



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

BARNMORSKORS ERFARENHETER OCH UPPLEVELSER AV SPIRALINSÄTTNING

En intervjustudie

Linda Afzelius och Annika Ekström

Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	RPH100 Examensarbete i Reproductiv och Perinatal Hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2017
Handledare:	Viola Nyman
Examinator:	Helen Elden

Titel:	Barnmorskors erfarenheter och upplevelser av spiralinsättning en intervjustudie
Titel:	Midwives´ experience from insertion of intrauterine device an interview study
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	RPH100 Examensarbete i Reproductiv och Perinatal Hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2017
Handledare:	Viola Nyman
Examinator:	Helen Elden
Nyckelord:	barnmorska, erfarenhet, kvalitativ innehållsanalys, preventivmedel, spiral, upplevelser

Sammanfattning

Bakgrund: I Sverige har barnmorskorna en unik roll som preventivmedelsrådgivare. De förskriver ca 80% av hormonell antikonception och sätter in fler spiraler än läkare. Barnmorskor har störst samlad erfarenhet av spiralinsättning men det finns ingen tidigare forskning om hur barnmorskor upplever detta.

Syfte: Att beskriva barnmorskors erfarenheter och upplevelser av spiralinsättning.

Metod: Kvalitativa semistrukturerade intervjuer med åtta barnmorskor på sex barnmorskemottagningar utfördes. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Under dataanalysen framträdde tre huvudkategorier; mångfacetterat arbetsmoment, ge god vård och rädsla att orsaka lidande. Barnmorskorna upplevde att spiralinsättning var ett känsloladdat arbetsmoment som när det gick bra upplevdes glädjefyllt, men när komplikationer uppstod kunde det skapa oro och rädsla. Förutsättningarna i arbetet skiljde sig mycket åt för barnmorskorna då en del arbetade ensamma och andra hade många kollegor. Det förelåg även skillnader gällande tillgången på ändamålsenliga instrument. Barnmorskor kände omsorg om att kvinnan skulle vara nöjd med spiralinsättningen och önskade att det funnits möjlighet att ge en bättre smärtlindring under ingreppet.

Slutsats: Barnmorskor belyser spiralinsättning från många olika infallsvinklar, de pekar på brister och ger förslag till förbättringar. Det framkommer att spiralinsättning är ett mångfacetterat arbetsmoment, att det fanns en vilja att ge god vård och att det fanns en rädsla att orsaka lidande. Om spiralen ska bli ett attraktivt preventivmedel för kvinnor i alla åldrar, vilket kan bidra till sänkta aborttal, krävs att kvinnor går från mottagningen med en positiv

känsla. Vidare forskning behövs för att undersöka vilka faktorer som bidrar till att skapa en trygg miljö för både kvinnan och barnmorskan samt vilken smärtlindring som är effektivast i samband med spiralinsättning.

Nyckelord: barnmorska, erfarenhet, kvalitativ innehållsanalys, preventivmedel, spiral, upplevelser

Abstract

Background: Midwives in Sweden has a unique role as contraceptive advisors. They prescribe 80% of all hormonal anticonception and insert more intrauterine devices than medical doctors. Midwives have great of experience in inserting intrauterine devices (IUD) but there are no research about these experiences.

Aim: To describe midwives' experiences of intrauterine device insertion.

Method: Qualitative semi structured interviews with eight midwives in six maternity care units were conducted. The data was analyzed by qualitative content analysis.

Results: During the data analysis three categories emerged; a multifold procedure, provide good healthcare, and worries to cause suffering. The experiences of insertion of an intrauterine device (IUD) was emotionally. When insertion of the IUD was successful this was perceived joyful, but when complications arose midwives felt worried and fearful. There were differences in working conditions for the midwives, some of them had no colleagues while other midwives had many colleagues. There was also differences between the midwives' access to appropriate instruments for insertion of IUD. The midwives cared about the women. They wished that the women would be satisfied with the insertion of the IUD, and that they had better possibilities to give sufficient pain relief during the insertion.

Conclusion: Midwives highlighted the IUD insertion from many different aspects. They described shortcomings and suggestions for improvement. The midwives wanted to be able to provide women good healthcare with sufficient pain relief during IUD insertion and described fear to cause suffering. To make IUD an attractive contraceptive for women in all ages, it is important that women leave the maternity unit with a positive feeling after the insertion of an IUD. Further research could investigate which factors contribute to security both for the woman getting an IUD and the midwife inserting the IUD, and to find adequate pain relief.

Keywords: content analysis, contraception, experience, intrauterine device, midwife

Förord

Tack till Anette Johnson som var med oss i starten och gav många tips och ledde in oss på vår metod samt hjälpte oss med vår FoU-ansökan, detta resulterade i ett litet bidrag. Även ett mycket stort TACK när vi hade det som jobbigast.

Viola tog sedan vid som handledare och har stöttat oss under hela processen, TACK!

Vidare vill vi tacka de åtta barnmorskor som ställde upp på våra intervjuer med stort engagemang och bidrog till denna studie.

Och stort tack till våra familjer som stått ut med att vi varit lite frånvarande på flera plan under dessa tio intensiva veckor!

Annika Ekström & Linda Afzelius

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Abstract.....	3
Inledning.....	1
Bakgrund	1
Spiralen som preventivmedel	2
Abort och abortstatistik	3
Kvinnors spiralanvändning.....	3
Förberedelser och insättningsteknik	4
Smärta och smärtlindring vid spiralinsättning.....	5
Negativa effekter av spiral/spiralinsättning.....	7
Teoretisk referensram.....	8
Problemformulering	10
Syfte	11
Metod	12
Urval	12
Datainsamling.....	13
Dataanalys	14
Förförståelse	14
Forskningsetiska överväganden.....	15
Risk/Nytta analys.....	15
Resultat.....	16
Mångfacetterat arbetsmoment	16
Spiralinsättning är ett komplext arbetsmoment	16
Skapa förutsättningar i arbetsmiljön	17
Ge god vård	19
Viljan att skapa en trygg situation	19
Bevara kvinnans integritet	20
Rädsla att orsaka lidande	20
Klotång eller inte.....	21
Vara lyhörd	22
Smärtlindra.....	22
Diskussion	25
Metoddiskussion.....	25

Resultatdiskussion	27
Mångfacetterat arbetsmoment.....	27
Ge god vård.....	28
Rädsla att orsaka lidande	29
Konklusion	31
Kliniska implikationer	31
Referenslista	32
Bilaga 1 Sammanställning av ISO, PM och riktlinjer	
Bilaga 2 Information om förfrågan om deltagande i studie	
Bilaga 3 Intervjuguide	
Bilaga 4 Informerat samtycke om deltagande i studie	

Inledning

När vi träffat barnmorskekollegor från olika delar av Sverige på t.ex. konferenser har vi kommit att diskutera hur en spiralinsättning går till, vilka instrument som används och bör användas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, vilken information och smärtlindring med mera som ges och om Misoprostol (Cytotec) används. Cytotec är ett livmodersammandragande medel som även påverkar livmoderhalsen, vilket kan underlätta införandet av en spiral. Det har framkommit att det finns stora skillnader också inom Västra Götalandsregionen (VGR). Detta kan lätt skapa frustration hos redan erfarna barnmorskor som t.ex. byter jobb både inom landet och inom regionen.

Om det kan kännas svårt för erfarna barnmorskor, kan man ana hur svårt det kan vara för barnmorskestudenter. De får genom teoretisk och praktisk träning lära sig insättningstekniken. Vi kan se brister i att kapitlet gällande spiralinsättningar i studenternas kurslitteratur inte är uppdaterad enligt senaste forskning. Det kan vara förvirrande att efter verksamhetsförlagd utbildning återsamlas i skolan och inse att spiralinsättning skiljer sig åt en hel del, beroende på vilken barnmorskemottagning de praktiserat på och vilken handledare de lärt sig handgreppen av. Vi vill därför genom intervjuer ta del av barnmorskors erfarenheter och upplevelser av spiralinsättning. När vi sökt i litteraturen som berör vår frågeställning har vi inte kunnat få fram någon forskning kring just detta specifika ämne.

Bakgrund

Spiralen är idag ett bra preventivmedel för att förhindra oönskade graviditeter och målgruppen som kan använda den har ökat då även nullipara, d.v.s. kvinnor som inte fött barn, kan få den som ett förstahandsalternativ. Denna långtidsverkande metod kan främja kvinnors reproduktiva hälsa genom högre följsamhet jämfört med t.ex. p-piller och därmed minska oönskade graviditeter (Gemzell-Danielsson & Odling, 2014). I Sverige har barnmorskor en unik roll som preventivmedelsrådgivare och förskrivare. Förskrivningsrätten infördes formellt 1996, men har i praktiken förekommit sedan 1970-talet (SOSFS 1996:21). Mellan åren 2010–2012 förskrev barnmorskor 80 % och läkare 20 % av hormonell antikonception (Läkemedelsverket, 2014). Huvuddelen av all preventivmedelsrådgivning med indikation födelsekontroll till friska kvinnor utan riskfaktorer ges av barnmorskor som är skyldiga att kunna Läkemedels-verkets rekommendationer, samt aktuella rutiner på sin arbetsplats. Preventivmedels-rådgivning kräver stort ansvar och är en mångskiftande uppgift (Tydén, 2016).

Spiralen som preventivmedel

Redan tidigt visste man att främmande kroppar i livmodern kunde förhindra en graviditet. Till exempel lade kringvandrande araber dadelkärnor eller små stenar som inlägg i kamelhonornas livmödrar för att de inte skulle vara dräktiga under deras långa ökenvandringar. De kallades för pessar som betyder liten sten (Faxelid, et al., 2001). Intrauterina preventivmedel (IUD-intrauterine device) brukar i dagligt tal benämnas spiral.

På 1920-talet introducerades de tidigaste livmoderinläggen. Då hade livmoderinläggen formen av en spiral, idag är de T-formade och tillverkade i polyetylen (plast) med tillägg av antingen koppartråd virad runt inläggets vertikala arm, eller ett hölje i silikon med gestagen. De tidiga spiralerna hade goda resultat gällande att förhindra graviditet, men fick dåligt rykte p.g.a. att insättningen ledde till att många kvinnor fick allvarliga infektioner då den inte gjordes aseptiskt. Eftersom antibiotikan inte var upptäckt än, hände det att kvinnorna avled till följd av infektioner eller blev infertila (Tydén, 2016).

Användningen av spiraler var från början inte stor och först på 1950-talet, när plastspiraler utvecklades, blev fler intresserade av metoden av det långtidsverkande preventivmedlet, som idag kallas för LARC (Long Acting Reversible Contraception). Kopparspiralen utvecklades så småningom och det gav ett bättre graviditetsskydd och färre biverkningar än plastspiraler. Kopparspiralen som oftast används i VG-regionen idag heter Nova-T och den ger graviditetsskydd under 5 år. Hormonspiralen Levonova, som frisätter hormonet levonorgestrel, utvecklades under 1980-talet och ger ett bra graviditetsskydd. Denna spiral har sedan ett antal år bytt namn till Mirena. År 2013 godkände EU en hormonspiral som frisätter lägre dos levonorgestrel (Jaydess), samt är mindre i storlek (Gemzell-Danielsson & Odlind, 2014). Ytterligare en hormonspiral finns nu på marknaden sedan februari 2017 (Kyleena), den frisätter något mer hormoner än den mindre hormonspiralen och ger färre biverkningar än Levonova som var den första hormonspiralen. Den kan användas under 5 år. Hormonspiralernas effektivitet påverkas inte av kvinnans BMI (Gemzell-Danielsson & Odlind, 2014), vilket kan vara fallet med övriga hormonella preventivmedel. Det är känt att LARC minskar oavsiktliga graviditeter och både preventivmedelsstavar och spiraler är rekommenderade som förstahandsalternativ för nullipara och tonåringar (Kaislasuo, et al., 2014; Gemzell-Danielsson & Odlind, 2014).

Läkemedelsverket redovisar i sin behandlingsrekommendation antal graviditeter per 100 kvinnoår för olika preventivmedelsmetoder (Pearl index). Pearl index för Hormonspiral vid perfekt/typisk användning är 0,2 %. Pearl index för Kopparspiral är 0,8 %. De långtidsverkande metoderna såsom hormon- och kopparspiral samt p-stav (vilken avger hormoner under huden på överarmens insida) har den högsta effektiviteten bland reversibla preventivmetoder. Intressant blir då att jämföra ovanstående siffror med Pearl Index för manlig sterilisering som är 0,10–0,15%, samt kvinnlig sterilisering 0,5%. En ytterligare jämförelse är att möjligheten eller risken att bli gravid vid ett oskyddat samlag räknas till ca

6–7%, med variation under menstruationscykeln och där kvinnans ålder också har betydelse. Kopparspiralen räknas även som ett akutpreventivmedel och kan sättas in upp till 120 timmar (fem dygn) efter ett oskyddat samlag. Den förhindrar nästan 99% av graviditeter som annars kunnat inträffa. Görs en jämförelse med akut p-piller, visar studier på att ca 50–85% kan minskas med hjälp av p-piller gällande oönskade graviditeter (Läkemedelsverket, 2014).

Abort och abortstatistik

Svenska barnmorskeförbundet anser att kvinnor har rätt att få vård i samband med abort och därför ska den som inte kan tänka sig att delta i abortvård t.ex. av samvetsskäl inte gå barnmorskeutbildningen. Det skulle kunna få allvarliga konsekvenser för kvinnors hälsa om en samvetsklausul infördes. Nyligen pågick en debatt om detta där det inte bara handlade om att slippa delta i vård inför- och efter abort utan även att neka till spiralinsättning och att skriva ut akutpreventivmedel (Svenska Barnmorskeförbundet, 2014).

Preventivmedlet spiral minskar oönskade graviditeter och kan därmed leda till sänkta aborttal. Få saker har varit så betydelsefulla för svenska kvinnors hälsa som abortlagen från 1975. En effektiv och professionell abortvård har utöver individuella effekter även en stor samhälls-ekonomisk påverkan. Socialstyrelsen skriver att det i Sverige utförs mellan 35 000 och 38 000 aborter varje år (Socialstyrelsen, 2016).

I världen är illegala/oprofessionella aborter en av de vanligaste orsakerna till dödsfall eller skador som uppstår i samband med ingreppen eller dess efterförlopp (Gemzell-Danielsson, 2016). WHO skrev 2009 om att avsaknad av preventivmedel och abortkomplikationer totalt beräknas orsaka ca 100 000 dödsfall/år. Årligen sker 210 miljoner graviditeter och av dessa avslutas cirka 46 miljoner med en framkallad abort. Knappt hälften av dessa aborter utförs av utbildad personal med osäkra metoder och de är oftast illegala. Både aktuella och äldre data visar att restriktiva abortlagar inte sänker abortfrekvensen, utan tvärtom ses att länder med en friare abortlagstiftning uppvisar lägre abortfrekvens. Troligen beror detta på att dessa länder har en öppnare syn på preventivmedel och ett bättre omhändertagande vid eventuella komplikationer som kan uppstå efter en abort (Gemzell- Danielsson, 2016).

Kvinnors spiralanvändning

Kvinnor hämtar information om preventivmedlet spiral främst från vänner, följt av internet, TV, läkare samt från sex- och samlevnadsundervisning (Gomez, Hartofelis, Finlayson & Clark, 2015). Av 1800 unga ogifta kvinnor i åldern 18–29 år hade 75% hört talas om spiral, 30% trodde att de kunde orsaka infektioner, hälften trodde att spiraler rörde sig inuti kvinnans kropp, och 40 % trodde att det krävdes kirurgi för insättning (Kaye, Suellentrop & Sloup, 2009). Andelen kvinnor som inte fött barn är ofta låg i spiralstudier, men effektivitet,

infektionsrisk och andra biverkningar skiljer sig inte jämfört med kvinnor som fött barn tidigare. Resultatet gäller oavsett spiraltyp (Gemzell-Danielsson & Odling, 2014).

En studie visade att både tonåringar och kvinnor (n=161) som inte fött barn var nöjda med att ha en spiral. Dock kan rädsla för smärtsam insättning hindra kvinnan från att välja spiral och även hindra läkare från att rekommendera spiral till dem. Kvinnorna fick information om att ta smärtstillande; 1g paracetamol eller 800 mg ibuprofen, en timme före insättningen. Detta var standard på den finländska kliniken där studien gjordes. Kvinnorna fick också precis innan undersökningen tömma sin urinblåsa. I studien framkom att nio av tio spiralinsättningar på kvinnor som inte fött barn var enkla. Förutsägbara svårigheter, men inga absoluta hinder för spiralinsättning på dessa kvinnor var om livmodern hade en kraftig lutning och/eller om det var ett litet sondmått. Författarna av studien belyser att det är viktigt att använda klotång för att räta ut en kraftig lutning av livmodern för att få spiralen i korrekt läge och att detta rekommenderas i de kliniska riktlinjerna (Kaislasuo, Heikinheimo, Lähteenmäki & Suhonen, 2014).

I en svensk studie som omfattade totalt 3129 slumpmässigt utvalda 19-åriga kvinnor i Göteborg och med över fyra generationer kvinnor; 1981, 1991, 2001 och 2011, har forskarna undersökt faktorer som skulle kunna tänkas påverka preventivmedelsanvändningen och graviditeter som inträffar. Studien visar bl.a. förändringar som att andelen 19-åringar som blivit oplanerat gravida har sjunkit mer än en gång, vilket troligen är kopplat till att fler använder långtidsverkande preventivmedel, som spiral eller stavar. Det totala antalet graviditeter var lägre år 2001 (n=55) jämfört med åren 1981 (n=100) och 1991 (n=105) och den procentuella fördelningen mellan generationerna gällande att någonsin varit gravid var lägre år 2001 (7,4%) jämfört med åren 1991 (12,9%) och 2011 (12,2%). Uppföljningen 2011 visade även att användningen av preventivmedel i socioekonomiskt utsatta områden minskat successivt och gett ett högre antal oönskade graviditeter. Detta kan ses som en indikation på att socioekonomiskt utsatta områden har ett behov av mer information om preventivmedel (Lindh, Hognert & Milsom, 2016).

Spiralanvändningen påverkas av kvinnors ekonomi, deras övertygelse om spiralens funktion, risk för infektioner och utomkvedshavandeskap. Att vårdpersonalen hade rätt anpassad utbildning för att kunna ge rådgivning och att de kunde insättningstekniken hade också betydelse för spiralanvändningen (Rylance, 2016). En hormonspiral kostar knappt 1000 kronor (FASS) och inom VGR är kopparspiralen gratis för kvinnan.

Förberedelser och insättningsteknik

Kvinnan ska informeras om hur spiralen verkar, dess risker samt, eventuella biverkningar såsom de beskrivs i bipacksedeln. Före spiralinsättning ska graviditet och sexuellt överförbara sjukdomar uteslutas och eventuell behandling av underlivsinfektioner vara avslutad. Läget på livmodern och livmoderkavitets längd skall bestämmas. Spiralen ska placeras högst upp i

livmodern för att åstadkomma en jämn hormonfördelning i livmoderslemhinnan, förhindra utstötning samt ge maximal verkan. Insättningsinstruktionerna som finns i spiralförpackningen bör följas noga. Eftersom insättningstekniken skiljer sig åt mellan olika spiraler är det viktigt att träna på korrekt införingsteknik. Spiraler är sterilt förpackade, ska hanteras aseptiskt och inte öppnas förrän precis innan insättning (FASS).

Enligt den senaste läroboken för barnmorskestudenter ska spiralinsättning alltid föregås av en gynekologisk undersökning, där bland annat livmoderns läge, storlek samt fasthet bedöms. De instrument som används vid spiralinsättning ska vara sterila, det som behövs är eventuellt klotång, som sätts fast på livmodertappen, därefter böjs sonden så att den passar livmoderns böjning. Sonden införes med försiktighet och sondmättet ska vara mellan 6,5–9,0 cm. Spiral kan sättas in även vid ett lite större eller mindre sondmätt efter individuell bedömning. Spiralen iordningsställs och införes med försiktighet i livmodern. Spiraltrådarna klipps till ca 3 cm (Tydén, 2016). Inom VGR används flertalet olika instrument som kan vara engångs i plast eller flergångs i metall.

Enligt PM och riktlinjer inom de fem mödrahälsovårdsområdena i VGR (bilaga 1) framkommer att det skiljer sig åt i flera avseenden jämfört med den senaste upplagan av läroboken som används på barnmorskeutbildningarna.

Spiral bör inte sättas in efter förlossningen förrän livmodern återgått till normal storlek, dock tidigast sex veckor efter förlossningen. Om insättningen är besvärlig och/eller om svåra smärtor eller blödningar inträffar i anslutning till insättningen bör en gynekologisk undersökning och ultraljud utföras direkt för att utesluta en perforation (FASS).

Smärta och smärtlindring vid spiralinsättning

Den förväntade smärtan och de tekniska svårigheterna vid spiralinsättning misstänks vara bidragande faktorer till att det finns en motvillighet för vårdpersonal att rekommendera spiral. Smärtstillande som paracetamol och NSAID-preparat (icke-steroida antiinflammatoriska medel), TENS (transkutan elektrisk nervstimulering) och lidokain gel/spray används frekvent, trots att det saknas evidens för dess kliniska effekt. En webbaserad undersökning om svenska läkares och barnmorskors attityder, praxis och kunskap om spiraler visade att gynekologer oftare än barnmorskor rekommenderade spiral som förstahandsval. Vidare fanns det skillnader i synen på smärtlindring i samband med spiralinsättningar hos de olika professionerna. Bara 2% av barnmorskorna (n=471) och 1% (n=221) av gynekologerna trodde att det inte fanns någon effektiv smärtlindringsmetod vid spiralinsättning (Ekelund, Melander, & Gemzell-Danielsson, 2014). Antiinflammatoriska läkemedel före och efter spiralinsättning har använts trots att det finns lite bevis som styrker effekten av detta (Rylance, 2016).

Ingen metod för att minska smärta vid spiralinsättning har visat sig vara mer effektiv än placebo, förutom en trygg omgivning. Om kvinnan förbehandlas med misoprostol går

insättningen lättare vid t.ex. cervixstenos eller om kvinnan inte fött barn, men däremot blir den inte mindre smärtsam (Gemzell-Danielsson, Odling, 2014). Den bästa smärtlindrings-effekten som beskrevs av kvinnor var information om insättningens olika steg, vilket skapade trygghet och minskade stark oro i samband med insättningen (Rylance, 2016).

Xylocaingel används för ytanestesi och den har en hög lokalbedövande effekt och låg toxicitet. Inom cirka 5 minuter uppnås effekt och bedövningen kvarstår under ca 20–30 minuter. Xylocaingel har också effekten av ett glidmedel som minskar friktionen. Xylocaingel bör användas med försiktighet hos patienter med skadad slemhinna i det tänkta applikationsområdet. Indikation för användning av Xylocaingel i som tas upp i FASS är bl.a. ytanestesi av uretra vid kateterisering. Spiralinsättning saknas som indikation i FASS, men barnmorskor använder detta enligt generella direktiv (FASS).

I en randomiserad kontrollerad studie undersöktes den självuppskattade smärtan med hjälp av en Visuell Analog Skala (VAS-skala) hos kvinnor (n=59) i åldern 14–50 år som inte fött barn i samband med spiralinsättningar. Syftet var att få fram om Lidokaingel (Xylocaingel) som kvinnorna själv applicerade 5 minuter innan spiralinsättningen hade smärtlindrande effekt vid själva insättningen. Det var en signifikant skillnad i uppskattad smärta hos de kvinnor som hade fått Lidokaingel kontra de som fått placebo när klotången skulle sättas fast på livmodertappen, men ingen skillnad i smärtupplevelsen i övrigt. Det rapporterades även en signifikant skillnad i att livmoderhalsen oftare behövde vidgas vid spiralinsättning i placebogruppen, jämfört med de som fått Lidokaingel, vilket var ett oväntat bifynd. Författarna funderade huruvida Lidokain har en direkt effekt på livmodertappen, eller om det var den smärtlindrande effekten som resulterade i att vidgande åtgärd inte behövde vidtagas. (Rapkin et al., 2016).

En annan randomiserad kontrollerad studie (n=118) kom fram till att effekten av Naproxen i hög dos i samband med spiralinsättning inte minskar smärtan i samband med själva ingreppet, men reducerar smärtan efteråt och borde efter noggrant övervägande rekommenderas som premedicinering enligt resultaten i studien. Författarna har jämfört resultatet i sin studie med fyra randomiserade studier, gjorda mellan 1998–2015. Resultaten stämde väl överens angående effekten av Naproxen efter spiralinsättningen. Vidare framkom att de andra studier de undersökt visade att Ibuprofen inte hade någon smärtlindrande effekt under insättningen och att effekten av detta läkemedel inte har utvärderats efter insättningen. Följaktligen kan smärta vara en orsak till att kvinnorna inte väljer spiral som preventivmetod (Lynn, Braaten, Eichen, Fortin, Maurer & Goldberg, 2016).

Dysmenorré (svår menssmärta) var den enda förutsägbara faktorn för svår eller outhärdlig smärta i samband med spiralinsättning. Kvinnorna upplevde smärta i samband med spiralinsättning och de fick skatta den från ingen till outhärdlig smärta. Detta jämfördes sedan med vad insättaren hade för uppfattning om smärtan hos kvinnan och den var vanligtvis lägre än

kvinnornas. Det framkom även att kvinnorna skattade smärtan lägre vid en införingshylsa med mindre diameter än vid en vidare införingshylsa (Kaislasuo et al., 2014).

Negativa effekter av spiral/spiralinsättning

Spiralinsättning kan framkalla svimning som vasovagal reaktion eller krampanfall. Vasovagal reaktion beskrivs som blekhet, kallsvettighet och illamående som kan ske under och efter spiralinsättningen (Tydén, 2016). Spiralen kan perforera livmodern eller livmoderhalsen, vilket oftast sker under insättningen, även om det kanske upptäcks vid ett senare tillfälle. Perforation kan medföra minskad effekt av spiralen, den måste tas ut och för det krävs eventuellt ett kirurgiskt ingrepp. Både amning och insättning upp till 36 veckor efter förlossningen hade ett samband med en ökad perforationsrisk. Perforationsrisken kan även vara ökad hos kvinnor med bakåtriktad livmoder (FASS).

Smärtor och blödningar är de vanligaste orsakerna till att kvinnorna önskar avbryta behandlingen med kopparspiral. Kopparspiralen ökar menstruationens mängd med cirka 55% och ökar durationen av menstruationen med ca två dagar. (Gemzell-Danielsson & Odlind, 2014). Vid en genomsnittlig mens blöder en kvinna upp till ca 80 ml (Faxelid, et al., 2001). Kopparspiralen kan ofta även ge sparsamma mellanblödningar runt ägglossningstid, medan hormonspiraler minskar bortfallsblödningar och upp till 12–28 % av kvinnorna får amenorré (utebliven menstruation). Hormonspiralen kan förknippas med en ökad frekvens av ovarialcystor (äggstockscystor), detta på grund av att den oftast inte hämmar ägglossningen. Frekventa småblödningar eller annat blödningstrassel är den vanligaste orsaken till att avbryta behandlingen med hormonspiral. Likväl är smärta, hormonella biverkningar såsom huvudvärk, akne, humörsvängningar, minskad sexuell lust samt bröstspänningar också skäl till att kvinnor vill ta ut sin hormonspiral, vilket oftast sker under första behandlingsåret (Gemzell-Danielsson & Odlind, 2014).

Teoretisk referensram

Barnmorskor arbetar enligt de mänskliga rättigheterna som deklarerar att alla människor ska ha rätt att bestämma över sin egen kropp, reproduktion samt åtnjuta sin sexualitet utan tvång, våld eller diskriminering. Människors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter kan begränsas av kunskapsbrist, diskriminering och förtryck (FN, mänskliga rättigheter).

International Confederation of Midwives (ICM) tog 1999 fram "International Code of Ethics for Midwives" som uppdaterades senast 2014. Utifrån denna internationella etiska kod arbetar Etiska Rådet inom Svenska Barnmorskeförbundet (ICM, 2014). "Denna kod tar hänsyn till kvinnor som personer med fullständiga rättigheter, söker rättvisa för alla människor och jämlikhet när det gäller tillgång till hälsovård, baseras på ömsesidig respekt och tillit samt tar hänsyn till varje människas egna värde" (Svenska Barnmorskeförbundet, 1999). Denna kod tar även hänsyn till barnmorskors utveckling gällande både kunskaps- och arbetsområde, vilket innefattar att barnmorskor skall delta i utbildning av barnmorskestudenter (Dykes, 2016).

Inom kompetensområdet "sexuell och reproduktiv hälsa" ingår bl.a. delkompetensen att ha förmågan att tillämpa kunskaper om sexualitet och samlevnad i ett genus- och livscykel-perspektiv samt även ha kunskap om preventivmedel och dess användning. Inom området forskning och utveckling ska barnmorskan ha förmåga att kritiskt reflektera över gällande rutiner och om behov finns initiera och medverka till att förändra dessa (Svenska Barnmorskeförbundet, 2006). Sexuell hälsa samt sexuell och reproduktiv rättighet innefattar kvinnans rätt till emotionellt, socialt och mentalt välbefinnande. Kvinnan ska själv få bestämma över den egna kroppen, sexualiteten, hur många barn hon önskar och hur tätt de ska komma (Socialstyrelsen, 2014).

Barnmorskor arbetar utifrån Hälso- och sjukvårdslagen vilket innebär att vården ska vara av god kvalitet och uppnå hygienisk standard. Vården ska även se till att patienten får sitt behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillfredsställt. Vidare ska patientens självbestämmande och integritet vara byggstenar. Där hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivs ska lämpliga lokaler och utrustning finnas samt kompetent personal för att patienterna ska få god vård (SFS 2017:30).

Alla patienter har rätt till hälso-och sjukvård av god kvalitet enligt vetenskap och beprövad erfarenhet (2017:66). Vårdpersonal ska anpassa informationen till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och utifrån individuella förutsättningar. Vårdpersonal ska även respektera om mottagarens önskan är att avstå från information. Vidare ska den som ger informationen försäkra sig om att mottagaren både förstått innehållet och betydelsen av den givna informationen. Av hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar ska även skriftlig information lämnas om det behövs eller om mottagaren önskar det. Så långt som möjligt ska

hälso-och sjukvården utformas och genomförs i samråd med patienten. Som vårdpersonal ska patientens behov tillgodoses av säkerhet, trygghet och kontinuitet (SFS 2014:821).

Problemformulering

Preventivmedelsrådgivning tillhör barnmorskans ansvarsområde och det är ett arbetsområde där både det medicinska och helhetsperspektivet bör vägas in. Forskning idag visar samstämmigt på att långtidsverkande metoder är att föredra för kvinnor under hela deras fertila liv. Spiral är en effektiv preventivmedelsmetod som varar i tre till fem år. Metoden påverkas inte av eventuell glömska hos kvinnan, vilket kan leda till sänkt abortfrekvens. Tankar väcktes om yttre faktorer såsom smärta i samband med insättningen, ändamålsenliga instrument och att spiralen sätts i blindo har betydelse för barnmorskor som förskriver och sätter in spiraler. Det finns dock sparsamt med forskning kring effektiv smärtlindring som barnmorskor kan ge i samband med insättningen. Vi fann heller ingen forskning kring hur barnmorskor upplever och erfar spiralinsättning. Därför var avsikten med studien att få en större samt djupare förståelse kring både barnmorskors upplevelser och erfarenheter kring spiralinsättning.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva barnmorskors erfarenheter och upplevelser av spiralinsättning.

Metod

För att syftet att beskriva barnmorskors erfarenheter och upplevelser av spiralinsättning skulle uppnås, valdes en kvalitativ design med induktiv ansats baserat på att litteratursökning i ämnet avslöjade kunskapsbrist inom området. Denna design valdes för att förståelsen för individens upplevelser, handlingar och erfarenheter skulle bli djupare. Ett kvalitativt betraktelsesätt innebär att fokus landar i att få fram och beskriva nyanserna i upplevelserna hos de personer som blir intervjuade, där hänsyn tas till personernas tänkande kring vardagliga och ekonomiska aspekter (Kvale & Brinkman, 2014).

Med kvalitativ forskningsansats kan man få veta mer om en särskild företeelse. Det kan gälla människors erfarenheter och motiv till hur man handlar i en specifik situation. Metoden är även lämplig när dynamiska processer som t.ex. interaktion ska utforskas. Även kliniska procedurer och handgrepp kan vara värdefullt att belysa med kvalitativ forskning. Då varje beskrivning är färgad av tolkning och varje tolkning bygger på beskrivningar, kan inget av dessa uteslutas (Malterud, 2015).

Urval

VGR är uppdelad i fem mödrahälsovårdsområden med olika enhets- och områdeschefer. Sex barnmorskemottagningar med skiftande förutsättningar valdes ut att ingå i studien. Antalet anställda barnmorskor per mottagning varierade mellan en och 21. Det enda inklusionskriteriet i studien var att barnmorskan hade arbetat med spiralinsättningar under minst två år.

Enhetscheferna på varje utvald barnmorskemottagning fick ett informationsbrev om studien, samt en förfrågan om det fanns en eller flera barnmorskor som var intresserade av att delta och i så fall bli intervjuade. Vid möten eller arbetsplatsträffar tillfrågades barnmorskorna av enhetschefen om intresse för att delta. Enhetscheferna ombads vidarebefordra informationsbrevet (bilaga 2) till intresserade barnmorskor med vidare önskan att de skulle kontakta oss. Via mail och SMS bokades sedan intervjuerna in. Svar erhöles från fem av de totalt sex barnmorskemottagningar som fått förfrågan om att delta. Två barnmorskemottagningar bidrog med en informant per mottagning och tre barnmorskemottagningar bidrog med två barnmorskor från vardera mottagningen. Även om vi inte fick någon representant från en av de tillfrågade barnmorskemottagningarna, blev alla fyra mödrahälsovårdsområdena representerade av någon barnmorska. Åtta barnmorskor intervjuades under oktober och november 2017.

Att barnmorskor på gynekologiska mottagningar inte inkluderades beror på att de har andra förutsättningar såsom ultraljud, andra instrument samt kan fråga läkare om råd vid problem vid spiralinsättning, jämfört med de barnmorskor som arbetar på barnmorskemottagningarna som inte har tillgång till läkare. I de fall då barnmorskan på barnmorskemottagning inte lyckas med spiralinsättning skickas remiss till gynekologisk mottagning för vidare handläggning.

Datainsamling

Informanterna fick välja plats för intervjuerna för att de skulle känna sig bekväma i att tala fritt. De flesta intervjuerna ägde rum på informantens arbetsplats i ett lugnt och avskilt rum (Kvale & Brinkmann, 2009). Innan intervjuerna inleddes försäkrades att informanterna läst igenom informationsbrevet och de hade då även tillfälle att ställa frågor. Det informerade samtycket (bilaga 4) inhämtades efter att muntlig och skriftlig information givits. Samtycket innebär att informanten intygar att hon frivilligt deltar i studien (Helsingforsdeklarationen, 1964). Samtyckesformuläret undertecknades av informanten samt av författarna. De semistrukturerade intervjuerna utfördes med hjälp av en intervjuguide (bilaga 3), som utarbetades för att få svar på frågeställningarna. Enligt Trost bör intervjuguiden ses över efter de första intervjuerna och eventuellt korrigeras om den inte upplevdes ändamålsenlig (Trost, 2010).

Informanternas ålder, antal år i yrket, antal år som hon satt in spiraler och antalet anställda barnmorskor på arbetsplatsen (tabell 1) tillfrågades innan inspelningen av individuella semistrukturerade intervjuer påbörjades. Vid intervjuerna var planen att båda författarna skulle delta för att växelvis agera aktiv intervjuare eller vara observatör. Observatörsrollen var i syfte att anteckna och fokusera på det utsagda samt inflika med följdfrågor. P.g.a. sjukdom gjordes hälften av intervjuerna tillsammans och resterande av den ena författaren.

Tabell 1. Barnmorskornas ålder och år i yrket

Ålder, år (medel)	Antal år i yrket (medel)	Antal år med spiralinsättning (medel)	Antalet anställda på arbetsplatsen
46–62 (55.5)	7–38 (23)	3.5–38 (17)	1–21 barnmorskor 0–2 undersköterskor

Vid intervjuerna var utgångspunkten Trosts symboliska interaktionistiska perspektiv, där det inte är en fråga om att synsätt eller att åsikter utbyts utan ett sökande efter den intervjuades beteende och känslor. Det som återstår efter intervjun är en större erfarenhet och förståelse. Rekommendationen är att intervjuaren är mycket sparsam med att sammanfatta, då det ofta blir en slags preliminär tolkning av materialet. Om osäkerhet uppstår under pågående intervju är det bättre att ställa följdfrågor (Trost, 2010).

Intervjuerna började med en öppen fråga: Vill du berätta hur du praktiskt går tillväga vid en spiralinsättning? Informanterna ombads att utveckla eller förtydliga sitt svar. Om frågan uppfattades som svår att förstå, upprepades den och omformulerades om det var nödvändigt. Med hjälp av mobiltelefon spelades intervjuerna in. Intervjuerna varade mellan 14–28 minuter, genomsnitt 19 minuter. Intervjuerna raderades från mobiltelefonerna efter transkriberingen och materialet avidentifierades.

Dataanalys

Dataanalysen påbörjades i samband med transkriberingen. Efter transkriberingen lästes texten vid upprepade tillfällen av båda författarna, för att få en känsla för innehållet. Texten analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Efter genomläsningen framkom fraser och meningar som hade stark koppling till syftet. Dessa fraser och meningar benämns som meningsbärande enheter. Meningsbärande enheter är ord eller meningar, som inte följer de grammatiska reglerna för meningsuppbyggnad, men som har ett samband genom innehåll eller kontext. Enheterna kondenserades, d.v.s. kortades ned, samtidigt som kärnan i innehållet bibehölls. Ur de kondenserade meningsbärande enheterna tolkades en underliggande mening av ett eller flera ord i texten. Tolkningarna indelades i subkategorier och ur dessa sökte författarna gemensamt efter mönster av likheter och skillnader. Subkategorierna jämfördes med de meningsbärande enheterna och den transkriberade texten i sin helhet (Graneheim & Lundman, 2004). Vidare grupperades subkategorierna och bildade sedan de slutliga tre kategorierna (tabell 2).

Tabell 2. Exempel på analys

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Subkategori	Kategori
Jag gör en vaginal palpation, känner hur livmodern ligger och det är ju inte så himla lätt, ibland tänker man så här, ja den här är anteflekterad, men när man sondar sedan så är den retroflektad.	Svårt att palpera livmodern och avgöra flektionen, ibland avgörs flektionen efter sondningen	Spiralinsättning är ett komplext arbetsmoment	Mångfacetterat arbetsmoment
Jag vill göra detta till en så bra upplevelse som möjligt för patienten. Det blir mitt mål, framförallt de här oroliga eller unga.	Mitt mål är en så bra upplevelse som möjligt, främst till unga eller oroliga	Viljan att skapa en trygg situation	Ge god vård

Förförståelse

När projektet inleddes hade vi en förförståelse av egna erfarenheter och yrkesperspektiv (Malterud, 2015). Antal år i barnmorskeyrket är 17 respektive 13 år, varav 8 respektive 10 år med erfarenhet av spiralinsättning. Instrumenten som vi använt vid spiralinsättning och smärtlindringen till kvinnorna vid insättningen har förändrats över tid. Genom att ha med oss förförståelsen och försöka medvetandegöra den genom hela processen, försökte vi vara ödmjuka inför att den kunde påverka resultatet.

Forskningsetiska överväganden

Arbete inom ramen för högskoleutbildning på både grund och avancerad nivå är undantagna från etikprövning (SFS 2003:460; Codex, 2017). Det här är en magisteruppsats på avancerad nivå, vilket därför inte föranlett en ansökan till Etikprövningsnämnden. En studie får endast kallas etisk om den innehåller väsentliga frågor, den vetenskapliga kvaliteten är god samt tillvägagångssättet är etiskt försvarbart (Codex, 2017). I vår studie hanterade vi informationskravet genom att deltagande barnmorskor fick information om studiens innehåll, att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta sitt deltagande utan närmare motivering i enlighet med Helsingforsdeklarationen (1964). Informanterna gavs konfidentialitet genom att all insamlad data förvarats på ett säkert sätt och att obehöriga inte kan ta del av materialet och att utomstående inte kan identifiera enskilda personer (Kvale & Brinkmann, 2012). Citat används i resultatet, och en del av dem justerades något för att omvandlas från talspråk till skriftspråk. Detta för att minska risken att kunna härleda det till en specifik person, men även för att bevara essensen i uttrycket (Trost, 2010).

Studiedeltagarna kan på egen begäran få tillgång till studieresultatet. I samband med intervjuerna erbjöds deltagarna att få ta del av den färdigställda uppsatsen, och efter att uppsatsen är godkänd kommer vi tillse att samtliga deltagare ska erbjudas det. Planen från författarnas sida är även att resultatet kan komma att presenteras för intresserad vårdpersonal inom VGR.

Risk/Nytta analys

En risk/nytta analys bör göras inom både forskning och sjukvård. Den förväntade nyttan bör överstiga de uppskattade riskerna (Smer, 2016). Intervjufrågorna kunde eventuellt upplevas personliga med risk att väcka olika känslor hos deltagarna. Att dela med sig av sina erfarenheter och upplevelser kan även upplevas som något positivt (Trost, 2011). Förhoppningen är att denna studie på sikt kan leda till en ökad förståelse för hur spiralinsättning påverkar kvinnor och barnmorskor.

Resultat

Åtta intervjuer genomfördes med barnmorskor som hade mellan 3.5–38 års erfarenhet av spiralinsättning. Analysen utmynnade i sex subkategorier som bildade tre kategorier; *mångfacetterat arbetsmoment*, *ge god vård* och *rädsla att orsaka lidande* (tabell 3).

Tabell 3. Sammanställning av kategorier och subkategorier

Kategorier	Mångfacetterat arbetsmoment	Ge god vård	Rädsla att orsaka lidande
Subkategorier	Spiralinsättning är ett komplext arbetsmoment	Viljan att skapa en trygg situation	Klotång eller inte
	Skapa förutsättningar i arbetsmiljön	Bevara kvinnans integritet	Vara lyhörd
			Smärtlindra

Mångfacetterat arbetsmoment

Spiralinsättning var ett känsloladdat hantverk med många dimensioner. Känslor som kunde uppkomma vid arbetsmomentet skiftade mellan förtvivlan, oro, rädsla, sänkt eller ökat självförtroende, glädje och tillfredsställelse. Spiralinsättningen kunde upplevas ångestladdad speciellt i början när arbetsmomentet var nytt, och den känslan kunde finnas kvar i flera år. Barnmorskor beskrev även praktiska svårigheter som visade vilket komplext arbetsmoment spiralinsättning var.

Förr kunde jag ju få nästan lite ångest inför en spiralinsättning. Hur ska det gå idag? Å hur ska jag klara det idag? Men det, känner jag inte idag. (8)

Spiralinsättning är ett komplext arbetsmoment

Spiralinsättning var ett hantverk som modifierades efter egen erfarenhet och upplevelser, men också efter PM och riktlinjer. I handledningssituationer var barnmorskorna angelägna om att studenterna skulle få lära sig spiralinsättning enligt PM och riktlinjer, vilket innebar att barnmorskan anpassade sin teknik och gjorde enligt "boken", vilket inte alltid var som hon brukade göra. Barnmorskorna beskrev i minsta detalj hur de praktiskt gick tillväga vid en ordinär spiralinsättning. Inför insättningen var det av stor vikt att avgöra livmoderns lutning, genom att palpera dess läge. Trots lång erfarenhet var detta ett moment som var svårt och som det fanns stor respekt inför. Följande citat beskriver hur en av barnmorskorna redogör för hur hon metodiskt arbetar för att förbereda spiralinsättningen:

Jag börjar med en vaginalpalpation så jag känner hur livmodern ligger och det är ju inte så himla lätt, alltså ibland tänker man att den här är anteflekterad, men när man sondar sedan så är den retroflekterad. Man får ju vara försiktig med sondmättet och bara följa. (7)

Barnmorskorna ställdes inför en rad olika val inför spiralinsättningarna. Ett exempel på detta kunde vara att avgöra vilken storlek på spekulum som skulle väljas för att sikten skulle vara bra, samtidigt som det krävdes hänsyn till hur det upplevdes av kvinnan. Även om det bredare instrumentet kunde medföra ett större obehag för kvinnan, förklarade barnmorskan anledningen till varför hon använde det.

Om inte kvinnan tycker det är väldigt obehagligt så är det skönt att kunna ha bra sikt brukar jag förklara genom att säga att nu kommer det att kännas som ett lite större skohorn denna gången, men det är bara för att vi ska se bra. (1)

Insättningstekniken grundade sig på den inre övertygelsen om att den egna metoden var den bästa för att t.ex. förebygga en kramp i inre modermunnen (cervixspasm). Sonden undveks eller användes på olika sätt av rädsla för att livmoderhalsen skulle retas i onödan.

Då låter jag sonden sitta kvar medan assistenten laddar spiralen, jag har nån idé om att det kanske håller sig vidgat bättre där då. Jag vet inte om det finns nån vetenskap kring det. Instrument kan jag ju störa mig väldigt mycket på. Ibland är sondersna så himla svåra att läsa på och det irriterar mig jätteofta. (3)

Skapa förutsättningar i arbetsmiljön

Barnmorskorna arbetade i regel på egen hand med instrument anpassade för att kunna sätta spiral utan assistent. Det skiljde sig åt från att alltid ta hjälp av en assistent till att arbeta helt ensam på en mottagning. Erfarenheter varierade gällande om det var accepterat i arbetsgruppen för barnmorskan att ta hjälp vid spiralinsättning där det fanns möjlighet för detta. Assistansen kunde bestå av framplockning av instrument, iordningsställande av rummet efteråt samt spiralladdning.

Nä, sen har vi haft diskussion om det här att ha nån assistent med sig inne på rummet, för det är klart, det är klart att jag kan sätta en spiral själv i så fall. I så fall använder jag självhållande spekula, men jag tycker det är lite skönt att ha någon med. (3)

Förutsättningarna beträffande antalet barnmorskor varierade mellan en och 21 anställda på de olika arbetsplatserna. Detta innebar att ensamarbetande barnmorskor inte hade några kollegor att rådfråga eller dela specifika yrkesfrågor med. I arbetsgrupper däremot fanns öppenhet för

givande diskussioner som bl.a. kunde underlätta bearbetningen av svåra situationer. För barnmorskor som inte hade en egenupplevd erfarenhet av komplikationer, kunde det vara berikande att få höra en annan kollegas berättelse av hur det kändes när komplicerade situationer uppstod.

Perforationsrisken är ökad hos en kvinna som nyligen fött barn och spiralinsättningen var både tekniskt enkel och knappt märkbar för kvinnan, vilket i sin tur ledde till en positiv erfarenhet för barnmorskan. Att som erfaren barnmorska ha perforerat en livmoder utan att det var uppenbart, skapade oro och otrygghet ett tag efteråt och gav självförtroendet en törn. Trots detta delade barnmorskan gärna med sig av sin erfarenhet i syfte att avdramatisera händelsen då detta kan "hända vem som helst".

Efter det kände jag att jag sätter inga mer spiraler. För det, min känsla var det var helt okomplicerat så det skrämde mig, just den här tanken att "är det så lätt att perforera"? För jag hade väl trott att om man perforerar så har det varit, ja, nånting har liksom känts annorlunda. (2)

Jag kände mig totalt värdelös då kan jag säga. Jag berättade det för arbetskamraterna, jag kände att det här kan jag ju liksom inte undanhålla. (2)

Vissa barnmorskor var hänvisade till att använda sterila instrument, medan andra arbetade med höggradigt rena instrument. Det rädde skiftande erfarenheter och upplevelser om engångs- eller flergångsinstrument i plast eller metall. Några hade valfrihet och kunde själva välja, andra var hänvisade till det upphandlade materialet. Det fanns en frustration hos barnmorskorna som önskade valfrihet för att kunna använda de bästa tänkbara instrumenten.

Jag provar ibland lite olika, provar ibland med sådana här självhållande, ibland med engångs plastinstrument, men tycker oftast att jag ser bättre och kommer bättre åt med flergångsinstrumenten (3).

En annan faktor som skapade stress och irritation var när det var svårt att mäta livmodern på grund av att det inte gick att komma innanför inre livmodermunnen eller att det inte heller gick att föra in spiralen. Då behövdes hjälp från en kollega, om det fanns någon att tillgå. Kollegan hade då ett mer gynnsamt läge för en lyckad spiralinsättning på grund av att den första barnmorskan hade förarbetat livmoderhalsen genom ett konstant tryck med sonden mot inre modermunnen. Momentet kunde vara både tålamods- och tidskrävande. När spiralinsättningen ändå misslyckades trots att barnmorskorna hade gjort allt i sin makt, var det en besvikelse för dem. En remiss skickades till gynekolog med vetskap om att det kunde dröja flera veckor innan kvinnan fick hjälp. När barnmorskan fick remissvar och gynekologen hade behövt ta till vidgande åtgärd fick hon bekräftelse på varför hennes spiralinsättning misslyckades, och självkänslan ökade.

När barnmorskor pratade om sina erfarenheter framkom det tankar om att det skulle vara intressant att kunna använda en vidgande åtgärd, såsom att förbehandla med Cytotec. Detta gällde främst för de kvinnor som inte fött barn och kvinnor över 40 år, där erfarenheten talade för att insättningen kunde bli mer komplicerad och/eller smärtsam. Samtidigt som de angav en oro för att Cytotec kunde medföra kraftiga menssmärtor så verkade fördelarna överväga och nyfikenheten fanns om detta ändå kunde hjälpa till. Ett annat hjälpmedel som önskades var ultraljud, då det framkom frustration över att barnmorskor inte har möjlighet att verifiera spiralläget då insättningen görs i "blindo".

Det är också märkligt, varför i hela världen får vi inte lära oss det? Vi ska sätta spiraler varje dag, men vi får inte lära oss att kolla att den sitter rätt! Så det är en känsla jag har att för kvinnors skull, och för barnmorskors skull så hade vi vunnit mycket på det. (1)

Ge god vård

En lugn och trygg kvinna gav bättre förutsättningar för att spiralinsättningen skulle gå smidigt. Målet var att få en så nöjd kvinna som möjligt och tanken var att kvinnan skulle lämna mottagningen med en positiv upplevelse.

Viljan att skapa en trygg situation

Med vetskap om att det ibland var nervösa kvinnor som kom för spiralinsättning ville barnmorskan förbereda praktiskt för att kunna fokusera på kvinnans behov och välmående.

Jag plockar fram instrumenten, oftast innan kvinnan kommer. Det ska inte dröja, det ska vara färdigt liksom. (7)

Besöket påbörjades i arbetsrummet då det kändes mer neutralt än undersökningsrummet. Frågan om eventuell tidigare upplevelse av spiralinsättning ställdes för att bättre kunna förbereda kvinnan inför insättningen. Pedagogiskt material såsom bilder och underlivs-atrapp användes också för att beskriva och förklara, med avsikt att skapa trygghet för kvinnan.

Informationen som gavs varierades och anpassades efter barnmorskans egen erfarenhet. Till de kvinnorna som var oroliga inför besöket gavs ibland endast lite information för att skapa trygghet. Men även motsatsen förekom, d.v.s. informationsmängden ökades i tron att kunskap skapar en större kontroll över en jobbig situation.

*Om jag ser att kvinnan är väldigt orolig och nervös inför det här informerar jag henne lite light om vad jag ska göra, hur det känns och vad som händer. (7)
Om kvinnan är orolig inför spiralinsättningen förklarar jag kanske ännu mer och tar det ännu mer lugnt. (6)*

Kvinnorna erhöll varierande information efter spiralinsättning angående om det fanns eventuella restriktioner att ta hänsyn till p.g.a. ökad infektionsrisk. En del av råden som gavs var att kvinnorna skulle leva efter en eller flera begränsningar såsom att undvika bad, samlag och tampong i tre till sju dagar.

Jag säger att de får ha sex, att de får bada, att det inte står att det finns förbud mot tampong, men att jag skulle önska att de avstår från att använda tampong i tre dagar och det säger jag är ovetenskapligt och jag berättar för dom att det är det. (7)

För att ta hand om kvinnorna på bästa sätt gjorde barnmorskorna allt i sin makt för att lyckas med spiralinsättningen. Barnmorskorna var medvetna om att de tekniskt sett kunde sätta en spiral på egen hand. Erfarenheten sade att det kunde kännas tryggt att ha någon med som avleder kvinnan, samt hjälper henne till avslappning. Omsorgen om kvinnan kunde ökas genom att någon höll henne i handen eller baddade hennes panna med kallt vatten, så att barnmorskan kunde fokusera på själva spiralinsättningen.

Bevara kvinnans integritet

Det fanns en medvetenhet om att det var emotionellt jobbigt för kvinnan att ligga ner i gynstolen längre än nödvändigt. Därför försökte barnmorskor undvika detta genom att låta kvinnan sitta upp medan förberedelser gjordes. Persienser kunde dras ner och barnmorskorna såg till att obehöriga inte kunde komma in på rummet när kvinnan var i ett utsatt läge. Vetskapen om att det var lyhört mellan olika rum kändes inte bra med tanke på sekretess och integritet. För att skydda kvinnans integritet kunde barnmorskan hjälpa henne att skylta sig:

Jag lägger alltid en frottéhandduk över kvinnan upp till knäna, och så värmedyna på den på magen och händerna på värmedynan även om det också är för att det kan upplevas kyligt i rummet. (1)

Rädsla att orsaka lidande

Det fanns svårigheter som kunde komma i vägen för att få en nöjd kvinna, till exempel smärta, klotångssläpp, blödning, vasovagal reaktion och perforation. Erfarenheter om att komplikationer kunde uppstå kunde leda till stress hos barnmorskan.

Hon fick så ont efter spiralinsättningen, även efter att instrumenten var borttagna. Så det var ju bara att plocka ut den igen. Jag vet inte orsaken till smärtan och det var det som var det svåraste tror jag, att det blev så smärtsamt efteråt. Det var lite obehagligt i och med att man inte är gynekolog och har vaginalt ultraljud för att kunna se. Så att, nä det var obehagligt. (5)

Hon hade liksom bara svimmat. Jag har aldrig haft någon som har krampat än, tack gode gud. (8)

Klotång eller inte

Klotången var ett instrument som orsakade smärta och lidande för kvinnorna. Detta innebar att den inte alltid användes. Klotången var ett känsloladdat instrument som en del undvek att använda, än mindre nämna eller visa för kvinnorna trots att PM och riktlinjer anger att den ska användas.

Jag håller fast din livmoder för att den inte ska glida iväg när jag sätter in spiralen. Jag brukar inte använda ordet klotång, utan jag brukar säga att jag håller fast den. (1)

Erfarenheten att börja sätta spiraler med hjälp av klotång när barnmorskan från början var lärd att göra det utan klotång, skapade en inre stress då barnmorskan visste att hon orsakade smärta. Det tog emot att börja använda detta instrument när den egna erfarenheten talade för att det hade gått bra utan klotång.

Att börja sätta med klotång, när jag var van att det inte skulle göra ont alls. Det var faktiskt lite jobbigt. Tidigare kom kvinnor kom till mig och var så rädda, efteråt sa de att det här kändes ju ingenting. (1)

Det framkom varianter hur man valde att använda sig av klotången för att minska obehag och lidande för kvinnan. En alternativform var att undvika att sätta klotången djupt, samtidigt som det ökade oron för klotångssläpp.

Det finns ju de som överhuvudtaget inte använder klotång tror jag, och det har diskuterats om den behövs eller inte. Det skulle vara intressant att veta om den behövs, samtidigt som jag kan tycka att när det är svårt att få in en spiral är det just att räta ut den som kan vara det som gör att det går. Numera knipsar jag fast den. (3)

Det fanns en oro och frustration för att klotången skulle släppa, vilket barnmorskorna hade erfarenhet av. Dock var det så att en annan erfarenhet var att kvinnor verkade ha mindre ont av engångsklotången i plast. Om instrumenten som för närvarande användes kändes tillfredsställande, så ledde oron för att tvingas använda sämre instrument till hamstring av dessa.

Jag vet att det har kommit någon ny klotång, men den vill jag bara inte prova, den är så stor, så jag plockar på mig alla de gamla tills jag är tvungen att använda de nya. (7)

Uppfinningsrikedomen var stor och egna lösningar på icke ändamålsenliga instrument beskrevs.

Nu är vi hänvisade till engångsinstrument och vi har provat oss igenom många olika klotänger och vi har fastnat för en som är vit, med en pigg i skänkeln. Det är ibland en fördel om man monterar bort piggen, med en sax, för om man stänger klotången med den där piggen på så är den väldigt svår att få isär. (8)

Vara lyhörd

Omtanken om kvinnors välbefinnande påverkade barnmorskan när hon skulle sätta en spiral och i ännu större utsträckning när det gällde unga, nullipara eller oroliga kvinnor. Kvinnorna kunde berätta att de sovit dåligt inför besöket och ryktet hade sagt att det kunde vara smärtsamt. Efteråt sade flera kvinnor att det inte var så farligt som de hade befarat, utan att det gick bra. Det var sällan någon var missnöjd, men ibland var det mycket värre än vad kvinnan hade förväntat sig.

Ja, men fortsätt då, jag frågade om jag fick fortsätta, ja gör det svarade hon. Så gick det ju bra till sist då, även om hon tyckte att det var för djävligt efteråt. Att det var det värsta hon varit med om. (3)

Kravet på lyhördhet ökade i handledningssituationer med barnmorskestudenter som kunde upplevas som ett etiskt dilemma för barnmorskan, då det krävdes en än större öppenhet för kvinnans situation samtidigt som studenten behövde full uppmärksamhet för att träna det praktiska handhavandet.

Jag har haft några situationer med studerande som kan vara jobbiga. Studenterna glömmar ju av att det är en kvinna som ligger och har ont. De är ju väldigt inne i hantverket. När studenten sätter sina första spiraler så är det en glädje om det går bra, men kan vara väldigt kämpigt också att stå bredvid och känna att här går inte så bra. (8)

Smärtlindra

Vid telefonrådgivning fick kvinnor varierande information om att ta analgetika i form av paracetamol samt NSAID-preparat en stund innan spiralinsättningen. Barnmorskor påminde kvinnor om att äta och dricka inför spiralinsättningen då det ökar smärttoleransen hos kvinnan. Det fanns funderingar om premedicineringen har förebyggande effekt mot

smärtan vid insättningen och den information de gav var att den hjälper till vid den eventuella efterföljande smärtan efter att spiralen är på plats.

Det är synd att det ska göra så ont på en del, det känner man. Man tycker att när det snart är 2018, varför ska detta inte gå att göra smärtfritt, så kan jag känna. (1)

Barnmorskorna beskrev att ett nära samarbete med kvinnorna och kontinuerlig kommunikation med upprepade avstämningar under insättningen gav kvinnan möjlighet att styra takt, eventuellt avbryta eller fortsätta även om smärtan/obehaget var outhärdligt. Den kontinuerliga kommunikationen kunde även användas för att göra upprepade avstämningar med kvinnan om hur det kändes när klotången applicerades respektive släpptes för att utvärdera hur klotången påverkade smärtupplevelsen.

Kvinnorna bekräftar att det känns när klotången sätts på plats och då brukar jag gå vidare där, om du skulle säga på en skala mellan 0–10 hur ont tycker du att det gör nu? Vanligt svar är 5. (1)

En del barnmorskor använde Xylocaingel som applicerades på portio och/eller vid introitus. Värmedyna på magen användes. En del hade tillgång till TENS och i de fall den användes bidrog det till såväl smärtlindring som en viss kontroll samt kunde vara avledande i situationen. Kring användandet av Xylocaingel rådde det olika meningar, vissa trodde att det fungerade, om inte annat trodde de på en placeboeffekt. Andra trodde inte alls att den hade någon verkan. Det kunde kännas bra för barnmorskan att säga till kvinnan att bedövningsgel gavs. En reflektion som framkom var att det även fanns en Xylocainspray som det fanns en nyfikenhet att prova istället för gelen.

Barnmorskor efterfrågade mer evidens för effektiv smärtlindring i samband med spiralinsättning. Tankar fanns kring om och i så fall vad barnmorskor orsakar för framtida men för kvinnor vid spiralinsättning som det är idag.

Man vill ju inte orsaka nån smärta och ibland har vissa haft ont mer eller mindre i 3 dagar, kanske inte tagit Alvedon varje dag, men obehag en längre tid. Vad gör vi med deras sköten, med deras lustar och med deras tankar just då och nu om vi orsakar dem smärta? (7)

De gånger som kvinnan upplevdes relativt opåverkad av smärtan och/eller var bra smärtlindrad vid spiralinsättningen ledde till en tillfredsställelse och ett ökat självförtroende hos barnmorskan.

När man säger att det är färdigt och hör patienten fråga "är det redan klart, jag kände ingenting". Då blir man riktigt stolt över sig själv, då mår man riktigt gott. (5)

Diskussion

Metoddiskussion

Spridningen av ålder, erfarenhet samt skillnad i arbetsvillkor bland deltagarna upplevdes som en styrka i studien för att få fram en variation av erfarenheter och upplevelser som svarade mot syftet. Inklusionskriterierna var att informanterna skulle ha några års erfarenhet av arbete på barnmorskemottagning. De hade arbetat i genomsnitt 18 år med spiralinsättning och hade därmed gedigen erfarenhet. Det hade varit intressant att även belysa upplevelser gällande hur känslan är för relativt nyutbildade barnmorskor, men informanterna berättade dock hur de upplevde spiralinsättning när de var nya och det var ofta associerat med oro som de mindes. Barnmorskor vid gynekologiska mottagningar valdes bort då de har andra förutsättningar vid spiralinsättningar och läkare att tillgå vid behov. Detta hade påverkat resultatet då dessa barnmorskor redan har de hjälpmedel som informanterna efterfrågat i studien. Dock hade det varit intressant att jämföra barnmorskors erfarenheter och upplevelser med de skillnader i hjälpmedel och förutsättningar som finns på barnmorskemottagningar respektive gynekologiska mottagningar.

Att enhetschefen tillfrågades om hjälp med rekrytering av informanter kan ha påverkat resultatet om hon valde informanter strategiskt utifrån sin verksamhet och den enskilda barnmorskans kompetens. Deltagandet var frivilligt och det var enkelt att rekrytera, därför är det rimligt att anta att de barnmorskor med intresse för ämnet var mer benägna att delta, vilket eventuellt kan ha påverkat studiens resultat.

Gällande antalet intervjuer i en studie, kan få intervjuer vara att föredra än många. Det insamlade materialet i föreliggande studie var innehållsrikt och ett större antal intervjuer hade eventuellt gjort data mer svåröverskådlig och detaljer, likheter samt skillnader hade varit svårare att urskilja (Trost, 2010). Om urvalet varit större är det dock möjligt att rikare variation av erfarenheter och upplevelser hade framträtt (Kvale & Brinkmann, 2014). Genom att använda kvalitativ intervju som metod gavs möjlighet att förstå informanternas erfarenheter och upplevelser genom deras berättelser. När semistrukturerade intervjuer används ställs öppna frågor som inte behöver komma i samma ordning, utan forskaren anpassar sig till det som uppkommer i intervjun (Danielsson, 2012). Intervjuerna inleddes med en öppen fråga som gav ett fylligt svar med mycket data som passade till syftet.

Frågorna i en intervjuguide kan ibland hämma informanterna i sina berättelser. De svarar på en fråga istället för att tala fritt kring ett ämne (Malterud, 2009). Intervjuguiden justerades efter de två första intervjuerna och frågan om Hälso- och sjukvårdslagen lades till, huruvida informanterna upplevde att den efterföljdes på deras arbetsplats. Svaren blev innehållsrika vilket ledde till ett rikt material där mönster kunde urskiljas. En kvalitativ studie anses

lämplig om frågeställningen syftar till att försöka förstå människors resonemang, sätt att reagera, särskilja eller urskilja olika handlingsmönster (Trost, 2010). Styrkan i studien var att informanterna broderade ut sina svar och sina berättelser, de uppmanades också att prata fritt och att själv reflektera över det som sagts. Barnmorskorna upplevdes ärliga i sina svar och berättade öppet om hur de går tillväga vid spiralinsättning. Detta trots att de var medvetna om att de inte alltid följde gällande PM och riktlinjer.

En nackdel med intervjuer är att informanten inte kan vara anonym för utfrågaren (Forsman, 2005). Vid rekryteringen av informanter tillfrågades inte barnmorskor på de egna arbetsplatserna, detta för att informanterna skulle känna sig fria att kunna prata fritt utan att ha en personlig anknytning till författarna. Tre av barnmorskorna som intervjuades kände vi ytligt sedan tidigare, vilket kan ha haft betydelse för resultatet, men då vi inte arbetar på samma enhet bedömdes risken/påverkan liten. Intervjuforskning är ett hantverk (Kvale & Brinkman, 2014) och ingen av författarna hade förkunskap eller erfarenhet av intervjumetodik inför studien, utan fick förkovra sig i ämnet. Dock har båda erfarenhet av samtal och möten i sitt dagliga arbete inom vården. Utgångspunkten i intervjuerna var från Trosts teoretiska perspektiv gällande begreppet intervju. Båda intervjuerna hade i åtanke att det innebär att intervjuaren ska ställa frågor och lyssna, men inte dela med sig av egna handlingar eller åsikter, för att minska risken att den intervjuade påverkas av intervjuaren på ett sätt som inte är önskvärt (Trost, 2010).

Att få fram fakta som representerar kärnan i informanternas berättelser är ett viktigt kännetecken för tillförlitlighet. För att nå kvalitet krävs både kunskaper i ämnet och färdighet i intervjuteknik. En svårighet i samband med intervjuer kan vara att man söker bekräftelse på vad man i början trodde och därför väljer ut det man vill höra (Lantz, 2013). Författarna har haft en medvetenhet om sina egna erfarenheter och kunskaper som barnmorskor och vana av spiralinsättning. Diskussioner har förts under arbetets gång för att medvetandegöra och försöka bortse från de egna erfarenheterna. Naturligtvis finns insikten om att detta ändå kan ha påverkat resultatet.

Sett ur informantens synvinkel kan det finnas en risk att två intervjuare kan upplevas som något slags maktövertag som kan leda till att den intervjuade kan känna sig i underläge (Trost, 2010). Det är omöjligt att avgöra om det hade någon betydelse för resultatet att författarna från början tänkt genomföra intervjuerna tillsammans och såg det som en styrka. Vid hälften av intervjuerna blev det bara den ena författaren som deltog p.g.a. sjukdom hos den andra. Det kan vara ett stöd att vara två då samspelet medför en bättre intervju med större mängd information och förståelse.

Båda författarna har gemensamt arbetat med att ta fram meningsbärande enheter som senare kondenserades. Analysprocessen och exempel på analysförfarandet är beskrivet i en tabell för att öka trovärdigheten. All transkriberade data som var relevant för syftet har använts utan att utelämna något. För att exemplifiera och öka trovärdigheten har representativa citat använts

efter att de har omvandlats så att anonymiteten hos informanten kan bevaras, men andemeningen fortsatt varit intakt (Graneheim & Lundman, 2004; Kvale & Brinkmann, 2014). Under hela processen har författarna ständigt återvänt till den transkriberade texten och dess kondenserade innehåll för att minska risken att missa essensen i intervjumaterialet. Transkriberad och analyserade data har skickats till handledaren för insyn och komplettering för att öka trovärdigheten i arbetet (Graneheim & Lundman, 2004).

Etiska frågor bör ställas i början av en forskningsstudie. Exempel på frågor man bör ställa sig: Vilka goda effekter får undersökningen? Hur kan undersökningen bidra till att förbättra situationen för de deltagande intervjupersonerna? (Kvale & Brinkmann, 2014). Genom att denna studie belyser och framför barnmorskors erfarenheter samt upplevelser av spiralinsättning fås en bild över hur situationen varit och är, samt vilka önskemål som finns gällande framtida förbättringar. Överförbarheten är en förutsättning för att kunskap ska kunna användas praktiskt och delges andra. En viktig indikator på överförbarhet är att resultatet underlättar förståelsen för andra inom området, den s.k. Aha-effekten (Malterud, 2009). I studiens resultat framkommer barnmorskors samstämmiga beskrivningar om omsorgen om kvinnan, vilket trots vår förförståelse gav en Aha-upplevelse. Det är ett exempel på varför författarna anser att studien har en hög överförbarhet. Kravet för konfidentialitet har följts genom hela forskningsprocessen. Informanterna blev garanterade att deras information skulle behandlas konfidentiellt och att det inte ska gå att identifiera dem i det färdiga materialet (Kvale & Brinkmann, 2014).

Resultatdiskussion

Intervjupersonerna beskrev spiralinsättning som en känsloladdad mångfacetterad arbetsuppgift, där olika tillvägagångssätt belystes och viljan fanns att skapa en trygg situation kring kvinnan. Barnmorskorna var öppna och berättade utförligt om sina erfarenheter och rädslor kring att orsaka smärta eller lidande. Rutinerna varierade mellan olika arbetsplatser och olika barnmorskor, det skiljde sig till exempel mellan att använda och inte använda klotång och/eller sond, smärtlindring inför spiralinsättning eller inte.

Mångfacetterat arbetsmoment

Arbetsmomentet visade sig vara flerdimensionellt och väckte en rad olika känslor hos barnmorskorna. De beskrev olika modifierade insättningstekniker då de provade sig fram och anpassade instrumenten efter egna erfarenheter och förutsättningar.

Barnmorskor har en vana av att kunna beskriva arbetsmoment in i minsta detalj, vilket visade sig i intervjusituationerna. De belyste även detta själva när de berättade om momentet i handledningssituationer. Där fanns en medvetenhet om att de själva gör fel när de inte följer PM och riktlinjer, men det framkom att de har kvinnans bästa för ögonen. Det överensstämmer med vad som tidigare beskrivits att barnmorskor värnar om kvinnans väl och därför

väljer att handla på ett visst sätt (Dykes, 2016). Det pågår diskussioner om klotång ska användas eller inte vid spiralinsättningar (Tydén, 2016), men enligt samtliga PM och riktlinjer inom VGR ska klotång alltid användas. När barnmorskorna agerade som handledare med student ”gör de efter boken” d.v.s. korrekt enligt alla föreskrifter, detta för att det finns en vilja att lära studenten rätt.

Vad som avgör om det används sterila-/höggradigt rena- eller engångsinstrument är svårt att få fram evidens för. Frågan man bör ställa sig är om det leder till mer infektioner om höggradigt rena instrument används istället för sterila. Detta är något som kan vara av intresse att belysa i vidare forskning. Det skulle också kunna ge en samhällsekonomisk vinst, skapa mindre avfall och därmed mindre miljöpåverkan om flergångsinstrument användes. Om klotång i metall användes skulle det även generera mindre oro för klotångssläpp för barnmorskor.

Resultatet visade att barnmorskor behövde reflektera över det komplexa arbetsmoment som spiralinsättning är samt ventilera eventuell oro och frustration samt upplevda händelser i en öppen dialog för att nyansera och ge förslag på förbättringar som gynnar både yrkesgruppen och kvinnorna. Barnmorskors professionella relation är betydelsefull enligt den internationella etiska koden för barnmorskor, d.v.s. om barnmorskor stödjer och stärker varandra inom yrkesprofessionen leder det till att det skapas en trygg atmosfär som i sin tur resulterar i ökad självkänsla för egen och andras del och därmed förbättras kvinnors upplevelse av vården (Dykes, 2016).

Spiralinsättning görs i ”blindo” och på grund av detta önskade barnmorskorna möjlighet att använda ultraljud för att verifiera spiralläget. Det borde inte vara något hinder för barnmorskor att få lära sig, men det kan finnas andra begränsningar som t.ex. ekonomiska och lokalmässiga hinder för detta.

Tankar och önskemål om att kunna få använda Cytotec framfördes för att kunna användas som livmoderhalsvidgande för de kvinnor där barnmorskan förväntade sig en svårare insättning som t.ex. hos nullipara eller de kvinnor som tidigare haft en cervixspasm. Samtidigt som barnmorskan var medveten om att det kunde leda till en mer smärtsam upplevelse för kvinnan, vilket även forskning kring ämnet belyser (Gemzell-Danielsson & Odling, 2014).

Ge god vård

Spiralinsättning ska ske under lugna, avstressade förhållanden. Är kvinnan orolig och spänd behöver hon mer tid för att bli avslappnad (Tydén, 2016). Det finns inte någon metod förutom en trygg omgivning som lindrar smärta mer än placebo (Gemzell-Danielsson & Odling, 2014). Barnmorskorna i studien berörde ofta vikten av att en lugn och trygg kvinna gav bra förutsättningar vid spiralinsättning. Då spiralinsättning kan upplevas som en känsloladdad uppgift med flera aspekter att ta hänsyn till, beskrev barnmorskorna att det kan det vara

befogat att ha assistent på rummet, men det upplevdes inte alltid accepterat i arbetsgruppen att ta den hjälpen. Smärtlindringseffekten fås av att insättningens olika steg beskrivs för kvinnan för att skapa trygghet och barnmorskorna hade olika varianter på hur mycket information de gav.

Att avleda och för att minska rädsla i samband med insättningen underlättas om en assistent finns med på rummet (Gemzell-Danielsson & Odling, 2014; Rylance, 2016; Tydén, 2016). Det är även en fördel med en närvarande assistent som kan stödja och ge hudberöring för att bidra till ökad avslappning hos kvinnan till följd av oxytocinfrisättning. Hudberöring beskrivs i litteratur frisätta oxytocin, som är ett hormon som kan leda till lugn och avslappning. Oxytocin frisätts också när mat intas, och dessutom förbättras smärttåligheten av hormonet (Uvnäs Moberg, 2009). För att skapa en så positiv upplevelse som möjligt gav barnmorskorna råd om att äta inför spiralinsättningen. Barnmorskorna nämnde dock inte oxytocinfrisättning som motiv till deras råd men upplevde att kvinnor var mer smärttåliga om de hade ätit innan ingreppet.

Rädsla att orsaka lidande

Resultatet visade att klotången var associerad med oro och rädsla. Detta medförde att en del undvek den för att minska risken för att få orsaka smärta. Andra använde den trots att de kände en tveksamhet inför hur den skulle kunna påverka kvinnan. Det fanns en frustration i att inte ha en lämplig metod för att smärtlindra kvinnan när klotången skulle appliceras. Detta var även en anledning till att sonden inte heller alltid användes.

Barnmorskorna i denna studie var överens om att de kvinnor som hade minst obehag/smärta i samband med spiralinsättningen var de som nyss har fött barn, men samtidigt fanns en medvetenhet om att perforationsrisken var större hos dessa kvinnor. Andra studier har visat att det är en ca sexfaldig ökning av perforationsrisken de sex första månaderna efter förlossningen. Risken för att perforera minskar om en erfaren barnmorska sätter in spiralen (Heinemann, Reed, Moehner, & Do Minh, 2015; Tydén, 2016).

En studie om infektionsrisk vid spiral användning som omfattade 23 000 kvinnor som fött barn visade att risken för uppåtstigande genital infektion under pågående spiral användning är mycket låg förutom de första 20 dagarna, då risken finns att det vid själva insättningen förs upp bakterier (Farley, Rosenberg, Rowe, Chen, & Meirik, 1992). Barnmorskor i föreliggande studie har fått till sig kunskapen att kvinnan ska erhålla information om att hon kan leva utan begränsningar efter spiralinsättningen. De förhållningsregler som tidigare givits, och som numera ges i reviderad form efter barnmorskors erfarenheter, är samma restriktioner som tas upp i läroboken, d.v.s. att kvinnan bör undvika bad, samlag och tampong de första 7 dagarna (Tydén, 2016). Det går dock inte att få fram evidens för att barnmorskor ska undvika att informera om ovanstående restriktioner. Detta är motsägelsefulla uppgifter som barnmorskor behöver få ett förtydligande kring.

Barnmorskor reflekterade kring vad smärtan i samband med spiralinsättning gör med kvinnorna. Det är oklart vad den gör med deras framtida samliv om de går ifrån barnmorskan med en traumatisk upplevelse som de aldrig vill vara med om igen, eller än mindre rekommendera till sina väninnor. Därför är det, som tidigare beskrivits, betydelsefullt att barnmorskor kan smärtlindra kvinnor bättre så att spiral användningen ökar och som en följd effekt lägre aborttal (Kaislasuo et al, 2014; Gemzell-Danielsson & Odling, 2014).

Rädsla för smärta vid spiralinsättning kan leda till att kvinnor avfärdar spiral som preventivmedel (Lynn, 2016). Smärtlindringseffekten av Tramadol jämfört med Naproxen vid insättning visade att Tramadol hade en signifikant bättre effekt (Karabayirli, Aylin, Bunyamin, 2012). Begränsningen i nuläget är att Tramadol är receptbelagt och skulle behöva förskrivas av läkare i samband med att spiralinsättningen bokas.

Xylocaingel fanns inte på alla mottagningar och det var inte alltid som den användes även om den var tillgänglig. Tidigare nämnd studie pekar på att det finns en klar smärtstillande effekt vid klotångsapplicering, men inte skillnad i insättningsmärtan i övrigt (Rapkin et al., 2016). Fler studier kring detta vore önskvärdt då det är ett enkelt sätt att smärtlindra kvinnor om Xylocaingel visar sig vara en effektiv smärtlindringsmetod. I föreliggande studie framkommer att det finns tveksamhet till om Xylocaingel har någon smärtlindrande effekt eller om det bara är en placeboeffekt för såväl kvinnan som för barnmorskan. Unga kvinnor och de som inte fött barn har sannolikt mest nytta av den smärtlindrande effekten av Xylocaingel då deras livmoderhals är trängre. För att Xylocaingel ska ha bra effekt ska den appliceras 5 minuter innan insättningen och effekten varar mellan 30–60 minuter (Tornblom-Paulander, Tingåker, Werner, Liliacreutz, Conner, Wessel & Ekman-Ordeberg, 2015). TENS är en annan smärtlindringsmetod utan biverkningar som bland annat används vid spiralinsättningar. Barnmorskorna beskrev att den kan ha god effekt men sökningar på studier i detta ämne var svårt att finna.

Konklusion

Studiens resultat visar att spiralinsättning är ett mångfacetterat arbetsmoment och barnmorskorna anpassar insättningen utifrån upplevda erfarenheter. Vidare belyser barnmorskorna att de har en stor vilja att skapa en trygg situation för kvinnan med hänsyn till den personliga integriteten med avsikten att ge en god vård. Barnmorskorna upplevde en rädsla för att orsaka lidande för kvinnan vilket innebar att överväganden gjordes om det var nödvändigt att använda klotång eller inte utifrån hennes egna erfarenheter av den smärta som den kunde orsaka kvinnan. Vidare visade resultatet på en frustration över att det i dagsläget inte finns en bättre smärtlindring att ge i samband med spiralinsättning. Studier om smärtlindrande metoder i samband med spiralinsättning som t.ex. TENS och Xylocaingel är önskvärt för att eventuellt få fler alternativa smärtlindrande behandlingsmetoder. Barnmorskor arbetar utifrån sina erfarenheter gällande arbetsmomentet spiralinsättning. Det framkom variationer gällande känslor, praktiskt förfarande samt förutsättningar när det gäller instrument och smärtlindringsmetoder. Barnmorskorna pekar på brister och ger förslag till förbättringar, allt för att kvinnan ska gå ifrån spiralinsättningen med en positiv känsla.

Kliniska implikationer

Förslag på förbättringar och forskningsområden som barnmorskorna har är samordnade riktlinjer både på nationell och lokal nivå. Instrumenten ska vara ändamålsenliga och det ska finnas goda möjligheter att smärtlindra kvinnorna inför och under spiralinsättning. Möjligheten till användning av Cytotec och ultraljud bör ses över. Ett informationsblad med direktiv och fakta inför spiralinsättning skulle kunna utarbetas på hemsidan, innehållande råd om att äta och dricka innan, information om adekvat premedicinering (preparat och dos), samt att kvinnan bör utesluta att hon är gravid.

Referenslista

Codex. *Codex-regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad 2017-11-24 från <http://www.codex.vr.se/index.shtml>

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (Upplaga 1:7, s. 163–174) Lund, Studentlitteratur.

Dykes, A-K. *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (Upplaga 1:1)., kap.1. Barnmorskan i samhället. Lund: Studentlitteratur.

Ekelund, M., Melander, M., & Gemzell-Danielsson, K. (2014). Intrauterine contraception: attitudes, practice and knowledge among Swedish health care providers. *Contraception*, 89(5), 407–412.

Farley, Rosenberg, Rowe, Chen, & Meirik. (1992). Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: An international perspective. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 39(3), 249.

FASS (2017). *Mirena*. Hämtad 2017-11-10 från <https://www.fass.se/LIF/product?nplId=19921023000069&docType=3>

FASS (2017). *Xylocaingel 2%*. Hämtad 2017-11-12 från <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=19530102000014>

Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A., Nissen, E. (2001). *Lärobok för barnmorskor*. (2., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

FN:s allmänna förklaring – mänskliga rättigheter. Hämtad 2017-12-18 från <http://www.manskligarattigheter.se/sv/de-manskliga-rattigheterna/vilka-rattigheter-finns-det/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-srhr>

Forsman, B. (2005). *Etik i biomedicinsk forskning: en orientering*. Lund: Studentlitteratur.

Gemzell-Danielsson, K. (2016). *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (Upplaga 1:1)., kap. 10 Abortvård. Lund: Studentlitteratur.

Gemzell-Danielsson, K, Mansour, D, Fiala, C, Kaunitz, AM, & Bahamondes, L. (2013). Management of pain associated with the insertion of intrauterine contraceptives. *Human Reproduction Update*, 19(4), 419–427.

- Gemzell-Danielsson, K. & Odling, V. (2014). Intrauterin antikonception. I *Antikonception-bakgrundsdokumentation. Information från Läkemiddelsverket, 2014, 25(2)*, 67–70. Uppsala: Läkemiddelsverket.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24(2)*, 105–112.
- Gomez A.M., Hartofelis E., Finlayson S., & Clark, JB. (2015). Do Knowledge and Attitudes Regarding Intrauterine Devices Predict Interest in Their Use? *Women's Health Issues, 25(4)*, 359-365.
- Heinemann, Reed, Moehner, & Do Minh. (2015). Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception, 91(4)*, 274–279.
- Helsingforsdeklarationen. (1964). Hämtad 2017-03-18 från <https://www.slff.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf>
- ICM (2014). *International Code of ethics for Midwives*. Hämtad 2017-12-27 från http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
- Kaye, K., Suellentrop, K., Sloup, C. (2009). The fog zone: How misperceptions, magical thinking and ambivalence put young adults at risk for unplanned pregnancy. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. uppl.) (S.-E. Torhell, övers.). Lund: Studentlitteratur.
- Kaislasuo, J., Heikinheimo, O., Lähteenmäki, P. & Suhonen, S. (2014). Predicting Painful or Difficult Intrauterine Device Insertion in Nulligravid Women. *Obstetrics & Gynecology, 124(2, PART 1)*, 345–353.
- Karabayirli, S., Ayrim, A. & Muslu, B. (2012). Comparison of the Analgesic Effects of Oral Tramadol and Naproxen Sodium on Pain Relief During IUD Insertion. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology, 19(5)*, 581–584.
- Lantz, A. (2013). *Intervjumetodik*. (3., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

- Lindh, I. (2014). Preventivmedelsanvändning i Sverige. *I Antikonception - bakgrundsdokumentation. Information från Läke-medelsverket, 2014, 25(2), 32–36.* Uppsala: Läke-medelsverket.
- Lindh, I., Hognert, H., & Milsom, I. (2016). The changing pattern of contraceptive use and pregnancies in four generations of young women. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica, 95(11), 1264–1272*
- Lynn, L., Braaten, K., Eichen, E., Fortin, J., Maurer, R. & Goldberg, A. (2016). Naproxen Sodium for Pain Control With Intrauterine Device Insertion. *American College of Obstetricians and Gynecologists, 128(6), 1306–1313.*
- Läke-medelsverket. (2014). *Antikonception-behandlingsrekommendation. Information från Läke-medelsverket, 2014, 25(2), 14–28.* Uppsala: Läke-medelsverket.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion.* (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* (10.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rapkin, R. B., Achilles, S. L., Schwarz, E. B., Meyn, L. M., Cremer, M. A., Boraas, C., & Chen, B. (2016). Self-Administered Lidocaine Gel for Intrauterine Device Insertion in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology, 128(3), 621–628.*
- Rylance, K. (2016). The occasional intrauterine device insertion. *Canadian Journal of Rural Medicine, 21(1), 20–25.*
- Socialstyrelsen. (2014). *Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.* Hämtad 2017-11-17 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19564/2014-10-26.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017). *Abortstatistik 2016.* Hämtad 2017-11-17 från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/aborter>
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor.* Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2017-03-23 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2017-11-12 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2017-11-17 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SOSFS 1996:21. *Rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2017-03-23 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer1996/1996-10-21>

Smer. (2016). *Etiska bedömningar i gränlandet mellan hälso- och sjukvård och forskning*. Sverige: Statens medicinsk-etiska råd. Hämtad 2017-11-24 från http://www.smer.se/wp-content/uploads/2016/11/Smer-2016_01_webb.pdf

Svenska Barnmorskeförbundet. (2006). *Kompetensbeskrivning för barnmorska*. Hämtad 2017-03-18 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBEKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>

Svenska Barnmorskeförbundet (2014). *Att åberopa samvetsklausul är en oetisk vägran att ge vård*. Hämtad 2017-11-06 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/att-aberopa-samvetsklausul-ar-en-oetisk-vagran-att-ge-varld/>

Svenska Barnmorskeförbundet. (1999). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Hämtad 2017-11-17 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>

Tydén, T. (2016). *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (uppl.1:1)., kap. 9 Antikonception. Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Uvnäs Moberg, K. (2009). *Närhetens hormon: oxytocinets roll i relationer*. (1 utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Bilaga 1

Sammanställning av ISO, PM och riktlinjer i M-områdena, M1-M5 (Mödrahälsovårdsområden)

Utrustning: Samtliga M-områden, förordar steril sond och klotång, övriga instrument, handskar och kompresser höggradigt rena. Gynekologisk stol med huvudända som kan fällas snabbt.

Förberedelse: - Samtliga M-områden förordar pre. medicinering i form av analgetika med NSAID-preparat i varierande doser oftast kombinerat med Paracetamol. Önskar kvinnan ta STI-prov, men hon är symtomfri, kan spiral sättas in utan att invänta provsvar Samtliga M-områden.

Praktiskt förfarande:

Noggrann palpation, anläggande av klotång samt sondmätning förordas i samtliga M-områden

- Ingen evidens för nytta av vaginaltvätt (M1, M3, M4, M5)
- Sondmått 6–10 cm. M1 & M2, kan ej finna sondmått hos M5.
- Om kvinnan saknar säker preventivmetod ta graviditetstest innan insättningen samt 4 v därefter M1 & M2/M3. M5 uppmanar att vara frikostig med graviditetstest samt att ta ett graviditetstest på alla unga 3–4 veckor efter insättningen om den inte sker under menstruationstid.
- Uppmana kvinnan att ej ha oskyddat samlag 5 dagar innan spiralinsättningen. I samtliga områden kan spiral sättas in när som helst under menstruationscykeln.
- Samtliga områden förordar att trådarna klipps minst 2–3 cm långa
- Dra aldrig ut någon form av spiral mindre än 3 dagar efter sista samlag om kvinnan inte har en graviditetsönskan (M1-M3). M4 & M5 anger 5 dagar.
- Beredskap och rutiner för eventuellt blodtrycksfall (M4, M5)
- Assistent är en fördel (M4, M5)

Insättning efter partus (förlossning):

- M1: 1 vecka efter avslutat avslag, 8 v efter okomplicerat sectio, om avslaget slut.
- M2 / M3: 1 vecka efter avslutat avslag, 8 v efter okomplicerat sectio, om avslaget är slut.
- M4: Inom 48 timmar (i särskilda fall med stor risk för oplanerad graviditet, van insättare bör sätta spiralen), vanligtvis vid efterbesöket 6 veckor efter förlossningen.

Efterkontroll efter 6–12 veckor är inget krav men rekommenderas vid besvärlig spiralinsättning och efter insättning till nullipara

- M5: Inom 48 timmar, eller efter 6 veckor (spiral kan sättas mellan detta tidsspann men då är utstöttningsfrekvensen ökad. (Om kvinnan önskar spiral på BB så sätter ansvarig BB-läkare denna).

"Komplikationer"

Misstanke om perforation: Samtliga M-områden anger vilka symtom som kan finnas vid perforation och att patient ska hänvisas akut till gynekologmottagning och om det är en perforation ska den anmälas till Läkemedelsverkets biverkningsregister och avvikelserapport ska skrivas.

Graviditet hos spiralbärare: Dra spiralen om det är möjligt, och hänvisa kvinnan till gynekolog akut.

Symtom på genital infektion: Hänvisa kvinnan till VC, lämna kvar spiralen då man oftast behandlar med spiralen på plats. Kontraindicerat att sätta en spiral om man misstänker genital infektion. Avvakta och behandla.

Symtom på allvarlig infektion med feber och allmänpåverkan eller symtom på halsfluss: Sätt inte in spiralen (ovanstående gäller samtliga M-områden).

Spiralinsättning på kvinnor med ökad blödningsbenägenhet:

Dessa kvinnor kan få en större blödning vid applicering av klotång eller vid eventuell perforation. Kvinnor som står på blodförtunnande läkemedel remitteras till sjukhusknuten gynekologisk mottagning. (M2-M4)

Bilaga 2



SAHLGRENSKA AKADEMIN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Barnmorskors erfarenheter av spiralinsättningar

Information om förfrågan om deltagande i studie

Bakgrund och syfte

Barnmorskor i Sverige har en unik roll som preventivmedelsrådgivare och förskriver huvuddelen av alla preventivmedel till friska kvinnor. Detta innebär att de flesta spiraler i Sverige sätts in av en barnmorska. Syftet med denna studie är att ta reda på barnmorskors erfarenheter av spiralinsättningar.

Förfrågan om ditt deltagande och studiens genomförande

Vi vill i vår intervjustudie få kunskap om Din erfarenhet gällande spiralinsättningar. Genom att ställa öppna frågor under intervjun hoppas vi att Du vill dela med dig av det.

Beräknad tidsåtgång är 30–60 minuter och intervjun kommer att spelas in. Därefter skrivs intervjumaterialet ut ordagrant utan att Ditt namn omnämns. Bara intervjuarna har tillgång till din identitet och informationen kommer att behandlas och förvaras så att obehöriga ej kan ta del av den. Resultatet kommer att redovisas så att det inte går att finna kopplingar till Dig. Deltagandet är helt frivilligt och Du kan när som helst avbryta.

Linda Afzelius, arbetar som barnmorska på Närhälsan Mölndal barnmorskemottagning

Tel: 070-5462767

Mail: linda.afzelius@vgregion.se

Annika Ekström, arbetar som barnmorska på Närhälsan Vänersborg barnmorskemottagning

Tel: 070-799 08 95

Mail: annika.ekstrom@vgregion.se

Bilaga 3



SAHLGRENKA AKADEMIN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Intervjuguide

Syftet med vår studie är att undersöka barnmorskors erfarenheter av spiralinsättningar.

- Hur gammal är du och hur länge har du arbetat som barnmorska?
- Hur länge har du arbetat med spiralinsättningar?
- Hur ser det ut på din arbetsplats, hur många är ni som arbetar där? (landsbygd, liten eller stor stad)
- Vill du berätta hur du praktiskt går tillväga vid en vanlig spiralinsättning?
- Kan du berätta om dina upplevelser av spiralinsättningar?
- Vill du berätta om en specifik situation där Du upplevde spiralinsättningen som enkel eller svår, positiv eller negativ?
 - Hur kändes det för dig?
 - Kan du beskriva för oss hur ditt bemötande påverkades i den situationen?

Bilaga 4



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Informerat samtycke om deltagande i studie om barnmorskors erfarenheter av spiralinsättningar

Jag önskar medverka i intervju om mina upplevelser av spiralinsättningar.

Datum.....

.....

Namnteckning

.....

Namnförtydligande och telefonnummer

Som studieledare försäkrar vi deltagarnas anonymitet vid intervju, analys och resultatredovisning för studien om barnmorskors erfarenheter av spiralinsättningar.

Datum.....

Namnteckningar

.....