



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

VAD AVGÖR NÄR DET ÄR LÄMPLIGT ATT STARTA ETT PARTOGRAM?

- Barnmorskors uppfattningar

Jessica Flygård & Marie Kvammen Wighed

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Viola Nyman
Examinator:	Marie Berg

Titel (svensk):	Vad avgör när det är lämpligt att starta ett partogram? - Barmorskors uppfattningar.
Titel (engelsk):	What determines when it is appropriate to start a partogram? - Midwives perceptions.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Viola Nyman
Examinator:	Marie Berg
Nyckelord:	Barnmorska, erfarenhet, fenomenografi, förlossningsvård, start av partogram

Sammanfattning:

Bakgrund: Partogrammet används för att på ett enklare sätt kunna bedöma förlossningens progress och är ett väl använt dokumentationsverktyg världen över. Det uppkom på 1950-talet och dess främsta syfte är att upptäcka värksvaghet. Det saknas dock entydiga riktlinjer om hur partogrammet bör användas.

Syfte: Att beskriva barnmorskors uppfattningar om vad som avgör när det är lämpligt att starta ett partogram.

Metod: Studien baseras på en fenomenografisk forskningsansats där åtta intervjuer har genomförts med barnmorskor från en förlossningsenhet i Västsverige. Materialet analyserades via fenomenografisk analys i fem steg.

Resultat: Tre beskrivningskategorier framkom ur analysen: ”Magkänsla och erfarenhet”, vilket användes som komplement till kriterier och riktlinjer för att starta ett partogram. ”Undvika linjär tidtabell” genom att starta partogram så sent som möjligt var ett sätt att försöka ge kvinnan tid eftersom förlossningsstarten kunde variera från kvinna till kvinna. ”Påverkas av arbetsplatsens rutiner” innefattade att det upplevdes som ett krav att starta partogrammet för att redovisa för kollegor vilka åtgärder som utförts. Att hålla sig till rutinerna var också ett sätt att undvika granskning i efterhand.

Slutsats: Intervjustudien visar att det är ett betydelsefullt ansvar för barnmorskan att avgöra när ett partogram skall startas. Skillnader i uppfattningar tydliggör problematiken kring hur svårt det är att definiera och diagnosticera aktiv förlossning vilket är avgörande för att starta partogrammet vid lämplig tid. Resultatet kan tillämpas på så sätt att i framtiden låta barnmorskan vara med när riktlinjer skrivs. Vidare forskning behövs för att studera dessa uppfattningar i större skala för att kunna se ett mönster och generalisera.

Nyckelord: Barnmorskor, erfarenhet, fenomenografi, förlossningsvård, start av partogram

Abstract:

Background: The partogram is used to make it easier to assess the progress of childbirth and is a well-used documentation tool around the world. It dates back to the 1950s and the primary purpose is to detect prolonged labour. Research shows that there are no clear guidelines on how the partogram should be used.

Aim: To describe midwife views on what determines when it is appropriate to start a partogram.

Method: The study is based on a phenomenographic research method where eight interviews have been conducted with midwife´s from a delivery unit in western Sweden. The material was analysed by a five-stage phenomenographic analysis.

Results: Three description categories was found from the analysis: "Intuitive feeling and experience", which was used to complement criteria and guidelines for starting a partogram. "Avoid linear timetable" by starting the partogram as late as possible was a way to try and give the woman time because the delivery start could vary from woman to woman. "Influenced by workplace routines". It was perceived as a requirement to start the partogram to report to colleagues what actions were taken. Adhering to the routines was also a way of avoiding retrospective review.

Conclusion: Interviews show that it is important to determine when a partogram is to be started. Differences in perceptions clarify the problem of how difficult it is to define and diagnose active childbirth which is crucial for starting the partogram at the appropriate time. The result can be applied to allow future midwife to be included when guidelines are written. Further research is needed to study these views on a larger scale to see a pattern and generalize.

Key words: Experience, maternity care, midwife, fenomenografi, start of partogram

Förord

Vi vill tacka alla barnmorskor som medverkat i studien. Vi vill även tacka vår handledare Viola Nyman för att hon alltid funnits tillgänglig och gett oss stöd och vägledning genom skrivandet av detta examensarbete .

Jessica & Marie

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Partogrammet.....	2
Partogrammets historia	4
Olika partogram	4
Teoretiskt perspektiv och barnmorskans användning av partogrammet	6
Problemformulering	7
Syfte	8
Metod	9
Urval av deltagare i studien	9
Datainsamling – individuella intervjuer	10
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden.....	13
Förförståelse	13
Resultat.....	14
Magkänsla och erfarenhet.....	14
Undvika linjär tidtabell.....	15
Påverkas av arbetsplatsens rutiner.....	15
Metoddiskussion.....	17
Urval	17
Analys.....	18
Forskningsetiska överväganden.....	18
Överförbarhet.....	19
Resultatdiskussion.....	20
Slutsats	24
Klinisk tillämpbarhet av studien.....	24
Förslag på framtida forskning.....	24
Referenslista	25
Bilaga 1	
Bilaga 2	

Inledning

Partogram används för att på ett enklare sätt kunna bedöma förlossningens progress och är ett väl använt dokumentationsverktyg världen över. Det uppkom på 1950-talet och dess främsta syfte är att upptäcka värksvaghet. Partogrammet rekommenderas internationellt att användas vid förlossning sedan 1994 av World Health Organization (WHO, 1994). I Sverige är det barnmorskan som av tradition handlägger normal förlossning och då ingår användandet av partogram som ett hjälpmedel. Det finns idag inga entydiga riktlinjer om hur partogrammet bör användas. Det finns olika typer av partogram med olika design och antalet timmar när det anses lämpligt att ingripa varierar. Det finns rapporterat att partogrammet kan minska barnmorskans autonomi och begränsa hens flexibilitet för att behandla varje kvinna unikt, faktorer som också kan inverka på det kliniska och psykologiska utfallet. Som barnmorskestudenter har det varit svårt att förstå vad som avgör när barnmorskan startar ett partogram och upplevelsen under vår praktik på förlossningen var att barnmorskorna inte verkade helt bekväma med att enbart följa "mallen". Det var därför av intresse att undersöka hur barnmorskor i Sverige uppfattar vad som avgör när det är lämpligt att starta ett partogram.

Bakgrund

Partogrammet

För att på ett enklare sätt kunna bedöma förlossningens progress används en grafisk sammanställning, ett så kallat partogram. Partogrammet är ett inarbetat och väl använt dokumentationsverktyg i den svenska förlossningsvården. För att få en bild av förlossningsförloppet registreras i partogrammet nedträngning av barnets huvud i bäckenet och livmodermunnens öppnande i en tidslinje under aktiv förlossning (Socialstyrelsen, 2001; WHO, 1996).

Förlossningens bedöms vara aktiv när två av följande kriterier är uppfyllda: tre värkar på tio minuter, säkerställd vattenavgång och/eller livmodermunnen öppen tre-fyra centimeter. Aktiv fas innefattar livmodermunnens öppnanden från tre till fyra centimeter till dess att den är fullvidgad, barnets nedträngning i bäckenet, värkarna är regelbundna och ökar successivt i intensitet. Att livmodermunnen dilaterar en halv till en centimeter i timmen är ett gott tecken på ett aktivt förlossningsarbete (Lindgren & Wiklund, 2016b). Vattenavgång, värkar och värkars frekvens, barnets hjärtljud, moderns blodtryck, eventuell smärtlindring och annan medicin noteras också i partogrammet (Lindgren & Wiklund, 2016b). Partogrammet är ett enkelt och billigt redskap som ger en kontinuerlig överblick av förlossningens progress (Lavender, Hart & Smyth, 2012).

Den normala förlossningsprogressen definieras med att livmodermunnen öppnas en centimeter per timme från det att man bedömer förlossningen vara i aktiv fas (WHO, 1996). Partogrammet används av barnmorskor och obstetriker världen över för att journalföra sina observationer och åtgärder under förlossningen. De flesta partogram har tre distinkta delar där observationer registreras såsom; mor- och barns tillstånd samt förlossningens progress. Den sista delen är till hjälp för att upptäcka utebliven progress med hjälp av stödlinjer, även kallade alert-line och action-line (Lavender, Hart & Smyth, 2012). Partogrammet rekommenderas av WHO (1994). Detta efter en studie WHO utförde år 1994 i Sydostasien där man fann att användningen av ett partogram minskade risken för långdragna förlossningar, akuta kejsarsnitt och intrauterina dödsfall. Det finns dock andra studier som visar på att det inte finns någon skillnad i utfallet av förlossningen med eller utan användning av partogram (Walss Rodriguez, Gudino Ruiz & Tapia Rodriguez, 1987; Windrim, et al, 2007). Det främsta syftet med partogrammet är att underlätta upptäckten av värksvaghet och är idag det mest använda instrumentet för att upptäcka detta (Nordström & Abascal, 2016).

Med värksvaghet menas att man först efter förlossningen kan definiera det som en duration av den aktiva fasen på mer än 12 timmar. Dock finns idag ingen entydig internationell definition på värksvaghet (WHO, 1996). I Sverige anses förlossningsförloppet vara förlängt om utebliven progress är mer än tre timmar (Socialstyrelsen, 2011) medan WHO (1996) rekommenderar att progressen kan dröja med fyra timmar. Definitionerna av "normal förlossning" och "utebliven progress" har stora effekter på handläggningen av förlossning och på antalet kejsarsnitt (Zhang et al, 2010).

Begreppet “normal förlossning” som används i denna studie definieras enligt WHO (1996).

- Inga medicinska riskfaktorer föreligger, vid förlossningens start, som bedöms kunna påverka förlossningens förlopp eller utfall.
- Enkelbörd.
- Gravitetetslängd mellan 37+0 och 41+6 (veckor + dagar).
- Värkarbetet startar spontant.
- Förloppet är utan komplikationer från värkarbetets start till efter moderkakans framfödande.
- Barnet föds spontant i huvudbjudning.
- Mor och barn mår bra efter förlossningen.

Värksvaghet är vanligare hos förstföderskor. Hos omföderskor orsakas långsam progress oftare av avvikande bjudning, vilket kan yttra sig som att en initialt normal progress stannar upp vid öppnandet av livmodermunnen på sju–åtta centimeter. Andra faktorer som värksvaghet associeras med är hög ålder, kortvuxenhet, högt BMI, långvarig infertilitet, överburenhet, induktion av förlossningen, vattenavgång utan värkar, stort foster, ryggmärgsbedövning och höga halter av stresshormoner hos kvinnan under förlossningen (Kjærgaard, Olsen, Ottesen, Nyberg & Dykes, 2008; Sheiner, Levy, Feinstein, Hallak & Mazor, 2002; Selin, Wallin & Berg, 2008). Livmoderhalsens utmognad, bäckenets storlek, eftergivligheten i bäckenbotten, fostrets storlek och bjudning samt kraften i värkarna under utdrivningen är också avgörande för förlossningens förlopp (Lindgren & Wiklund, 2016b). Risken för en komplicerad förlossning ökar om kvinnan är kortare än 160 centimeter, väger mer än 65 kg, har en ålder över 35 år, gravitetetslängd över 41 fullgångna veckor samt ryggmärgsbedövning i latensfas (Fraser, Cayer, Soeder, Turcot, & Marcoux, 2002).

Latensfas börjar när kvinnan känner av värkar. Under denna fas är intensiteten av värkarna ofta oförändrad. Fasen kan vara så kort som två timmar och upp till två dygn lång (Lindgren & Wiklund, 2016a). Kliniskt är den latent fasen i förlossningsarbetet missförstådd och kan vara svår att definiera. Begreppet latensfas har betydelse för att förstå normal förlossning eftersom tiden för den totala förlossningen är betydligt längre när latensfas ingår. Detta i sig kan vara skadligt för kvinnans möjlighet att föda naturligt utan ingrepp (McDonald, 2010). Latensfasen övergår i aktiv fas när två av tre kriterier för aktiv fas är uppfyllda (Lindgren & Wiklund, 2016b).

Riskerna med ett långdraget förlopp är infektioner, operativa förlossningar, rupturer, påverkat barn eller negativ förlossningsupplevelse. Därför är det centralt att ange riktlinjer under förlossningen som ger utrymme att vidta åtgärder för att förhindra dessa komplikationer (Kjærgaard, Olsen, Ottesen & Dykes, 2009; Dencker, 2010). Syftet med förlossningsvården är att både mor och barn ska må bra med minsta möjliga intervention. Det innebär att det vid en normal förlossning ska finnas en giltig anledning att störa den naturliga processen (Socialstyrelsen, 2011).

En intervention är det som vårdpersonalen gör för att påskynda förlossningsförloppet så som att ta håll på hinnorna och/eller att ge värförstärkande dropp (Algovik, 2014). Detta görs ofta om förlossningsprogressen inte följer partogrammets tidtabell, det vill säga att livmodermunnen inte öppnar sig en halv till en centimeter i timmen (Scamell & Stewart, 2014). Vid en normal förlossning ska giltig anledning finnas för att göra

intervention då den anses störa den naturliga processen. Syftet med förlossningsvården är att mor och barn ska må bra med minsta möjliga inblandning av åtgärder (Socialstyrelsen, 2011).

Partogrammets historia

Information om när man började använda sig av partogram i Sverige är svår att finna. Det partogram som är mest använt idag grundar sig på obstetriker Emanuel Friedmans (1954) forskning på 100 förstföderskor i Afrika och kallades för cervicograph då det utgick ifrån livmodermunnens öppnande (Lavender, Hart & Smyth, 2012). På sjuttioalet utvecklade Philpott och Castle (1972) partogrammet och införde möjligheten att registrera alla detaljer under förlossningen och inte bara livmodermunnens öppnande. De införde också alert-line och action-line som representerar en progress av livmodersmunnens öppnande med en centimeter per timme. Om livmodersmunnens öppnande var långsammare och passerade action-line, som visade att öppningsskedet var förlångsamt med fyra timmar, visade det på värksvaghet (Philpott & Castle, 1972). Linjerna ska som hjälpmedel särskilja normal förlossningsprogress från förlossning med utebliven progress (van Bogaert, 2009). Dessa linjer används än idag och har i olika länder varierande antal timmar mellan alert-line och action-line (Lavender, Tsekiri, & Baker 2008). Enligt McDonald (2010) finns det inga tillförlitliga bevis på att man bör använda sig av tidsgränser under en förlossning. Dessutom sker inte livmoderns öppningsgrad och fosterhuvudets nedträngande i förlossningskanalen helt synkront (Socialstyrelsen, 2001). Arbetskurvor och normala värden i förlossningens progress bygger fortfarande till stor del på Friedmans (1954) arbete utvecklat för flera årtionden sedan. Hos en modern befolkning observerades flera viktiga skillnader från den klassiska Friedman-kurvan. Efter att ett stort antal förlossningar och dess progress studerats, blev det klart att det finns en betydande andel kvinnor i förlossning som inte har ett konsekvent linjärt mönster av öppningsgrad i den aktiva fasen, då framförallt förstföderskor. Förlossningen kan fortskrida mer gradvis, men fortfarande sluta med vaginal förlossning (Zhang et al, 2010).

Olika partogram

Det finns en pågående diskussion om partogrammets funktion och användbarhet. Olika varianter av partogram finns i världens länder och dessutom variationer i hur förlossningsavdelningar i samma land använder sig av dem (Lavender, Tsekiri & Baker 2008). Vid en jämförelse av partogram med två timmars action-line och tre timmars action-line fann man ingen skillnad i antalet kejsarsnitt. Vid jämförelse mellan tre timmars action-line och fyra timmars action-line såg man en lägre förekomst av kejsarsnitt i gruppen med fyra timmars action-line (Lavender, Hart & Smyth, 2012). Liknande resultat har visat att partogram med längre tid mellan linjerna minskar antalet interventioner jämfört med partogram med två-timmars action-line (Lindgren & Wiklund, 2016b). Kvinnor som var med i två timmars action-line gruppen rapporterade dock mer positiv upplevelse av förlossningen än vad de i tre timmars action-line-gruppen. Det skulle kunna ha och göra med att kvinnan fick mer läkemedel vid intervention och därmed kände sig ha mer stöd med mer närvarande personal. Det fanns ingen skillnad i det neonatala utfallet (Lavender, Hart & Smyth, 2012). Om förlossningsprogressen inte följer partogrammets tidtabell, det vill säga att livmodermunnen inte öppnar sig enligt partogrammets stömlinjer och passerar action-

line bedöms kvinnan vara i en högriskkategori och utsätts för ytterligare övervakning och interventioner (Scamell & Stewart 2014).

Begreppen lågrisk och högrisk och är relaterat till den medicinska risken. Dessa begrepp kan vara svåra att använda sig av då den medicinska risken varierar under hela graviditeten samt perioden därefter. Risken måste ständigt prövas under hela graviditeten och förlossningen (WHO, 1996).

I en del länder finns också olika partogram specifikt för förstföderskor och omföderskor (Nordström & Abascal, 2016). Forskning gjord i England visade på en stor variation i hur man använder sig av partogrammet över hela landet. Vilket författarna till studien i sin diskussion inte ansågs sig bli överraskade av eftersom det saknas evidensbaserat stöd i hur partogrammet ska användas. Partogrammet som verktyg var introducerat i England vid en tid då det inte fanns en stark evidensbaserad kultur som kunde ge råd i hur det skulle användas och partogrammet accepterades utan kritik (Lavender, Tsekiri & Baker, 2008). Riktlinjer som finns gällande start av partogram är baserade på klinisk erfarenhet snarare än på forskning. Därför är det av vikt att se partogrammet som ett stöd snarare än en regel att följa för att ge utrymme för varje unik förlossning med dess förutsättningar att få utmynna i en normal förlossning (Lindgren & Wiklund, 2016b). I en svensk studie framkom det att majoriteten av förlossningsavdelningarna i Sverige inte hade någon skriven policy för diagnostisering av aktiv förlossning, värksvaghet eller behandling för värksvaghet. Det fanns dessutom ingen konsensus bland avdelningarna gällande kriterier för att diagnostisera aktiv förlossning och värksvaghet eller policy för behandling av värksvaghet och användandet av partogrammet varierar mellan klinikerna över hela landet. Det är enligt författarna till studien möjligt att bristen på riktlinjer kan medföra en risk för icke-evidensbaserad förlossningsvård (Stålhammar & Boström, 2008).

Det har visat sig att förlossningsarbetet och livmodermunnens öppnande kan ta längre tid än hur partogrammet idag är utformat och används. Livmodermunnens öppnande kan ta mer än sex timmar från fyra till fem centimeter och mer än tre timmar från fem till sex centimeter. Progressen kan vara långsam ända upp till sex centimeter av livmodermunnens öppnande men därefter accelerera så att det perinatale utfallet ändå kan bli normalt. Efter sex centimeter var progressen snabbare hos omföderskor än hos förstföderskor (Zhang et al, 2010). Inte alla förlossningseenheter har riktlinjer skrivna specifikt för när partogram ska startas (Stålhammar & Boström, 2008). Enligt riktlinjer från en kvinnoklinik i mellansverige ska partogram startas vid aktiv förlossning och då även stödlinjerna aktiveras. Partogrammet ska utgöra grunden i journalen och man ska överväga interventioner om utebliven progress är fördröjd med tre timmar då man passerat action-line. Samtliga interventioner ska motiveras i journaltext. Förlossningen betecknas inte längre som normal om action-line är passerad eller värförstärkande dropp har påbörjats (Region Östergötland, 2016).

Det behöver forskas mer på olika typer av kvinnor och användning av partogram för att se utfallet av förlossningen då många studier är gjorda på förstföderskor med normal graviditet och spontan förlossningsstart (Zhang et al, 2010; Stålhammar & Boström, 2008). Forskare har undersökt partogramanvändning och olika utfall och såg att de partogram som var designade med latensfas jämförelsevis med de utan latensfas visades antalet kejsarsnitt lägre i den gruppen partogram som var designade utan latensfas. Även om man frångått frågan om partogram bör användas eller ej så är

det av vikt att se över vilken typ av partogram som ska användas (Lavender, Hart & Smyth, 2012). Sättet att dokumentera och rapportera förlossningens progress behöver utvärderas mot andra alternativ (Socialstyrelsen, 2011). Forskning föreslår att ett standardiserat partogram inte bör användas på lågrisk kvinnor i förlossningsarbete. Barnmorskor måste tänka brett och öppet när de diagnostiserar kvinnan i en aktiv fas och våga tänka bortom enbart livmodermunnens öppnande (McDonald, 2010). I Norge pågår nu en studie där syftet är att jämföra Friedmans partogram och dess kurva, med ursprung från mitten av 50-talet, med en ny kurva som baseras på Zhang et al's studie (2010) där partogrammet startas senare i förlossningsförloppet för att se utfallet av antalet kejsarsnitt på förstföderskor (Bernitz, Dalbye, Øian, Zhang, Eggebø & Blix, 2017).

Teoretiskt perspektiv och barnmorskans användning av partogrammet

I Sverige är det barnmorskan som av tradition handlägger normal förlossning och då ingår användandet av partogram som ett hjälpmedel. Barnmorskan kan medvetet fördröja start av partogram för att ge kvinnan tid och utrymme för ett normalt förlopp och barnmorskor använder partogrammet utifrån sin känsla av när det är lämpligt att starta det. De kan exempelvis fördröja dokumentationen av en fyra centimeter dilaterad livmodermun för att ge kvinnan tid och utrymme för att få föda naturligt. De använder sig av sin förkroppsligade kunskap men anser sig inte försätta kvinnan eller barnet i någon risk genom sitt agerande, snarare tvärtom (Scamell & Stewart, 2014). Det finns rapporter att partogrammet kan minska barnmorskans autonomi och begränsa hennes flexibilitet för att behandla varje kvinna unikt, faktorer som också kan inverka på det kliniska och psykologiska utfallet (Lavender, Hart & Smyth, 2012). Autonomin är begränsad, inte bara av partogrammet, utan också av det organisatoriska systemet av sjukvården. Dessa begränsningar kring barnmorskans arbete bör släppas på för att öka autonomiteten (Davies & Iredale, 2006). Dock finns ett generellt stöd bland barnmorskor för användningen av partogram och att de ser positivt på det som ett hjälpmedel (Lavender, Tsekiri & Baker, 2008).

Barnmorskan ska kunna bistå förlossningar med eget ansvar och ta hand om den nyfödda. Detta innefattar förebyggande åtgärder, upptäckt av komplikationer hos mamma och barn, tillgång till vård eller annan lämplig hjälp och genomförande av akuta åtgärder (ICM, 2005). Barnmorskan ska i sitt yrkesutövande använda erfarenhet och färdighet tillsammans med sitt engagemang och ansvar. Detta genom att tillämpa de kunskaper hen har med de färdigheter som hen utför i praktiken (Socialstyrelsen, 2006). Enligt WHO (1996) och svensk förening för obstetrik och gynekologi [SFOG] ska handläggning av normal förlossning genomföras med så få interventioner som möjligt. Det är därför viktigt att inför en intervention följa den etiska omsorgsprincipen att göra gott och inte skada. En etisk vägning av risk och nytta med interventionen är således angelägen (Socialstyrelsen, 2011).

Problemformulering

I Sverige är det barnmorskan som av tradition handlägger normal förlossning och då ingår användandet av partogram som ett hjälpmedel. Det finns inga entydiga riktlinjer eller forskning som visar på exakt hur länge öppningsskedet varar vid en normal förlossning. Det har visat sig att förlossningsarbetet och livmodermunnens öppnande kan ta längre tid än hur partogrammet idag är utformat och används samt att partogrammet kan minska barnmorskans autonomi och begränsa hennes flexibilitet för att behandla varje kvinna unikt. De riktlinjer som finns gällande start av partogram är baserade på klinisk erfarenhet snarare än på forskning. Därmed är det av intresse att undersöka barnmorskors uppfattningar om vad som avgör när det är lämpligt att starta ett partogram.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva barnmorskors uppfattningar om vad som avgör när det är lämpligt att starta ett partogram.

Metod

En kvalitativ ansats med fenomenografisk analysmetod valdes för att på bästa sätt svara på studiens syfte. Kvalitativ design kommer ursprungligen från den holistiska traditionen och lämpar sig väl när man önskar undersöka människors erfarenheter av ett fenomen. Data från en kvalitativ studie är inte numeriska utan samlas in vid intervjuer. Det är informanternas sagda ord och beskrivningar som tolkas och analyseras för att skapa förståelse och få insikt i det som är ämnat att undersökas (Henricson & Billhult, 2012). Fenomenografi som analysmetod anses vara lämplig för att kartlägga uppfattningar om fenomen. En uppfattning definieras som ett sätt att förstå eller erfara något (Marton & Booth, 2000). Begreppet fenomen betyder att göra manifest och begreppet ”-grafi” betyder beskriva. Ett forskningsfenomen har inga kopplingar till en speciell tidpunkt eller plats som exempelvis begreppet situation. (Larsson & Knutsson Hjolmström, 2012).

Fenomenografi delas in i första och andra ordningens perspektiv där det första innebär att fenomenet är i fokus och det andra där uppfattningen av fenomenet är i fokus och inte fenomenet i sig. Uppfattning är ett begrepp inom fenomenografin som syftar till att ge uttryck för den relation som uppstår mellan fenomenet och den som uppfattar det. Det som individen uppfattar beror på vilken aspekt som han eller hon har i fokus, vad han eller hon riktar sig emot. Den fenomenografiska metoden bygger på antaganden om att en grupp människor förstår exempelvis en arbetsuppgift, ett fenomen på olika sätt, och sättet man förstår uppgiften på påverkar hur man hanterar den. Metoden ger också utrymme till att beskriva relationen mellan de uppfattningar som uppstår. Forskningsmetoden har kommit ur pedagogiken och passar som bäst när man studerar problem kring lärande. Fenomenografi är en metod som syftar till att visa på skillnader i hur man kan förstå ett fenomen och fokus ligger på människans sätt att uppfatta fenomenet och inte på fenomenet i sig. Metoden syftar till, förutom att hitta skillnader även att hitta likheter av fenomenet. Forskning om pedagogiska frågor är viktigt inom hälso- och sjukvården då lärandet där är i en ständig process. Att göra en kartläggning fenomenografiskt i hur man exempelvis kan uppfatta en arbetsuppgift kan vara ett värdefullt hjälpmedel för personal inom hälso- och sjukvården (Larsson & Knutsson Holmström, 2012). Därför har vi valt att använda oss av fenomenografisk metod för att undersöka barnmorskors uppfattning av vad som avgör när det är lämpligt att starta partogram.

Urval av deltagare i studien

Det är av intresse inom den fenomenografiska metoden att undersöka variationen av uppfattningar i en grupp. Det är därför eftersträvansvärt att välja informanter som tros ha uppfattningar som skiljer sig åt för att finna största variation, ett så kallat strategiskt urval. För att skapa möjlighet för en varierad och riklig bild av fenomenet skall man i sitt strategiska urval eftersträva variation gällande ålder, kön, erfarenhet o.s.v. (Larsson & Knutsson Holmström, 2012). För att få detta urval är det vanligt inom fenomenografin att göra ett bekvämlighetsurval. Det innebär att man frågar personer som råkar finnas där och då. Detta är en praktisk metod för att få ett strategiskt urval (Trost, 2010).

I denna studie tillfrågades barnmorskor på en förlossningsavdelning i Västsverige att delta i studien. För att nå informanter informerades barnmorskorna under en arbetsplatsträff om studien, dess syfte och upplägg. Inklusionskriterierna var legitimerad barnmorska som arbetat på förlossningsavdelning under det senaste året i Sverige. Eftersom det är uppfattningen av ett och samma partogram, det svenska, som undersöks i denna studie. De barnmorskor som under sitt arbetspass hade 10 till 15 minuter till förfogande tillfrågades att delta. Författarna informerade samtliga barnmorskor om i vilket rum de befann sig och att de kunde komma förbi för intervju när tid fanns. Totalt tillfrågades 12 barnmorskor. Fyra av dessa exkluderades. En av dem hade aldrig arbetat inom förlossning. Resterande tre hade inte arbetat så länge som förlossningsbarnmorska eller hade inte arbetat på förlossningen på länge och kände att de inte hade en klar uppfattning av när det är lämpligt att starta partogram. Totalt intervjuades 8 barnmorskor. Vid intervjuens start fick deltagarna återigen information om studien, både skriftligt och muntligt. Deltagare i studien var kvinnliga barnmorskor med ett till 39 års erfarenhet av förlossningsvård och hade ett åldersspann på mellan 27 och 63 år. Verksamhetschefen för avdelningen fick information om studiens syfte och design och gav därefter skriftligen sitt godkännande till insamling av data på berörd avdelning, se bilaga 1.

Datainsamling – individuella intervjuer

Individuella intervjuer med öppna frågor är den mest använda metoden för datainsamling inom och fenomenografisk metod eftersom man som forskare inom kvalitativa studier strävar efter att få informanten att kunna prata fritt utifrån sina egna erfarenheter (Larsson & Knutsson Holmström, 2017). För att forskaren ska kunna anpassa sig till vad som kommer upp i intervjun är det passande att använda sig av semistrukturerade intervjuer med eventuella följdfrågor (Danielson, 2012). Dock är öppningsfrågan betydelsefull inom fenomenografin och det är av vikt att den är densamma vid samtliga intervjuer för att ge liknande förutsättningar. Det är också viktigt att öppningsfrågan får informanten att fokusera på fenomenet som ska undersökas. Det vill säga andra ordningens perspektiv, deras uppfattning av fenomenet. Frågorna ska få informanterna att utveckla sina tankar kring partogrammet och användandet av det samt att fånga deras oreflekterade uppfattning. Avslutningsvis är det av värde att ställa en sammanfattande fråga då informanten hunnit bli varm i kläderna och reflekterat kring fenomenet som är i fokus. Ledande frågor ska undvikas och frågorna i intervjuguiden ska utgå från studiens syfte för en hanterbar mängd data vid analys (Larsson & Knutsson Holmström, 2012). Inom fenomenografiska intervjuer är det särskilt viktigt att få ett så rikt och uttömmande svar som möjligt. Det är nödvändigt att spela in fenomenografiska intervjuer och transkribera de in sin helhet för att analysarbetet ska kunna ske på ett tillförlitligt sätt Dahlgren & Johansson (2015).

Datainsamlingen genomfördes under november månad 2017 på en förlossningsavdelning i Västsverige. Intervjuerna utfördes i ett avskilt kontor på avdelningen där intervjun kunde genomföras ostört. Utifrån studiens syfte och vald metod genomfördes kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerade intervjuer innebär att intervjuguiden innefattar öppna frågor men att de inte behöver tas i samma ordning. Uppföljande frågor ställdes under intervjun såsom; "Kan du utveckla..?" och "Hur menar du då?" En intervjuguide med tre huvudfrågor användes där öppningsfrågan; *Vad är din uppfattning om när det är lämpligt att starta*

partogrammet? var densamma för alla deltagare. Frågorna i intervjuguiden var konstruerade med syfte att få informanterna att utveckla sina tankar kring partogrammet och användandet av det samt att fånga deras oreflekterade uppfattning. Intervjuguiden bestod av följande frågor: *Vad är din uppfattning om när det är lämpligt att starta partogrammet? Vad får dig att fatta beslutet att starta partogrammet? Vad är din generella uppfattning av partogrammet?* Mot slutet av intervjun ställdes följande fråga: *Vad är din uppfattning om när det är lämpligt att starta ett partogram och vad avgör beslutet att starta det?* Följdfrågor ställdes vid behov och under varje fråga i intervjuguiden fanns stödord för eventuella följdfrågor. Dessa kunde exempelvis vara: *Hur menar du då? Kan du berätta mer om det?* Vid de tre pilotintervjuer som utfördes kunde öppningsfrågan variera, men frågorna var snarlika, och efter konsultation med handledaren ansågs resultatet från de tre pilotintervjuerna ändå kunna ingå i studien då det framkommer vad deras uppfattning kopplat till studiens syfte var. Resterande intervjuer hade samma öppningsfråga.

Sju av åtta intervjuer genomfördes av båda författarna, där en agerade ledare av intervjun och en som assistent med möjlighet att komma med följdfrågor. Intervjun spelades in med hjälp av mobiltelefon. Detta gjordes av båda författarna för att säkerställa att intervjun blev inspelad och fanns på flera ställen i de fall att någon av telefonerna skulle sluta att fungera. För att skapa en bredd av informanternas erfarenhet och uppfattningar av fenomenet enligt fenomenografisk ansats behövdes en intervju per telefon göras då informanten ej fanns på plats de dagar författarna intervjuade på förlossningsavdelningen. Denna utfördes endast av en av författarna och transkriberades av den andra dagen efter. Tre pilotintervjuer utfördes för att ge möjlighet till att öva på intervjuteknik, för att garantera att frågorna var relevanta relaterat till studiens syfte samt för att säkerställa intervjuguidens genomförbarhet. Intervjuerna varierade mellan nio till 21 minuter. Materialet transkriberades ordagrant dagen efter och handledaren kontaktades för återkoppling och handledning. Efter utförda pilotintervjuer framkom det att frågorna kunde vara de samma, men att det skulle eftersträvas att inte ställa ledande följdfrågor och att frågorna skulle hållas till syftet. Detta för att säkerställa att intervjuerna utgår från studiens syfte och för att materialet inte skulle bli för stort och ohanterligt vid senare analys.

Dataanalys

Bearbetning och analysering av studiens datamaterial utgick från en analysmodell i fem steg för fenomenografisk forskning (Larsson & Knutsson Holmström, 2012) tillsammans med en sjustegsmodell (Dahlgren & Johansson, 2015) för att underlätta i analysprocessen. Syftet med analysen vid en fenomenografisk ansats är inte att återge vad informanterna har sagt utan att upptäcka ett tankemönster i hur de tänker i relation till ett visst fenomen. Femstegsmodellen som huvudsakligen användes för analys utgår från två principer som de anser underlättar analysen av en studie med fenomenografisk ansats för den som inte har så stor vana. Den första principen gäller tidig gallring av textmaterial genom att få fram den text där informanterna verkligen talar om uppfattningen av fenomenet. Den andra principen är att formulera ett preliminärt sätt att förstå fenomenet utifrån varje informant först innan man går vidare i analysen (Larsson & Knutsson Holmström, 2012).

Femstegsmodellen:

1. Bekanta sig med datamaterialet.
2. Läs materialet igen och markera i varje intervju avsnitt där informanten beskriver hur den handskas med fenomenet, dess sätt att förstå fenomenet.
3. Läs de markerade avsnitten igen och gör en sammanfattande beskrivning av preliminära sätt att förstå fenomenet på för varje informant.
4. Titta på alla preliminära sätt att förstå för att få fram ett mönster baserat på likheter och skillnader i samtliga informanters sätt att förstå fenomenet för att få fram kategorier.
5. Hitta ett utfallsrum, det vill säga en relation mellan kategorierna. Oftast en hierarkisk ordning där den kategori som anses vara det mest komplexa sätt att uppfatta ett fenomen rangordnas i relation till det mer basala sätt att uppfatta fenomenet på.

(Larsson & Knutsson Holmström, 2012)

Sjustegsmodellen:

1. Bekanta sig med materialet.
2. Kondensation – skilja ut det mest betydelsefulla uttalandena.
3. Jämförelse – hitta likheter och skillnader inom materialet.
4. Gruppering – de funna likheterna och skillnaderna grupperas.
5. Artikulera kategorierna – likheterna står i fokus.
6. Namnge kategorierna – genom detta framträder det mest signifikanta i materialet.
7. Kontrastiv fas – granska passager och se om de ryms i mer än en kategori.

(Dahlgren & Johansson, 2015)

Först lästes de transkriberade intervjuerna upprepade gånger för att bekanta sig med materialet. I steg två markerades avsnitt i varje intervju där informanten beskriver hur den handskas med fenomenet, dess sätt att förstå fenomenet. Sen gjordes en sammanfattande beskrivning av ett preliminärt sätt att förstå fenomenet på för varje informant. Nästa steg var att få fram ett mönster baserat på likheter och skillnader i samtliga informanters sätt att förstå fenomenet för att få fram kategorier. Varje kategori fick en formulerad beskrivning på en eller ett par meningar. Beskrivningskategorier skapades för att visa på tankemönster i gruppen av informanter. Det eftersträvades att göra kortare rubriker utifrån dessa beskrivningskategorier. Tre beskrivningskategorier framkom om vad som avgör när det är lämpligt att starta ett partogram. Sista steget var att visa på hur kategorierna förhåller sig till varandra vilket inom fenomenografin innebär att konstruera ett utfallsrum, där det vanligaste är att utgå från att rangordna kategorierna i en hierarkisk ordning utifrån det mest basala sättet att se på fenomenet till det mer komplexa. Variationen av uppfattningar är inte kopplade till enstaka individer. Steg fyra och fem från sjustegsmodellen var till hjälp i analysprocessen.

Forskningsetiska överväganden

I enlighet med Vetenskapsrådet (2015) har denna studie genomförts utifrån forskningsetiska principer vad gäller information, samtycke och konfidentialitet. De som valde att delta i studien erhöles ett informationsbrev, se bilaga 2, där studiens syfte beskrevs. De erhöles även muntlig information kring vilka som var ansvariga för studien, dess uppkomst och syfte samt vilka kriterierna för att delta i studien var. Deltagarna fick information om att medverka i studien var anonym och frivillig samt att de när som helst hade rätt avbryta sin medverkan utan vidare motivering till ett sådant beslut. I enlighet med samtyckeskravet fick de som ville medverka i studien skriva på ett skriftligt medgivande, se bilaga 2.

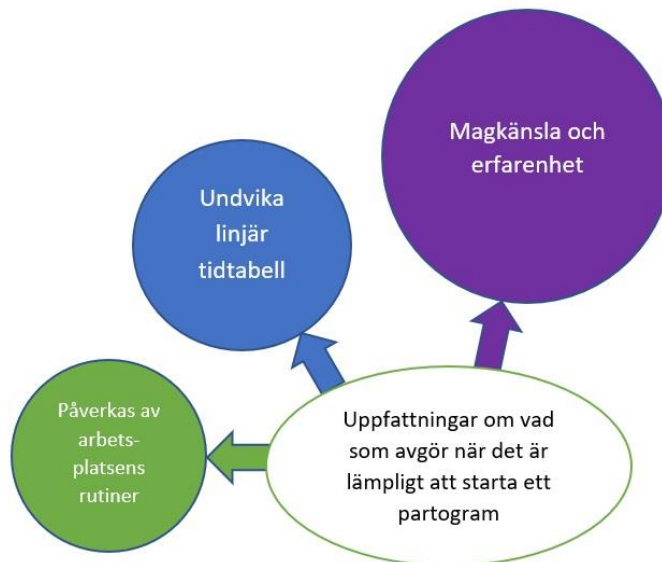
Endast författarna hade tillgång till det inspelade materialet vilket direkt efter transkribering raderades. Deltagarna avidentifieras i text och det förekom inte meningar eller direkta stycken som skulle kunna härleda till att förstå vem som sagt vad i enlighet med konfidentialitetskravet. Nyttjandekravet innefattar att studiens uppgifter och material endast får användas för forskningsändamål. Möjligtvis kan anonymiteten och konfidentialiteten påverkats då de som valde att delta i studien fick inför sina kollegor under arbetspasset gå ifrån för intervju (Vetenskapsrådet, 2015).

Förförståelse

Författarna till denna studie är sjuksköterskor som läser på barnmorskeprogrammet med start hösten 2016. Under utbildningen har totalt 16 veckors verksamhetsförlagd utbildning på en förlossningsavdelning genomförts där egna uppfattningar om partogrammet som instrument har hunnit formas. För att stärka studiens pålitlighet eftersträvade författarna att ha ett reflexivt förhållningssätt genom att reflektera över vilken betydelse förförståelsen kan ha genomgående i hela forskningsprocessen (Priebe & Landström, 2012). I den kvalitativa designen använder forskaren sig själv som forskningsinstrument. Därav eftersträvades det att reflektera genomgående över den egna livserfarenheten, arbetslivserfarenheten och egna uppfattningar om det fenomen som studerades. Detta för att öka medvetenheten om hur förståelsen indirekt kan påverka resultatet (Henricson & Billhult, 2012). Pålitlighet innebär att reflektera över förförståelse, hur den hanteras samt hur den togs i beaktande inför dataanalysen. Genom att skriva ner tidigare erfarenheter och förväntningar, fortlöpande diskutera och reflektera över förförståelsen författarna emellan så kan det minska dess påverkan i resultatet (Henricson, 2012). Det är trots detta inte omöjligt att helt utesluta risken för att förförståelsen kan ha påverkat analysen och resultatet. Syftet med att reflektera över förförståelsen är för att stärka studiens pålitlighet (Priebe & Landström, 2012).

Resultat

Kategorierna som framkom var ”magkänsla och erfarenhet” vilket var det mest komplexa sättet att förstå fenomenet: ”undvika linjär tidtabell” och ”påverkas av arbetsplatsens rutiner” som var de enklaste uppfattningarna. Resultatet presenteras nedan i figur 1.



Figur 1.

Magkänsla och erfarenhet

I kategorin ”magkänsla och erfarenhet” framkom uppfattningar om att det var en blandning av magkänsla och erfarenhet som var avgörande för att starta partogrammet. Det kunde innefattas av kommunikation med kvinnan samt magkänsla av vilket stadie kvinnan är i baserat på hur hon betar sig. Bedömningen om kvinnan var i aktiv fas beslutades inte alltid vid första undersökningen. Att göra flera bedömningar över tid och att avvakta med den första inre undersökningen några timmar var strategier för att vara säker på sin bedömning. Att det fanns progress och att kvinnan krävde mer närvaro samt smärtlindring var återkommande uppfattningar som också var avgörande för start av partogram.

Jag gör flera bedömningar innan jag är säker på att det är aktiv fas och jag vill se att det finns progress, sen är det ju också en magkänsla.

Kommunikationen med den födande kvinnan uppfattades vara av stor betydelse i beslutet om när förlossningen var i aktiv fas. En pusselbit i bedömningen var att lyssna till kvinnan och partners berättelse om hur de har haft det innan de kom in till förlossningsavdelningen. Kvinnans tillstånd, beteende och hur länge hon haft ont samt hur hon beskrev sin smärta ansågs avgörande för att skapa en helhetsbild ihop med den fysiologiska undersökningen.

Så kommer hon in och är öppen bara fyra centimeter när man kanske hade haft en förväntan utifrån berättelsen att hon skulle vara öppen mer. Då skulle jag tveka med att starta partogrammet och vilja ser mer.

Det ansågs finnas en del svårigheter i beslutet att starta partogrammet för att det finns riktlinjer som säger en sak men magkänslan och erfarenheten en annan. Starttiden för partogrammet ändrades i efterhand för att kunna ångra sitt beslut om förlossningsstarten inte följde tidtabellen enligt de nationella kriterierna för aktiv fas. Det fanns en ambivalens inför att starta ett partogram då det inte alltid var lätt att avgöra om kvinnan var i aktiv fas eller inte. Återkommande uppfattning var att det var först i efterhand vetskap om partogrammet hade startats i lämplig tid kunde ses. Om en kvinna kom in och livmodermunnen var öppen sju-åtta centimeter och hon hade "vrålvärkar" ansågs det inte svårt att avgöra att kvinnan var i aktiv fas och att det var lämpligt att starta partogrammet. Det svåra var att veta om kvinnan var på väg in i en värksvaghet, vilket var avgörande för när partogrammet ska startas enligt rutiner och riktlinjer.

Så man kan lika gärna ha lite is i magen, och vänta kanske ett par timmar eller tre timmar och se om det är någon progress på det. Och då kan man faktiskt backa tiden och starta partogrammet från det att de kom in.

Undvika linjär tidtabell

Kategorin "undvika linjär tidtabell" beskriver uppfattningar om att starta ett partogram så sent som möjligt för att utöva barnmorskeri med utgångspunkt från det normala. Anledningen till det var att inte störa det fysiologiska förlossningsförloppet då start av partogram uppfattades öka risken för onödiga interventioner. Om partogrammet startades för tidigt när kvinnan fortfarande var i latensfas kunde det ta längre tid än vad stömlinjerna tillät och då fanns en risk för att förlossningen skyndades på för tidigt. Att starta partogram enbart utifrån kriterierna för aktiv fas av förlossningen när livmodermunnen var öppen ungefär tre - fyra centimeter och kvinnan hade vattenavgång ansågs vara riskfyllt och kunde resultera i att det ibland kunde ta flera dagar innan kvinnan födde. Det fanns en tveksamhet till nyttan av att använda ett partogram. Uppfattningen fanns att kvinnan tvingades in i en linjär tidtabell istället för att ha en chans att föda i sin egen takt. Samtidigt fanns uppfattning om att om partogrammet startades för sent kunde kvinnan gå miste om önskad smärtlindring.

Ibland är vi nog lite snabba med att liksom nu måste jag känna, för nu måste det passa in i ett partogram. Istället för att ha med sig partogrammet i bakgrunden och jobba med kvinnan i första hand.

Påverkas av arbetsplatsens rutiner

Kategorin "påverkas av arbetsplatsens rutiner" visar på uppfattningar som att partogrammet ansågs vara ett hjälpmedel och ett verktyg då information såsom

dropphöjningar och smärtlindring måste dokumenteras någonstans. Det uppfattades inte lämpligt att skriva denna information i löpande text i journalen, då det fanns risk att annan viktig information om kvinnans hälsotillstånd och förlossningsförlopp missades på grund av textmassan. Trots en gemensam uppfattning om att det var lämpligt att starta partogrammet i andra syften än vid aktiv förlossning, till exempel vid igångsättning av förlossningen, skilde sig uppfattningen åt om tidpunkten för starten av partogrammet.

Men när man börjar med syntdroppet (värkförstärkande dropp) och det (livmodermunnen) är öppet tre centimeter för att inducera då ska man ju egentligen bara ha partogrammet och skriva höjningarna där. Det ger väldigt mycket text annars i journal.

Det beskrevs vara ett stort ansvar att kunna avgöra när det var lämpligt att starta partogrammet då det påverkade kvinnans autonomi och förlossningsförlopp om bedömningen inte var adekvat. Det fanns en uppfattning om att användandet av partogram styrs av arbetsplatsens rutiner och krav. En känsla fanns av att vara granskad av personal som inte fanns inne på förlossningsrummet. Konsekvensen av det blev att kvinnan utsattes för onödiga inre undersökningar eller andra åtgärder även då det inte ansågs behövas i det normala förlossningsförloppet.

...det blir en överblick och man har liksom lite med sig i ryggen när man kanske måste presentera det för doktorerna för vidare handläggning och så...

Metoddiskussion

Inom den kvalitativa forskningen finns det en oenighet i vilket begrepp som bör användas för att visa på kvalitet i forskning. Validitet är väl använt inom den kvantitativa forskningen och refererar till att frågan eller instrumentet mäter det den ska mäta. Inom den kvalitativa forskningen kan man istället använda sig av trovärdighet och tillförlitlighet som begrepp vilket handlar om hur noggrant och strukturerat författarna har arbetat genomgående i forskningsprocessen (Thornberg & Fejes, 2015). I denna uppsats anses resultatet ha gett svar på uppsatsens syfte och genom att tydligt ha redovisat problem, syfte, metod och analys stärker det studiens trovärdighet.

Urval

Att använda sig av ett bekvämlighetsurval ansågs passande, praktiskt och lämpligt för att finna största variation i uppfattningar av fenomenet. Det lämpade sig även då det var begränsat med tid för att skriva uppsatsen. En nackdel med bekvämlighetsurval kan vara risken för självselektion, att de som väljer att delta är säregna i sina åsikter och uppfattningar och att de "vanliga" uppfattningarna uteblir (Trost, 2010). Men med den variation som framkom i materialet anses den risken vara låg. En telefonintervju gjordes för att eftersträva variation i ålder, erfarenhet o.s.v. i enlighet med att välja informanter som tros ha uppfattningar som skiljer sig åt för att finna största variation (Larsson & Knutsson Holmström, 2012). Telefonintervjuer anses inte vara lämpade för mer ingående frågor då möjligheten att gå in på djupet i ämnet är begränsat till skillnad från andra intervjuformer (Trost, 2010). Trots denna risk upplevdes ändå telefonintervjun som utfördes resultera i djupgående svar. En styrka i studiens urval vad gäller variation var att ålder och erfarenhet varierade stort. Åldern var mellan 27 till 63 och yrkeserfarenhet var mellan ett till 39 år. En eventuell svaghet i urvalet kan ha varit att det enbart var barnmorskor från samma förlossningsavdelning som ingick i studien. Då kulturer och rutiner i arbetslag kan färga ens uppfattningar kan varianter av att förstå och uppfatta fenomenet på vara begränsat. Endast kvinnor deltog i studien. Det eftersträvades att inkludera män men visade sig vara svårt då det är få män som arbetar som barnmorskor och inga män arbetade under tiden som datainsamlingen gjordes. Det är viktigt att inkludera de antal informanter som behövs för att avspegla all den variation som kan tänkas finnas av det undersökta fenomenet men samtidigt begränsa antalet så att inte textmaterialet blir för stort och ohanterligt och i och med det svårt att få grepp om. Det anses generellt lämpligt inom fenomenografi som metod att inkludera mellan 20 till 30 informanter men det kan räcka med 20 informanter. Ofta framkommer inga nya uppfattningar efter analys av 10 - 12 intervjuer. Studier med färre än 20 deltagare anses också kunna visa på betydelsefulla resultat (Larsson & Knutsson Holmström, 2017). Då det var begränsat med tid för att skriva uppsatsen ansågs det tillräckligt med åtta informanter. Totalt tillfrågades 12 stycken barnmorskor att delta. Tre av dem avböjde deltagande och en av dem uppfyllde inte inklusionskriterierna. Att få alla tänkbara sätt att uppfatta ett fenomen är inte möjligt att veta i förväg men utökas antalet försökspersoner eller ett helt annat urval av informanter görs kan antalet uppfattningar ökas (Dahlgren & Johansson, 2015). Efter avslutad intervju fortsatte informanterna ofta samtalet om partogram. Det har reflekterats över om detta kan bero på att det fanns aspekter av fenomenet de inte ville ha inspelat. Dels kan detta bero på att informanterna var tillfrågade på avdelningen och övriga kollegor visste att de deltagit i studien. Dels kan

de bero på att en av studiens författare har haft sin praktik på avdelningen och var bekant med de som arbetade där, men det kan också ha haft inverkan på informanterna vid intervjutillfället då de kanske inte ville säga något som går emot det som lärs ut till studenter.

Inom fenomenografisk metod är enskilda intervjuer det vanligaste sättet för datainsamling. Det eftersträvades att ställa öppna frågor och följdfrågor för att få en bredd av erfarenheter och tankar samt för att få fram oreflekterade uppfattningar. För att inte styra eller påverka informanten undveks det att reagera eller visa att vissa uppfattningar var mer intressanta än andra och istället svara med en nickning eller ett *mmm* (Trost, 2010). Vid intervjutillfället undveks introduktion av nya åsikter och aspekter på hur fenomenet kan beskrivas utan istället överlåta det till informanten. Det eftersträvades att reflektera över sin egen förståelse genom alla intervjuer. Syftet med att reflektera över förförståelsen är för att stärka studiens pålitlighet (Priebe & Landström, 2012). Tre pilotintervjuer utfördes för att ge möjlighet till att öva på intervjuteknik och för att garantera att frågorna var relevanta relaterat till studiens syfte samt för att säkerställa intervjuguidens genomförbarhet (Trost, 2010). Intervjuguiden redovisas i arbetet för ökad trovärdighet (Larsson och Knutsson Holmström, 2012).

Analys

Då fenomenografi som analysmetod anses vara lämplig för att kartlägga uppfattningar om fenomen och även anses vara av värde inom hälso- och sjukvården där lärandet är en ständig process, anses metoden vara adekvat till studiens syfte. Resultatet som har framkommit i denna studie visar på olika sätt att förstå och hantera fenomenet som undersöktes. Det kan vara värdefullt som ett hjälpmedel att göra en fenomenografisk kartläggning av till exempel hur man uppfattar en arbetsuppgift eftersom sättet man förstår en arbetsuppgift på påverkar hur den behandlas (Larsson & Knutsson Holmström, 2012). Dahlgren och Johansson (2015) beskriver en modell i sju steg för att analysera datamaterial fenomenografiskt och har varit till hjälp då det stundtals uppfattades svårt att veta hur analysen skulle fortskrida. Analysmodellen med fem steg användes för att få fram utfallsrum och för att den ansågs vara lämpad för nybörjare att utgå ifrån. För att öka trovärdigheten analyserades texten enligt "förhandlad samstämmighet" vilket innebär att det analyserades fram varsina kategorisystem för att sedan diskutera och förhandla fram ett nytt kategorisystem utifrån de två ursprungliga (Dahlgren & Johansson, 2015). Datainsamling, granskning och analys kan ha påverkats av att det var första gången författarna genomförde denna typ av studie (Henricson, 2012).

Forskningsetiska överväganden

Möjligtvis kan anonymiteten och konfidentialiteten påverkats då de som valde att delta i studien fick inför sina kollegor under arbetspasset gå ifrån för intervju (Vetenskapsrådet, 2015). Ur en etisk synpunkt bör det reflekteras kring antalet citat från intervjuerna då risk finns för att konfidentialiteten inte kan säkerställas. Av samma anledning valdes det att inte skriva ut vilken informant med nummer som så vad i resultatet för att undvika att kollegor skulle kunna "räkna" ut vem som sagt vad (Trost, 2010). Handledaren till denna studie har under hela arbetsprocessen funnits

som stöd och har granskat och även varit delaktig i analysen för att på så vis öka trovärdigheten (Polit & Beck, 2008).

Överförbarhet

Överförbarhet innefattar möjligheten att överföra resultatet till andra grupper eller situationer. För att kunna bedömma överförbarheten behöver studiens trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet vara granskade och säkerställda (Wallengren & Henricson, 2012). Överförbarheten kan stärkas med hjälp av lämpliga citat i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004), vilket har tillämpats i den här studien. Det kan dock diskuteras om resultatet är överförbart då begränsningar finns gällande urval och antal deltagare. De övervägdes att intervjua på ytterligare en förlossningsenhet för att få fram fler sätt att uppfatta det undersökta fenomenet på men på grund av tidbegränsning valdes det istället att lägga mer tid på analys av insamlad material. Trots detta stämmer resultatet överens med tidigare forskning inom ämnet.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom olika aspekter av vad som enligt de intervjuade barnmorskorna avgör när det är lämpligt att starta ett partogram. Uppfattningarna beskrevs i tre kategorier. ”Magkänsla och erfarenhet”, ”undvika linjär tidtabell” och ”påverkas av arbetsplatsens rutiner”. Återkommande uppfattning var att starta partogrammet så sent som möjligt för att inte störa det naturliga och för att undvika onödiga interventioner. Magkänslan och erfarenheten var till hjälp för att känna sig säker på sin bedömning av aktiv fas innan de startade partogrammet vilket ansågs viktigt. Det fanns uppfattningar om att partogrammet var lämpligt att starta även om kvinnan inte var i aktiv förlossning för att undvika mycket text i journalen, till exempel vid induktioner eller behov av smärtlindring tidigt i förlossningsförloppet i form av en eventuell ryggbedövning. För att följa arbetsplatsens rutiner och riktlinjer fanns krav på att tidigt göra en inre undersökning efter det att kvinnan anlät till förlossningsenheten. Att hålla sig till rutinerna var ett sätt att slippa bli granskad även om barnmorskorna kände att de hade velat göra på ett annat sätt för kvinnans bästa.

Avgörande för att starta partogrammet var att vara säker på att förlossningen var i aktiv fas var. För att känna sig säker var en blandning av magkänsla, intuition, erfarenhet, riktlinjer, kvinnans tillstånd och beteende samt kommunikationen med kvinnan avgörande faktorer. Det stämmer väl överens med Scamell och Stewart's (2014) resultat där barnmorskor kände att de behövde använda sig av sin erfarenhet för att ”få systemet” att funka (Scamell & Stewart, 2014). Inte sällan uttrycktes uppfattningar om att det var oklart och i många fall svårt att avgöra om kvinnan var i aktiv fas. Det ansågs inte heller alltid vara lämpligt att starta ett partogram trots att kvinnan uppfyllde kriterierna för aktiv fas. Det fanns en känsla av att det krävdes något mer för att fatta beslutet att starta partogrammet vilket var att det fanns progress, att kvinnan krävde mer närvaro och mer smärtlindring. I tidigare forskning har man funnit att barnmorskor i stor utsträckning använder sig av fysiska ledtrådar tillsammans med hur kvinnan beter sig när de bedömer om kvinnan är i aktiv fas eller inte. Barnmorskan behöver tänka brett för att diagnostisera aktiv förlossning och våga se bortom livmodermunnens öppningsgrad (McDonald, 2010).

Kategori ”Magkänsla och erfarenhet” innefattade återkommande uppfattningar gällande att vilja ”backa” i sitt beslut och att vilja ha en ångra-knapp i partogrammet. De visade på att de ofta satte starttiden i efterhand när de visste om det blivit progress i förlossningsförloppet om det funnits osäkerhet vid kvinnans ankomst och vid första undersökningen. Liknande resultat framkommer också i forskning av Groeschel och Glover (2001) där det framgår att partogrammet ofta fylldes i retrospektivt för att barnmorskans noteringar skulle motsvara verkligheten. En återkommande uppfattning var att det inte är förrän i efterhand som det går att veta om partogrammet startats i lämplig tid. I enlighet med Gross et al (2006) som menar att när förlossningen övergår i aktiv fas bara kan bedömas i efterhand. Aktiv fas och latensfas identifierades i mitten på 1900-talet av Friedman (1954), skaparen av partogrammet.

Kategori ”Undvika linjär tidtabell” visade på att barnmorskan värnar om kvinnans möjlighet att få föda i sin takt och undvika onödiga interventioner genom att starta partogrammet så sent som möjligt för att undvika att kvinnan hamnar i en linjär tidtabell. Genom att avvakta med att starta partogrammet vid osäkert status av förlossningsfas och ge kvinnan några timmar för att naturligt komma igång visar på

barnmorskans uppfattning kring att partogrammet kan vara ett riskfyllt instrument för att dess linjer inte stämmer överens med kvinnans livmodermuns takt att öppna sig. Forskning visar att barnmorskor använder sig av olika kreativa lösningar för att starta partogrammet så sent som möjligt, just för att undvika risken att kvinnan utsätts för onödiga interventioner. De försökte frånga eller komma runt partogrammets risker med dess tidtabeller och stödlinjer genom att fördröja start för att ge kvinnorna chansen att föda naturligt. Dock ansåg de sig inte försätta varken barnet eller kvinnan i någon risk, snarare tvärtom (Scamell & Stewart, 2014). Det har bevisats att livmodermunnens öppnade kan ta längre tid än vad dagens partogram tillåter. Livmodermunnens öppnande kan ta mer än sex timmar från fyra till fem centimeter och mer än tre timmar från fem till sex centimeter. Progressen kan vara långsam ända upp till sex centimeter av livmodermunnens öppnande men därefter accelerera så att det perinatale utfallet ändå kan bli normalt (Zhang et al, 2010). Kvinnor som föder barn idag skiljer sig åt från dem som Friedman (1954) och Phillpott och Castle (1972) tidigare studerat för att utveckla partogrammet. Idag är kvinnor tyngre och äldre än förr när de föder barn (Zhang et al, 2010). Övervikt hos gravida kvinnor kan påverka och förlänga förlossningsprogressen hos både om- och förstföderskor (Kominiarek et al, 2011).

Bland barnmorskorna i denna studie fanns en tveksamhet till nyttan av att använda partogram med tanke på att kvinnan då tvingades in i den linjära tidtabellen. Uppfattningar fanns att detta kan vara avgörande och styra när barnmorskan startar partogrammet vilket ansågs grundläggande att reflektera kring. Partogrammet begränsar barnmorskans flexibilitet och autonomi att behandla varje kvinna unikt (Lavender, Hart & Smyth, 2012). Detta begränsas inte bara av partogrammet utan också av sjukvårdens organisatoriska system. För att öka barnmorskans möjlighet till autonomi bör dessa begränsningar minskas (Davies & Iredale, 2006). Barnmorskan ska kunna bistå förlossningar med eget ansvar (ICM, 2005). Barnmorskan ska även använda erfarenheter och färdigheter genom att tillämpa de kunskaper och färdigheter som hen använder i praktiken (Socialstyrelsen, 2006).

Kategorin ”Påverkas av arbetsplatsens rutiner” visar på uppfattningar att partogrammet lämpligen även kunde startas vid induktioner och vid behov av tidig smärtlindring, exempelvis ryggbedövning, för att undvika mycket journaltext. En gemensam uppfattning var att partogrammet var ett hjälpmedel och verktyg för att inte behöva skriva information såsom dropphöjningar och smärtlindring i löpande journaltext och på grund av detta startades ett partogram trots att kvinnan inte var i aktiv förlossning. Detta för att information måste dokumenteras någonstans och för att det inte uppfattades lämpligt att göra det i löpande journaltext eftersom det finns risk att annan viktig information om kvinnans hälsotillstånd och förlossningens förlopp missades på grund av textmassan. Trots en gemensam uppfattning om att det var lämpligt att starta partogrammet i andra syften än vid aktiv förlossning, till exempel vid igångsättning av förlossningen, skilde sig uppfattningen åt om tidpunkten för starten av partogrammet. För majoriteten av förlossningar idag påbörjas ett partogram antingen när kvinnan visar sig vara i aktiv förlossning eller när det finns behov för ett obstetrisk ingripande, såsom att ta håll på hinnorna eller ge värkförstärkande dropp ofta för induktionsändamål (Groeschel & Glover, 2001). Forskning visar att barnmorskor har svårt att avgränsa de normala från de onormala situationerna eftersom medicinering och teknik inom förlossningsvården har eskalerat (Gould, 2000).

Forskning visar att utfallet på de förlossningar som har start av partogram i latensfas genererar en högre frekvens av kejsarsnitt jämförelsevis med de som har start av partogram i aktiv fas. Det är därför centralt att se över vilken typ av partogram som bör användas inom förlossningsvården (Lavender, Hart & Smyth, 2012). Vid korrekt användning av partogrammet har man funnit att behovet minskar av mycket löpande journaltext samt att överrapportering underlättas (Groeschel och Glover, 2001).

På förlossningsavdelningen där barnmorskorna intervjuades för den här studien finns inga rutiner specifikt för när ett partogram ska startas. För att kompensera för bristen på tydliga riktlinjer samlades andra kriterier in baserat på erfarenhet och magkänsla vid beslutsfattande gällande start av partogram. Det visar och ena sidan på att barnmorskorna använder sig av beprövad erfarenhet utöver riktlinjer när de ska fatta beslut i enlighet med kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska men och andra sidan menar Stålhammar och Boström (2008) att detta utgör en risk för att vården som utövas inte baseras på evidens. Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska ska barnmorskans arbete bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet utifrån författningar, lagar och riktlinjer (Socialstyrelsen, 2006). Därför är det centralt att ange riktlinjer, under förlossningen, som ger utrymme att vidta åtgärder för att förhindra komplikationer (Socialstyrelsen, 2011; WHO, 1996). Resultat från aktuell forskning visar på ett akut behov av att se över partogrammets användande inte bara utifrån kliniska utfall utan också utifrån vårdkvalitet, hur nöjd patienten är, ur hälsoekonomiskt perspektiv, påverkan i hur man förstår det och använder det. Detta anses vara ett viktigt steg för att fastställa partogrammets effektivitet och framtida roll inom förlossningsvården (Bedwell, Levin & Lavender, 2017).

Användandet av partogrammet varierar mellan klinikerna över hela landet (Stålhammar & Boström, 2008). Detta är dock inte förvånande då det saknas stöd i hur partogrammet ska användas. På majoriteten av förlossningsenheterna i Sverige finns ingen skriven policy för diagnostisering av aktiv förlossning, värksvaghet eller behandling vid värksvaghet. Dessutom finns ingen konsensus gällande kriterier för att diagnostisera detta vilket kan leda till att en icke-evidensbaserad vård bedrivs på Sveriges förlossningsenheter (Stålhammar & Boström, 2008). De riktlinjer som används inom förlossningsvården är baserade på erfarenhet mer än forskning och därför är det viktigt att se partogrammet mer som ett stöd än en regel (Lindgren & Wiklund, 2016a). När partogrammet introducerades i England fanns en kultur som inte fokuserade på att arbeta evidensbaserat vilket ledde till att partogrammet accepterades och började användas utan någon kritik (Lavender, Tsekiri & Baker, 2008). Det visar sig vara svårt att finna information eller dokumentation om när partogrammet började användas i Sverige, vilket kanske visar på att det utan större granskning eller utredning infördes på liknande sett här i Sverige som i England. Enligt Bedwell, Levin & Lavender (2017) introducerades partogrammet i förlossningsvården vid en tid då evolutionen av interventioner ännu inte hade tagit form. De menar att forskning på partogrammets användbarhet och utfall har inte lyckats helt med att visa på den komplexitet som nu krävs i dagens förlossningsvård.

Det uppfattades vara ett stort ansvar att kunna avgöra när det var lämpligt att starta partogrammet då det påverkade kvinnans autonomi och förlossningsförlopp om bedömningen inte var adekvat. Hur medicinsk information presenteras i ett partogram kan påverka beslutsfattande hos läkare. De var mer benägna att ingripa och ingripa

mer aktivt om partogramkurvan verkade platt och om latensfasen inkluderades. Partogrammets form och utgångspunkt har sannolikt påverkat antalet interventioner i praktiken (Cartmill & Thornton, 1993).

Det upplevdes som ett krav att starta partogrammet för att följa arbetsplatsens kultur och rutiner. Övervägande del av barnmorskorna i denna studie visade sig ändå vara positiva till partogrammet som hjälpmedel i sitt arbete. Forskning visar att barnmorskor är positiva till att använda partogrammet men att de också upplever det som ett måste att följa riktlinjer och protokoll, även om de tyckte att det nödvändigtvis inte gav bättre vård och stöd. De såg vikten av att jobba med riktlinjer för att undvika risker för mor och barn (Scamell & Stewart, 2014). Partogrammet verkar vara allmänt accepterat som verktyg men kliniskt används det inte som förväntat och därav går dess potential förlorad (Bedwell, Levin & Lavender, 2017).

I Sverige handlägger barnmorskan självständigt normal graviditet, förlossning och eftervård (Socialstyrelsen, 2006). Enligt resultat från denna studie uppfattade barnmorskorna att de utsattes för granskning av läkare inom sitt område. Ofta är det läkare som skriver riktlinjer gällande start av partogram men det är barnmorskans ansvarsområde att bedöma lämplig start. En optimal förutsättning för god vård till mor och barn är en tydlig ansvarsfördelning och ett gott samarbete mellan ansvariga personalkategorier (Socialstyrelsen, 2001). Resultat från Bedwell, Levin och Lavender (2017) visar att det finns en oklarhet och förvirring kring rollfördelning och ansvar för partogrammet läkare och barnmorskor emellan, vilket kan indikera på dåligt samarbete och kommunikation som i sin tur kan påverka beslutsfattande och utfall. Enligt WHO (1996) är barnmorskan den mest lämpliga att ansvara för normal graviditet och förlossning. Resultat från studien visar på uppfattningar att de födande kvinnorna utsattes för onödiga inre undersökningar eftersom det fanns ett krav på att redovisa för övriga personalkategorier i vilket stadie kvinnan var i. Forskning visar att barnmorskor upplever att de ofta måste förhandla om frågor såsom; kvinnans och familjens önskemål, arbetsbelastningen och kollegors uppfattning när de fattade sina beslut. Detta förhandlande kan öka risken för felaktig diagnostisering av aktiv fas, innebära onödiga undersökningar, vilket i sin tur kan leda till sämre vård och ökade interventioner (McDonald, 2010).

Det främsta syftet med partogrammet är att underlätta upptäckten av värksvagheter och är idag det mest använda instrumentet för att upptäcka värksvagheter (Nordström & Abascal, 2016). Definitionerna av normal förlossning och värksvagheter har stora effekter på handläggningen av förlossning och på antalet kejsarsnitt (Zhang et al, 2010). Det finns ingen entydig internationell definition av värksvagheter (WHO, 1994; WHO, 1996). Enligt WHO (1996) kan man först efter förlossningen definiera det som en duration av den aktiva fasen på mer än 12 timmar. Det uppfattades vara ett betydelsefullt ansvar att bedöma när det var lämpligt att starta ett partogram och resultat från denna studie visade att magkänslan och erfarenheten vara avgörande faktorer för att bedöma när det var lämpligt att starta ett partogram. För att låta förlossningen vara ostörd startades partogrammet så sent som möjligt. Det ansågs även lämpligt att starta vid induktioner och behov av tidig smärtlindring för att kunna dokumentera utförda åtgärder på lämpligt ställe.

Slutsats

Intervjustudien visar att det är ett betydelsefullt ansvar för att avgöra när ett partogram skall startas. Barnmorskor uppfattar det som ett krav att starta partogram för att följa arbetsplatsens rutiner och för att undvika att bli granskad. Trots det är de flesta barnmorskor positiva till att använda partogrammet. För att värna om kvinnan och den naturliga förlossningsprocessen startar barnmorskor partogrammet så sent som möjligt. Vad som avgör att de startar ett partogram är att kriterier för aktiv förlossning är uppfyllda samt ”extra kriterier”; att det finns progress och att kvinnan kräver mer smärtlindring och närvaro som barnmorskorna utvecklat med hjälp av sin magkänsla och erfarenhet. Skillnader i uppfattningar tydliggör problematiken kring hur svårt det är att definiera och diagnosticera aktiv förlossning vilket är avgörande för att starta partogrammet vid lämplig tid.

Klinisk tillämpbarhet av studien

Studien har betydelse för att kunna visa på skillnader i hur barnmorskor uppfattar vad som avgör när det är lämpligt att starta ett partogram. Att det finns skillnader tydliggör problematiken kring oklara riktlinjer för start av partogram samt hur svårt det är att definiera och diagnosticera aktiv förlossning, vilket är centralt för korrekt användning av partogrammet. Resultaten från studien kan vara till användning för att i framtiden ta fram nya riktlinjer. Där barnmorskan kan vara involverad för att delge sig av sina ”extra kriterier” utöver aktiv förlossning vilket uppfattas avgörande för att starta partogrammet vid lämplig tid.

Förslag på framtida forskning

Då resultatet visar på att barnmorskor uppfattar det lämpligt att starta partogrammet så sent som möjligt, för att undvika onödiga interventioner hade det varit intressant att undersöka barnmorskans förhållningssätt till interventioner och jämföra det med patientens önskemål och inställning till interventioner, samt utfallet i patientens förlossningsupplevelse. Då det framkommer i resultatet att barnmorskor uppfattar det lämpligt att starta partogrammet vid induktioner och tidig smärtlindring för att undvika mycket journaltext hade det varit intressant att titta på utfall av att starta partogram i andra syften än vid bedömd aktiv förlossning. Till exempel vid induktioner och när kvinnan har behov av tidig smärtlindring jämförelsevis med att starta vid aktiv fas. Varför är inte barnmorskan med och skriver riktlinjer för användning av partogram? Hur mycket av värde är barnmorskans magkänsla och erfarenhet och går det att beskriva i skrivna riktlinjer?

Referenslista

- Algovik, M. (2014). Dystoci. I H, Hagberg., K, Marsal & M, Westgren (Red.), *Obstetrik*. (s. 491-495). Lund: Studentlitteratur.
- Bedwell, C., Levin, K., Pett, C., & Lavender, T. (2017). A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring? *BMC Pregnancy and Childbirth*. doi: 10.1186/s12884-016-1213-4
- Bernitz, S., Dalbye, R., Øian, P., Zhang, J., Eggebø T M., & Blix, E. (2017). Study protocol: the Labour Progression Study, LAPS - does the use of a dynamic progression guideline in labour reduce the rate of intrapartum caesarean sections in nulliparous women? A multicentre, cluster randomized trial in Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 17:370. doi 10.1186/s12884-017-1553-8
- Cartmill, R, S, V., & Thornton, J, G. (1993). Effect of presentation of partogram information on obstetric decision-making. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 40(2), 189
- Davies, J., & Iredale, R. (2006). An exploration of midwives' perceptions about their role. *MIDIRS Midwifery Digest*. 16(4):455–460
- Dahlgren, L-G., & Johansson, K. (2015). Fenomenografi. I A, Fejes & R, Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys*. (s. 162-174). Stockholm: Liber.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur.
- Dencker, A. (2010). *Avvaktande eller aktiv handläggning vid långsam förlossningsprogress hos friska förstföderskor – En studie om riskfaktorer, obstetriskt utfall och förlossningsupplevelse*. [Doktorsavhandling]: Göteborgs universitet.
- Fraser, W., Cayer, M., Soeder, B., Turcot, L. & Marcoux, S. (2002). Risk factors for difficult delivery in nulliparas with epidural analgesia in second stage of labour. *Obstetrics & Gynecology* 99(3), 409-418
- Friedman, E, A. (1954). The graphic analysis of labour. *Am J Obstet Genecol*. 68:1568-1575
- Gould, D. (2000). Normal labour: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 31: 418–427. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01281.x
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112
- Gross, M., Hecker, H., Matteredne, A., Guenter, H. & Keirse, M. (2006). Does the way that women experience the onset of labour influence the duration of labour? *An*

- International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 113(3), 289–294 doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.00817.x
- Henricson, M., (2012). Diskussion. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 471-478). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur.
- ICM. (2005). *International Definition of the Midwife*. Hämtad 2017-11-20 från http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ENG%20Definition_of_the_Midwife%202017.pdf
- Karlsson, E-K. (2012). Informationssökning. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kjærgaard, H., Olsen, J., Ottesen, B., Nyberg, P. & Dykes, A-K. (2008). Obstetric risk indicators for labour dystocia in nulliparous women: A multi-centre cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 8:45. doi.org/10.1186/1471-2393-8-45
- Kjaergaard, H., Olsen, J., Ottesen, B., Dykes, A-K. (2009). Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 88(4), 402–7.
- Kominiarek, M A., Zhang, J., Vanveldhuisen, P., Troendle, J., Beaver, J., Hibbard, J U. (2011). Contemporary labour patterns: the impact of maternal body mass index. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 205(3), 244-244.
- Larsson, J., & Knutsson Holmström, I. (2012). Fenomenografi. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 389-406). Lund: Studentlitteratur.
- Lavender, T., Hart A., & Smyth, RMD. (2012). Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD005461. doi: 10.1002/14651858.CD005461.pub4.
- Lavender, T., Tsekiri, E., & Baker, L. (2008). Recording labour: a national survey of partogram use. *British Journal of Midwifery*, 16(6), 359-362
- Lindgren, H., & Wiklund, I. (2016a). Fysiologi och barnmorskans handläggning. I H, Lindgren, K, Christensson & A-K, Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (s.437-446). Lund: Studentlitteratur.
- Lindgren, H., & Wiklund, I. (2016b). Det fysiologiska förloppet: förlossningens förlopp. I H, Lindgren, K, Christensson & A-K, Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (s.446-447). Lund: Studentlitteratur.
- 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.

- Marton, F., & Booth, S. (2000). *Fenomenografins idé: om lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- McDonald, G. (2010). Diagnosing the latent phase of labour: use of the partogram. *British Journal Of Midwifery*, 18(10), 630-637
- Nordström, L., & Abascal, G. (2016). Komplikationer i samband med förlossningen: primär och sekundär värksvaghet. I Lindgren, I. H., Christensson, K., & Dykes, A-K (Red.), *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (s.539-541). Lund: Studentlitteratur.
- Petersson, P., & Lindskov, C. (2012). Aktionsforskning. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (s.289-301). Lund: Studentlitteratur.
- Philpott, T. H., & Castle, V. M. (1972). Cervicographs in the management of labour in primigravidae. I. The alert line for detecting abnormal labour. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*. 79(7):592-598
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 31-50). Lund: Studentlitteratur.
- Region Östergötland. (2016). *Normal förlossning*. Hämtad 2011-12-01, från <http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/PM-medicinska-o-vardadm/PM-dokument/Barn--och-Kvinnocentrum/Kvinnoklinikerna-i-Ostergotland/Lokala-medicinska-PM-US/Normal-forlossning/>
- Scamell, M., & Stewart, M. (2014). Time, risk and midwife practice: the vaginal examination. *Health, Risk & Society*, 16(1), 84-100.
doi:10.1080/13698575.2013.874549
- Selin, L., Wallin, G., & Berg, M. (2008). Dystocia in labour - risk factors, management and outcome: a retrospective observational study in a Swedish setting. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 87(2), 216–21.
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sheiner, E., Levy, A., Feinstein, U., Hallak, M., & Mazor, M. (2002). Risk factors and outcome of failure to progress during the first stage of labor: a population-based study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 81(3), 222–6.

- Socialstyrelsen, (2001). *Handläggning av normal förlossning - state of the art*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2011). *Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stålhammar, A., & Boström, B. (2008). Policies for labour management -- existence and content. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 22(2), 259-264
- Thornberg, R., & Fejes, A., (2015). Kvalitet och generaliserbarhet i kvalitativa studier. I A, Fejes & R, Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys*. (s. 256-276). Stockholm: Liber.
- van Bogaert, LJ. (2009). Revising the primigravid partogram: does it make any difference? *Arch Gynecol Obstet*. 279: 643. doi.org/10.1007/s00404-008-0788-z
- Vetenskapsrådet. (2015). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2017-11-09 från: www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf
- Walss Rodriguez, RJ., Gudino Ruiz, F., Tapia Rodriguez, S. (1987). Trial of labor. A comparative study between Friedman's partogram and the conventional descriptive partogram. *Ginecol obstet Mex*. 55, 318-22.
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 482-495). Lund: Studentlitteratur.
- Windrim, R., Seaward, PG., Hodnett, E., Akoury, H., Kingdom, J., Salenieks, ME., Fallah, S., & Ryan, G. (2007). A randomized controlled trial of a bedside partogram in the active management of primiparous labour. *J obstet Gynaecol Can*. 29(1), 27-34.
- World Health Organization. (1994). *Maternal Health and Safe Motherhood Programme. World Health Organization partograph in management of labour*. Lancet; 343:1399-1404
- World Health Organization. (1996). *Safe motherhood. Care in normal birth: a practical guide*. WHO/FRH/MSM/96.24. Geneve. World Health Organization.
- Trost, J., (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Zhang, J., Landy, H. J., Branch, D. W., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K. D., ... Reddy, U. M. (2010). Contemporary Patterns of Spontaneous Labour With Normal Neonatal Outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 116(6), 1281-1287. doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e

Bilaga 1

Barnmorskors uppfattning om när det är lämpligt att starta ett partogram och vad som avgör beslutet att starta.

Information och förfrågan om deltagande i studie

Bakgrund och syfte

Partogrammets främsta syfte är att upptäcka värksvaghet och är idag den mest använda metoden för att upptäcka detta. Konsensus varierar i hur förlängd förlossningsprogress definieras. I Sverige anses förlossningsförloppet vara förlängt om utebliven progress är mer än 3 timmar. WHO har däremot sin rekommendation efter 4 timmar. Forskning har visat att förlossningsarbetet kan ta mer än sex timmar i öppningsskedet av cervix från 4 till 5 cm och mer än tre timmar från 5 till 6 cm. Partogrammet kan minska barnmorskans autonomi och begränsa hennes flexibilitet för att kunna behandla varje kvinna unikt.

Förfrågan om ditt deltagande och studiens genomförande

Vi vill i vår uppsats speciellt få kunskap om barnmorskors uppfattning om när det är lämpligt att starta ett partogram och vad som avgör beslutet att starta det. Uppsatsen är godkänd av avdelningschef på förlossningsavdelningen.

Intervjun varar ca 20 - 30 min och hålls i samtalsform med öppna frågor kring upplevelsen av partogram start och barnmorskors tankar om detta. Intervjun spelas in och skrivs av ordagrant utan att namn används, bara intervjuerna har tillgång till identitet. Information som framkommer i intervjuerna kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av den. Resultatet skall redovisas så att det inte går att koppla till dig som individ. Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas.

Information om studiens resultat

Uppsatsens resultat planeras att bli redovisat för kurskamrater och för personal.

2017-11-02 *Jessica Flygård & Marie Kvammen Wighed*

Jessica Flygård

Barnmorskestudent vid Institutionen för
Vårdvetenskap och hälsa,

Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet.

Mobil: +46768168825

E-mail: jessica_notemyr91@hotmail.com

Marie Kvammen Wighed

Barnmorskestudent vid Institutionen för
Vårdvetenskap och hälsa,

Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet.

Mobil: +46739993933

E-mail: marie.wighed@gmail.com



Sahlgrenska akademien
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET
*Institutionen för vårdvetenskap och
hälsa*

**Informerat samtycke om deltagande i studie om barnmorskors
uppfattning av att starta partogram vid lämplig tidpunkt.**

Jag ger mitt godkännande till att barnmorskor deltar i denna intervjustudie

.....

Namnteckning Avdelningschef

.....

Namnförtydligande och telefonnummer

.....

Vi som studieledare försäkrar deltagarnas konfidentialitet vid intervju, analys och resultatredovisning för studie om upplevelser av att starta partogram.

Datum

.....

Namnteckning

.....

Namnförtydligande : Jessica Flygård

Namnteckning

.....

Namnförtydligande : Marie Kvammen Wighed

.....

Bilaga 2

Barnmorskors uppfattning om när det är lämpligt att starta ett partogram och vad som avgör beslutet att starta.

Information och förfrågan om deltagande i studie

Bakgrund och syfte

Partogrammets främsta syfte är att upptäcka värksvaghet och är idag den mest använda metoden för att upptäcka detta. Konsensus varierar i hur förlängd förlossningsprogress definieras. I Sverige anses förlossningsförloppet vara förlängt om utebliven progress är mer än 3 timmar. WHO har däremot sin rekommendation efter 4 timmar. Forskning har visat att förlossningsarbetet kan ta mer än sex timmar i öppningsskedet av cervix från 4 till 5 cm och mer än tre timmar från 5 till 6 cm. Partogrammet kan minska barnmorskans autonomi och begränsa hennes flexibilitet för att kunna behandla varje kvinna unikt.

Förfrågan om ditt deltagande och studiens genomförande

Vi vill i vår uppsats speciellt få kunskap om barnmorskors uppfattning om när det är lämpligt att starta ett partogram och vad som avgör beslutet att starta det. Uppsatsen är godkänd av avdelningschef på förlossningsavdelningen.

Intervjun varar ca 20 - 30 min och hålls i samtalsform med öppna frågor kring upplevelsen av partogram start och barnmorskors tankar om detta. Intervjun spelas in och skrivs av ordagrant utan att namn används, bara intervjuarna har tillgång till identitet. Information som framkommer i intervjuerna kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av den. Resultatet skall redovisas så att det inte går att koppla till dig som individ. Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas.

Information om studiens resultat

Uppsatsens resultat planeras att bli redovisat för kurskamrater och för personal.

2017-11-02 *Jessica Flygård & Marie Kvammen Wighed*

Jessica Flygård

Barnmorskestudent vid Institutionen för
Vårdvetenskap och hälsa,

Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet.

Mobil: +46768168825

E-mail: jessica_notemyr91@hotmail.com

Marie Kvammen Wighed

Barnmorskestudent vid Institutionen för
Vårdvetenskap och hälsa,

Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet.

Mobil: +46739993933

E-mail: marie.wighed@gmail.com



**Informerat samtycke om deltagande i studie om barnmorskors
upplevelse av att starta partogram vid lämplig tidpunkt.**

Jag önskar medverka i intervju om mina upplevelser av partogram start.

Datum

.....

Namn-teckning

.....

Namn-förtydligande och telefonnummer

.....

Vi som studieledare försäkrar deltagarnas konfidentialitet vid intervju, analys och
resultatredovisning för studie om upplevelser av att starta partogram.

Datum

.....

Namn-teckning

.....

Namn-förtydligande : Jessica Flygård

Namn-teckning

.....

Namn-förtydligande : Marie Kvammen Wighed

.....

