i Sverige har en grundinställning som är positiv till vaginal förlossning. Det är viktigt att hålla det naturliga naturligt och aldrig glömma det normala med att vara gravid och föda barn. Denna policy inom förlossningsvården visar sig i gemensam strategi och handläggning hos de professionella.

“Vi har en del incitament att hålla det naturliga naturligt mera utan att krångla till det ”(FG1).

En främjande faktor för VBAC när kvinnan önskar kejsarsnitt är en modell med så kallad sectiokonferens. På regelbunden basis förs där gemensamma diskussioner om kejsarsnitt utifrån remisser från mödravården. Sectiokonferens fungerar endast i kombination med Aurora verksamhet. Det framkommer vid flera tillfällen att Aurora kanske kommer in för sent i graviditeten. Verksamheten haltar dock då man måste reducera kapaciteten under sommaren.

“Jag tror att mycket är vunnet om man kan tala med dem (kvinnorna) redan innan de går hem från BB”(FG2).

Det framkommer även att mödravården har en möjlighet att stödja kvinnor inför kommande förlossning men att det bästa hade varit att omhänderta eventuell förlossningsrädsla direkt efter kejsarsnittet.

“Detta ska vara avklarat innan de kommer till förlossningen (vid nästa graviditet)” (FG1).

TID TILL KVINNAN

En allt mer slimmad organisation kan verka hindrande för VBAC. Det saknas tid för reflektion och de professionella uttrycker att de behöver mer tid för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Det kan uttryckas som att känna sig som *“stressade svettiga troll” (FG1)*. Det påtalas att det är en stor barriär om barnmorskan känner att det inte finns tid att ge stöd till kvinnan under förlossningen.

“Då har man ingen optimal situation för någon patient och det här kanske är en speciellt känslig grupp för det” (FG1).

De professionella uttrycker att verksamheten har skurits ner succesivt och att det är allt svårare för kvinnan att få prata med den läkare som utfört det första kejsarsnittet. Det påpekas också att handläggningen har ändrats från att alla fick träffa *“sin”* doktor till en numera så gott som obefintlig uppföljning. Detta gör att kvinnan inte har möjlighet att prata igenom kejsarsnittet, vilket verkar hindrande för VBAC.

“Det är inte rimligt att inte kunna stödja patienter under en normal förlossning för att man lägger ner en massa pengar på onödiga operationer, det är inte rimligt” (FG1).

DE PROFESSIONELLAS ATTITYD OCH ÖVERTYGELSE

BETYDELSEN AV EGEN ERFARENHET

Erfarenheten av att förlösa någon som tidigare varit kejsarsnittad påverkar hur de professionella tar sig an kvinnan. I intervjuerna framkommer att om personalen har en grundmurad tro och övertygelse att kvinnan kan föda vaginalt då främjas VBAC.

“Vi tittar på partogram och ser hur fint det går och vi matas med det (VBAC) hela tiden så vi känner oss inte som att vi döljer en oro för att hon är snittad” (FG2).

Med positiva erfarenheter av VBAC kan barnmorskan utstråla trygghet vilket förmedlas till kvinnan. Det är viktigt med erfarna kollegor som kan ge stöd. Sektionsledare på

förlossningen påpekas vara en funktion som skapar trygghet för barnmorskorna i stödjandet av kvinnan vid VBAC.

Negativa erfarenheter hos de professionella av VBAC är en hindrande faktor. Det beskrivs som en oro som hela tiden finns i bakhuvudet och en vaksamhet på förlossningsavdelningen: "en känsla i barnmorskekollektivet". En sorts avsaknad av tilltro till att kvinnan kan föda vaginalt. Detta avspeglar sig till exempel i en alltför försiktig användning av syntocinondropp, eller att man från början inte peppar kvinnan på samma sätt som andra kvinnor. Detta sänder också hindrande signaler till kvinnan:

"(Man är) för försiktig, för rädd så att man faktiskt inte ger dem förutsättningar" (FG1).

Erfarenhet påtalas också vara viktigt för läkaren, senioritet ger tyngd bakom argument. Att inte vara påläst eller vag i mötet med kvinnan uppfattas ha en hindrande effekt på VBAC. De professionellas personliga åsikter om VBAC spelar en roll. Att tro att det är möjligt och att utstråla säkerhet samt pondus i vårdrelationen till kvinnan är gynnsamt för VBAC. Om den som informerar kvinnan anser det behändigt med ett kejsarsnitt eller själv är övertygad om att kejsarsnitt är det bästa då kan det vara svårare att motivera kvinnan till VBAC. Detta genom att den professionella lägger in egna värderingar i informationen som ges till kvinnan. Denna typ av kultur anses svår att komma åt.

"Men vi vet att vår egen personlighet och vår egen inställning och de signaler vi sänder till kvinnan är jätteviktiga" (FG1).

"Jag är lite sugen på att vara positiv (till VBAC) tills motsatsen är bevisad" (FG1).

TEAMWORK

Samarbete mellan personalen beskrivs som en främjande faktor. Att barnmorskor och läkare är ett team som jobbar tvärprofessionellt. Dessutom att personalen talar med varandra i god ton, att de hjälps åt, arbetar åt samma mål och verkar för en god stämning. Det framhålls att det är av vikt att inte vara oense inför patienten. De professionella ansåg att förlossningsklinikkens storlek kan ha betydelse för samarbetet. Möjligen gynnas samarbete av att vara en liten klinik.

"Om vi ska kunna kommunicera med varandra i svåra och stressade situationer så måste vi prata och kommunicera när allt är normalt" (FG1).

Vikten av professionalitet påtalas. Det är viktigt att veta vad som ingår i sin profession. Att veta när man ska be om hjälp skapar trygghet. Kunskap kring riskfaktorer och att kunna identifiera dessa är också viktigt för att inte känna tvivel i sin yrkesutövning. Att bryta ner barriärer och prestige framhålls som främjande faktorer. Att hitta sig själv och få självkänedom framhålls som viktigt för att känna sig säker i sin yrkesroll.

Kommunikation i svåra situationer underlättas om personalen kan kommunicera när allt är normalt. Att veta vad man ska göra när komplikationer inträffar är viktigt. Simulator träning föreslås.

”Man undrar ändå om det inte är ett instrument som vi har underskattat litegrann och utbildat oss i, hur man hanterar stressiga situationer” (FG1).

VIKTEN AV EVIDENSBASERAD INFORMATION

KLARHET I BEVISLÄGET

Tydlig evidensbaserad information om VBAC är något som framhålls som en avgörande faktor. Kunskap om aktuell forskning ger tyngd bakom argument när en kvinna guidas mot VBAC. I intervjuerna framkommer att de professionella upplever att det finns en osäkerhet kring evidensen i information och forskning på vad som egentligen är bäst för kvinnan när det gäller VBAC.

“Jag skulle bli väldigt besviken på mig själv om jag har fört fram en ide under större delen av mitt obstetriska liv som faktiskt inte stämmer” (FG1).

“på något sätt så kan man överföra sin egen inställning till det här och i brist på evidens så kan man vilseleda dem åt vilket håll som helst” (FG1).

Kunskap om riskfaktorer är också viktigt samt kunskap om indikationen för det första snittet. Kvinnan har rätt till en objektiv bedömning men att inte bli lämnad med beslutet, utan de professionella anser att den som har professionell kunskap om ämnet är bäst lämpad att ta ett bra beslut angående förlossningssätt. Ett delat beslut skulle skapa oro hos kvinnorna.

De professionella efterfrågar rätt och sanningsenlig information om fördelarna med vaginal förlossning att ge till kvinnan, något som anses främja VBAC. En av deltagarna framhåller att

det är skillnad om upprepat kejsarsnitt och VBAC framställs och jämförs som två likvärdiga behandlingar. Kvinnor bör få information om att kejsarsnitt är behäftat med risker och är ett stort ingrepp.

“Kvinnor kan prata om kejsarsnitt på något sätt som att det inte är en bukoperation” (FG1).

Tydlig information till kvinnan om de medicinska fördelarna både kortsiktigt och långsiktigt för barnet vid vaginal förlossning är särskilt viktigt och främjande för VBAC.

“Sen är det ju så att barnen mår bättre av att födas normalt” (FG2).

OMGIVNINGEN PÅVERKAR

De professionella anser att det är svårt att ge en positiv bild av vaginal förlossning när den motverkas av information som finns på internet till exempel Familjeliv samt personliga förlossningshistorier.

“Ett forum där de kan prata med varandra och skrämman ihjäl varandra. Också att man får höra historier som är sanna men också helt osorterade” (FG1).

De professionella befarade att om kvinnan själv fick bestämma om ett kejsarsnitt skulle hon grunda sitt beslut på negativa föreställningar om smärta vid förlossning. Risken att bli förstörd i underlivet är skrämmande för kvinnor, helst ska det inte synas att kvinnan har fått barn.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Materialet från fokusgruppsintervjuerna var omfattande och innehållsrikt. Innehållsanalys lämpar sig särskilt väl när man hanterar stora volymer material och metoden anses känslig för att beskriva fenomen inom vårdforskning så som i vårt fall VBAC. Därför föll valet på Elo och Kyngäs (2007) modell av innehållsanalys. En kvantitativ metod hade inte kunnat ge samma erfarenheter.

Den gemensamma analysprocessen med att sammanföra subkategorier gjorde att vi stannade vid fyra huvudkategorier. Vid försök att ytterligare föra samman dessa huvudkategorier mot teman gjorde hela tiden att något föll utanför. Därför valde vi att stanna vid fyra huvudkategorier.

Trovärdigheten (Lundman och Hällgren Granheim, 2008) av denna studie måste bedömas utifrån det faktum att ursprungsfrågorna är en del av ett större europeiskt forskningsprojekt där det ursprungliga syftet var att hitta *viktiga faktorer för att öka VBAC*. Hade vi fått ett annat resultat ur materialet om vi hade fått ställa egna frågor mer specificerade på vår frågeställning. Kan det finnas mer hindrande faktorer som inte tas upp i materialet när den ökande siffran av VBAC varit för ögonen? Hade andra följdfrågor ställts? Det är också möjligt att andra noteringar gjorts om författarna till föreliggande studie hade suttit i rummet och observerat interaktionen och dynamiken i gruppen. Genom att lyssna igenom intervjuerna i sin helhet har detta problem försökts att minimeras. För att få en nyanserad bild av begreppet VBAC har vi valt att undersöka både främjande och hindrande faktorer ur de professionellas perspektiv då det är detta vi kommer att mötas av som yrkesverksamma barnmorskor.

När det gäller materialet till bakgrunden har det varit svårt att hitta svensk forskning inom området vilket resulterat i att bakgrunden även grundar sig på anglosaxisk forskning. En tänkbar orsak till att det saknas svensk forskning kan vara att kvinnor i Sverige inte har rätt att själva besluta om kejsarsnitt (SFS 1982:763). VBAC är inte heller ett vedertaget begrepp i Sverige. Överförbarheten av resultaten (Lundman och Hällgren Granheim, 2008) måste relateras till att studien uppehåller sig i den svenska kontexten. Viss överförbarhet av

resultatet är möjligt i Sverige då lagstiftningen är identisk i hela landet, dock finns det regionala skillnader och modeller för sättet att arbeta.

RESULTATDISKUSSION

I analysen av barnmorskor och läkares syn på hindrande och främjande faktorer för VBAC framkommer fyra huvudkategorier: *Kvinnans upplevelse av förlossning, grundläggande förhållningssätt till förlossning, de professionellas attityd och övertygelse samt vikten av evidensbaserad information.*

Resultatet visar att enligt de professionella är kvinnans upplevelse av sin första förlossning en avgörande faktor för hur hon önskar föda nästa gång och är därmed en betydelsefull faktor för VBAC. Liknande resultat finns beskrivet av Karlström et al. (2011) som har funnit att en negativ förlossningsupplevelse kan innebära att kvinnan föredrar ett kejsarsnitt vid efterföljande förlossning.

Oro och rädsla inför nästa graviditet kanske är en produkt av de nedskärningar som de professionella beskriver med minskad bemanning men framförallt minskad möjlighet att kunna ge stöd till kvinnorna inför, under förlossningen och efter förlossningen. Det påtalas även att det redan på mödrahälsovården saknas resurser att möta kvinnans rädslor på ett tidigt stadium då en reform i mödrahälsovården medförde minskade antal barnmorskebesök och läkarbesök i basprogrammet (SoS rapport 1996:7). Clarkson et al. (2005) pekar också på vikten av tidig uppföljning efter kejsarsnitt för att undvika att kvinnan själv drar felaktiga slutsatser kring förlossningen och genom att vänta med att diskutera nästkommande förlossning ges kvinnan för lite tid att förbereda sig.

Resultatet pekar på att Aurorasamtal kanske kommer in för sent i graviditeten, när kvinnan redan är fylld av uppbyggande minnen från en tidigare negativ förlossningsupplevelse i stället för att detta hade bearbetats i anslutning till den första förlossningen. Kan Aurora vara ett sätt att stötta upp när uppföljningen av traumatiska förlossningsupplevelser brister? I resultatet framkommer att det inte räcker med Aurora för att främja VBAC. Resurser måste till tidigt efter det första kejsarsnittet, så att minnen inte lämnas obearbetade med risk att fördjupas fram till nästa graviditet. Liknande resonemang för även Ryding et al. (2003) som påtalar bättre uppföljning direkt efter förlossning.

Upplevelsen av förlossningen är något som de professionella kan påverka. I studien av Störksen et al. (2013) framkommer att förlossningsupplevelsen är högst personlig för kvinnan

och inte alltid kopplad till det obstetriska förloppet. Genom ett samtal där positiva element under den första förlossningen lyfts fram och förklaras kan kanske de professionella förändra en potentiellt negativ förlossningsbild för kvinnan. Resultatet i vår studie framför också en viktig aspekt att samtalet helst ska genomföras av de som var inblandade i förlossningen och noteras noggrant i kvinnans journal. Om kvinnan omedelbart efter första förlossningen får höra att om det inte finns några medicinska hinder så är utsikterna goda för en vaginal förlossning nästa gång enligt de professionella. Detta gör att hon bär med sig en tro på sin kropps möjlighet att föda vaginalt inför nästa graviditet.

En tidigare traumatisk förlossningsupplevelse är en stor barriär för VBAC enligt informanterna. Detta är en viktig aspekt som framkommer i resultatet då det skapar en kvinna med låg tilltro till sig själv. Kan det finnas mer långtgående effekter av förlossningsupplevelsen hos kvinnan än vad vi faktiskt idag vet? Att föda vaginalt efter tidigare kejsarsnitt beskrivs av kvinnor i en studie som empowerment och som viktigt ur ett livsperspektiv (Lundgren et al., 2012). Vidare visar en studie av Simkin (1991) att så lång tid som 15-20 år efter förlossningen är förlossningsupplevelse fortfarande levande och tydlig, full av minnen och känslor och fortfarande av betydelse för kvinnans känsla av tillfredsställelse. Det diskuteras i intervjuerna om när det bör vara lämpligt att acceptera ett nytt kejsarsnitt och att det inte alltid är en vinst för kvinnan att bli förlöst vaginalt. Alltså VBAC till vilket pris? Det påpekas att det är viktigt att ha kvinnan och hennes autonomi i fokus trots att kvinnan i Sverige inte har sista ordet. Att även då kvinnan inte har beslutanderätt får vara delaktig i beslutet. Detta ger en känsla av kontroll vilket skulle kunna göra att kvinnan vågar VBAC. Det här synsättet verifieras av Bergs modell där en värdighetsbevarande vårdrelation innebär att kvinnans delaktighet är en central del i vårdandet av kvinnor med riskfaktorer (Berg, 2010).

Det är en intressant diskussion om rätten till kvinnans autonomi men den är än så länge inte relevant då vi i Sverige har en lagstiftning där det avgörande beslutet ligger hos läkaren (SFS 1982:763).

Vidare bör det hållas i minnet att det inte är en oväsentlig del kvinnor som har genomgått kejsarsnitt vid första förlossningen av olika orsaker men som hade önskat föda vaginalt och ser fram emot att vid nästa graviditet få stöd i att kunna genomföra detta. Här är det viktigt för de professionella att ha förutsättningarna att ge tid och stöd fram för allt under den episoden då det "hakade upp sig förra gången". Det finns evidens för att kontinuerligt stöd under förlossning ger bättre tillfredsställelse med vården och mer normala förlossningar (Hodnett, Gates, Hofmeyer och Sakala, 2013). Möjligheten att ge tid och stöd handlar om resurser som påpekas av en informant i intervjuerna " det är inte rimligt att inte kunna stödja patienter

under en normal förlossning för att man lägger ner en massa pengar på onödiga operationer.”

I resultatet framkommer att VBAC främjas i Sverige genom en positiv grundinställning till vaginal förlossning hos både barnmorskor och läkare. En grundtanke är att hålla förlossningsvården så nära det naturliga som möjligt. Detta innebär att diskussionen om förlossningssätt kommer först på tal när kvinnan begär kejsarsnitt. Tills dess förutsätts det att kvinnan kommer att genomföra en vaginal förlossning. Dessutom har läkaren som tidigare nämnts det sista ordet i Sverige och skulle kanske därmed kunna vara en förklaring till de låga kejsarsnittets respektive höga VBAC siffrorna i Sverige (Euro-Peristat, 2010). Denna grundinställning tycker vi är viktig att värna om då forskning pekar på att multipla kejsarsnitt har negativa hälsoeffekter bland annat för kvinnans framtida fertilitet och barnets anknytning (Andolf, 2008; Miesnik och Reale, 2007).

I internationell jämförelse så blir frågan om VBAC nära kopplad till hur respektive lands vårdorganisation är uppbyggd. Samt att förlossningsvården internationellt består av en hel del privata praktiker och är styrd av försäkringsbolag på ett helt annat sätt än i Sverige (Niino, 2012). Detta innebär att den personliga åsiktens effekt elimineras eller i varje fall minskas genom att i Sverige tjänar inte barnmorskor eller läkare personligen på att kvinnor blir förlösta med kejsarsnitt utan kan "luta" sig emot det generella förhållnings sättet. Dessutom är de professionella i Sverige styrda av ekonomiska incitament. Kan detta vara anledning till att sectiokonferens har utvecklats som en modell att minska kejsarsnitten, att främja VBAC och faktiskt hålla sig inom budget på förlossningsklinikerna enligt intervjuerna?

Lite oväntat pekar materialet på att trots att vi i Sverige har valt att framhålla VBAC som det bästa för kvinnan, hennes barn samt även sett ur ett sjukvårdsekonomiskt perspektiv påtalas av informanterna att resurserna till att kunna ge ett fullgott och adekvat stöd till kvinnan under förlossningen verkar saknas. Brist på bemanning, tid till stöd, tid till reflektion och bristande uppföljning post partum menar barnmorskorna och läkarna verkar hindrande för VBAC. Detta bekräftas även i en studie av Ryding et al. (2003) där de gravida kvinnorna under förlossningen efterfrågade mer tid och stöd av personalen.

Det framkommer i resultatet att vissheten hos läkare och barnmorskor genom lång erfarenhet av att kvinnor kan föda vaginalt efter kejsarsnitt är främjande för VBAC. Genom att se att det går bra så kommer övertygelsen hos de professionella att det är bra för kvinnan. Denna visshet ger tyngd bakom argument för att övertyga kvinnan om att våga VBAC. Detta verkar också göra att barnmorskan vågar stödja och peppa kvinnan under förlossningen på ett framgångsrikt sätt. Den övriga personalgruppen och framförallt funktionen som sektionsledare verkar vara av stor betydelse för att vidmakthålla detta och

ger också erfarna barnmorskor samt de barnmorskor med negativa erfarenheter av VBAC kraft att stödja kvinnan. Vilket stämmer väl överens med Bergs teori (2010) där förkroppsligad kunskap hos barnmorskan är en viktig del. Genom att reflektiv kunskap gör det möjligt att tillsammans med kollegor kunna reflektera och ge och få vägledning i olika situationer vilket ger yrkestrygghet. När riskerna hos kvinnan ökar påpekar Berg även att det är av vikt att arbeta tvärprofessionellt samt att visa ömsesidig respekt (Berg, 2010).

House (1981) beskriver att genom ett tvärprofessionellt samarbete på arbetsplatsen uppnås flera positiva effekter för personalen som till exempel minskad arbetsstress och ökad hälsa, vilket i sin tur avspeglar sig i vården kring kvinnan. Just samarbetet tvärprofessionellt återkommer i resultatet som en viktig faktor för VBAC. Att där finns potential att utveckla och bli bättre på att kommunicera och fungera optimalt i stressiga situationer, att arbeta prestigelöst, samarbeta bättre med mödrahälsovården och motverka en "vi och dem" kultur mellan förlossningsvården och mödravården och därmed visa en enad front inför kvinnan. Att så att säga tala "samma språk" i omhändertagandet. Detta förutsätter dock att informationen som ges till kvinnan inför VBAC och under förlossningen är glasklar för alla inblandade runt kvinnan. Det påtalas i intervjuerna att så kanske inte alltid är fallet. Det råder en viss tveksamhet kring kunskapsläget om VBAC och att de professionella känner att det saknas evidensbaserad information om att VBAC är det bästa för kvinnan. Forskning kring VBAC är inte entydig, dock rekommenderas VBAC som ett säkert och rimligt alternativ i de flesta fall (Guise et al., 2010 & ACOG, 2014). Ordet rimligt för personalen kan framstå som att det ligger en tvekan i, vilket skapar osäkerhet. Vidare påtalar forskningen att de resultat som framkommer kanske inte spelar någon direkt roll för individen men om man för upp det på en populationsnivå ses effekterna (ACOG, 2014; Dodd et al., 2013).

ACOG (2014) lägger också fram vissa förbehåll för VBAC vilket kanske inte har så stor påverkan i Sverige där den stora majoriteten faktiskt föder på sjukhus med möjlighet till att konvertera till ett kejsarsnitt. Men på en global nivå blir förlossningssättet mer avgörande för utgången och resultatet, en välmående mor och ett välmående barn. Guise et al. (2010) påpekar att de studier som har starkast bevisvärde är utförda i i-länder med en helt annan sjukvårdsberedskap och att se på ordet rimligt ur det perspektivet är intressant med tanke på WHO's millenniemål nummer fem vilket är "Förbättra mödrahälsan". Vad är rimligt att rekommendera ur ett globalt perspektiv?

En barriär för VBAC som de professionella påpekar är svårigheten att nå ut med positiva förbilder så att de inte drunknar bland osorterad information på nätet. Kanske har denna kraft underskattats. Idag förekommer det att par kommer till förlossningen och meddelar att man

använt sig av en app³ för förlossningsförberedelse i stället för att gå på mödravårdens föräldragrupp. Appar kanske är bra, men ger ingen möjlighet till interaktion och följdfrågor och informationen kan därför ha en negativ påverkan på kvinnan och hennes tillit till att hennes kropps förmåga vid vaginal förlossning. Strömningar i samhället spelar också roll där det sista tiden varit mycket uppmärksamhet kring till exempel bristningar och dess effekter på sexuallivet. Positiva förebilder och att uppmärksamma positiva effekter av vaginal förlossning överhuvudtaget kanske är vad som behövs för att förändra bilden av kejsarsnitt som något eftersträvansvärt? Men att dela med sig av dessa upplevelser till andra kvinnor kan kännas kluvet enligt Lundgren (2010) då det finns en rädsla att den egna upplevelsen framhålls som en prestation gentemot andra kvinnor som haft sämre förlossningsupplevelser, men samtidigt är det också sorgligt att inte kunna dela med sig av den positiva delen i förlossningen (Lundgren, 2010).

Kanske kan man likt UNICEF som använder kända människor som ambassadörer för att sprida sitt budskap om människors rättigheter få kända kvinnor att kliva fram och berätta om goda förlossningsupplevelser. Kanske skulle detta göra att själva företeelsen förlossning inte ses som något okänt och skrämmande. Detta är också en idé som framförs av Catling-Pull, Johnston, Ryan, Foureur, och Homer (2011) där lokala opinionsbildare visade sig vara en kraft som kan påverka hur förlossningsvården utformas. Även Clarkson et al. (2005) har likande resultat som visar att kvinnor lägger större vikt vid anhöriga och vänners upplevelser av förlossning än det som professionella säger.

Det framkommer i resultatet att de professionella upplever att dagens kvinnors kunskap om sig själva är bristfällig. En tanke är då att barnmorskans roll kanske är som störst genom möten redan tidigt i en ung kvinnas liv, till exempel på ungdomsmottagningar. Här kan då barnmorskan förklara hur kvinnans kropp faktiskt fungerar och att den är gjord för att bära och föda ett barn. Socialstyrelsen (2011) visar att bland förstföderskor ökar andelen kejsarsnitt. Genom att utbilda unga kvinnor skulle man kanske kunna hindra det första kejsarsnittet. Detta kanske inte skulle ha så mycket effekt på VBAC men genom kunskap om kroppens kapacitet kanske önskan om kejsarsnitt omvärderas. Då kan vaginal förlossning bli ett acceptabelt alternativ för en del kvinnor (Socialstyrelsen 2011).

³ Till exempel Babygruppens föräldrautbildning FUB-Online www.babygruppenonline.se och Gravid-appen för iPhone och Android från Babygruppen, samt Babydax-app, Babycenter-app, Pregnancy Free-app, Babybump-app med flera. En del gratis andra mot avgift.

SLUTSATS

Barnmorskor och läkare anser att mer tid till stöd under och omedelbart efter den första förlossningen främjar VBAC. Minskade resurser anses hindrande för VBAC genom att stöd och uppföljning försvåras och uteblir.

Förbättrad samverkan mellan mödravård och förlossningsvård samt mellan de olika professionerna anses främja VBAC. Barnmorskor och läkare framför att en gemensam policy för alla inblandade i vården av kvinnan är främjande för VBAC.

Barnmorskor och läkare menar att en hindrande faktor för VBAC kan vara personligt sinnad information som kvinnan får från de professionella i rådgivande samtal. Evidensbaserad information efterfrågas av barnmorskor och läkare och anses främjande för VBAC.

REFERENSER

- ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 115: vaginal birth after previous cesarean delivery. (2010). *Obstetrics & Gynecology*, 116(2 Pt 1), 450-463.
- ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. (2014). *Obstetrics & Gynecology*, 123(3), 693-711.
- Andersson, R.M., & Funell, M.M. (2005). Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counselling*. (57), 153-157.
- Andolf, E. (2008). Kejsarsnitt. I: H. Hagberg., K. Marsál., & M Westgren (red.) *Obstetrik* (s 585-603). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M. (2005). A midwifery model of care for childbearing women at high risk: Genuine caring in caring for the genuine. *Journal of Perinatal Education*, 14(1), 9-21.
- Berg, M. (2010) Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I: M. Berg., I. Lundgren (red.) *Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande* (s. 145-168). Lund: Studentlitteratur.
- Carlander Klint, A-K., Edman, G., Christensson, K., Andolf, E., & Wiklund, I.(2010). Contact between mother child and partner attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1(1), 27-34.
- Catling-Pull, 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*, 67(8), 1662-1677.
- Clarkson, C., Chippington Derrick, D., & Lowdon, G. (2005). NCT evidence based briefing vaginal birth after caesarean -part 3.*New Digest*, 10, 21-24.
- Danerek, M., Maršál, K., Cuttini, M., Lingman, G., Nilstun, T., & Dykes, A. (2011). Attitudes of midwives in Sweden toward a woman's refusal of an emergency cesarean section or a cesarean section on request. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 38(1), 71-79.
- Dodd, J., Crowther, C., Huertas, E., Guise, J., & Horey, D. (2013). Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (12), CD004224.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.

EURO-PERISTAT. (2008). *European Perinatal Health Report (2010)*. Hämtat 2014-06-01, från <http://www.europeristat.com/n>

EURO-PERISTAT. (2010). *European Perinatal Health Report (2013)*. Hämtat 2014-07-01, från <http://www.europeristat.com/n>

Goldstick, O., Weissman, A., & Drugan, A. (2003). The circadian rhythm of "urgent" operative deliveries. *The Israel Medical Association journal*, 5(8), 564 -566.

Guise, J-M., Denman, M.A., Emeis, C. Marshall, N., Walker, M., Fu, R., Janik, R., Nygren, P., Eden, K.B., & McDonagh, M. (2010). Vaginal birth after cesarean. *Obstetrics & Gynecology*, 115 (6), 1267-1278.

Gyhagen, M., Bullarbo, M., Nielsen, T.F., & Milsom, I. (2013). A comparison of the long-term consequences of vaginal delivery versus caesarean section on the prevalence, severity and bothersomeness of urinary incontinence subtypes: a national cohort study in primiparous women. *BJOG: An International Journal of Obstetric & Gynaecology*, 120(12) 1548-1555.

Habiba, M., Kaminski, M., Da Frè, M., Marsal, K., Bleker, O., Librero, J., & Cuttini, M. (2006). Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 113(6), 647-656.

Hellgren, M., Bremme, K., & Lindqvist, P. (2008). Blödning i sen graviditet. I: H. Hagberg., K. Marsál., & M Westgren (red.) *Obstetrik* (s 353-359). Lund: Studentlitteratur.

Hermansson, E., & Mårtensson, L. (2010). Empowerment in the midwifery context- a concept analysis. *Midwifery*, 27, 811-816.

Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, I., & Waldenström, U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109 (6), 618-23.

Hildingsson, I., Westlund, K., & Wiklund, I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare* 4 (3), 87-91

Hodnett, E., Gates, S., Hoffmeyer, G., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*.(15) CD003766

House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading: Addison-Wesley Publishing Company.

Hylander, I. (2001). *Fokusgrupper som kvalitativ datainsamlingsmetod*. (FOG-RAPPORT NUMMER 42). Linköping: Linköping University. Department of Education and Psychology

International Confederation of Midwives. (2011). *ICM International Definition of the Midwife*. Hämtad 2014-08-20 från <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf>

Josefsson, A., Gunnervik, C., Sydsjö, A., & Sydsjö, G. (2011). A Comparison between Swedish midwives and obstetricians & gynecologists opinions on cesarean section. *Maternal Child Health Journal*, 15, 555-560.

Karlström, A., Nyström, A., Johansson, M., & Hildingsson, I.(2011). Behind the myth- few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*, 27(5), 620-627.

Leap, N. (2010). The less we do the more we give. I: M.J. Kirkham (ed.) *The midwife-mother relationship* (s. 17-36). Basingstoke: Palgrave MacMillan.

Lundgren, I. (2010) Vård vid normalt barnafödande. I: M. Berg., I. Lundgren (red.) *Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande* (s. 117-143). Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, I., Begley, C., Gross, M.M., & Bondas, T. (2012). 'Groping through the fog': a metasynthesis of women's experiences on VBAC (Vaginal birth after Caesarian section). *BMC Pregnancy & Childbirth*, 12:85. Hämtad 2014-08-18 från <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/85>.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

McKenna, J.A., & Symon, A.G. (2014). Water VBAC: Exploring a new frontier for women's autonomy. *Midwifery*, 30, 20-25.

Miesnik, S., & Reale, B. (2007). A review of issues surrounding medically elective cesarean delivery. *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(6), 605-615.

Monari, F., Di Mario, S., Facchinetti, F., & Basevi, V. (2008). Obstetricians' and midwives' attitudes toward cesarean section. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 35(2), 129-135.

NIH- National Health Consensus and State-of-the-Science statements. (2010). Vaginal birth after cesarean: New insights. *Obstetrics & Gynecology*, 115 (6) 1279-1295.

Niino, Y. (2011). The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *Biosci Trends*. 5 (4),139-150.

Nilsson, C., & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), 1-9.

Nyberg, K., Lindberg, I., & Öhrling, K. (2010). Midwives' experience of encountering women with posttraumatic stress symptoms after childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1 (2), 55-60.

OECD- Organisation for Economic Co-Operation and Development.(2011).*Health at a glance 2011 OECD Indicators*. Hämtad 2014-08-18, från www.oecd.org/gls/health-systems/49105858.pdf

RCOG- Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Green-top Guideline No 45.(2007). *Birth after caesarean birth*. Hämtad 2014-08-18, från www.rcog.org.uk/guidelines

Ryding, E.L., Persson, Å., Onell, C., & Kvist, L. (2003). An evaluation of midwife's counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 82, 10-17.

SFOG Svensk förening för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupp för perinatologi.(2010). *Kejsarsnitt rapport nr 65*. Stockholm: SFOG

Salomonsson, B., Alehagen, S., & Wijma, K. (2011). Swedish midwives' views on severe fear of childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(4),153-159.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Simkin, P. (1991). Just Another Day in a Woman's Life? Womens long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *BIRTH* 18(4), 203-210

Socialstyrelsen. (2011) *Indikationer för kejsarsnitt på moderns önskan*. Rapport (2011: 09). Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (1996). *SoS-rapport 1996:7 Hälsovård före, under och efter graviditet*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Størksen, H.T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 92 (3),318-324.

Sydsjö, G., Angerbjörn, L., Palmquist, S., Bladh, M., Sydsjö, A., & Josefsson, A. (2013). Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*. 92(2), 210-214.

WHO - World Health Organization. (2010). *Caesarean without medical indication increases risk of short-term adverse outcomes for mothers: Policy brief*

WHO - World Health Organization. (2014). *Maternal, newborn, child and adolescent health*. Hämtad 201-09-15 www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/skilled_birth/en/

Vetenskapsrådet. (1990). *Forskningsetiska principer – Codex*. Hämtad 2014-08-20 från www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf

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

Wiklund, I., Andolf, E., Lilja, H., & Hildingsson, I. (2012). Indications for cesarean section on maternal request – Guidelines for counseling and treatment. *Sexual and Reproductive Healthcare* 3, 99-106.

BILAGA 1: ”OPTIBIRTH - ERFARENHETER AV VAD SOM FRÄMJAR VAGINAL FÖRLOSSNING EFTER KEJSARSNITT”



OptiBIRTH

OptiBIRTH - ett EU-forskningsprojekt med syfte att öka andelen vaginala förlossningar för kvinnor som tidigare är förlösta med kejsarsnitt

Information för forskningspersoner om forskningsstudie:

”OptiBIRTH - Erfarenheter av vad som främjar vaginal förlossning efter kejsarsnitt”

2012-10-17

Andelen kvinnor som föder vaginalt efter tidigare kejsarsnitt (VBAC) varierar internationellt. Sverige, Finland och Nederländerna tillhör länder med en hög andel, 45-55 % i jämförelse med 29-36 % i Tyskland, Irland och Italien.

Syftet med EU-projektet OptiBIRTH är därför att undersöka faktorer som främjar vaginal förlossning samt utveckla en intervention som har kvinnan i fokus. I en första delstudie kommer kvinnor och deras partners samt läkare och barnmorskor att intervjuas i länder med låg respektive hög andel VBAC.

Denna studie vänder sig till läkare och barnmorskor. Via en fokusgrupp kommer ni att få beskriva vad som för er är viktigt för att främja vaginal förlossning för kvinnor som tidigare är förlösta med kejsarsnitt.

Du tillfrågas härmed om Du vill delta i denna studie och i en fokusgruppsintervju berätta om vad som enligt Dig främjar vaginal förlossning efter tidigare kejsarsnitt

Ditt deltagande innebär följande:

- Du kommer att delta i en fokusgruppsintervju tillsammans med 6-8 läkare och barnmorskor på plats som senare meddelas.
- Du kommer att få lämna ett skriftligt samtycke till deltagande i studien. Intervjun, som utförs av Christina Nilsson, och Ingela Lundgren kommer att ta cirka en till två timmar och spelas in.

Det är frivilligt att delta i studien och du kan när du vill under studiens gång välja att utan förklaring avbryta ditt deltagande. Det utgår ingen särskild ersättning för deltagande i studien.

Intervjumaterialet kommer att lagras i ett låst skåp på Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Dina uppgifter och dina svar hanteras enligt personuppgiftslagen (1998:204) och kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Forskningshuvudman är Göteborgs Universitet och Kristina Ullgren (kristina.ullgren@gu.se) ansvarig för Dina personuppgifter. Resultatet av studien kommer att publiceras i vetenskapliga tidskrifter samt i rapporten från OptiBIRTH. I den färdiga studien kommer det inte att framgå vem som deltagit i studien.

Kontaktperson:

Christina Nilsson
Barnmorska, fil. dr
Institutionen för vårdvetenskap
och hälsa
Göteborgs Universitet
Tel: 031-786 6048
Mobil: 0707-325280
E-post: christina.nilsson@gu.se

Ansvarig för studien:

Ingela Lundgren
Barnmorska, docent, prefekt
Institutionen för vårdvetenskap
och hälsa
Göteborgs Universitet
Tel. 031-786 6052
E-post: ingela.lundgren@gu.se

BILAGA 2: SAMTYCKESFORMULÄR OPTIBIRTH



OptiBIRTH

OptiBIRTH - ett EU-forskningsprojekt med syfte att öka andelen vaginala förlossningar för kvinnor som tidigare är förlösta med kejsarsnitt

Samtyckesformulär för forskningsstudien:

”OptiBIRTH - Erfarenheter av vad som främjar vaginal förlossning efter kejsarsnitt”

Jag har fått muntlig och skriftlig information och möjlighet att få svar på mina frågor om vad det innebär att delta i denna forskningsstudie, att allt det jag säger under intervjun är sekretesskyddat enligt personuppgiftslagen och att ingen obehörig får ta del av det. Jag är medveten om att det är frivilligt att delta i studien och att jag när jag vill under studiens gång kan välja att utan förklaring avbryta mitt deltagande.

Första informationen om studien given av:

.....

Fullständig information om studien given av:

Jag samtycker härmed till att delta i studien ”OptiBIRTH – Erfarenheter av vad som främjar vaginal förlossning efter kejsarsnitt”

.....

Ort, datum

.....

Underskrift

.....

Namnförtydligande