



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

TIMEOUT HAND I HAND MED KVINNAN

- *Ett kvalitetsarbete om timeout-modellens påverkan på kvinnors delaktighet vid utebliven förlossningsprogress.*

Ahlberg, Amanda. & Holmström, Carin.

Examensarbete:	15 hp
Program:	Barnmorskeprogrammet
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt2019
Handledare:	Karolina Lindén
Examinator:	Lars-Olof Persson

Titel svensk:	Timeout – Hand i hand med kvinnan
Titel engelsk:	Timeout – Hand in hand with the woman
Uppsats:	15 hp
Program:	Barnmorskeprogrammet
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt2019
Handledare:	Karolina Lindén
Examinator:	Lars-Olof Persson
	Timeout, Delaktighet, Normal förlossning, Utebliven
Nyckelord:	förlossningsprogress, Barnmorskans uppdrag

Sammanfattning

Bakgrund: Barnmorskans bemötande och agerande är betydande för kvinnors upplevelse av delaktighet vid utebliven förlossningsprogress. Kvinnan kan uppleva att hon inte känner att hon involveras i vad personalen gör. För att förhindra långdragna förlossningar och för att optimera kvinnors delaktighet i sin förlossning skapades timeout-modellen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i ett kvalitetshöjande arbete. Syftet med timeout-modellen vid utebliven förlossningsprogress är att öka delaktighet och att optimera möjligheten till vaginal förlossning där förutsättningar finns, samt att avsluta förlossningen i rimlig tid där förutsättningarna är begränsade. Kvinnans deltagande i beslutsfattandet är förenligt med patientens rätt till självbestämmande.

Syfte: Syftet med detta kvalitetsarbete är att beskriva barnmorskans upplevelse av att göra kvinnan mer delaktig vid utebliven förlossningsprogress med hjälp av timeout-modellen.

Metod: Semistrukturerade intervjuer utfördes där insamlat material analyserades genom innehållsanalys. Sju legitimerade barnmorskor intervjuades på två av Sahlgrenska Universitetssjukhusets förlossningsavdelningar.

Resultat: Resultatet redovisas som två kategorier: *Att vara fysiskt och emotionellt närvarande* samt *Att involvera och kommunicera*. Dessa kategorier utformades utifrån fem subkategorier: *Fysisk närvaro främjar delaktighet*, *Emotionell närvaro stärker delaktighet*, *Information främjar delaktighet*, *Uppmuntran till dialog leder till delaktighet* och *Återkoppling och reflektion föder delaktighet*. Kategorierna speglar timeout-modellen genom att barnmorskorna upplevde att de olika stegen i modellen gav utrymme för olika metoder för att göra kvinnan delaktig.

Slutsats: Barnmorskor upplever att timeout-modellen underlättar i deras arbete att göra kvinnan mer delaktig i sin förlossningsvård vid utebliven förlossningsprogress. De upplever också att de använder sig av olika metoder att göra kvinnan delaktig. Aktivt med hjälp av sin fysiska närvaro och att bjuda in till dialog, samt passivt genom att synliggöra arbetet och att delge adekvat information till kvinnan.

Nyckelord: Timeout, Delaktighet, Normal förlossning, Utebliven förlossningsprogress, Barnmorskans uppdrag

Abstract

Background: How a midwife cares for and acts during childbirth plays a big role when it comes to women's experience of participation in prolonged labour. The woman may experience that she's not involved in what the health professionals are doing. At Sahlgrenska University Hospital, as part of a quality improvement project, the timeout model was developed to prevent prolonged labour and optimise the woman's participation. The aim with the model is, in the event of prolonged labour, to increase the woman's participation and optimise the possibility, when circumstances allow, of a vaginal childbirth. Further to complete childbirth within a reasonable time period during restrictive circumstances. The woman's involvement in decision-making complies with the patient's right of self-determination.

Aim: The aim of this study is to describe the midwives experiences of involving the woman in the event of prolonged labour using the timeout-model.

Method: The study was performed using semi-structured interviews, which were analysed using a content-analysis method. Seven midwives from two labour wards at the Sahlgrenska University hospital were interviewed.

Result: In the results two categories were extracted: *Physical and emotional presence* as well as *involvement and communication*. These categories stemmed from five sub-categories: *Physical presence promotes participation, emotional presence strengthens participation, information supports participation, encouraging a dialogue leads to participation and feedback and reflection foster participation*. These categories reflect the timeout-model. The midwives experience was that the different steps in the model allowed for different methods of involving the woman.

Conclusion: Midwives experience that the timeout-model facilitates their work to make the woman more involved in their childbirth care in case of prolonged labour. They also find that they use different methods to make the woman involved. Actively using their physical presence and inviting to dialogue, as well as passively by highlighting the work and communicating adequate information to the woman.

Key words: Timeout, Participation, Normal childbirth, Prolonged Labour, Midwives duty

Förord

Vi vill tacka de barnmorskor som ställt upp på intervjuer och vi hoppas att era upplevelser ska komma till nytta för födande kvinnor framöver. Vi vill också tacka vår handledare Karolina Lindén för allt stöd och den vägledning vi fått under denna tid. Tack till alla fina kurskamrater. Vi vill också passa på att tacka varandra för fint samarbete och för många minnesvärda stunder.

Amanda och Carin

Innehåll

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Barnmorskans uppdrag	2
Barnmorskans bemötande och agerande vid långdraget förlossningsförlopp	3
Normal förlossning	4
Definition	4
Förlossningens tre skeden	5
Utebliven förlossningsprogress.....	5
Timeout-modellen	7
Timeout-modellens grunder.....	7
Timeout-modellen i verksamheten	7
Delaktighet.....	10
Den födande kvinnans rättigheter	10
Delaktighet i vården	10
Midwifery Model of Care (MiMo).....	12
Ett ömsesidigt förhållande – MiMo	12
PROBLEMFÖRMULERING	13
SYFTE.....	14
Urval/Deltagare	14
Datainsamling.....	15
Dataanalys	15
Förberedelse	15
Organisering.....	16
Redogörelse.....	16
Etiska överväganden.....	17
RESULTAT	19
Att vara fysiskt och emotionellt närvarande.....	20
Fysisk närvaro främjar delaktighet	21
Emotionell närvaro stärker delaktighet	22
Att involvera och kommunicera	23

Information främjar delaktighet.....	23
Uppmuntran till dialog leder till delaktighet.....	24
Återkoppling och reflektion föder delaktighet.....	25
METODDISKUSSION.....	27
Datainsamling.....	27
Dataanalys.....	28
RESULTATDISKUSSION.....	30
Fysisk och emotionell närvaro.....	30
Att involvera och kommunicera.....	31
Timeout-modellens påverkan på barnmorskans arbete.....	33
Förslag till vidare forskning.....	35
Praktiska implikationer.....	35
SLUTSATS.....	35
REFERENSER.....	36
BILAGA I.....	42
BILAGA II.....	45

INLEDNING

Vi kommer aldrig undan det faktum att på förlossningsavdelningarna är det personalens ord som väger tyngst. Kvinnorna, med känslor av förväntan, lycka och oro, kan ha svårt att sätta sig in i tanken att de själva ska föda sitt barn, när rummet är belamrat av sjukhusutrustning. Kläderna de bär har sjukhusets logga och de är ständigt uppkopplade till maskiner som piper och får barnmorskorna att nicka instämmande eller rynka bekymrat på pannan. Idag är det viktigare än någonsin att vi som barnmorskor involverar kvinnan i den vård hon erbjuds då kvinnans ambitioner att vara delaktig i sin vård ökar. Forskning, som redovisas nedan visar även att en ökad delaktighet under utebliven förlossningsprogress kan leda till en bättre förlossningsupplevelse. När vi tar ett steg fram för att agera är det också tillfälle att backa för att låta kvinnan höras. Denna magisteruppsats kommer följaktligen att utföras i form av ett kvalitetsarbete i samarbete med Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Kvalitetsarbetet undersöker om implementeringen av timeout-modellen har underlättat för barnmorskor att göra kvinnan mer delaktig i beslutsfattandet under sin förlossning vid utebliven förlossningsprogress.

Ett aktivt val har gjorts att i magisteruppsatsen hänvisa till den födande som ”kvinnan”. Dock finns en medvetenhet i att det finns födande som definierar sig som annat än kvinna, respekt för detta beaktas.

BAKGRUND

I bakgrunden tas betydande aspekter för kvalitetsarbetet upp så som barnmorskans uppdrag i förlossningsvården, definition av normal förlossning samt utebliven förlossningsprogress. Därefter beskrivs hur timeout-modellen skapades och hur den används i verksamheten. Begreppet delaktighet som för kvalitetsarbetet är centralt definieras samt så förklaras vårdmodellen Midwifery Model of Care (MiMo).

Barnmorskans uppdrag

Barnmorskans kompetensområde är yrkesspecifikt vilket innebär att inga andra yrkeskategorier delar uppdraget. Hens självständiga uppgift ligger i kvinnosjukvård; reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Inom dessa områden arbetar barnmorskan utifrån ett etiskt förhållningssätt med organisation och ledning, forskning, utveckling, utbildning, hälsofrämjande, handlägger olika tillstånd samt arbetar med förbyggande insatser. På förlossningen tillämpas främst barnmorskans yrkesspecifika kompetens inom reproduktiv och perinatal hälsa. Detta ses i att barnmorskan självständigt ansvarar och handlägger för den normala graviditeten, förlossningen och postnatalperioden (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018; SFS 1955:592).

International Confederation of Midwives (ICM) (2017) definierar barnmorska som en person som genomgått en barnmorskeutbildning som grundats i ICMs (2017) kompetensbeskrivning för grundläggande barnmorskepraktik. Personen ska uppnå både teoretiska och praktiska kvalificeringarna för att få bära titeln barnmorska. De beskriver i sin filosofiska modell för barnmorskans vård att barnmorskan utför sin vård i ett partnerskap med kvinnan som främjar kvinnans rätt till självbestämmande och att hen bekräftar kvinnans förmåga att föda sitt barn (ICM, 2017).

Barnmorskor utgör i dagens samhälle en viktig roll för folkhälsan. Barnmorskan ska säkerställa kontinuitet i vården, människans rättigheter och hälsobehov. De utgör en viktig del

av vården i Europa och möter varje dag många människor, barnmorskan har således möjlighet att påverka hälsoutfallet för dessa (WHO, 2015).

Barnmorskan ska erhålla kompetens för att kunna tillgodose kvinnan en säker, jämlik, tillgänglig och kontinuerlig vård samt att vården skall vara individanpassad och styrd av kvinnans egna behov. Hen skall vara delaktig i teamarbete inom sin profession samt samarbeta med andra professioner och specialister. I arbetet skall barnmorskan kunna ta upp anamnes och status som grund för att se risker och även utföra bedömningar och planering för den unika personen. Hen skall även jobba för att främja patientens delaktighet i vården genom att tydligt delge relevant information och ge kvinnan valmöjligheter i den mån det går (Svenska barnmorskeförbundet, 2018).

Verksamheten ska möjliggöra att vården tillgodoser kvinnans behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Den ska bedrivas med respekt för den unika individens självbestämmande och integritet samt främja en god kontakt mellan barnmorska och den födande kvinnan genom hela mötet enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30).

Barnmorskans bemötande och agerande vid långdraget förlossningsförlopp

I en studie där kvinnors upplevelse av långdraget förlossningsförlopp lyftes fram framkom det att barnmorskans bemötande är en huvudsaklig faktor för kvinnans upplevelse av sin förlossning. Ett bemötande som av kvinnan upplevs positivt kan ge en god upplevelse trots andra föreliggande faktorer som möjligen skulle kunna identifieras som bidragande anledningar till en försämrad förlossningsupplevelse (Nystedt, Högberg och Lundman, 2005). I en studie om kvinnors upplevelser av barnmorskans bemötande skriver Berg, Lundgren och Wahlberg (1996) att kvinnor upplever att det är viktigt att få stöd och guidning utifrån sina egna villkor under sin förlossning.

Det har visat sig att kvinnorna kan känna sig maktlösa vid utebliven förlossningsprogress. Det framkom att kvinnorna i studien inte blir involverade i de interventioner som vårdpersonalen tar beslut om vilket av kvinnorna upplevs som negativt (Nystedt, Högberg och Lundman, 2006). Det finns vetenskapligt underlag för att kontinuerligt stöd av en egen barnmorska under aktivt värkarbete påverkar processen positivt samt tenderar till att förkorta

förlossningen (Socialstyrelsen, 2001). Det har även visat sig att socialt stöd genom närvaro och engagemang under förlossningen från vårdpersonal har ett starkt samband med minskat användande av smärtlindring samt en god upplevelse av förlossningen (Karlström, Nystedt och Hildingsson, 2015).

Utifrån en studie av Nystedt et al. (2005) gällande utebliven förlossningsprogress har det visat sig att kvinnor som genomgått en långdragen förlossning på grund av utebliven förlossningsprogress, kan ha en sämre förlossningsupplevelse på grund av brist på information och förståelse för vad som sker. Det framkom att kvinnorna upplevde en känsla av maktlöshet som hindrar dem att involveras i interventionerna och beslutsprocesserna. Studien visade också att kvinnor upplevde barnmorskans närhet, stöd och vård som vital för att uppleva förtroende till sitt födande och att barnmorskans delgivande av information får kvinnan att känna sig delaktig vilket ger tillbaka en del av kontrollen till kvinnan (Nystedt et al. 2005).

Normal förlossning

Definition

World Health Organization (WHO) (1996) definierar normal förlossning med följande kriterier: Spontan förlossningsstart; förlossningen skall klassas som låg risk genom hela förlossningen; barnet skall födas spontant med huvudbjudning mellan vecka 37+0 och 41+6 samt att efter födseln skall både mor och barn vara välmående.

Låg risk föreligger och normal förlossning förväntas om följande kriterier uppfylls: Förlossningen startar i graviditetsvecka 37+0 till och med graviditetsvecka 41+6; kvinnan väntar endast ett barn; huvudbjudning utan deflektionsläge; spontan värkstart eller vattenavgång med egen värkstart; normal kardiokografi (CTG); kvinnan har ett diastoliskt blodtryck över 90mmHg och slutligen att kvinnan inte har några kända sjukdomar eller komplikationer som kan ha påverkan på förlossningsförloppet (Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi, 2010). Normalt CTG skall falla inom ramarna uppsatta av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (2015).

Förlossningens tre skeden

En förlossning är uppdelad i tre olika skeden. Öppningsskedet som är den första delen i förlossningsprogressen är i sin tur uppdelad i två faser, latensfas och aktiv fas (Socialstyrelsen, 2001). Det som är utmärkande för latensfasen är mer eller mindre smärtsamma sammandragningar men betyder generellt ingen eller liten påverkan på livmoderhalsens öppningsgrad (Friedman, 1987).

Svenska Barnmorskeförbundet (2015) beskriver vad som ska beaktas vid bedömning av aktiv fas tillika aktiv förlossning. Det som barnmorskan i sin bedömning tar hänsyn till är cervix utplånings- och öppningsgrad, sammandragningarnas frekvens och styrka samt i vissa fall förekomst av vattenavgång. Effektiva sammandragningar ska vara smärtsamma och regelbundna. För att bedöma om kvinnan befinner sig i aktiv fas ska två av nedanstående kriterier uppfyllas:

- Spontana regelbundna, smärtsamma sammandragningar. Minst två till tre på tio minuter.
- Spontan vattenavgång
- Cervixdilation mer än fyra cm eller utplånad livmoderhalstapp och öppen mer än en cm.

Om kvinnan uppfyller två av ovanstående kriterier är det sannolikt att hon befinner sig i aktiv fas, i tillägg till de beskrivna kriterierna bör utvärdering av förlossningens progress utföras efter två timmar (Svenska Barnmorskeförbundet, 2015). Det är viktigt att kunna särskilja på latensfas och aktiv fas för att undvika onödiga interventioner under latensfasen (Friedman, 1987).

Utebliven förlossningsprogress

Vid en normal förlossningsstart sker en succesiv cervixdilatation parallellt med att barnets huvud tränger ner i förlossningskanalen (Friedman, 1987). Vedertaget kan normalt förlopp av cervixdilatation definieras som en centimeter per timme under aktiv fas. Cervixdilatation och huvudets nedträngning sker sällan linjärt men för att kunna följa progressen samt underlätta för barnmorskor vid bedömning under aktiv fas används en grafisk framställning även kallat partogram (Cardozo, Gibb, Studd, Vasanat & Cooper, 1982; WHO, 1993; World Health Organization. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, 1994).

Genom detta protokoll kan cervixdilatationen och huvudets nedträning följas mot en tidsaxel (Cardozo, Gibb, Studd, Vasanat & Cooper, 1982; WHO, 1993; World Health Organization. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, 1994). Partogrammet påbörjas av barnmorskan när kvinnan bedöms vara i aktiv fas.

I detta protokoll finns två linjer: ”alert line” vilket motsvarar öppningsgraden av en centimeter per timme samt ”action line” som går parallellt med ”alert line” men med två timmars fördröjning. Denna linje har för avsikt att markera en tidsgräns för eventuell åtgärd. Om linjen påvisar att den faktiska cervixdilatationen korsar ”action line” föreligger värksvaghet (WHO, 1993; Socialstyrelsen, 2001).

Det finns ingen entydig definition för utdraget förlossningsförlopp men mest vedertaget är en fördröjning av förväntad cervixdilatation med två eller tre timmar under förlossningens aktiva fas, eller en dilatationshastighet understigande en centimeter per timme mellan två undersökningar (Socialstyrelsen, 2001).

Om utebliven förlossningsprogress sker under den aktiva fasen kan grunden vara ineffektiva sammandragningar i livmodern men det kan även bero på mekaniska hinder. Utebliven förlossningsprogress på grund av mekaniska hinder förekommer oftare hos omfödorskor. Mekaniska hinder kan bestå av disproportion mellan fostrets huvud och kvinnans bäcken, ibland med avvikande bjudning (Socialstyrelsen, 2011).

Utebliven förlossningsprogress är mer förekommande hos förstfödorskor, 33 procent av förstfödorskor diagnostiseras med värksvaghet eller utebliven förlossningsprogress, endast sju procent av omfödorskor får samma diagnos. Utebliven förlossningsprogress hos förstfödorskor orsakas ofta av ineffektiva sammandragningar. I rapporten från Socialstyrelsen beskrivs bidragande faktorer till utebliven förlossningsprogress: hög ålder, kortvuxenhet, högt BMI, långvarig infertilitet, överburenhet, induktion, vattenavgång med avsaknad av sammandragningar, stort barn, epiduralbedövning och höga halter av stresshormon hos modern. Det finns en ökad risker för både mor och barn vid utdragen förlossning (Socialstyrelsen, 2011).

Olika åtgärder som kan vidtas vid konstaterad värksvaghet är; amniotomi, oxytocininfusion, bad, att röra på sig och inta upprätta positioner, vätske- näringstillförsel eller akupunktur (Socialstyrelsen, 2011).

Timeout-modellen

Timeout-modellens grunder

Timeout har utvecklats från WHO deras Surgical Safety Checklist som primärt används inom kirurgin för att optimera patientsäkerheten (WHO, 2008). Under ett kvalitetshöjande arbete inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset har modellen omformats och därmed blivit applicerbar på förlossningsvården med samma grund som originalet men med målet att inte bara förbättra patientsäkerheten utan också involvera samtliga professioner och kvinnan i de beslut som fattas (Ringqvist & Bergqvist, 2018). En primär modell med syfte att göra kvinnan delaktig i specifika situationer analyserades med The Functional Resonance Analysis Model (2019) för att sedan skapa den slutliga timeout-modellen. Modellen används på förlossningsavdelningarna för att stärka teamarbetet både mellan professioner samt patient för en mer patientsäker vård och för att stödja kvinnans rätt till delaktighet (Ringqvist & Bergqvist, 2018).

Modellen går ut på att samtliga professioner inom det team som är involverade i vården av en specifik patient pausar sina arbetsuppgifter och bekräftar eller besvarar olika punkter på en särskilt utformad checklista. Syftet med timeout-modellen vid utebliven förlossningsprogress är att förbättra förlossningsupplevelsen genom ökad delaktighet och att optimera möjligheten till vaginal förlossning där förutsättningar finns och avsluta förlossningen inom rimlig tid där förutsättningarna är begränsade (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2018).

Timeout-modellen i verksamheten

Rutinen på Sahlgrenska universitetssjukhuset gällande timeout vid utebliven förlossningsprogress är uppdelad i fyra steg; kalla till timeout, muntlig rapport, lägga upp plan i samråd med den födande och till sist dokumentation (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2018). Barnmorskan ansvarar för att kalla till timeout, dock kan även läkare eller

sektionsledare initiera till timeout. Timeout görs vid bestämda indikationer så som tre timmars förskjutning i öppningsgraden eller utebliven progress i station under en till två timmar i utdrivningsskedet. Barnmorskan utför inre och yttre palpation löpande under förlossningen för att bedöma om tillfredställande progress skett i station och öppningsgrad. Progressen journalförs i partogrammet, likväl ska barnets bjudning identifieras och dokumenteras (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2018).

När barnmorska, läkare eller sektionsledare kallar till timeout utförs rapport av situationen på expeditionen, under tiden som en undersköterska stannar hos den födande kvinnan. Teamet har en dialog där man utbyter tankar och erfarenheter för att göra upp en plan kring fortsatt handläggande av förlossningen (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2018). Rapporten utförs enligt **S**ituation, **B**akgrund, **A**ktuellt tillstånd, **R**ekommendation (SBAR) som är en kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring inom vården. SBAR-modellen används bland annat vid rapportering mellan personal (Vårdhandboken, 2018).

Barnmorskan rapporterar enligt följande:

- Situation: Anledning till timeout.
- Bakgrund: Patientens bakgrund och eventuella riskfaktorer.
- Aktuellt: Bjudning, yttre palpation, station, progress, värkstatus, fostrets status, CTG, kommunikation, eventuellt tolkbehov, vilka åtgärder som vidtagits så som lägesändringar, tappning av urinblåsa, oxytocininfusion, kvinnans egna resurser, om hon är utvilad och hur hon hanterar smärtan, tecken på rädsla/stress eller tecken på trygghet/lugn hos kvinnan. Dialog mellan professioner utförs på expedition innan patienten involveras.
- Rekommendation: En plan görs i samråd med patienten inne hos patienten och tid för uppföljning bestäms (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2018).

När rapporten är slutförd samlas teamet inne på förlossningssalen för att göra kvinnan och eventuell närstående delaktig i det sista steget av SBAR, **R**ekommendation. Eventuella kompletterande undersökningar utförs. Målet är att fastställa en plan tillsammans med kvinnan för att antingen genomföra en vaginal förlossning eller avbryta instrumentellt. Kvinnan skall förstå och acceptera planen som fastställs. I det sista steget ska planen

journalföras av ansvarig läkare. Förlossningen fortgår enligt avtalad plan tills nästa bedömning (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2018).

Delaktighet

Den födande kvinnans rättigheter

Patientlagen (SFS 2014:821) som trädde i kraft år 2015 har tagits fram för att främja patientens delaktighet, självbestämmande och integritet. Enligt lagen har patienten rätt till att få personligt anpassad information om de alternativ som finns för vård, undersökning och behandling. Patienten ska även ges möjlighet att välja behandlingsalternativ. Information ska ges om eventuella risker och biverkningar. Det är av största vikt att patienten förstår informationen som ges, vilket innebär att då patienten har behov av tolk eller skriftlig information ska detta kunna tillgodoses. Den vård som ges ska till största möjliga mån vara i samråd med patienten och patienten har alltid rätt att dra tillbaka ett givet samtycke (SFS 2014:821).

För att på förlossningen tillämpa lagens innebörd är timeout-modellens syfte, att göra kvinnan delaktig, tänkt att fungera som ett verktyg för berörd vårdpersonal att luta sig tillbaka på för att ge kvinnan sin rättmätiga roll (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2018).

Delaktighet i vården

I en studie om delaktighet framkommer det att under de senaste decennierna har hälso- och sjukvårdssystemen i västvärlden övergått till ett mer patientcentrerat förhållningssätt. Detta för att vården ska lyfta fram kvinnans deltagande och autonomi vid beslutsfattande och genomförande. Kvinnans deltagande i beslutsfattandet är förenligt med kvinnans rätt till självbestämmande (Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2006).

Forskningen visar att det är viktigt att vårdpersonal är införstådda med att kvinnan har ett behov av att vara delaktig i beslutsfattandet av sin vård för att uppleva den som god (Elmir, Schmied, Wilkes & Jackson, 2010).

Delaktighet innebär att kvinnan blir involverad eller får delta i beslutsfattande samt vara en i ett sammanhang. Preferenser kan skilja sig mellan individer vad det gäller kravet på delaktighet (Florin et al. 2006). Det har visat sig att yngre, högutbildade individer samt kvinnor har starkare krav på delaktighet än andra grupper. Det framkommer även att det inte helt oväntat finns en individuell variation mellan personer om viljan av att vara delaktig i sin

vård. En del kvinnor föredrar en mer passiv roll gällande beslutsfattandet kring sin vård (Florin et al. 2006).

Generellt är kvinnor idag mer angelägna om att bli involverade i de beslut som fattas under förlossningen samt ta ansvar för sin egen samt sitt väntade barns hälsa och välbefinnande. När kvinnan involveras och känner delaktighet i beslutsfattandet kring sin vård har det visat sig ha en positiv påverkan på förlossningsupplevelsen (Nieuwenhuijze, Korstjens, de Jonge, de Vries & Lagro-Janssen, 2014).

I en studie av Harrison, Kusher, Benzies, Rempel och Kimak (2003) framkom det tydligt att kvinnan upplever en stark vilja att vara med och ta beslut angående sin vård under förlossning. Det beskrivs som fördelaktigt för kvinnan att ha tillgång till relevant information för att möjliggöra delaktighet. Att känna partnerskap med vårdpersonalen fick kvinnor att uppleva att deras önskningar angående sin vård blev respekterade. Det krävdes inte alltid att vården behövde möta kvinnornas förväntningar till fullo utan att få ha friheten att uttrycka sin önskan eller åsikt och att få ta plats att förhandla kring sin vård var lika uppskattad. Det framkom vidare i studien att vissa kvinnor inte känner en nödvändighet att vara involverade i beslutsfattandet så länge de får fullgod information kring den aktuella situationen. Detta ger kvinnan en känsla av kontroll och tillit till vårdpersonalen (Harrison et al. 2003). Öppen och respektfull kommunikation mellan kvinnan och barnmorskan har visat sig vara grundläggande för hennes upplevelse av delaktighet under förlossning (Armstrong & Kenyon, 2017; Nieuwenhuijze, et al. 2014).

Enligt en studie där kvinnors positiva förlossningsupplevelser lyfts fram framkom det att en känsla av trygghet och kontroll över vad som händer under förlossningen är vitala för en god förlossningsupplevelse. Det uppdagades att det var betydelsefullt för kvinnan att inta en aktiv roll i förlossningen genom att få bli delaktig i beslutsfattandet och ha känslan av att bestämma själva. Kvinnorna beskrev att ett pålitligt förhållande till barnmorskan innebar att få känna sig sedd och hörd. Det framkom att vikten av att få stöd och vägledning på sina egna villkor var betydande (Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2015).

Barnmorskor ska stödja kvinnans rätt till att vara delaktig i beslutsfattandet kring sin vård (Svenska Barnmorskeförbundet, 1999). Delaktighet vid förlossning innebär att kvinnan är

involverad i födandets alla aspekter. Det beskrivs att kvinnan behöver bli sedd som en unik individ med egna behov och få stöd och vägledning på sina egna villkor. Informationen barnmorskan delger kvinnan är essentiell inte i sin substans utan tyngden ligger i att kvinnan ska känna sig välunderrättad och delaktig (Lundgren och Berg, 2007).

Midwifery Model of Care (MiMo)

MiMo är en vårdmodell som har utvecklats för att användas specifikt för barnmorskeyrket vid vård av kvinnor under förlossning. Modellen har den födande kvinnan i fokus och inkluderar både hur barnmorskor skall förhålla sig till den moderna teknologin inom barnafödande samt hur det kan balanseras med omvårdnaden av kvinnor under förlossning (Berg, Ólafsdóttir & Lundgren, 2012).

MiMo bildades genom en studie av kvalitativ design där tolv publicerade kvalitativa artiklar med fokus på kvinnors och barnmorskors erfarenheter av förlossning och förlossningsvård i Sverige och Island granskades (Berg et al. 2012).

MiMo-modellen består av fem huvudteman: Ett ömsesidigt förhållande; en förlossningsatmosfär; grundad kunskap; den kulturella kontexten som främjar och hindrar normer; och den balanserande akten. Författarna menar att dessa fem huvudteman utgör de viktigaste aspekterna av barnmorskans roll för den födande kvinnan (Berg et al. 2012). Inom ramen för detta magisterarbete presenteras det första huvudtemat från MiMo, Ett ömsesidigt förhållande, då det anses vara applicerbart till kvalitetsarbetets resultat.

Ett ömsesidigt förhållande – MiMo

Huvudtemat Ett Ömsesidigt Förhållande från MiMo syftar till relationen mellan barnmorskan och den födande kvinnan som utvecklas under förlossningen. Vårdmodellen lägger stor vikt vid relationens betydelse för kvinnans förlossningsupplevelse då den utgör en grund för trygghet och förtroende mellan kvinnan och barnmorskan. Fyra komponenter beskrivs; närvaro, bekräftelse, tillgänglighet och delaktighet som tillsammans bildar temat, Ett Ömsesidigt Förhållande. Essensen av temat är att barnmorskan ska finnas för kvinnan genom förlossningen både fysiskt, psykiskt och emotionellt. Barnmorskan skall inkludera kvinnan i

beslutsprocesserna samt delge adekvat information om förlossningens fortgång för att skapa tillit samt ge kvinnan en upplevelse av delaktighet (Berg et al. 2012).

PROBLEMFORMULERING

I flera av de studier som redovisas i bakgrunden framkom det att kvinnors upplevelse vid långdragen förlossning på grund av utebliven förlossningsprogress kan påverkas positivt om kvinnan ges möjlighet att vara delaktig, få individanpassad information samt ha en god relation med barnmorskan, som innefattar trygghet, tillit och förtroende.

Forskningen visar att kombinationen av barnmorskans bemötande, kompetens och förmåga att inkludera kvinnan har visat sig ha en betydande roll för kvinnans upplevda delaktighet och totala förlossningsupplevelse. Att inte involvera kvinnan i processen kan ha en negativ påverkan på hennes förlossningsupplevelse. Brister i kommunikationen kan innebära att kvinnan inte upplever tillräckligt med stöd under förlossningen och således upplever en minskad delaktighet.

Timeout-modellen har skapats och implementerats vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset med syfte att förbättra förlossningsupplevelsen vid utebliven förlossningsprogress genom ökad delaktighet samt optimera möjligheten till vaginal förlossning där förutsättningarna finns och avsluta i rimlig tid där förutsättningarna är begränsade. Kunskap kring hur barnmorskan upplever modellen i verksamheten och om den uppfyller sitt ändamål saknas emellertid. Detta magisterarbete genomförs således som ett kvalitetsarbete med avsikt att undersöka om timeout-modellens implementering haft betydelse för barnmorskans upplevelse av att göra kvinnan mer delaktig vid utebliven förlossningsprogress. Undersökningen kan ge stöd för tidigare kvalitetsarbets resultat och på så vis gynna utvecklingen av en vård som bedrivs med syfte att främja kvinnans delaktighet. Vilket i sin tur kan leda till fler positiva förlossningsupplevelser.

SYFTE

Syftet med detta kvalitetsarbete är att beskriva barnmorskans upplevelse av att göra kvinnan mer delaktig vid utebliven förlossningsprogress med hjälp av timeout-modellen.

METOD

En kvalitativ metod valdes, då syftet var att undersöka upplevelser. En kvalitativ metod kan då vara lämplig enligt Polit och Beck (2018). Vald analysmetod var kvalitativ innehållsanalys i enlighet med Elo och Kyngäs (2008). De skriver att till en början användes innehållsanalys framför allt inom massmediaforskning och då för att klassificera innehåll i exempelvis nyhetsrapportering, magasin och politiska tal. Metoden hade då oftast en kvantitativ ansats. Idag används innehållsanalys vanligtvis inom journalistik, sociologi och psykologi. Metoden går att använda både i kvalitativa och kvantitativa studier. Innehållsanalys passar väl för att analysera data för undersökningar inom vården. Syftet med metoden var att skapa ett sammanhang och få förståelse för texten och sätta in den i sin kontext. Materialet kategoriseras och på så sätt skapas en djupare förståelse utifrån den skrivna texten (Elo & Kyngäs, 2008).

Urval/Deltagare

Urvalet begränsades till legitimerade barnmorskor som arbetar på förlossningen. Barnmorskorna var verksamma på Sahlgrenska Universitetssjukhusets, Östra sjukhusets förlossningsavdelningar. Bekvämlighetsurval har använts vid urval av informanter. Detta innebär att informanter väljs utifrån vilka som ligger närmst till hands (Bryman, 2008). Samtliga barnmorskor på respektive avdelning fick en muntlig förfrågan om att medverka av enhetschefen vid dagligt morgonmöte, de som visade intresse erhöll information skriftligt om syftet med kvalitetsarbetet. Sju barnmorskor valde att delta. Barnmorskorna var kvinnor och i

åldrarna 28-60 år. De arbetade vid två av Östra sjukhusets förlossningsavdelningar och hade en arbetslivserfarenhet mellan ett och 29 år och varierad etnisk bakgrund.

Datainsamling

Semistrukturerade individuella intervjuer genomfördes under barnmorskornas arbetstid. Intervjuerna bestod av en öppningsfråga: *Hur arbetar du med timeout-modellen för att göra kvinnan mer delaktig vid utebliven förlossningsprogress?* Utformade följdfrågor användes som stöd under intervjuerna. Exempel på följdfrågor som användes var: *På vilket sätt blev kvinnan mer delaktig? På vilket sätt upplevde du att timeout-modellen hjälpte dig att göra kvinnan mer delaktig? När upplever du att timeout-modellen inte fungerar och varför?* Intervjuerna spelades in med diktafoner och transkriberades ordagrant till text. Intervjuernas duration var cirka 20-25 minuter.

Dataanalys

Innehållsanalys utfördes i enlighet med Elo och Kyngäs (2008) beskrivning: transkribering av intervjuer till text, gemensam genomläsning samt analysering av texten. Analysens process bestod av tre faser: förberedelse, organisering och redogörelse (se tabell 1).

Förberedelse

Förberedelse är det första steget i Elo och Kyngäs (2008) beskrivning av innehållsanalys. Det går ut på att välja ut vad som ska analyseras och att sedan skapa en förståelse för det insamlade materialet. Materialet läses flera gånger för att skapa en förståelse för bakomliggande mening i det insamlade materialet. De första stegen i förberedelse tog form innan dataanalysen påbörjades. Redan efter formulering av syftet utformades kriterier för att välja ut lämpliga informanter till kvalitetsarbetet. Intervjufrågor skapades med målet att främja en öppen dialog. När samtliga intervjuer var slutförda genomfördes själva analysens första steg genom transkriberingen då materialet avlyssnades passivt en första gång. Därefter

lästes det transkriberade materialet upprepade gånger i sin helhet. På så vis skapades en första förståelse för den insamlade informationen.

Organisering

Organiseringen genomfördes parallellt med läsningen, stödord och rubriker antecknades löpande för att hitta samband mellan olika delar i texten eller meningsbärande enheter. Därefter grupperades liknande stödord och rubriker in under kategorier för att reducera antalet meningsbärande enheter och istället forma kategorier. Kategorierna kom i sin tur att forma generella beskrivningar av det studerade området (Elo & Kyngäs, 2008). Under genomläsningen av det fullständiga materialet markerades stycken som ansågs svara till syftet. Dessa stycken klipptes ut till ett separat dokument som sedan lästes igenom gemensamt flertalet gånger. Texten kondenserades ytterligare efter diskussion för att säkra materialets relevans mot syftet. Därefter grupperades kvarvarande stycken, koder extraherades för att avskärma styckena från varandra. En tabell utformades med exempel på hur analysen genomförts i enlighet med Elo och Kyngäs (2008) (se tabell 1). Tabellen redogör för analysens tillvägagångssätt från enskilda citat till slutliga kategorier, detta för att återse en röd tråd. Med kategori menas att presentera innehållet av de transkriberade intervjuerna på ett beskrivande vis. Kategorierna representerar precis det som informanterna sagt och ska inte utgöra plats för tolkning (Elo & Kyngäs, 2008).

Redogörelse

Det tredje steget i analysprocessen innebär att redogöra för resultatet. Detta kan göras på olika vis som bäst passar det aktuella arbetet med hjälp av till exempel figurer, tabeller eller tankekartor (Elo & Kyngäs, 2008).

För att förtydliga resultatets koppling till timeout-modellen utformades en figur (se figur 1) för att läsaren ska förstå tankegången. Genom det presenterade resultatet förstärks innehållet med hjälp av citat och korta stycken av beskrivande ord för att framföra innehållet.

Medvetenhet för den egna förförståelsen har tagits i beaktande under processens gång, resultatet diskuterades upprepade gånger för att säkerställa tolkningen av materialet och för att utesluta felaktigta tolkningar (Elo & Kyngäs, 2008).

Etiska överväganden

Kvalitetsarbetet har tagit hänsyn till etiska principer inom forskning samt genomgått en etisk egengranskning. Enligt Helsingforsdeklarationen (2018) ska alla delar i en intervjuundersökning genomgå etiskt övervägande. Likaledes bör inte syftet enbart gälla den eftersträlvade kunskapen utan även ha för avsikt att förbättra den mänskliga situationen. Det är av största vikt att det förväntade resultatet sätts i relation till eventuellt integritetsintrång samt obehag som intervjupersonerna kan ställas inför. I föreliggande kvalitetsarbete skulle intervjupersonerna kunna uppleva oro inför att bli igenkända då de delar med sig av känslig information om sig själva, deras vårdande, enskilda patienter samt företrädare för verksamheten.

Det insamlade intervjumaterialet hanterades konfidentiellt vilket betyder att det enbart är personerna som utfört kvalitetsarbetet och handledaren som känner till svaren och nämnda citat som informanterna uppgett. Insamlat datamaterial hölls säkert ifrån obehöriga, detta för att säkra informanternas integritet och sekretess i enlighet med Helsingforsdeklarationen (2018). Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) är tillämplad vid det aktuella kvalitetsarbetet vilket innebär att inga data från analys eller resultat ska vara möjliga att härleda till informanterna.

De forskningsetiska principerna för information, samtycke och nyttjande har följts genomgående under kvalitetsarbetets gång. Informanterna har fått information om syftet med kvalitetsarbetet, förfarande för insamling samt avsikt med resultatet. Både skriftlig och muntlig information har erhållits inför intervjuerna (Bilaga 1). Alla informanterna har fått fylla i informerat samtycke inför undersökningen (Bilaga 1). Deltagandet i kvalitetsarbetet var frivilligt och informanterna informerades om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att uppge orsak i enlighet med personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Magisteruppsatsen är en del i ett kvalitetsarbete och genomförandet av intervjuer har godkänts av verksamhetschef på förlossningen på Sahlgrenska Universitetssjukhus.

Inga uppgifter har behandlats i kvalitetsarbetet som rör den typen av uppgifter som enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) benämns som känsliga och där av enligt lag är förbjudna att behandla.

Enligt lagen om etikprövning (SFS 2003:460) av forskning som avser människor framkommer att teoretiska arbeten eller vetenskapliga experiment som genomförs inom ramen för högskolearbete på grundnivå eller avancerad nivå inte skall omfattas av lagen om etikprövning. Därmed har inget etiskt tillstånd ansökts inför aktuellt kvalitetsarbete.

Kvalitetsarbetet är utfört i enlighet med Dataskyddsförordningen framtagna av Europeiska dataskyddsstyrelsen för att skydda enskilda individers grundläggande rätt till skydd av deras personuppgifter (Datainspektionen, 2016). Därför har endast nödvändig mängd personuppgifter använts och behandling av personuppgifter skett med avseendet att med kvalitetsarbetet tjäna människor och göra nytta.

Kvalitetsarbetet är utfört enligt Sahlgrenska akademins kommunikationsavdelnings (2015) rapport om akademisk hederlighet. Tidigare forskning i kvalitetsarbetet är källhänvisad och det färdiga arbetet är plagiatkontrollerat mot Urkund. Kvalitetsarbetets skrift är genomtänkt så ny information och egna tankar formulerats med tydlighet. Formuleringar har gjorts med motiv att undvika vilseledning i samtliga delar av kvalitetsarbetet.

RESULTAT

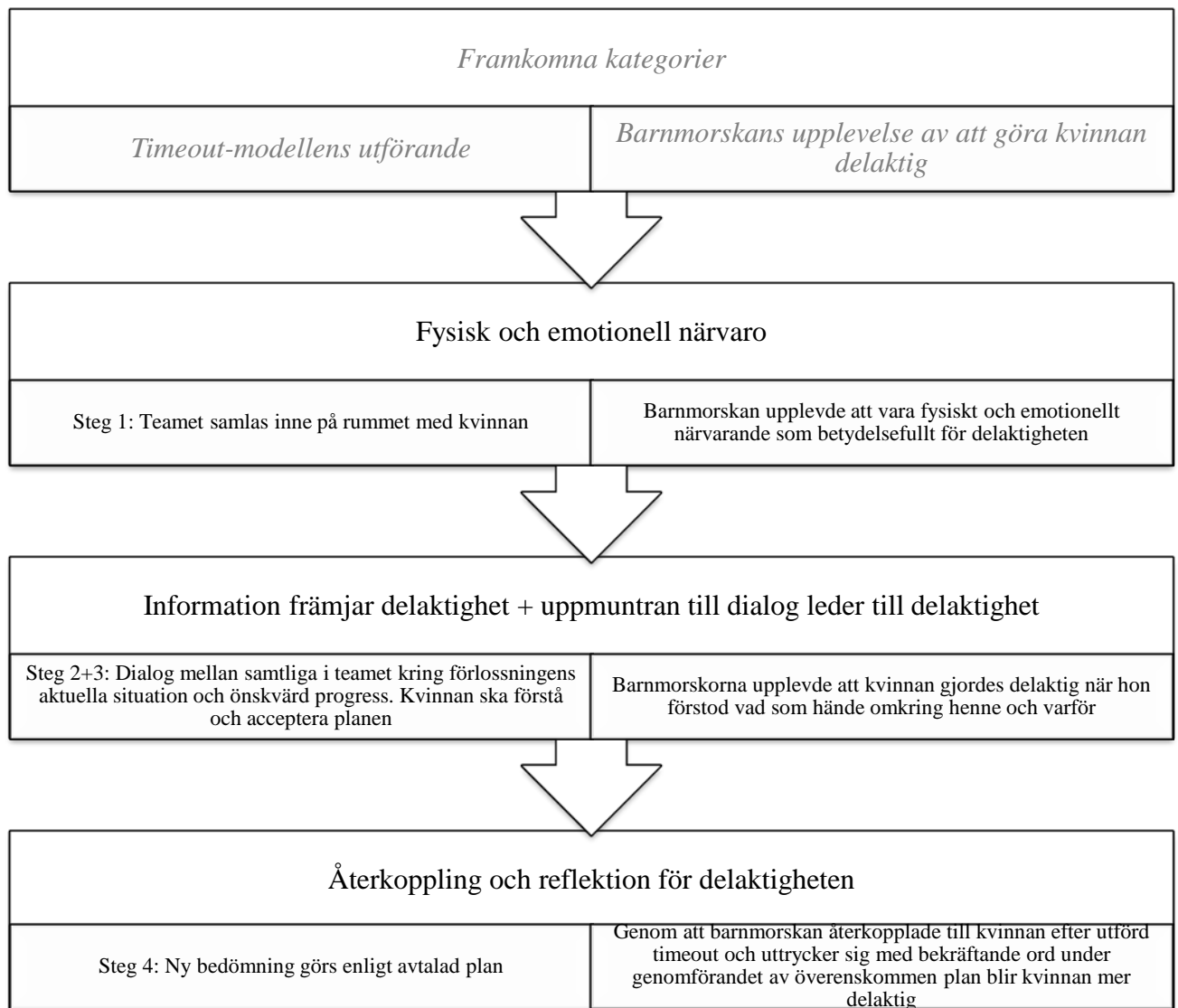
Analysen ledde till två mer övergripande kategorier: *Att vara fysiskt och emotionellt närvarande* samt *att involvera och kommunicera*. För att bygga dessa två kategorier utformades först fem subkategorier (se tabell 1): *Fysisk närvaro främjar delaktighet, emotionell närvaro stärker delaktighet, information främjar delaktighet, uppmuntran till dialog leder till delaktighet och återkoppling och reflektion föder delaktighet*.

Subkategorierna sammanvävdes i sin tur för att skapa de två övergripande kategorierna. Dessa kategorier följer utformningen av timeout-modellen parallellt då barnmorskorna upplevde att de olika stegen i modellen gav utrymme för olika metoder att göra kvinnan delaktig.

Beskrivande illustration visas i figur 1.

Tabell 1. Översikt av analysprocessen.

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
... att man har en timeout tillsammans med paret och med läkaren på rummet, det ska ju vara på rummet ju.	Tillsammans med paret, inne på rummet	Att stödja med sin fysiska närvaro	Fysisk närvaro främjar delaktighet	Att vara fysiskt och emotionellt närvarande
det kan vara för att det är flera som tror på henne(...) känner mer stöttning och säkerhet liksom.	Mer stöttning, vi är här för att hjälpa	Att finnas där	Emotionell närvaro stärker delaktighet	
Att sätta små delmål hela vägen och att man också återkopplar, reflekterar	Synliggöra, förståelse, informera	Att informera för att skapa förståelse	Information främjar delaktighet	Att involvera och kommunicera
... att man är frågar patienten: vad är det som är jobbigast nu? Är det smärtan? ja men då får vi jobba med det. Eller är det att hon är trött? Ah, finns det något vi kan göra där?	Veta vad personalen tänker, ställa frågor, involvera	Att involvera kvinnan	Uppmuntran till dialog leder till delaktighet	
Att sätta små delmål hela vägen och att man också återkopplar, reflekterar...	Återkoppla, reflektera, utvärdera	Att återkoppla	Återkoppling och reflektion föder delaktighet	



Figur 1. Illustration av kategoriernas spegling mot timeout-modellen.

Att vara fysiskt och emotionellt närvarande

Utifrån insamlat material framkom det hur barnmorskan upplevde sin närvaro på rummet som betydelsefull i syftet att göra kvinnan mer delaktig. I samtliga intervjuer nämndes det som det främsta konkreta steget att befinna sig på förlossningssalen tillsammans med kvinnan. Närvaron beskrevs som betydande inte bara i sin fysiska form utan det var av stor vikt att göra kvinnan delaktig även på ett emotionellt plan.

Hon blir ju mer delaktig eftersom vi pratar inne på rummet inför föräldrarna hur vi tänker varför vi gör saker, hon får vara med och faktiskt ha en önskan om hur vi ska jobba. – Barnmorska2

Fysisk närvaro främjar delaktighet

Barnmorskorna upplevde den fysiska närvaron som grundläggande för att göra kvinnan mer delaktig med hjälp av timeout-modellen vid utebliven förlossningsprogress. Genom att samlas inne på salen tydliggjordes kvinnans roll i teamet både för barnmorskan och för andra professioner.

Möjligheten är ju att vi samlas kring kvinnan inne på rummet, att vi är synliga för henne och vi förklarar hur vi tänker. Det är ju det istället för att göra det ute på expedition eller utanför rummet, vi är inne hos patienten det är väl den möjligheten vi ger henne att få vara delaktig i sin vård. – Barnmorska2

Att doktorn har träffat patienten inne på rummet med partner, doktorn har fått en uppfattning av hur situationen är på rummet för det kan ju vara svårt att förmedla med ord på utsidan. – Barnmorska7

Barnmorskan upplevde att genom tydliggörande för kvinnan hur även hennes närvaro är betydande för diskussionen och besluten kring handläggandet av förlossningen.

Jag tror att det så länge man tar in kvinnans perspektiv och inte pratar över huvudet på henne för det kan ju bli så att man går in och har en timeout men att det blir precis som att man pratar på expeditionen och inte inkluderar henne utan att hon bara finns på rummet då kan det nog vara så att hon känner sig överkörd istället. Då hade det kanske vart bättre om hon inte hörde den här diskussionen så länge hon är inkluderad i samtalet tror jag bara det är positivt. – Barnmorska6

Många beslut som tas inne hos patienten, jag tror det blir helt annat beslut om man är på expeditionen och inte sett patienten framför sig. För då får man ju en känsla om patienten är med på tåget eller om hon redan har gett upp för längesen, det kan man ju inte veta om man bara sitter ute på expeditionen. – Barnmorska5

Emotionell närvaro stärker delaktighet

Den emotionella närvaron var enligt barnmorskorna av stor vikt för att fånga upp kvinnan när hon tappat ork och motivation. Barnmorskorna upplevde det betydelsefullt att göra kvinnan mer delaktig genom att få henne att känna trygghet och tilltro till vårdpersonalen. Detta genom lyhördhet och bygga ett förtroende genom att vara öppen och ärlig.

... jag tror ju att det är viktigt att hon känner att vi har en tilltro till henne och att vi lyssnar till henne. – Barnmorska1

... så tänker jag ett starkt förtroende att de litar på mig, att jag talar sanning att jag liksom har hållit det jag har sagt innan och sådär. Så att det handlar ju om ett förtroende och då är det lite enklare att motivera också att om jag säger att det är bra att vi testar det här då kan jag ju på ett övertygande och ärligt sätt säga det. – Barnmorska2

Den emotionella närvaron byggde på ett gott bemötande och lyhördhet från barnmorskan. Att kvinnan känner sig sedd och att stödet som barnmorskan erbjuder är anpassat till kvinnan och syftar till att vägleda henne.

Jag tror att hon känner sig ännu mer delaktig i sin vård liksom och jag tycker de ska ju känna att vi är där för de, för att hjälpa de. Vi är inte här för att styra dig, du ska inte göra det om du inte vill, vi är här för att hjälpa dig och vi ser att du kanske behöver hjälp om det inte tar slut. Då kanske vi behöver hjälpa dig på något sätt. – Barnmorska5

... det handlar ju väldigt mycket om att skapa en bra bemötande (...) har man ett bra bemötande försöker vara ödmjuk inne på ett rum så brukar det mesta lösa sig faktiskt – Barnmorska2

Att involvera och kommunicera

Kategorin att involvera och kommunicera står för barnmorskans upplevelse att på olika vis aktivt få med kvinnan i beslutsfattandet och göra henne till en del av teamet. Detta kunde innefatta att uppmuntra henne till att uttrycka sig men också att ge svar på frågan varför när saker och ting beslutades i de fall där vårdpersonalen behövde ta över för kvinnans och barnets bästa.

Sen kanske inte upplevelsen är den bästa från den första (förlossningen) men de måste ändå förstå varför saker och ting gjordes och det är långt ifrån alla som gör det. Och då ligger de kvar där och tänker men jag blödde ju jättemycket (...) så läser man i journalerna och så hade hon blött 200 och det var en gång det kom en stor skvätt liksom. Inget stort för oss men de hade fastnat i huvudet på henne. Att hon blödde mycket och att det var det här och det här det berodde på. Information ska därför ges på ett professionellt och sakligt sätt. – Barnmorska1

Att inkludera kvinnan innebär flera olika aspekter. En aspekt är att arbeta öppet för att ge kvinnan en förståelse och för att visa att personalen inte har något att dölja. Ytterligare en är att vara medveten om kvinnans behov av delaktighet genom att aktivt ställa frågor och be kvinnan göra sin röst hörd. Till sist att bekräfta med kvinnan att hon förstått informationen, att någon frågar henne om det känns okej att fortsätta eller att avbryta.

Information främjar delaktighet

Barnmorskorna upplevde att kvinnan gjordes delaktig när hon förstod vad som hände omkring henne och varför; vad en timeout är och varför den gjordes. Det kunde ses genomgående i det insamlade materialet att samtliga barnmorskor berättar för kvinnan vad timeout är för något i dess teoretiska form.

... prata med patienten och informera om att vi har den här metoden och att vi använder oss av den och att vi informerar doktorn om status och att doktorn tillsammans med mig och undersköterska kommer in på rummet. – Barnmorska1

... när vi då står inför att vi har utebliven progress så brukar jag berätta för patienten och partnern att nu bedömer jag att det inte riktigt har gått fram så som vi tycker att det ska göra och att jag ska gå ut och prata med vår doktor och att vi sen kommer in till dig. – Barnmorska7

Barnmorskorna upplevde det som viktigt att kvinnan var välinformerad om hur personalen arbetade för att känna trygghet och förtroende för vårdpersonalens kompetens.

Varför, trygghet och för att hon verkligen ska få vara med och uppleva sin förlossnings också på ett sätt där hon förstår vad som händer med henne och vad som händer med kroppen. – Barnmorska7

Uppmuntran till dialog leder till delaktighet

Barnmorskorna upplevde att genom att aktivt ställa frågor och ta reda på mer om hur kvinnan känner gällande förlossning blev kvinnan mer delaktig. Då hade kvinnan fått uttrycka sig och visste med sig att någon i personalgruppen hade kunskap om vad som var viktigt för henne.

... man blir nog mer tillfreds om någon frågat en vad man tycker, det handlar ändå om hennes kropp och hennes bebis. Så, hennes fortsatta liv om hon ska genomgå en stor operation, det är stora beslut. Så det är superviktigt att få vara delaktig. – Barnmorska6

”Vet du något om sugklocka?” ”Ja jag är livrädd för det” kanske hon säger då eller så det får man aldrig glömma bort, att inkludera patienten för vi besitter så mycket mer kunskap än vad hon gör och ju mer vi delar med oss desto mer har hon att ta ställning till, det kan bara bli bättre. – Barnmorska6

Genom att ställa frågor och uppmuntra till dialog med kvinnan upplevde barnmorskorna att kvinnan gjordes delaktig, detta gjorde barnmorskorna mer trygga i sina beslut kring förlossningen då de kunde vila sig på kvinnans önskemål som framkommit.

Jag frågar alltid när jag träffar henne hur hon tänker sig förlossningen och hur hon själv ser framför sig vad som ska hända då vet jag det och kan bära det med mig så jag kan utgå ifrån det och bära det med mig. Eller i alla fall förklara hur jag tänker om jag behöver göra avsteg från henne plan. Och sen att man har en öppen dialog och att man är noga med att säga det att "du och jag, det är viktigt att vi pratar under förlossningens gång, så jag vet vad du vill och du vet hur jag tänker" att man hela tiden har en öppen dialog så det inte bara är någon som kommer in och gör saker och sen går ut igen. – Barnmorska4

Återkoppling och reflektion föder delaktighet

Genom att barnmorskan återkopplade till kvinnan efter utförd timeout vid utebliven förlossningsprogress och uttryckte sig med bekräftande ord under genomförandet av överenskommen plan upplevde barnmorskan att kvinnan är med på vad som händer och vad man hoppas kommer hända, och på så vis blir kvinnan mer delaktig.

"Om en timme ska vi kolla, har det inte hänt något så säger dom att vi ska prova något annat" eller "då blir det snitt" eller så där. Då vet dom. Det är mycket enklare att kämpa om man ser horisonten. – Barnmorska6

... då kan man ju få lite bekräftelse efteråt att de frågar hur det kändes liksom och vet att det har vart långdraget och jobbigt och man har pushat de lite och då har de ändå tyckt att det har vart okej. Så lite så, genom muntlig respons att de har gjort en liten utvärdering. – Barnmorska3

Att skapa delmål tillsammans med kvinnan utifrån timeout-modellen sågs som ett hjälpmedel i barnmorskans arbete att göra kvinnan delaktig vid utebliven förlossningsprogress. Då upplevdes det att kvinnan inte bara blev delaktig i varför åtgärdes vidtogs, utan hon fick även en tidsram att förhålla sig till vilket upplevdes ge henne en försäkran om att det fanns ett slut på förlossningen.

För lägger man upp en liten plan att vi gör en utvärdering igen om en timme då är det lättare att kämpa den där timmen till (...) Det är klart, då delar man upp det i etapper och då är det mycket enklare att kämpa vidare, det tror jag. – Barnmorska6

Vikten av att aldrig lämna kvinnan ensam även efter en utförd timeout framkom, detta just för att hålla kvinnan ovan ytan tills nästa utvärdering.

... man ska liksom bara vara här och så är det. Man kan inte lämna den timmen efter timeouten- Barnmorska4

Barnmorskornas negativa erfarenheter vid användandet av timeout-modellen var bristfälliga. Deras upplevelse var att timeout-modellen alltid tillförde något för att göra kvinnan mer delaktig i situationen men att en svårighet kunde vara då språkförbristningar förekom.

Det är väl om det är språkförbristningar. Vi kan ju ringa en tolk men det är inte alltid så lätt. Eller om partnern ska tolka och inte tolkar rätt. – Barnmorska5

METODDISKUSSION

Syftet med kvalitetsarbetet är att ta reda på barnmorskans upplevelser av att göra kvinnor mer delaktiga vid utebliven förlossningsprogress med hjälp av timeout-modellen. Enligt Polit och Beck (2018) är det fördelaktigt att använda sig av kvalitativ metod när syftet är att försöka förstå andra människors perspektiv och upplevelse.

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer valdes som datainsamlingsmetod för att skapa en bild av barnmorskans upplevelser. Semistrukturerade intervjuer är en passande metod för datainsamling då erfarenhet av intervjuteknik saknas. Att ha förberett öppna frågor som stöd är då fördelaktigt. En brist i datainsamlingsmetoden i detta arbete är att erfarenhet för utförandet saknas vilket kan leda till att data går förlorad. Intervjuerna är gemensamt utförda vilket är fördelaktigt för att öka förståelsen och bidra med kompletterande kunskap. Reflektion kring eventuell ojämn maktbalans är övervägd då intervjuerna var två stycken och barnmorskan ensam informant. Men då barnmorskan har en högre utbildning samt mer erfarenhet än studenter anses denna maktbalans vara utjämnad.

Inklusionskriterierna är inte avgränsade mer än att informanterna skulle vara legitimerade barnmorskor anställda på förlossningen. Vi övervägde att inkludera barnmorskor som tidigare i sitt yrkesliv arbetat på förlossningen men då materialet tros bli mer trovärdigt när upplevelserna är aktuella valdes detta bort. Spridningen i ålder och erfarenhet anses bidra till bredd i resultatet.

Antalet informanter är bristande då syftet går ut på att beskriva barnmorskors upplevelser av att göra kvinnan delaktig. Det finns heller ingen försäkran om att kvinnorna i de beskrivna situationerna faktiskt kände delaktighet. Om fler barnmorskor intervjuats hade resultatet haft möjlighet att fånga en bredare variation i barnmorskors upplevelse av att göra kvinnan mer delaktig, detta hade även medfört en större trovärdighet i kvalitetsarbetets resultat. Bekvämlighetsurval valdes på grund av kvalitetsarbetets begränsade tidsram och bedöms som lämplig relaterat till kvalitetsarbetets omfattning (Bryman, 2008). För att få mest trovärdigt

resultat skulle kvinnors upplevelser ha beskrivits, detta övervägdes men ansågs vara för tidskrävande och komplicerat, både logistiskt och etiskt. Om kvinnor intervjuats hade både syfte och resultat kunnat bli annorlunda.

Informanterna deltog frivilligt och intervjuerna skedde på arbetstid. I detta finns både fördelar och nackdelar. Fördelarna är tillgängligheten, barnmorskorna hade lätt för att delta i kvalitetsarbetet då det redan fanns avsatt tid. Nackdelar är övervägda då det kan finnas risk att barnmorskorna kände stress över att ha lämnat sina patienter eller över att inte komma iväg från arbetet. Detta är dock inget som framkommit verbalt från barnmorskorna under intervjuerna.

En annan aspekt är den etiska, möjligen kan anonymitet och konfidentialitet påverkas då de gått ifrån arbetet vilket kollegor kan uppmärksamma. Barnmorskorna blev även tillfrågade öppet vid avdelningarnas morgonmöte vilket gör att resterande personal på avdelningarna har vetskap om vilka deltagarna i kvalitetsarbetet är. Karakteristiska uttryck kan därmed identifieras av kollegor och härleda tillbaka till enskilda informanter, vilket i sin tur påverkar konfidentialiteten.

Dataanalys

Innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008) valdes som metod efter övervägande av andra möjliga metoder. Metoden beskrivs som lämplig då målet är att förstå och beskriva innehållet i en text. Med tanke på att det är barnmorskors upplevelser av kvinnors delaktighet som undersöks är en beskrivande metod lämplig. Risker finns att vid användning av tolkande metod så som innebördsanalys kan resultatet bli missvisande då resultatet skulle bygga på att tolka barnmorskans tolkningar av kvinnans upplevelse. Elo och Kyngäs (2008) steg i analysprocessen är lättförståeliga vilket underlättar arbetet vid bristfällig erfarenhet inom metoden. Innehållsanalys bedöms vara passande för kvalitetsarbetets omfattning och tidsram.

Ljudfilerna från intervjuerna delades upp lika och transkriberades enskilt för att sedan avlyssnas gemensamt, detta ger en styrka i att materialet är korrekt. Transkriberingen är genomläst upprepade gånger, och diskuterad under analysens gång vilket ger ett bredare

perspektiv av den bildade helhetsbilden. Även under analysfasen lästes transkriberingen igenom för att säkerställa att markerade stycken svarade till syftet och inte grundar sig i förförståelse. Förförståelse är enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) kunskap och erfarenheter som bildats tidigare och som kan ha påverkan på studiers trovärdighet.

Förförståelsen inför kvalitetsarbetet är präglad av tidigare erfarenheter inom området så som verksamhetsförlagd utbildning på de aktuella avdelningarna där exponering för timeout-modellen har förekommit. Det är inte möjligt att helt utesluta förförståelse samt att det kan påverka analysprocessen.

Metoden för innehållsanalys följdes noggrant enligt Elo och Kyngäs (2008) vilket förstärker kvalitetsarbetets pålitlighet. Analysen mynnade ut i ett resultat bestående av två kategorier och fem subkategorier. Resultatet är genomarbetat för att avgränsa samtliga kategorier från varandra genom att ha gått igenom citat för citat gemensamt för att se att innehållet syftar till den gemensamma kategorin. Det finns som nämnt ovan risk för att resultatet är snedvridet då kvinnor kanske inte alls upplever sig delaktiga då det bygger på barnmorskans tolkningar.

Kvalitetsarbetets resultat kan inte ses som generaliserbart i enlighet med metodens begränsningar. Kvalitetsarbetets överförbarhet kan å andra sidan diskuteras men troligt är att kvalitetsarbetet skulle kunna vara överförbart till liknande kontext så som andra förlossningsavdelningar i Sverige där timeout-modellen används. Överförbarheten kan stärkas med lämpliga citat (Graneheim & Lundman, 2004), vilket har tillämpats i detta kvalitetsarbete.

Handledaren till detta kvalitetsarbete har under hela arbetsprocessen funnits som stöd och granskat analysen fortlöpande. Hennes tidigare erfarenheter av handledning samt vetenskapliga kompetens anses bidra med positiva aspekter till arbetets samtliga delar.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet består av två övergripande kategorier: *Att vara fysiskt och emotionellt närvarande* samt *att involvera och kommunicera*. För att bygga dessa två kategorier utformades först fem subkategorier: *Fysisk närvaro främjar delaktighet*, *emotionell närvaro stärker delaktighet*, *information främjar delaktighet*, *uppmuntran till dialog leder till delaktighet* och *återkoppling och reflektion föder delaktighet*. Huvudfynden i kvalitetsarbetet ligger i barnmorskans upplevelse av att genom närvaro och att aktivt inkludera kvinnan med hjälp av information under timeout göra kvinnan mer delaktig vid utebliven förlossningsprogress.

Fysisk och emotionell närvaro

I subkategorin Emotionell närvaro för att stärka delaktighet beskrivs hur ett gott bemötande och lyhördhet gentemot kvinnan upplevs som gynnsamt i att göra kvinnan delaktig vid utebliven förlossningsprogress. Att kvinnan känner sig sedd och att stödet som barnmorskan erbjuder är anpassat till kvinnan och syftar till att vägleda henne upplevs som essentiellt för att få kvinnan att känna sig delaktig.

Barnmorskan ska utföra sin vård i ett partnerskap med kvinnan som främjar kvinnans rätt till självbestämmande och att hen bekräftar kvinnans förmåga att föda sitt barn (ICM, 2017). Detta styrker barnmorskornas upplevelse av deras närvaros betydelse för den födande kvinnan.

Barnmorskans bemötande har visat sig vara en huvudsaklig faktor för kvinnans upplevelse av sin förlossning. Ett bemötande som av kvinnan upplevs positivt kan ge en god upplevelse trots förekomst av andra föreliggande faktorer som möjligen skulle kunna identifieras som bidragande anledningar till en försämrad förlossningsupplevelse (Nystedt, Högberg och Lundman, 2005). I kvalitetsarbetets resultat framkom att även om utfallet inte blivit optimalt upplevdes relevant information som viktig för att kvinnan skulle känna delaktighet. Detta genom att få bättre förståelse för varför saker och ting blivit som de blivit.

Vikten av god kommunikation mellan barnmorskan och den födande kvinnan styrks ytterligare av en studie som visade vikten av att etablera ett stödande förhållande baserat på ömsesidig tillit och utbyte av information, vilket i sin tur leder till känsla av kontroll och deltagande (Pereda-Goikoetxea, Marín-Fernández, Liceaga-Otazu & Elorza-Puyadena, 2019).

De positiva aspekterna av fysisk närvaro under förlossning är inte endast positiva för kvinnans delaktighet. Tillägg av kontinuerligt stöd kan påverka förlossningsutfallet positivt och leda till mindre invasiva åtgärder (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2007). Detta talar för vikten av barnmorskans närvaro vid utebliven förlossningsprogress för att stödja kvinnan under strävan efter vaginal förlossning. Ökad närvaro leder enligt studien till bättre information. Det kan spekuleras om huruvida kvinnan är mer medveten om situationen och eventuella åtgärder som kan behöva vidtas då hon också känner större motivation till att ”jobba ner” barnet och på så vis undvika invasiva åtgärder så som kejsarsnitt eller sugklocka.

Enligt vårdmodellen MiMo ska barnmorskan finnas för kvinnan genom förlossningen både fysiskt, psykiskt och emotionellt (Berg et al. 2012). Detta styrker resultatet i kvalitetsarbetet då barnmorskorna upplevde att deras närvaro var grundläggande för kvinnorna. Närvaron räknades inte endast som den fysiska närvaron på rummet utan även att visa kvinnan att hon inte är ensam och att barnmorskan stödjer henne genom hela förlossningsprogressen. Vid utförandet av timeout vid utebliven förlossningsprogress beskrevs många kvinnor vara utmattade och modstulna, vilket talar för vikten av att engagera sig som vårdpersonal för att ”få med kvinnan på tåget” igen som flera barnmorskor uttryckte sig. En barnmorska beskrev specifikt vikten av att aldrig lämna kvinnan ensam efter en utförd timeout just för att hålla kvinnan ovan ytan tills nästa utvärdering.

Att involvera och kommunicera

I resultatet framkom att barnmorskorna upplevde att det är viktigt att göra kvinnan aktiv i dialoger och fattandet av beslut och att detta upplevdes öka förtroendet mellan barnmorska och den födande. Detta speglas av det som står beskrivet under kategorin *ett ömsesidigt förhållande* i MiMo; barnmorskan skall inkludera kvinnan i beslutsprocesserna samt delge adekvat information om förlossningens fortgång för att skapa tillit samt ge kvinnan en

upplevelse av delaktighet (Berg et al. 2012). Detta stärks ytterligare av studien av Karlström, Nystedt och Hildingsson (2015) som presenterar just dessa faktorer. Betydelsen av information, delaktighet samt bra bemötande för att kvinnan ska kunna känna sig sedd och hörd.

Under kategorin *uppmuntran till dialog leder till delaktighet* framkom barnmorskornas upplevelse av att deras lyhördhet till kvinnan är central för hennes upplevelse. Det är viktigt att vårdpersonal är införstådda med att kvinnan har ett behov av att vara delaktiga i beslutsfattandet av sin vård för att uppleva den som god (Elmir, Schmied, Wilkes & Jackson, 2010). Detta beskrivs även i vårdmodellen MiMo som säger att relationen mellan barnmorskan och den födande kvinnan som utvecklas under förlossningen är grundläggande för en god vård. Vårdmodellen lägger stor vikt vid relationens betydelse för kvinnans förlossningsupplevelse då den utgör en grund för trygghet och förtroende mellan kvinnan och barnmorskan (Berg et al. 2012).

Det är beskrivet att kvinnor upplever det som positivt att ha ett tryggt förhållande till vårdpersonalen, speciellt barnmorskan. Kvinnorna beskriver att de upplevde att de blev sedda som unika individer och att vården var av god kvalitet när personalen var hjälpsam, lyhörd och lät kvinnan vara delaktig i det som rörde hennes vård. Det beskrevs som positivt för kvinnorna att ta del av adekvat och korrekt information kring förlossningen och att det var barnmorskans grad av stöd och engagemang som var avgörande i huruvida förlossningen upplevdes som positiv eller negativ (Cornally, Butler, Murphy, Rath & Canty, 2014; Armstrong & Kenyon, 2017; Nieuwenhuijze, et al. 2014).

Overgaard, Fenger-Grøn och Sandall (2012) styrker även detta i sin studie där det tydligt framkom att då barnmorskan riktar uppmärksamhet mot kvinnans psykologiska behov och önskemål under förlossningen upplevs detta som positivt av kvinnan. Vad som också framkom var då kvinnan upplever en känsla av att bli lyssnad på samt att hon erhållit adekvat information upplevdes en känsla av delaktighet. En viktig aspekt som kunde ses var då barnmorskan fokuserade uppmärksamheten mot kvinnans psykologiska dimensioner av födseln, god kommunikation och deltagande av kvinnorna och hennes partner så förbättrade deras förmåga att tillhandahålla individualiserad och stödjande vård.

Barnmorskornas negativa erfarenheter vid användning av timeout-modellen vid utebliven förlossningsprogress var sparsamma. När språkförbristning förekom och tolk inte fanns att tillgå kunde det i enstaka fall ses som en svårighet att tillämpa timeout-modellen till fullo. Detta kan ses som en viktig aspekt att ta hänsyn till utifrån de riktlinjer som barnmorskan har att förhålla sig till i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) där alla människor rätt till trygghet och individanpassad vård tydligt beskrivs. Barnmorskorna kunde trots detta hinder se att timeout-modellen gjorde kvinnans delaktig i situationen vilket kan ses som positivt för modellens inverkan på vården i stort. Det står även skrivet att i barnmorskans uppdrag ingår att delge relevant information till kvinnan (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Vid intervjuerna tillfrågades samtliga barnmorskor om deras negativa erfarenheter kring användandet av timeout-modellen varav de flesta svarade att inga negativa aspekter upplevdes.

Timeout-modellens påverkan på barnmorskans arbete

Genom konkreta medel så som implementerade arbetsrutiner underlättas arbetssituationen för barnmorskan i flera olika aspekter. Barnmorskans strävan efter att förse kvinnan med en god vård och en positiv förlossningsupplevelse underlättas om riktlinjer på arbetsplatsen är utformade från kvinnors perspektiv. Detta syns tydligt i timeout-modellen då syftet är att främja kvinnans delaktighet vilket klargjorts är en vital del av en positiv förlossningsupplevelse. Kvalitetsarbetets resultat i sig bygger inte på metoder barnmorskorna tar till utöver modellen utan det är snarare timeout som leder till dessa metoder. Det ligger i tiden då den moderna kvinnan är i ett större behov av att involveras i sin vård (Florin et al. 2006).

Genom att optimera förlossningsvården, inte bara utifrån ett patientsäkerhets perspektiv utan även genom att främja kvinnans delaktighet och se till att genom arbetssätten som utförs så lyfts kvinnans rätt till självbestämmande och hennes röst blir starkare. Detta är en självklarhet i ett modernt välfärdssamhälle men det är ett ämne som lätt hamnar mellan stolarna om löftena kring kvinnors ökade status inte ses i verksamheten. Regeringen har tagit fram sex jämställdhetspolitiska mål där det femte delmålet är jämställd hälsa, vilket har inneburit satsningar inom sjukvården specifikt inriktad på kvinnor (Regeringskansliet, 2018). Detta

innebär förändringar i barnmorskans arbetsområde då barnmorskan ansvarar för den normala förlossningen samt eftervården enligt reglemente för barnmorskor (SFS 1955:592) samt eftersom barnmorskan enligt Svenska barnmorskeförbundet (2018) och WHO (2015) ska kunna erbjuda en jämlik vård som främjar människans rättigheter.

Barnmorskans huvudsakliga mål är att arbeta för kvinnan, med kvinnan för en förbättrad kvinnosjukvård (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Därför är det av yttersta vikt att alla steg i barnmorskans yrkesutövande genomsyras av en feministisk anda för att behålla barnmorskan som kvinnans stöttepelare inom kvinnosjukvården (Adams & Bourgeault, 2008). För att möjliggöra detta behövs ändrade rutiner på arbetsplatsen som underlättar barnmorskans arbete att inkludera kvinnan (Kirkham & Stapleton, 2000). Timeout-modellen kan ses som en av dessa rutiner med sitt syfte att göra kvinnan delaktig.

Sett från ett hållbarhetsperspektiv har det visat sig att socialt stöd genom närvaro och engagemang under förlossningen från vårdpersonal har ett starkt samband med minskat användande av smärtstillande läkemedel (Karlström, Nystedt och Hildingsson, 2015). Spridning av läkemedel i naturen är ett miljöproblem på grund av våra begränsade kunskaper om dess påverkan på ekosystemet. Läkemedel sprids ut i naturen genom felhantering samt genom avloppet när de lämnat kroppen via avföring eller urin. Vi är i behov av att begränsa utsläppen av läkemedelssubstanser ut i miljön. Detta kan uppnås genom att minska mängden av läkemedel som används och kasseras (Läkemedelsverket, 2018).

En intressant aspekt gällande delaktighet framkom i en studie där författarna studerat hur kvinnor upplever sin känsla av kontroll under förlossningens aktiva fas när de blir influerade av andra gällande olika förlossningspositioner. I studien visades att kvinnorna upplevde en högre grad av kontroll under förlossningen när de blev influerade av partner eller barnmorska jämfört med om de valde position helt på egen hand (Nieuwenhuijze, de Jonge, Korstjens, Budé & Lagro-Janssen, 2013). Detta talar för kvinnans behov av vägledning under förlossning och fördelen med att delge adekvat information, men att ändå inte lämna över hela ansvaret på kvinnan. Resultatet i studien bör reflekteras över i arbetet att göra kvinnan delaktig i sin vård, att någonstans kanske en gräns bör dras till när delaktigheten upplevs som en börda för kvinnan.

Förslag till vidare forskning

Förslag till vidare forskning skulle vara att genomföra liknande kvalitetsarbete men att ha kvinnor som informanter som genomgått förlossning med utebliven förlossningsprogress där timeout genomförts och dokumenterats. Den typen av arbete har inte utförts och det skulle utvärdera timeout-modellens inverkan på kvinnans delaktighet.

Praktiska implikationer

Barnmorskor kan läsa detta kvalitetsarbete och reflektera över sitt eget arbetssätt för att göra kvinnan mer delaktig vid timeout och ta till sig nya aspekter. Vissa delar kan appliceras utanför timeout-modellen, till exempel att informera genomgående genom hela förlossningsprocessen och att bekräfta kvinnan. Barnmorskan kan få en djupare förståelse för sin inverkan på förlossningen genom sin närvaro på rummet.

SLUTSATS

Barnmorskor upplever att timeout-modellen underlättar i deras arbete att göra kvinnan mer delaktig i sin förlossningsvård vid utebliven förlossningsprogress. De upplever också att de använder sig av olika metoder att göra kvinnan delaktig, både aktivt med hjälp av sin fysiska närvaro och att bjuda in till dialog samt passivt genom att synliggöra arbetet och att delge adekvat information till kvinnan.

REFERENSER

- Adams, T. & Bourgeault, I L. (2008). Feminism and Women's Health Professions in Ontario. *Women & Health*, 38(4), s. 73-90.
- Armstrong, N., & Kenyon, S. (2017). When choice becomes limited: Women's experiences of delay in labour. *Health (London)* 21(2): 223-238.
- Berg, M., Ólafsdóttir, O. A., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3, 3(2), 79–87.
- Berg, M., Lundgren, I., & Wahlberg, E. V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12(1), s.11–15.
- Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Cardozo, L. D., Gibb, G. M. F., Studd, J. W. W., Vasanat, R. V. & Cooper, D. J. (1982) Predictive value of cervimetric labour patterns in primigravidae. *Brittish Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 33(8).
- Cornally, P., Butler, M., Murphy., Rath, A., & Canty, G. (2014). Exploring women's experiences of care in labour. *Evidence Based Midwifery*, 12(3), s. 89-94.
- Datainspektionen. (2016). *Dataskyddsförordningen*. Hämtad 2019-04-15 från <https://www.datainspektionen.se/lagar--regler/dataskyddsförordningen/dataskyddsförordningen---fulltext/>
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson D (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), s. 2142-2153.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), s.107–115.

Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing. A comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 15, s. 1498-1508.

Friedman, E. A. (1987). *Labor: Clinical evaluation and management*. New York: AppletonCentury-Crofts.

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), s. 105-112

Harrison, M. J., Kuser, K. E., Benzies, K., Rempel, G., & Kimak, C. (2003). Women's satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. *Birth*, 30(2), s. 109-115.

Helsingforsdeklarationen. (2018). *WMA Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad: 2019-04-05 från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Hodnett, ED., Gates, S., Hofmeyr, GJ. & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews(Online)*, February 2011.

International Confederation of midwives (2017). *Philosophy and Model of Midwifery Care*. Netherlands: International Confederation of midwives.

Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), s. 251–259.

Kirkham, M. & Stapleton, H. (2000). Midwives' support as childbirth changes. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), s. 465-472.

Landstingens ömsesidiga Försäkringsbolag (2015). *Fosterövervakning vid aktiv förlossning*.

Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, s. 220-228.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen, (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2:a uppl.). (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur AB.

Läkemedelsverket. (2018). *Läkemedel I miljö*. Uppsala: Läkemedelsverket.

Nieuwenhuijze, M. J., De Jonge, A., Korstjens, I., & Lagro-Janssen, A. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29(11), s. 107-114.

Nieuwenhuijze, M. J., Korstjens, I., De Jonge, A., De Vries, R., & Lagro-Janssen, A. (2014). "On speaking terms: a Delphi study on shared decision-making in maternity care." *BMC Pregnancy Childbirth*, 14 (223).

Nystedt, A., Högberg, U., & Lundman, B. (2005). Some Swedish Women's experience of prolonged labour. *Midwifery*, 22(1), s. 579-586.

Nystedt, A., Högberg, U., & Lundman, B. (2006). The negative experience of prolonged labour: a case-referent study. *Journal of clinical nursing*, 14(5), s. 56-65.

Overgaard, C., Fenger-Gron, M., & Sandall, J. (2012). The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social Science and Medicine* 74, s. 973-981.

Pereda-Goikoetxea, B., Marín-Fernández, B., Liceaga-Otazu, N.E., & Elorza-Puyadena, M. I. (2019). A qualitative study of hospital birth perceptions: The helix of priority needs. *Midwifery*, 74, s. 91-98.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Nursing research - Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Regeringskansliet. (2018). *Delmål 5: Jämställd hälsa*. Hämtad 2019-05-09 från <https://www.regeringen.se/artiklar/2017/05/delmål-5-jamstalld-halsa/>

Ringqvist, A-K., & Bergqvist, L. (2018). Timeout vid långdraget förlopp [PowerPoint-presentation]. Hämtad: 2019-03-25 från SFOG: <https://www.sfog.se/start/arg/robson-arg/rapporter/%C3%A5r-2018/>

Sahlgrenska akademins kommunikationsavdelning (2015). *Akademisk hederlighet – om att hantera kunskap skapad av andra och att visa egen kunskap med tillåtna metoder*. Göteborg: Göteborgs universitet.

Sahlgrenska universitetssjukhuset (2018). *Timeout vid utbliven progress*. Västra Götalandsregionen: Sahlgrenska universitetssjukhus.

SFS 1955:592 *Reglemente för barnmorskor*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1998:204 *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2003:460 *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2009:400 *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2014:821 *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2017:30 *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2001). *Handläggning vid normal förlossning – state of the art*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2011). *Nationella medicinska indikationer: Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svenska Barnmorskeförbundet (1999). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet.

Svenska Barnmorskeförbundet (2015). *Definition av etablerat förlossningsarbete*. Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet.

Svenska Barnmorskeförbundet (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet.

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. (2010). *Riskbedömning vid ankomst till förlossning*. Stockholm: SFOG.

The Functional Resonance Analysis Method. (2019). *How to build a FRAM model*. Hämtad 2019-04-11 från <http://functionalresonance.com/how-to-build-a-fram-model/index.html>

Vårdhandboken. (2018). Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation – SBAR. Hämtad 2019-04-04 från <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/situation-bakgrund-aktuell-bedomning-rekommendation---sbar/>

World Health Organization. (1993). *Preventing prolonged labour: a practical guide*. Geneva, World Health Organization

World Health Organization. (1996) *Care in Normal Birth: A Practical Guide. Report of a Technical Working Group*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization & WHO Patient Safety (2008). *Implementation manual. (First edition surgical checklist)*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2015) *Nurses and midwives: a vital resource for health. European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. (1994) *World Health Organization partograph in management of labour*. Lancet 1994(343), s.1399-1404.

BILAGA I

Information om kvalitetsarbete gällande barnmorskors upplevelser av att göra kvinnan mer delaktig vid långdraget förlossningsförlopp med hjälp av time-out modellen.

Bakgrund och syfte

Kvinnors upplevelse av långdraget förlossningsförlopp samt barnmorskans bemötande och stödjande roll är huvudsakliga faktorer för kvinnans upplevelse av sin förlossning. Det har framkommit i studier att kvinnor känner sig maktlösa under långdragna förlossningsförlopp då de inte är delaktiga i de interventioner som beslutas om. Time-out modellen utvecklats för att förbättra teamarbetet under förlossning samt att göra kvinnor mer delaktiga och således förbättra kvinnors förlossningsupplevelse. I del av ett kvalitetsarbete vid Sahlgrenska universitetssjukhuset utvärderas delar av modellen och rapporten skrivs i form av en magisteruppsats av barnmorskestudenter vid Göteborgs universitet.

Syftet med undersökningen är att beskriva barnmorskors upplevelse av att göra kvinnan mer delaktig vid långdraget förlossningsförlopp med hjälp av time-out modellen.

Förfrågan om deltagande

Du är legitimerad barnmorska och anställd på någon av Sahlgrenska universitetssjukhus, Östra sjukhusets förlossningsavdelningar. Vi vill veta hur dina upplevelser av time-out modellen i att göra kvinnor mer delaktiga vid långdraget förlossningsförlopp.

Hur går undersökningen till?

Deltagandet innebär att Du intervjuas av två barnmorskestudenter från Göteborgs Universitet. Du kommer att tillfrågas om Dina upplevelser av att göra kvinnor mer delaktiga vid långdraget förlossningsförlopp där time-out modellen använts. Deltagandet innebär att Du intervjuas på Sahlgrenska universitetssjukhuset, Östra sjukhuset. Intervjun beräknas ta 40-60 minuter.

Finns det några fördelar?

Om Du väljer att delta i undersökningen kommer Du att få möjlighet att tala om Dina upplevelser av att göra kvinnor mer delaktiga vid långdraget förlossningsförlopp. Att delge sina erfarenheter kan upplevas positivt (och kvinnor med långdraget förlossningsförlopp kan i framtiden få nytta av de kunskaper vi får genom kvalitetsarbetet).

Vilka är riskerna?

I intervjuerna kan man komma nära känsliga situationer men vi bedömer inte att samtalet vid intervjun är integritetskränkande. Det kan ev. av några personer uppfattas som svårt att kritisera den vård som de har bedrivit.

Hantering av data och sekretess

Intervjuerna kommer att ljudinspelas med hjälp av diktafon. Materialet kommer att kasseras efter avslutat examensarbete. Ingen obehörig kommer att få tillgång till materialet och data som kommer att publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras i magisteruppsatsen.

Personuppgiftsansvar

Ansvarig för behandling av dina personuppgifter är Utförarstyrelsen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Du kan vända dig till sjukhusets personuppgiftsombud, (tfn:), om du önskar utdrag om de personuppgifter som finns registrerade på dig. (Adress: Torggatan 1, plan 3, 413 35 Mölndal tfn.)

Hur får jag information om undersökningens resultat?

Om Du vill ta del av magisteruppsatsens resultat, är Du välkommen att kontakta någon av författarna alternativt handledaren. Författarna har för avsikt att publicera resultaten i ett examensarbete.

Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt och du har full rätt att när helst du önskar, dra dig ur undersökningen utan att ange något skäl. Om du väljer att avbryta medverkan i undersökningen så kommer det inte att påverka Dig.

Ansvariga:

Amanda Ahlberg, Legitimerad Sjuksköterska, Barnmorskestudent, vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Mobil: e-post:

Carin Holmström, Legitimerad Sjuksköterska, Barnmorskestudent, vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Mobil: e-post:

Handledare:

Karolina Lindén, Barnmorska, Biträdande universitetslektor vid institutionen för vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. E-post:

Samtyckesformulär till kvalitetsarbetet:

"Barnmorskors upplevelser av att göra kvinnor mer delaktiga vid långdraget förlossningsförlopp med hjälp av time-out modellen"

Jag har läst informationen och jag har fått tillfälle att ställa kompletterande frågor angående min medverkan i detta kvalitetsarbete. Jag samtycker till att medverka i denna undersökning som handlar om barnmorskors upplevelser av att göra kvinnor mer delaktiga vid långdraget förlossningsförlopp med hjälp av time-out modellen. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande utan att det får några konsekvenser.

Barnmorskan:

Göteborg den _____ Namn: _____

Namnförtydligande _____

Personnummer (10 siffror): _____

Telefonnr: _____

Mobilnr: _____

E-post: _____

Undertecknad har gått igenom och förklarat kvalitetsarbetets syfte för ovanstående forskningsperson samt erhållit forskningspersonens samtycke. Forskningspersonen har fått en kopia av deltagarinformationen.

Göteborg den _____ Namn: _____

Namnförtydligande _____

BILAGA II



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Till berörda vårdenhetschefer och verksamhetschefer på Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Förfrågan om intervjuer med patienter

Vi är två sjuksköterskor som genomför vår magisteruppsats i reproduktiv och perinatal hälsa. Vi skriver till Er med anledning av att vi i uppsatsen avser att studera barnmorskors upplevelser av att göra kvinnan mer delaktig i sin förlossningsvård med hjälp av timeout-modellen. Vi ämnar genomföra intervjuer med barnmorskor verksamma på Östra Sjukhuset.

Studiens bakgrund och syfte

Kvinnors upplevelse av långdraget förlossningsförlopp samt barnmorskans bemötande och stödjande roll är huvudsakliga faktorer för kvinnans upplevelse av sin förlossning. Det har framkommit i studier att kvinnor känner sig maktlösa under långdragna förlossningsförlopp då de inte är delaktiga i de interventioner som beslutas om. Time-out modellen utvecklats för att förbättra teamarbetet under förlossning samt att göra kvinnor mer delaktiga och således förbättra kvinnors förlossningsupplevelse. I del av ett kvalitetsarbete vid Sahlgrenska universitetssjukhuset utvärderas delar av modellen och rapporten skrivs i form av en magisteruppsats av barnmorskestudenter vid Göteborgs universitet.

Syftet med undersökningen är att beskriva barnmorskors upplevelse av att göra kvinnan mer delaktig vid långdraget förlossningsförlopp med hjälp av time-out modellen.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer av barnmorskor efter informerat samtycke. Intervjuerna kommer att ske på arbetstid. Beräknad tid för samtalet är cirka 30 minuter. Samtalet mellan intervjuare och forskningsperson kommer att bestå av frågor som berör timeout-modellen. Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Endast forskningspersonal som genomför studien samt ansvarig handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias. Deltagande i studien är helt frivilligt och barnmorskan kan när som helst välja att avbryta sin medverkan. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer och kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

Ansvariga för studien

Amanda Ahlberg
Leg. Sjuksköterska

Carin Holmström
Leg. Sjuksköterska

Handledare
Karolina Lindén



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Samtycke till utförande av studie på berörd enhet/verksamhet

Härmed ger jag mitt samtycke till att studien genomförs enligt beskrivning ovan.

Enhet/Verksamhet:

Datum: _____

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvariga för studien

Amanda Ahlberg
Leg. Sjuksköterska

Carin Holmström
Leg. Sjuksköterska

Handledare
Karolina Lindén

