

# Från spänning till glädje

## -en kvalitativ studie om ambulanspersonalens upplevelser vid prehospital förlossning

Sundsten Linn  
Söderman Emilia

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2018



## EXAMENSARBETE

Författare: Linn Sundsten & Emilia Söderman

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Eva Matintupa

Titel: Från spänning till glädje. En kvalitativ studie om ambulanspersonalens upplevelser vid prehospital förlossning.

---

Datum: 31.5.2018

Sidantal: 34

Bilagor: 2

---

### Abstrakt

Syftet med denna kvalitativa intervjustudie är att beskriva ambulanspersonalens upplevelser vid en prehospital förlossning, vilka tankar, känslor och erfarenheter som uppkommit vid en sådan händelse. Som datainsamlingsmetod användes intervjuer och skribenterna intervjuade nio stycken som alla arbetade inom ett räddningsverk. Intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

I resultatet framkom det att ambulanspersonalen hade varierande upplevelser av prehospitala förlossningar. Gemensamma drag var att denna sorts uttryckningar leder bl.a. till en rädsla och oro hos ambulanspersonalen och att en osäkerhet kan ses beträffande ämnet eftersom utbildningen för ambulanspersonal inom förlossningsvård är begränsad. Studiens resultat stöds av tidigare forskningar och relevant litteratur.

Framtida utvecklingsbehov inom detta område är att mera utbildning, framför allt praktisk sådan, borde ordnas för ambulanspersonalen.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: prehospital förlossning, akutsjukvård, ambulans

---

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Linn Sundsten & Emilia Söderman

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor: Eva Matintupa

Title: From excitement to joy. A qualitative study about the ambulance staff's experiences at a prehospital delivery.

---

Date: 31.5.2018

Number of pages: 34

Appendices: 2

---

### **Abstract**

The aim for this qualitative interview study is to describe the ambulance staff's experience at a prehospital delivery, what kind of thoughts, feelings and experiences that have arisen at such an event. As data collection method interviews were used and the authors interviewed nine persons that all worked at a rescue workplace. The interviews were analyzed using qualitative content analysis.

In the result it emerged that ambulance staff had varied experiences of prehospital deliveries. Common traits were that this kind of extortion leads, among other things, to a fear and concern for the ambulance staff and that an uncertainty can be seen regarding the subject, because the training for ambulance staff in childbirth care is limited. The results of the study are supported by previous research and relevant literature.

Future development in this area are more education, especially practical, that should be arranged for the ambulance staff.

---

Language: Swedish

Key words: prehospital delivery, emergency care, ambulance

---

## Innehållsförteckning

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | Inledning.....                                  | 1  |
| 2     | Syfte.....                                      | 2  |
| 3     | Teoretiska utgångspunkter .....                 | 2  |
| 3.1   | Erikssons teori om caritativt vårdande .....    | 2  |
| 3.2   | Watsons omvårdnadsteori.....                    | 4  |
| 4     | Bakgrund.....                                   | 5  |
| 4.1   | Förlossning.....                                | 5  |
| 4.1.1 | Tecken på att förlossningsarbetet startat ..... | 5  |
| 4.1.2 | Förlossningsarbetets skeden .....               | 5  |
| 4.2   | Förlossning utanför sjukhus .....               | 6  |
| 4.2.1 | Handläggande av en prehospital förlossning..... | 8  |
| 4.2.2 | Första skedet: Öppningsskedet.....              | 8  |
| 4.2.3 | Andra skedet: Utdrivningsskedet .....           | 9  |
| 4.2.4 | Tredje skedet: Efterbörden.....                 | 10 |
| 4.3   | Komplikationer i samband med förlossning.....   | 11 |
| 4.3.1 | Navelsträng runt halsen på barnet.....          | 11 |
| 4.3.2 | Navelsträngs prolaps.....                       | 11 |
| 4.3.3 | Sätesbjudning .....                             | 12 |
| 4.3.4 | Prematur förlossning.....                       | 12 |
| 4.3.5 | Mortalitet hos barn som föds prehospitalt.....  | 13 |
| 5     | Metod.....                                      | 14 |
| 5.1   | Intervju som datainsamlingsmetod .....          | 14 |
| 5.2   | Dataanalys .....                                | 15 |
| 5.3   | Genomförandet av studien .....                  | 16 |
| 5.4   | Etiska överväganden .....                       | 17 |
| 6     | Resultat.....                                   | 18 |
| 6.1   | Känslor och tankar .....                        | 19 |
| 6.2   | Erfarenheter .....                              | 22 |
| 7     | Diskussion.....                                 | 24 |
| 7.1   | Resultatdiskussion .....                        | 24 |
| 7.1.1 | Känslor och tankar .....                        | 24 |
| 7.1.2 | Erfarenheter.....                               | 26 |
| 7.2   | Metoddiskussion .....                           | 27 |
| 7.3   | Slutledningar .....                             | 28 |
| 8     | Källförteckning.....                            | 31 |

|                            |      |
|----------------------------|------|
| Bilaga 1 anhållan.....     | 1(2) |
| Bilaga 2 intervjumall..... | 2(2) |

## 1 Inledning

Prehospitala förlossningar har blivit allt vanligare och de ökar i antal eftersom att avstånden till förlossningssjukhusen har ökat p.g.a. stängningar av förlossningssjukhusen (Vihavainen, 2016).

Viisainen, Gissler, Hartikainen och Hemminki (1999) har gjort en studie kring den geografiska fördelningen av prehospitala förlossningar samt förekomsten av dem i Finland i förhållande till sjukhusnätets förändringar. De ville även jämföra perinatala resultat av prehospitala förlossningar med alla förlossningar som skett på sjukhus.

Data insamlades från officiell statistik samt från den nationella medicinska födelseboken. I resultatet kom de fram till att mellan 1963 och 1975 utvidgades det centrala sjukhusnätverket och då täckte det 72 % av förlossningarna. Antalet mindre förlossningsenheter har minskat sedan 1963. Förekomsten av prehospitala förlossningar minskade mellan 1963 och 1973 från 1,3 till 0,4 per 1000 födslar, men ökade igen under 1990-talet till 1 per 1000 födslar. Under 1990-talet var det större risk att vara med om en prehospital förlossning i norra Finland än i södra Finland. I sin slutsats kom de fram till att stängningar av små sjukhus och en ökning av prehospitala förlossningar har ett samband.

I Finland förekom 77 stycken förlossningar år 2014 på väg till sjukhuset. Förlossningar utanför sjukhus och förlossningar som skett på väg till sjukhuset har nästan tvådubblats under de senaste 10 åren (Kuisma, et.al. 2017, 667). År 2016 var sammanlagt alla förlossningar som skedde på väg till sjukhus 92 stycken, vilket är tio mera förlossningar än år 2015 (Perinatalstatistik, THL, 2017).

Prehospitala förlossningar kan delas in i två kategorier, planerade och oplanerade. Planerade förlossningar som sker utanför sjukhus utförs vanligen i en förberedd miljö tillsammans med medicinsk personal. De oplanerade prehospitala förlossningarna uppstår oftast då kvinnan snabbt kommer in i den aktiva fasen av förlossningen och det kan ske på väg till sjukhuset eller i hemmet. Oavsett så kan oplanerade prehospitala förlossningar vara en stressig och rent av farlig upplevelse (Zur, Hadar, Sheiner & Mazor, 2003).

Vi är två sjukskötarstuderande med starkt intresse för den prehospitala akutsjukvården och har valt att skriva vårt examensarbete om ambulanspersonalens upplevelser vid

prehospitalförlossning. Vi vill utöka våra egna kunskaper inom detta område eftersom vi kan se oss arbeta inom den prehospitala vården i framtiden.

## 2 Syfte

Syftet med denna kvalitativa studie är att beskriva hur ambulanspersonal upplever en prehospital förlossning. Genom att beskriva hur ambulanspersonalen upplever en prehospital förlossning, så kan man framledes utveckla kunskapen och öka tryggheten hos ambulanspersonalen inför framtida prehospitala förlossningar.

Våra frågeställningar är:

- Vilka tankar och känslor uppkom hos personalen vid den prehospitala förlossningen?
- Vilken erfarenhet hade personalen vid den prehospitala förlossningen?

## 3 Teoretiska utgångspunkter

Som teoretiska utgångspunkter till detta examensarbete har vi valt att använda oss av Erikssons (1990) teori om caritativt vårdande samt Watsons (1993) omvårdnadsteori. Både Eriksson och Watson beskriver i sina teorier vad vårdande innebär och vad en god vårdare skall ha för egenskaper.

### 3.1 Erikssons teori om caritativt vårdande

Eriksson (1990, 21) beskriver caritativt vårdande som en form av människokärlek och barmhärtighet. Enligt Eriksson (1990) grundar sig all vård på kärleken och känslan av ansvar till våra medmänniskor. Vården motiveras av en djupgående vilja att hjälpa och stödja andra människor, i vårt fall patienter, bortsett från yttre förhållanden och faktorer (Eriksson, 1990, 5).

Vården och själva vårdyrket genomsyras av en människokärlek och en vilja att hjälpa andra människor, det har format vården genom flera århundraden (Eriksson, 1990, 23). Eriksson (1990) poängterar att vården idag inte tar tillräckligt i beaktande den individuella människan. Det är då man som vårdare måste se till att den andre får ha ansvar om sitt

egna liv och att människan har rätt att forma livet som man själv vill. Det är då det handlar om kärleken, den caritativa kärleken. Den använder vi oss av i att hjälpa andra som är i behov av vård. Den sortens kärlek finns naturligt och genom sin existens är vårdande. I lidande och sorg utesluts inte det centrala i kärleken, "det goda", men den goda upplevelseformen kan utebli (Eriksson, 1990, 2-3).

Inom vårdvetenskapen är den största frågan vad som utgör en god vård. Genom det praktiska man utför i vården så vill man sträva efter en god vård och göra gott för patienten. Men vad är då en god vård? Enligt Eriksson (1990) är en god vård det som gör gott åt en människa. Det som är bra för en människa betyder inte alla gånger bortfall av lidande, utan vad som utgör och skapar möjligheter för människan med helhetsperspektivet i åtanke, både vad som varit, vad som är nu och vad som komma skall (Eriksson, 1990, 25).

Caritasmotivet betyder att man genom att ansa, leka och lära vill förmedla tro, hopp och kärlek. I praktiken sker allt detta genom olika åtgärder och uppgifter man utför. Den caritativa vården innebär att man hjälper den enskilda människan med ett tankesätt av tro, hopp och kärlek (Eriksson, 1990, 21).

Att ansa innebär bl.a. att ombesörja, skydda och ge närhet (Eriksson, 1990, 87). Det som framkommer mest centralt i ansningen är att nära, både kroppslig, själslig och andlig näring. Den kroppsliga ansningen kan vara t.ex. att patienten får sin favoritmat. Själslig ansning kan vara att patienten får dela en positiv upplevelse med vårdaren. Den andliga ansningen är t.ex. att läsa aftonbön tillsammans med patienten (Eriksson, 1990, 88).

Lekandet och lärandet går hand i hand, man kan beskriva det som "det lekfulla lärandet", det innebär bl.a. att man prövar på nya saker och att använda sig av fantasin. Lärandet är en vardaglig del av vården, det kan betyda att man ger råd åt en patient, att handleda, att motivera o.s.v. (Eriksson, 1990, 91).

Tro kan definieras som religiös eller icke religiös tro, men det mest centrala i tron är bl.a. en känsla av trygghet, livsmeningen och stöd. Hopp kan beskrivas som möjligheter, önskan, kämparglöd o.s.v. I hoppet finns en sorts framåtanda och en förhoppning om att något speciellt skall hända. Kärlek innebär bl.a. äkthet, frihet, förståelse och vördnad. Kärleken är svår att beskriva i sin helhet, men är på något sätt alltid central vad gäller vården (Eriksson, 1990, 92-97).



### 3.2 Watsons omvårdnadsteori

I Watsons omvårdnadsteori förklarar och klargör hon genom en teoretisk synvinkel den betydelse som omvårdnaden har för människor. Watson poängterar att vi idag måste kunna bryta gamla mönster och kunna se att det finns andra sätt att gå till väga inom bl.a. kunskap och vetenskap (Watson, 1993, 10).

Men hur definierar man omvårdnad? Enligt Watson (1993, 70) är begreppet omvårdnad filosofiskt och kan ha växlande innebörd för olika människor. Men generellt så innebär omvårdnad bl.a. handlingar, ömhet, kunskap och ansvar. Watson ser omvårdnaden som en humanvetenskap och på samma gång som en konst (Watson, 1993, 11). Hon nämner även att omvårdnaden tappat sitt vetenskapliga och konstnärliga arv i samband med sökandet i att vara vetenskaplig (Watson, 1993, 23-24).

I utvecklingen av omvårdnaden så försvinner de traditionella anknytningarna och skapar ett eget arv, ett vetenskapligt sådant. De riktlinjer som lämnats i arv och som Watson själv inkluderar är: att människan är av stort värde och skall bl.a. tas hand om, respekteras och förstås. Hur relationen mellan människa och miljö påverkar hälsan. På vilket sätt omsorgshandlingarna som sker mellan sjukskötare och patient påverkar hälsan, dessa handlingar behöver nödvändigtvis inte vara medicinska utan kan även vara en icke-medicinsk omsorg. Ett brett intresse för hälsa och att sträva efter välbefinnande, samt att medicinsk kunskap och omvårdnads kunskap inte är samma sak, men bägge två kompletterar varandra (Watson, 1993, 23-24).

I den vård och omsorg vi har idag behövs en humanistisk syn på människan i sin helhet. Omsorgsprocessen som utgår ifrån själva människan är viktig för vården och där behövs den breda engagerade sjukskötarens delaktighet. Dock har den mänskliga omsorgen fått ge mera plats åt teknologin i takt med att den utvecklas. Vården idag har allt mer blivit i avsikt av att bota det specifika och därav blir det svårare att uppnå den ideologi som finns kring omvårdnad och omsorg. Sjukskötarens omsorgsfunktion konkurreras med apparater och tekniska lösningar, därför måste den mänskliga omsorgen hållas kvar samt utvecklas (Watson, 1993, 40-42).

Enligt Watson så skall man som sjukskötare ha en djup omsorg och självkänsla samt en stark känsla av att vilja bevara och skydda den mänskliga värdigheten (Watson, 1993, 45). Målet för omvårdnaden är att sjukskötare skall stöda och hjälpa patienten i att hitta meningsfullhet i tillvaron, vid lidande och ångslan och skall understödja bl.a.

självbestämmanderätt och valmöjligheter i det som handlar om patientens mående. Från detta skall patienten finna en djupare harmoni i kropp, själ och ande genom stödjande och processer som sedan skall bidra till självkänedom, självaktning, självomsorg och självläkande (Watson, 1993, 65).

## **4 Bakgrund**

I bakgrunden beskriver vi kort vad en normal förlossning innebär, hur en prehospita förlossning går till samt så görs det en beskrivning på några av de komplikationer som kan uppkomma vid en förlossning. Vi beskriver även tidigare forskningar som gjorts inom detta ämne.

### **4.1 Förlossning**

I detta kapitel beskriver vi kort vad en normal förlossning innebär, vilka tecken som tyder på att förlossningsarbetet har startat samt vilka olika skeden som en förlossning delas in i.

#### **4.1.1 Tecken på att förlossningsarbetet startat**

Uterus bildar i slutet av graviditeten receptorer för att kunna ta emot stimulerande hormoner för att kontraktionerna skall uppkomma. Med kontraktioner menas att hela uterusmuskulaturen jobbar och har en stor inverkan på cervix (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Anderssons, 2010, 89, 91). Kontraktionerna skall vara mera regelbundna och bli kraftigare och kraftigare med tiden under cirka två timmar, det kan vara en riktlinje för att säga att självaste förlossningen har startat. Då kan det då vara tid att åka till ett förlossningssjukhus (HNS; Sammandragningar, u.å, online).

#### **4.1.2 Förlossningsarbetets skeden**

Självaste förlossningsarbetet delas in i tre skeden: öppningsskedet, utdrivningsskedet och efterbördsskedet. Första skedet av förlossningen är då livmoderhalsen öppnas upp samt att fostret under den tiden förs nedåt i förlossningskanalen (Borgfeldt, et.al. 2010, 93). Vid kontraktionerna stiger det intrauterina trycket, fostret trycks nedåt och cervikal dilatation uppkommer (Borgfeldt, et.al. 2010, 90). Man kan känna vid en undersökning via slidan i vilken öppningsgrad mamman är i (Borgfeldt, et.al. 2010, 94).

Efter öppningsskedet kommer utdrivningsskedet vilket betyder att barnet föds. Till sist kommer det så kallade efterbördsskedet (Borgfeldt, et.al. 2010, 93). Moderkakan skall krystas ut och kontrolleras, likaså skall hinnsäcken kontrolleras och navelsträngens blodkärl skall räknas att de är tre stycken. Underlivet kontrolleras ifall suturering ser ut att behövas. Barnet skall undersökas och börja ammas så tidigt som möjligt (Borgfeldt, et.al. 2010, 103).

## **4.2 Förlossning utanför sjukhus**

Vid en förlossning utanför sjukhus bör man som ambulanspersonal ha kunskap om både graviditet och förlossning. Man skall känna till hur en normal graviditet och förlossning framskrider och kunna ge akt på komplikationer som kan uppstå (Castrén, et.al. 2012, 364).

Prehospitala förlossningar är en minoritet av de larm som ambulansen åker ut på. Eftersom det finns så få av dessa larm, utgör det en svårighet att uppehålla professionell kompetens inom området (Pirneskoski, Peräjoki, Nuutila & Kuisma, 2016, u.s).

Ovaskainen, Ojala, Luukkaala och Tammela (2015) har gjort en studie kring prehospitala förlossningar och menar det finns orsaker till att det sker barnafödslar prehospitalt allt oftare. Via forskning i kontrollgrupper från 1996 till 2011 har de sett att de som rökt under graviditet, hade korta värkar, var flerföderskor, ensamstående, hade boende längre än 35 km till sjukhus samt hade mindre prenatala besök var riskgrupper för att föda prehospitalt.

Flanagan Lord och Barnes (2017) har gjort en studie kring oplanerade födslar utanför sjukhus som handlagts av akutvårdare., De ville genom en retrospektiv analys av ambulansservicen i Queensland Australien ta reda på ifall sådana förlossningar är sällsynta, normala och okomplicerade. De kom fram till att denna sorts uttryckningar utgör en liten andel av den totala arbetsbelastningen hos ambulansservicen. I studien framgick även att komplikationer i själva vården av födande kvinnor i ambulansen är sällsynta, men trots det kan eventuella komplikationer vara utmanande att hantera, speciellt om avståndet till specialistvård är långt.

I studien kom de fram till att trots att det är väldigt sällsynt med oplanerade förlossningar utanför sjukhus, så skall ambulanspersonalen vara kunniga inom området och ha en bred kunskap gällande graviditet och förlossning. De föreslår att läroplanen för akutvårdare bör

ha mera obstetriskt innehåll, för att det skall vara möjligt för akutvårdarna att ha denna breda kunskap (Flanagan, Lord & Barnes, 2017).

Hur skall då ambulanspersonalen få bredare kunskap inom detta område? Pauley och Dale (2016) har forskat kring en "skills drills" träningstyp för vårdare som skall förbereda dem på en säker hemmaförlossning. I Stor Britannien rekommenderas det för lågrisk kvinnor att föda i hemmet, i och med detta har barnmorskor från Hinchingsbrooke Health Care NHS Trust organiserat en community-based "skills drills" träning för barnmorskor, barnmorskestuderande, mödravårdsassistenter och akutvårdare.

Genom enkäter har Pauley och Dale (2016) följt med hur "skills drills" träningen har gått. Resultatet var väldigt positivt från alla deltagande parterna. Största delen av svaren var att de höll med om att de fått kunskap från denna träning, samt att de kan använda kunskapen i hemmasituationer. Denna sorts träning utvecklar självförtroendet hos vårdarna i sådana akuta fall och eftersom vårdarna får denna träning borde även kvaliteten vid säker hemmaförlossning höjas. Med sådant positivt resultat planerar teamet framtida "skills drills" träningar för vårdarna.

Kipnis (2013) har utfört en studie och undersökt inverkan av ett tre timmars seminarium kring stöd för förlossningsarbetet för sjukskötarestuderande. Northern Californian University har vidareutvecklat seminariet, i syfte att utveckla kunskapen och förbereda sjukskötarestuderande inför förlossningserfarenheter som de kan komma uppleva i framtiden. Syftet med denna studie var att jämföra och se hurudan kunskapsnivå de hade före detta seminarium och sen hurudan kunskapsnivå de hade efter.

Kipnis (2013) samlade in information via ett frågeformulär på tio frågor som skulle utvärdera kunskapsnivån före samt efter seminariet. I resultatet såg man tydlig skillnad, efter det tre timmar långa seminariet hade kunskapen ökat betydligt och de hade lärt sig olika avslappningstekniker för att stöda mamman under förlossningsarbetet t.ex. andningsteknik. Efter sådana utbildningar kan vårdpersonalen ändå ge stöd, även när inte barnmorskor har tillfälle att göra det själva. Sjukskötare kan då stöda födande mammor samt familjer och på så vis ge dem en positiv upplevelse av förlossningen (Kipnis, 2013).

Wilbeck, Phillippi, och Schorn (2014) har skapat en läromiljö för akuta förlossningar som innehåller läsning, videor, föreläsningar, praktiska övningar, simuleringar samt debriefing. Detta eftersom de har sett att det är svårt att se till att sjukskötarestuderande får tillräckligt med kunskap inom detta område eftersom det är en så sällan förekommande händelse.

Genom att kombinera simuleringarnas realistiska karaktär, använda nyutexaminerade sjukskötare och barnmorskor som simulerade patienter samt gruppinteraktioner under ”förlossningen” så har denna läromiljö gett goda simuleringserfarenheter som framgångsrikt förverkligats och gett utmärkta resultat.

#### **4.2.1 Handläggande av en prehospital förlossning**

Man skall överväga var förlossningen skall ske, hinner man till förlossningssjukhus eller skall förlossningen ske i hemmet. Om ingen annan valmöjlighet finns så sker förlossningen i ambulansen (Isaksson & Ljungquist, 1997, 345-346).

Ifall kvinnan föder i ambulansen, så skall hon inte ligga bakåtvänd, utan hon skall ligga mot färdriktningen. Kläderna på nedre delen av kroppen skall tas bort. Viktigaste uppgiften för ambulanspersonalen är att stöda kvinnan och handleda henne genom förlossningen. Förlossningssetet skall hela tiden vara nära till hands (Isaksson & Ljungquist, 1997, 346). Som sjukskötare i ambulansen bör vårdaren ha kunskap om vad som händer under förlossningens tre skeden och hur man skall agera (Castrén, et.al. 2012, 367).

Rådgivningskortet innehåller information om kvinnans graviditet, men några viktiga frågor som man ändå bör ställa kvinnan är antalet graviditetsveckor, beräknat förlossningsdatumet, tidigare förlossningar eller är detta första, har graviditeten varit normal, hurudan bjudning barnet har, har hon haft fostervattenavgång, har det kommit underlivsblödningar och i sådana fall hur mycket samt om hon har förlossningsvärkar och hur frekventa är de (Castrén, et.al. 2012, 367).

Ifall förlossningen äger rum utanför förlossningssjukhus så behövs förlossningsutrustning. I ambulansen finns vanligen ett separat förlossningsset som skall innehålla: sterila handskar, handdukar, kirurgiska saxar, klämmor, ex. peanger, för navelsträngen, kronikerblöjor, stora bindor, en sug, kompresser samt plastpåsar (Castrén, et.al. 2012, 368).

#### **4.2.2 Första skedet: Öppningsskedet**

Vid öppningsskedet skall kvinnan transporteras till sjukhus om möjligt. Kvinnan skall transporteras i halvsittande ställning eller liggandes på sin vänstra sida, transport på rygg eller höger sida skall undvikas eftersom det kan ge tryck på vena cava och orsaka blodtrycksfall (Isaksson & Ljungquist, 1997, 346).

Under smärtsamma sammandragningar så kan flämtande andning underlätta, detta kan man som ambulanssjukvårdare instruera kvinnan i. Förlossningssjukhus kan kontaktas vid behov ifall man behöver mera råd (Castrén, et.al. 2012, 367).

### **4.2.3 Andra skedet: Utdrivningsskedet**

Utdrivningsskedet börjar då cervix är fullt dilaterad och fostrets huvud har sjunkit ned på bäckenbotten. Sammandragningarna kommer allt mer frekvent. I detta skede skall kvinnan hjälpas till liggande ställning med huvudändan uppåt. Man bör säkerställa att det finns tillräckligt med rum (minst 60 cm) mellan föderskan och den som förlöser barnet, då kan förlossningen ske obehindrat.

Sjukvårdaren tvättar händerna och lägger sedan på de sterila handskarna (Castrén, et.al. 2012, 368). Ifall det är bråttom, vilket det ofta är, så är det viktigare att stödja än att utföra aseptiska åtgärder (Alaspää, Kuisma, Rekola & Sillanpää, 2003, 430). Handdukar samt en kronikerblöja sätts under kvinnan. Under detta skede kan urin och avföring komma spontant, i sådana fall sätts en ren kronikerblöja ovanpå den smutsiga.

Då barnets huvud är synligt i slidan och en sammandragning tydligt börjar trycka barnet utåt så kan kvinnan börja krysta. På samma gång tar man tag i mellangården för att stödja och lätt trycka emot barnets huvud för att barnet inte skall födas för snabbt. Då sammandragningen är över så får kvinnan vila. Vanligtvis föds huvudet fram under två till tre sammandragningar (Castrén, et.al. 2012, 368).

Då barnets huvud är framfött, så skall man kontrollera att navelsträngen inte sitter runt nacken och halsen, ifall fostervattnet är grönt så suger man rent båda näsborrarna. Vid nästa sammandragning hjälper man barnets övre axel ut genom att lätt trycka huvudet nedåt, då axeln är framfödd hjälper man nedre axeln fram genom att lätt lyfta barnet uppåt. Efter detta föds barnet lätt och oftast snabbt fram. Man skall komma ihåg att barnet är halt, därav skall man ha ett stadigt grepp.

Då barnet är helt framfött, placerar man den i sidoställning och näsa samt mun suges rent. Man antecknar födelsetiden. Cirka två minuter efter födseln kan man sätta två peanger eller liknande klämmor ca.10 cm från barnets navel, i mitten av dessa två klämmor klipps navelsträngen. I detta skede bör man kontrollera att det inte kommer någon blödning från navelsträngen, ifall det gör det kan man sätta ytterligare en klämma (Castrén, et.al. 2012, 368).

Ifall moderkakan ännu är kvar i livmodern och det inte finns några tecken på allvarlig blödning är det inte bråttom med avnavlingen (Isaksson & Ljungquist, 1997, 347). Vid denna tidpunkt börjar vanligtvis barnet andas självständigt och ansiktsfärgen blir ljusröd, oftast börjar barnet gråta.

Barnet torkas rent och på samma gång kontrollerar man puls, andning, muskeltonus, reflexer och färg. Om pulsen och andningen är normal så lyfter man upp barnet på mammans bröst och lindar in barnet i en filt för att behålla dess kroppsvärme (Castrén, et.al. 2012, 368).

#### **4.2.4 Tredje skedet: Efterbörden**

Moderkakan och hinnorna, även kallad efterbörden, föds vanligtvis fram av sig själv ungefär en halvtimme efter att barnet är framfött. Ifall moderkakan inte lossnar skall man inte dra i navelsträngen för att få ut den, man kan be mamman amma eller att hon själv stimulerar bröstvårtorna, detta har en livmodersammandragande effekt och gör att moderkakan lossnar (Castrén, et.al. 2012, 370). Oxytocinet som utsöndras vid amningen reducerar också blödningen (Cumbie, B., & Clement, S. 1997, 33). Då moderkakan är framfödd lägger man den i en ren plastpåse och tar med den till sjukhuset (Castrén, et.al. 2012, 370).

Loughney, Collis och Saleem (2006) har gjort en studie kring prehospital förlossning där syftet med studien var att identifiera faktorer associerade med en oplanerad förlossning utanför sjukhus, samt se vilka konsekvenser detta har för kvinnan och barnet. I studien kom de fram till att prehospitala förlossningar och omföderskor som tidigare haft ett snabbt utdrivningsskede är förknippade med varandra. Konsekvenser av en prehospital förlossning hos kvinnan var bl.a. ett utdraget efterbördsskede och blödningar.

Loughney, Collis och Saleem (2006) menar att i fortsättningen kommer prehospitala förlossningar vara vanligare, men konsekvenserna av dessa kan minskas genom att barnet snabbt får hudkontakt med mamman efter förlossningen och att ambulanspersonalen får mera träning i hur de skall gå till väga i efterbördsskedet.

### **4.3 Komplikationer i samband med förlossning**

Det finns ett flertal olika komplikationer av varierande svårighetsgrad, som kan uppstå i samband med en förlossning. De komplikationer som vi har valt att beskriva i detta kapitel är: navelsträng runt halsen på barnet, navelsträngsprolaps, sätesbjudning samt prematur förlossning.

Haglund Aladdin, Jacobsson, Sandberg och Lilja (2004) har gjort en retrospektiv journalgenomgång av oväntade prehospitala förlossningar från 1993 till 1999 i Göteborgsregionen samt i södra Bohuslän för att forska kring problemets omfattning.

Mellan januari 1993 och september 1999 var det 169 förlossningar av totalt 59 976 som ofrivilligt ägde rum prehospitalt, varav 31 förlossningar skedde i ambulansen. I undersökningen poängterar de att centraliseringen av förlossningsvården ställer höga krav på ambulanspersonalen, trots att de endast har en baskunskap kring förlossningsvård. De bör bl.a. kunna identifiera komplikationer hos både modern och barnet samt göra en bedömning av tillståndet och utföra åtgärder. Forskarna poängterar att utbildningen för ambulanspersonalen behöver breddas, både praktiskt och teoretiskt. Även repetitionskurser bör komma mera frekvent (Haglund Aladdin, Jacobsson, Sandberg & Lilja, 2004).

#### **4.3.1 Navelsträng runt halsen på barnet**

Om navelsträngen sitter runt halsen på barnet går det oftast lätt att ta bort över axel och huvudet. Om den sitter tätt upp efter halsen skall man konsultera ansvarig läkare, vid behov kan man behöva lägga blodkärlsklämmare på navelsträngen och försiktigt klippa av varefter barnet omedelbart måste hjälpas ut (Castrén, et.al. 2012, 370-371).

#### **4.3.2 Navelsträngsprolaps**

McLelland, McKenna, Morgans och Smith (2018) har gjort en studie kring epidemiologin av prehospitala förlossningar, som utförts av akutvårdare i Victoria, Australien. Studien utfördes genom retrospektiv information under en ett års-period som sedan analyserades.

De kom fram till att under denna ett års-period var ambulansen ute på 324 förlossningar utanför sjukhus, varav 190 barn fötts före akutvårdarnas ankomst. De flesta förlossningarna var okomplicerade, men de komplikationer som dokumenterats var bl.a. navelsträngsprolaps (McLelland, McKenna, Morgans & Smith, 2018).



Navelsträngen kan vara synlig utanför slidan. Då är det en nödsituation eftersom fostret trycker ihop navelsträngen i förlossningskanalen och blodcirkulationen blockeras (Castrén et al., 2012, 370-371), vilket kan leda till fetal hypoxi (Holbrook, B. D., & Phelan, S. T., 2013, 28). Om navelsträngen faller fram utanför livmodern tyder detta oftast på en annan bjudning på fostret som inte kommer födas med huvudet först. Mamman skall läggas i Trendelenburgläge på vänster sida och får absolut inte krysta, men flämtandning kan underlätta krystningsbehovet. Sedan skall man avlägsna trycket som uppstår då fostret trycker på navelsträngen, för att känna puls på navelsträngen. På sjukhuset skall kejsarsnitt göras för att kunna rädda barnet (Castrén, et.al. 2012, 370-371).

### **4.3.3 Sätesbjudning**

Sätesbjudning räknas som en förlossningskomplikation (Åkerman, 2013). Cirka 3-4 procent av fostren ligger i sätesbjudning vid tiden för förlossning (Borgfeldt, et.al. 2010, 99). Vid sätesbjudning får barnet födas fram med hjälp av livmoderskontraktionerna tills armhålorna är framfödda. Då barnet är i detta läge skall sjukvårdaren hjälpa den nedre axeln genom att försiktigt lyfta ut barnet, sedan trycks kroppen nedåt och den övre axeln föds fram. Sedan kan sjukvårdaren försiktigt styra huvudet i flexion och under den påföljande krystningen dras barnet försiktigt ned och sedan upp på mammans mage (Castrén, et.al. 2012, 371).

### **4.3.4 Prematur förlossning**

En prematur förlossning innebär att en förlossning börjar för tidigt. En mycket för tidig förlossning räknas från graviditetsvecka 28 och tidigare, fram till graviditetsvecka 36 räknas som en prematur förlossning. En prematur förlossning utgör en risk för mamman och barnet. Symtom på en för tidig förlossning är bl.a. regelbundna sammandragningar, smärta i nedre buken och blodblandad flytning.

Orsaker till en för tidig förlossning kan vara bl.a. infektioner. Vid en för tidig förlossning så skall mammans tillstånd följas med noggrant. Det finns stora risker för komplikationer, bl.a. blödningar och flera infektioner (Riikola & Uotila, 2012, u.s.).

Boland, Davis, Dawson, Stewart, Smith och Doyle (2018) har gjort en invånarbaserad studie angående prematur födsel före ankomst till sjukhus. Deras syfte var att göra ett

reportage angående de perinatale karaktärerna för en prematur förlossning före sjukhus och jämföra dessa, födsel före ankomst med födslar på sjukhus.

I resultatet visade det sig att de bebisar som föddes utanför sjukhus var mindre mogna och föddes av tonåringar och de som föddes utanför sjukhus hade större risk att vara dödfödda eller döda inom 28 dagar eller inom ett år jämfört med de prematurer som föddes på sjukhus. 133 födslar utanför sjukhus registrerades, av dessa var 51 dödfödda och 82 levde. Risken för prematur prehospital förlossning är större hos tonåringar och associeras med en signifikant risk för perinatal dödlighet samt en infant dödlighet i jämförelse med de prematurer som föds på sjukhuset (Boland, Davis, Dawson, Stewart, Smith & Doyle, 2018).

#### **4.3.5 Mortalitet hos barn som föds prehospitalt**

Gunnarsson, Fasting, Skogvoll, Smáráson och Salvesen (2017) har gjort en studie om varför barn dör i samband med prehospitala oplanerade födslar och tagit reda på om dödsfallen kan förebyggas. De har använt sig av en invånarbaserad retrospektiv observationsstudie som innehåller data från det medicinska födselregistret och från medicinska journaler i Norge.

Det hade registrerats 69 dödsfall mellan 1999 och 2013, dock var de prehospitala födslarna totalt 6027. I resultatet visas det att i Norge är huvudorsaken till dödsfall vid prehospitala födslar infektion, neonatala orsaker och placentala orsaker. De orsaker, som förknippades med dödsfall, går att förebygga men det är mera komplicerat än så, det är en utmaning att identifiera dessa i tid och att ingripa (Gunnarsson, Fasting, Skogvoll, Smáráson & Salvesen, 2017).

Rodie, Thomson och Norman (2002) har gjort en retrospektiv case-studie kring oplanerade prehospitala förlossningar. Syftet med studien var att bestämma utbredningen av prehospitala förlossningar i populationen och att kvantifiera neonatala sjukligheten samt dödligheten i samband med dessa förlossningar. De jämförde kvinnor som fött oplanerat prehospitalt med de som fött på sjukhus.

Kvinnor som födde före ankomst till sjukhus var av stor likhet med varandra, de hade inte planerat sjukhusbesöken eller var sena med att boka dessa. De hade sämre deltagande i förlossningsvården och deras nyfödda hade större behov av en neonatal enhet samt högre perinatal dödlighetsgrad än de som blev födda på sjukhus. Forskarna hävdar att oplanerade

prehospitala förlossningar förknippas med en signifikant perinatal sjuklighet och dödlighet. De anser att kvinnor skall lägga större vikt på detta och bli mera utbildad angående både antenatala vården och den planerade förlossningen (Rodie, Thomsom & Norman, 2002).

## 5 Metod

En kvalitativ forskning börjar med frågor och syftet med forskningen är att lära. Då man gör en kvalitativ studie samlar man in data från dess naturliga miljö från t.ex. personer, händelser, ställen m.m.

Den kvalitativa forskningen har två specifika drag, vilka är att forskaren är medlet i genomförandet av studien samt att syftet är att lära sig om en aspekt i den sociala världen. Bägge egenskaperna är väsentliga i lärandet och man kan se att den lärande är en konstruktör i kunskapen istället för en mottagare. Från detta perspektiv samlar man på sig data, inte själva verkligheten, utan mera som en framställning av verkligheten. Sedan transformerar man dessa data genom analysering och tolkning till information (Rossman & Rallis, 2017, 4).

### 5.1 Intervju som datainsamlingsmetod

En datainsamlingsmetod som är passande för studerande samt för forskarna är intervju, vilket ger en definition av att tolka verkliga förhållanden. Syftet skall vara bestämt före man gör förberedelser inför intervjun och man ska utgå från det (Danielson, 2012, 163).

En kvalitativ forskningsintervju innebär att den som intervjuar får information angående en händelse i det relevanta ämnet ur berättarens egen synvinkel (Kvale, 1997, 32). Det finns en mängd olika intervjuformer inom den kvalitativa forskningen som man kan använda sig av beroende på ens syfte med arbetet (Kvale & Brinkmann, 2009, 159).

Som intervjumetod har vi använt oss av en narrativ intervjuform. Om man vill få fram information om en specifik händelse är en narrativ intervju behändig att använda sig av (Kvale & Brinkmann, 2014, 196). Narrativa intervjuer är då fokus ligger på berättarens historia. De historierna kan framkomma då intervjuarna lockar fram de eller att de uppkommer spontant. I den narrativa intervjusituationen kan den som intervjuar fråga efter en specifik händelse, t.ex. Berätta om när... Efter att man som intervjuare frågat efter det

specifika och den intervjuade börjar berätta, är intervjuarens roll att vara tystlåten och vid passande tillfälle ställa frågor, så att den intervjuade skall kunna fortsätta berätta om händelsen (Kvale & Brinkmann, 2009, 169-171).

En viktig del av intervjun är planeringen, för att slutresultatet skall bli komplett. Planeringen av intervjun består av åtta delar. Man skall börja med att förkovra sig inom ämnet, sedan utgörs ett syfte. I syftet framkommer vad man vill komma fram till i själva intervjun. Tredje delen är tidsdispositionen, vilket innebär att man fördelar tiden till de olika delarna av intervjuns faser. Även en metod för intervjun väljs och sedan görs ett konstruerande av intervjun. Man skall välja informant/informatörer. Etik och ett godkännande av intervjun skall göras.

Före intervjun äger rum skall man på förhand ha fått ett etiskt godkännande för en ansökan man gjort. Där beskriver man hur intervjun går till, hur man går till väga med etiska principer samt dataskyddet. Man skall även utföra en provintervju, vilket innebär att utrustningen man använder sig av prövas, man ser att tidsschemat uppnås samt att det är bra för intervjuaren att komma in i rollen (Danielson, 2012, 164-169).

Vid genomförandet av intervjun skall platsen väljas tillsammans med informanten/informatörerna, platsen skall vara sådan att man inte kan bli störd eller avbruten. Den tekniska utrustningen prövas före den verkliga intervjun påbörjas. I början av intervjun skall man introducera sig själv och syftet med intervjun. Ett samtycke bör undertecknas. Man berättar om intervjuns konstruktion, tidsschema samt att informanten har rätt att stoppa intervjun vid behov (Danielson, 2012, 170-172).

## **5.2 Dataanalys**

Som dataanalysmetod har vi använt oss av innehållsanalys. En kvalitativ innehållsanalys passar bra vid liten mängd data t.ex. vid ett mindre antal intervjuer. Man kan tolka informationen mera grundligt och data kan beskrivas djupgående i denna analys (Danielson, 2012, 336). Dataanalysen delas vanligen in i olika skeden. Det första steget är att allt material gås igenom och läses flera gånger. Andra steget är att man plockar ut den text som ger svar på frågeställningarna. I det tredje och sista steget skapas den nya helheten (Henricson & Billhult, 2012, 135).

Analysen påbörjas redan när transkriberingen äger rum och det är bäst att göra transkriberingen själv så man får en repetition av intervjun. Att lyssna genom intervjun kan ge ökad förståelse p.g.a. olika skiftningar i talet. Transkriberingen skall kodas så att den som intervjuar och den deltagande skall skiljas åt t.ex. I och D, så man tydligt ser skillnad på vem som sagt vad. Självaste intervjun skall kodas med nummer så att känsliga data blir oåtkomligt för utomstående.

Efter transkriberingen är det viktigt att kontrollera, lyssna och följa med i texten som skrivits. Texten skall då korrigeras om innehåll har bortfallit eller om felaktig information nedtecknats. Det är viktigt att transkriberingen går rätt till så att man sedan skall kunna välja en passande analysmetod. Analys av texten kan gå till på olika sätt och resultaten av den skall alltid svara på syftet (Danielson, 2017, 152).

Då man utför en kvalitativ innehållsanalys av intervjutexter, kan man med fördel använda sig av olika mallar och tabeller där intervjutexterna sätts in. Den mall eller tabell man använder sig av kan uppbyggas av t.ex. koder, kategorier samt subkategorier, teman m.m. (Danielson, 2012, 336).

Forskare som utför en kvalitativ forskning ser man ofta använda sig av det induktiva förhållningssättet eftersom de forskar i ämnet med en mera öppen synvinkel. Ett induktivt förhållningssätt kan beskrivas som att man drar slutsatser utgående från upplevda erfarenheter. Den induktiva slutsatsen kan inte ses som en total sanning eftersom det i ens samlade material kan ingå flera olika påståenden. Vid själva analysen av ens material kodar man induktivt informationen för att man skall kunna se olika likheter, mellan exempelvis intervjuerna, för att få fram eventuella förklaringar och mönster, en del kvalitativa forskare kallar detta en "analytisk induktion" (Kvale & Brinkmann, 2014, 238-239).

### **5.3 Genomförandet av studien**

Vi tog kontakt med förmannen på ett räddningsverk och informerade om vår studie samt att vi ville intervjua ambulanspersonal som varit med om en prehospital förlossning. Vår ansökan beviljades (bilaga 1). Vårt önskemål var att få tio stycken att intervjua. Vi informerade våra deltagare om hurudan intervjuform vi använder oss av. Vi hade även personlig kontakt via mail där vi bestämde plats och tid för intervjuerna.

Före intervjuerna blev genomförda gjorde vi en intervjumall (bilaga 2) samt en testning av våra inspelningsapparater så att de uppfyllde våra krav, vi använde oss av våra telefoner som har inspelningsappar och därefter utförde vi en pilotintervju med dessa. Vi har låsta våra telefoner med kod så ingen skall komma åt materialet där. Våra intervjuer med informanterna var allt från 10-30 minuter långa.

Vi har använt oss av den dataanalysmetod som vi beskrivit i kapitel 5.3, en kvalitativ innehållsanalys. Vi transkriberade våra intervjuer direkt efter att intervjuerna ägde rum. Vi delade upp transkriberingarna så att ena parten lyssnade och transkriberade och den andra parten lyssnade och kontrollerade, sedan bytte vi roller.

Vi printade ut alla texter då vi var klara med transkriberingarna, totalt blev det 44 sidor, sedan började vi koda vårt material med hjälp av olika färger. Vi färgade känslor och tankar med gult och erfarenheter med blått. Kodningarna från materialet skulle svara på våra frågeställningar. Det utplockade materialet lades in i en strukturerad tabell. I tabellen fanns det huvudkategorier samt underkategorier som var utgående från citat ur intervjuerna. Resultatet och sammanfattningen skrevs utgående från tabellen.

## **5.4 Etiska överväganden**

Vetenskaplig forskning skall bedrivas med praxis inom vetenskap, om man följer detta blir resultatet av den vetenskapliga forskningen etiskt trovärdig och pålitlig. Det finns nio ledande utgångspunkter för vetenskaplig praxis som är sett ur en forskningsetisk synvinkel. Man skall sträva efter hederlighet, noggrannhet och omsorgsfullhet i hela forskningen, även då man dokumenterar, bedömer och framför den (Forskningsetiska delegationen, 2012, 18-19).

I den vetenskapliga forskningen skall man använda sig av välgrundad etik både i informationssökningen, bedömningen och i undersökningen. De som forskar skall ta i beaktande liknande forskningar och arbeten som gjorts inom samma område och referera till dessa. Hela forskningsprocessen skall grunda sig på de krav som vetenskaplig information kräver. Tillstånd för att göra forskningen skall skaffas samt en bedömning av etiken som behövs inom vissa arbeten.

Före forskningen börjar görs en bestämmelse om var och ens rättigheter och skyldigheter, som samtliga parter bör godkänna. Eventuella finansieringar och dylikt skall meddelas och

redovisas vid publicering. Ifall man i forskningen upptäcker eller misstänker jäv skall man avstå från hela bedömningen samt beslutsfattande gällande forskningen och vetenskapen (Forskningsetiska delegationen, 2012, 18-19).

De som gör den vetenskapliga forskningen och alla som arbetar som t.ex. handledare inom området skall följa dessa ovan nämnda punkter, dessa gäller även bl.a. litteratur och skriftliga samt muntliga utlåtanden. Varje medlem i forskningsteamet ansvarar på egen hand för att man tar i beaktande en god forskningspraxis, men även alla involverade parter är inkluderade i detta. Universiteten och högskolorna ansvarar för att utbildning och kunskap inom detta område kommer fram, samt att deltagarna får tillräcklig information (Forskningsetiska delegationen, 2012, 18-19).

Olsson och Sörensen (2007, 54-55) menar att det finns principer som är etiska och som gäller för alla människorelationer. Dessa är rättvisepincipen, autonomiprincipen, godhetsprincipen och principen att inte skada. Rättvisepincipen innebär att man skall behandla alla människor lika. Autonomiprincipen berör självbestämmanderätten och att den skall respekteras. Godhetsprincipen är då man skall förhindra det onda och förhindra skada, man skall eftersträva det goda och uppnå positiva resultat.

## 6 Resultat

Vi intervjuade nio personer som alla arbetade inom den prehospitla akutsjukvården. Tre män och sex kvinnor, som alla hade varierande arbetserfarenhet, allt ifrån fem år till 17 år inom ambulansen. Fem av de intervjuade hade läst tilläggsutbildningen prehospital akutsjukvård (förstavårdare, 30sp). Av de intervjuade hade sex stycken varit med om en prehospital förlossning, två intervjuade hade varit med om två prehospitala förlossningar och en intervjuad hade varit med om fyra prehospitala förlossningar. Åldern på de intervjuade varierade från 24 år till 49 år.

I kategoriseringen samt i analysen av intervjun har vi valt att fokusera på ambulanspersonalens känslor, tankar och erfarenheter av en prehospital förlossning. Huvudkategoriernas namn är skrivna med **fet stil**, underkategoriernas är skrivna med *fet kursiverad stil* och citat från intervjuerna är skrivna med citationstecken samt *kursiverad stil*.

## 6.1 Känslor och tankar

Känslor och tankar som informanterna uttryckt vad gäller prehospitala förlossningar är: **rädsla och oro, osäkerhet, spänning, hjälplöshet, lugn och lättnad** och **glädje**.

Respondenterna har i stor utsträckning uttryckt att de känner en **rädsla och oro** inför och under en prehospital förlossning. Dessa känslor flätas samman i varandra, man kan se de har även en känsla av panik som grundar sig i en rädsla och oro. De flesta av informanterna menar att ett förlossningsalarm är ett av de värsta alarm, som de kan hamna att uttrycka på.

Rädslan som de beskriver handlar bl.a. om en oro för de komplikationer som kan uppstå i samband med en förlossning t.ex. att barnet skall fastna eller att barnet skall födas med fötterna före. Informanterna känner sig osäkra på vad de skall göra ifall en sådan komplikation uppkommer, detta kan ses grunda sig i oron.

En del av informanterna nämner även att de upplevde en oroskänsla första gången de skulle förlösa någon prehospitalt. Man kan även se att rädslan och oron grundar sig i en osäkerhet inom området.

*"He ju najnting tem på ambulansin fruktar mest [...]"*

*"I början så kan de nog vara panik [...]"*

*"Då kom he som koden förlossning å he kom som brådska, ja tror ja veta int ens va hande koden betyd...sedan håksa ja nejnejnej he e en förlossning"*

*"Jag va vettskrämd...från he ja fieg in on i bilin tårt flickon va född va ja totalt vettskrämd å e va första förlossningen"*

*"En åv mardrömmen e ju att föttren komber ut först"*

*"Täjde sekundran furi on rotera tror ja va värst ja vari me om, fö ja va bombsäker på att nu fastna on"*

Utifrån informanternas rädsla och oro inför en prehospital förlossning samt dess eventuella uppkommande komplikationer kan en känsla av **osäkerhet** inom området ses. Osäkerheten kan man se sig grunda i den bristande kunskapen inom förlossningsvård samt att dessa förlossningsalarm uppkommer väldigt sällan, detta resulterar i att ambulanspersonalen har inga inkörda rutiner inom förlossningsvården.

Flera av informanterna uttrycker både en teoretisk och praktiskt osäkerhet vad gäller prehospitala förlossningar. Utbudet i utbildningarna angående förlossningar prehospitalt har inte varit tillräcklig för att de skall kunna känna en säkerhet inom området. Det har



varit teoretiska föreläsningar samt praktiska övningar på dockor. Dock är detta utbud inte tillräckligt med tanke på hur många som uttrycker en osäkerhet. Informanterna menar att det skulle vara till stor nytta att få vara med i en förlossningssal och få se hur det går till.

*"He så pass ovanlit i ambulansen hede så du e no int rikti säker på va du gär"*

*"Just mammans vård å vården av båani efter att he e förlöst så eji äntå he som e lite såde osäkert"*

*"Nå de e nå som kommer ganska sällan faktiskt [...] de bord ju koma mera ofta så att man sko få rutin på de å förståss"*

*"Just dehär me sammandragningar å själva dehär...när kommer de nudå på riktigt att e de nu di ska försök riktit ordentligt eller ska vi vänt lite till...de e som int riktit klart..."*

*"He va ju svårast hede att ta besluti att ska vi fara ele ska vi stann å faktist fød"*

*"Vi hadd ju såndär förlossningssimulation, men de va ju säkert bara en halv dag de, int räcker ju de nånstans"*

Majoriteten av informanterna upplever en känsla av **spänning** när de far på denna sortens uttryckning. Man kan säga att det uppkommer en skräckblandad förtjusning när larmet kommer. Spänningen grundar sig i ovissheten som hur händelseförloppet kommer att gå till och ifall det kommer att uppstå komplikationer.

Spänningen grundar sig även i osäkerheten, då informanterna inte varit med om en tidigare förlossning, är den första spännande. Denna spänningsskänsla uppkommer även under händelsens förlopp, som t.ex. vid komplikationer, då navelsträngen är runt barnets hals.

*"Om man har 70-80 km å ingen barnmorska, då kan de ju vara lite mer rafflande no"*

*"He va liti extra spännand tå båni va så pass risigt tiföst å navelsträngen va runt halsen"*

*"Första tyckte ja no va myki mer spännande än hedi andra"*

*"Du e no na lite på hejlspänd tå du far på di"*

**Hjälplöshet** beskriver informanterna mestadels som en fysisk hjälplöshet. De menar att man känner sig hjälplös på sidan om mamman som föder, eftersom man i ambulansen har så lite att ta till då det gäller en förlossning, så som verktyg, övervakningsapparat, läkemedel m.m. Informanterna nämner förlossningssettet som de har tillgång till, en del finner den tillräcklig men en del känner att den inte riktigt uppfyller moderna krav på ett

fullständigt förlossningsset. Medicinska vården är även väldigt begränsad, som några av informanterna uppger.

*"Du känner de jätte hjälplös på sidon om"*

*"Då man så som hur sjukt hon hadd å man kona som int rikti göra nå åt de heller, he va no som väldigt känslösamt"*

*"Så he jie it så myki du har att ta i händren"*

Känslan av **lugn och lättnad** är något få har upplevt före och under en förlossning, men det har förekommit eftersom informanten har sett fram emot att få vara med om en prehospital förlossning tidigare i sin yrkesroll. Dessutom har informanten ett intresse inom det obstetriska området. Dock känner flera av informanterna lugn och lättnad efter den prehospitala förlossningen. De uppger att de känner sig mera förberedda inför eventuella framtida prehospitala förlossningar eftersom de har fått vara med om en förlossning tidigare och sett hur det skall gå till, det ses öka självförtroendet inför en eventuell ny förlossning.

Man kan även se att när den prehospitala förlossningen blivit lyckad har informanterna känt sig lättade och har inte fått något trauma av händelsen eftersom förlossningen har gått så bra. Informanterna uttrycker även en lättnad över att händelseförloppet har gått så snabbt att de inte hunnit bli oroliga över situationen och efter förlossningen sett att mamman och barnet mår bra. När informanterna har fått lämna över mamman och barnet till sjukhuset har de också känt ett lugn.

*"Ja e no en av de få akutvårdarna som har sett fram emot en förlossning"*

*"Om de sko händ en gång till så no sko de ju vara lite lättare [...] de sku kännas sådär lite som att de va ju int så länge sen å de här har ja ju vari me om förr"*

*"Men int lämna de fö mig någå trauma int, de va ju bara bra att de händ så e de kanske lite lättare ti nästa gång"*

*"Som tur så gick e så snabbt så de hann som aldri bli nå riktit orolit på de vise"*

*"Åså kom vi ti sjukhusi å he va jätte skönt ti lämn åv dem"*

*"Du känd ju de grömt lätta baket tå du sir att flickon mår bra, mammon mår bra"*

**Glädje** är något de flesta av informanterna upplevt efter en lyckad prehospital förlossning. Självaste glädjen kan man se har uppkommit efter själva förlossningen och informanterna menar att glädjen infinner sig om förlossningen har gått bra och de har fått vara med och

förlösa ett barn. Informanterna uttrycker att en förlossning är i den roligare ändan av livscykeln, istället för t.ex. en återupplivning, död och olyckor, och en lyckad förlossning utgör ett stort glädjemoment hos informanterna.

*"No har man vari me på återupplivningar där de har gått dålit iställe, så de här e no i roligare ändan av livscykeln"*

*"Känslan efteråt e no huippu då man har vari me å hjälpt till så"*

*"He gick bra å he levd å allting, så ja börja faktiskt gråt då"*

## 6.2 Erfarenheter

De händelser som ambulanspersonalen beskriver att de har upplevt från den prehospitla förlossningen har vi valt att kategorisera som erfarenheter. Underkategorier som uppkommit är: **Komplikationer**, **Händelseförlopp**, **Hjälp av barnmorska**, **Vårdåtgärder** och **Lokalisation**.

Informanterna uttrycker att **komplikationer** även kan uppstå vid en prehospitla förlossning. De komplikationer som uppkommit har varit: navelsträng runt halsen på barnet, livlöshet och grönt fostervatten. Utifrån intervjuerna kan vi se att komplikationer ändå verkar uppstå sällan vid en prehospitla förlossning, men är ändå något som tas på allvar.

*"Man kuna si att navelsträngen va åtminståne två varv runt halsen"*

*"Huvu syns [...] å navelsträngin e runt halsin"*

*"Fostervattni va mörkgrön brunt [...] å he va it na liv i on"*

Majoriteten av informanterna upplevde att **händelseförloppet** vid den prehospitla förlossningen gick snabbt, ibland kanske lite väl snabbt för att man som vårdare skall hinna med. Oftast kom de fram på plats först i slutet av öppningsskedet eller i början av krystningsskedet. Flera av informanterna menar att de inte riktigt hann med i förloppet och att de kanske inte hann förbereda sig tillräckligt. Trots att händelseförloppet gick snabbt uppstod väldigt få komplikationer och var lyckat.

*"Så gick ju vattne riktigt snabbt [...] Vi svängd in på en bensinmack å på samma gång nästan så kom fältchefen å dendär barnmorskan, hon kom in i bilen å han va kanske där i nån minut så föddes barnet"*

*"Hela förlossningen så va max sex minuter"*

*"Ja märkt no att ja hann som int riktigt stöd där under heller för de kom så snabbt"*

*"Hon förlöstes utan na vidare problem, navelsträngin va int runt halsin elo najnting, hon kom ut me full kapacitet o lungor och skräjk å va väldigt fin i färgon"*

*"Tådde dröm förlossning, allting gick bra mammon gjor allt, ja bare to mot"*

Vid majoriteten av informanternas prehospitala förlossning fick de **hjälp av en barnmorska** från sjukhuset, endera på plats eller via telefonsamtal. Informanterna upplevde att de fick bra med hjälp av barnmorskan och att denne fungerade som ett stöd, både under och efter förlossningen. Barnmorskan kunde ge handledning och råd under förlossningen samt fylla i med sin kunskap där informanternas kunskap var bristande. Hjälpen från barnmorska var väldigt uppskattad av informanterna och de skulle gärna se att fortsatt hjälp av barnmorska finns med i framtida förlossningsalarm.

*"De va ju bra att ha barnmorskan me"*

*"Vi hadd telefonkontakt me en barnmorska hela tiden"*

*"Efter förlossningen så fick vi mejr råd från båånorskön att rikti va vi ska koll å såde...så tå fick liti mejr nytta tär ifrån"*

*"Då kom barnmorskan in å skåda bara typ å sa ja låt barnet komma å allt gick jätte bra"*

De **vårdåtgärder** som informanterna kunde utföra vid den prehospitala förlossningen var ganska få och utrymmena begränsade. Till största del använder de sig själva som verktyg. Förlossningssetet upplevs olika från informant till informant, en del anser att förlossningssetet innehåller allt nödvändigt, medan en annan del anser att det finns för lite att ta till. Informanterna nämner även att smärtmedicineringen vid en prehospital förlossning är obefintlig.

*"Ja satt som me mammon i halva famnin [...] ja höll i hennes händer å försöka ha on ti kryst"*

*"Vi har ett sånde förlossningsset i ambulansin var he nu finns nå småsaker man kan behöv"*

*"He e ganska myki arbejt å liti utrymme å mytchi som ska göras på ejn å sama gang"*

*"Vi putsa nu upp babyn lite så å kolla så allting va iskick"*

*"På vägen dit så to ja fram, vi har ju dedär ensihoidin taskuopas, så då to ja fram den för att ja sko veta exakt vilken axel tryck ner å öpp å, bara som en påminnelse"*

*"It har vi ju som na smärtmedicinering eller na helldär som vi kan direkt hjälp till me"*

Informanterna har förlöst på varierande *lokalisationer*. De prehospitala förlossningarna som informanterna varit med om har ägt rum bl.a. hemma i patientens vardagsrum, vid väggkanten i bilen och i ambulansen. Under kategorin lokalisation har även färdlängden till sjukhuset uppkommit. Flera av informanterna har haft en lång väg till närmaste förlossningssjukhus vilket har gett upphov till att de har varit tvungna att ta beslutet att förlossningen kommer ske i ambulansen, eftersom det är för lång väg till närmaste förlossningssjukhus.

*"Då vi kom fram till patienten så satt hon i en bil mitt på riksvägen"*

*"Nångång mellan varifrån vi plocka upp hon å sjukhuse så stanna vi å så förlöstes he"*

*"Ja har haft en i vardagsrumi på golve, hande annin i trapphusi i ett höghus [...] hande tridi på vessagolve å hande fjärd i ambulansin"*

*"Vi hadd ganska lång väg dit"*

*"Så kom vi no fram ti he att vi hinner no ingenstans nåmera, vi har ganska lång väg ti nå sjukhus"*

## 7 Diskussion

I detta kapitel tar vi upp resultatdiskussion, metoddiskussion och slutledningar. I resultatdiskussionen kopplar vi vår teori och bakgrund till resultatet. I metoddiskussionen beskriver vi hur studien blivit gjord och utför den kritiska granskningen av studien. I slutledningarna reflekterar vi över vårt resultat.

### 7.1 Resultatdiskussion

I vår resultatdiskussion binder vi samman vårt resultat med våra teorier, Erikssons (1990) teori om caritativt vårdande och Watsons (1993) omvårdnadsteori samt med vår bakgrund.

#### 7.1.1 Känslor och tankar

Under huvudkategorin känslor och tankar finns underkategorierna *rädsla och oro, osäkerhet, hjälplöshet, spänning, lugn och lättnad* och *glädje*.

I underkategorin *rädsla och oro* framkommer det att informanterna känner sig rädda och oroliga inför en prehospital förlossning. Informanterna uttryckte en rädsla och oro inför att förlösa någon prehospitalt samt oro över de komplikationer som kan uppstå. Man kan se att

dessa känslor grundar sig i en osäkerhet inom området. Men då en osäkerhet inom området infinner sig så utgör detta att informanterna får en känsla av rädsla och oro. Enligt Eriksson (1990) använder vårdarna sig av den caritativa kärleken i att hjälpa andra som är i behov av vård och själva vården motiveras av en djupgående vilja i att hjälpa andra människor, bortsett från yttre förhållanden och faktorer.

I Flanagan, Lord och Barnes (2017) studie angående oplanerade prehospitala födselar framgår det att komplikationer i själva vården är sällsynta men ändå uppkommer det komplikationer, som kan vara svåra att hantera för ambulanspersonalen. Informanternas oro inför komplikationer är befogad i detta fall i och med att komplikationer uppstår, dock ändå så pass sällan att de inte kan få en rutin på sina handlingar.

Underkategorierna *osäkerhet* och *spänning* kan knytas samman eftersom de båda känslorna grundar sig i en bristande kunskap inom förlossningsvård hos informanterna. De har uttryckt både en teoretisk och praktisk osäkerhet inom området på grund av det bristfälliga utbudet av utbildning inom förlossningsvård för ambulanspersonal, samt att de flesta av informanterna inte hade någon tidigare erfarenhet inom detta.

Enligt Watson (1993) är målet för omvårdnaden att sjukskötaren skall stödja och hjälpa patienten vid bl.a. lidande. Målet kan optimeras hos ambulanspersonalen genom mera utbildning inom förlossningsvård, detta bestyrker Flanagan, Lord och Barnes (2017) i sin teori där det uppkommer att läroplanen för ambulanspersonal bör ha mera obstetriskt innehåll för att bredda kunskapen.

Pirneskoski, Peräjoki, Nuutila och Kuisma (2016) styrker dessa känslor av osäkerhet och spänning eftersom förlossningsalarm är en minoritet av de larm som ambulanspersonal åker ut på, vilket gör det svårt att upprätthålla den professionella kompetensen inom detta område.

**Hjälplösheten** uttrycker informanterna mestadels som en fysisk hjälplöshet eftersom man i ambulansen har så lite att ta till vad gäller förlossningar och till största del använder de sig själva som verktyg. Watson (1993) nämner att omsorgshandlingarna som sker mellan sjukskötare och patient behöver nödvändigtvis inte vara medicinska utan kan också vara en icke-medicinsk omsorg. Enligt Watson har den mänskliga omsorgen fått ge mera rum åt teknologin. Sjukskötarnas omsorgsfunktion konkurreras med apparater och tekniska lösningar.

**Lugn och lättnad** är en känsla som få av informanterna upplevt före en förlossning, mestadels har denna känsla uppkommit efter förlossningen ifall allting har gått bra. Denna känsla av lugn och lättnad kan man knyta samman med underkategorin **glädje**. Då mamman och barnet mår bra och ambulanspersonalen fått överlämna dem till sjukhuset efter en lyckad förlossning känner de glädje och ett lugn. Eriksson (1990) styrker dessa underkategorier eftersom i allt det praktiska man utför i vården, vill vårdaren sträva efter en god vård och göra gott för patienten. Att göra gott resulterar i en glädje hos informanterna.

### 7.1.2 Erfarenheter

Underkategorierna som finns under huvudkategorin erfarenheter är: **komplikationer**, **händelseförlopp**, **hjälp av barnmorska**, **vårdåtgärder** och **lokalisation**.

En stor del av informanterna upplevde att **händelseförloppet** gick snabbt, trots det uppstod få **komplikationer**. I de fall där komplikationer uppstod togs de på stort allvar. Watson (1993) beskriver att omsorgsprocessen skall utgå ifrån människan och i denna process behövs den brett engagerade sjukskötarens delaktighet, därav kan vi se att informanterna var engagerade eftersom de tog eventuella komplikationer på stort allvar och vården utgick ifrån patienten.

Castrén et al. (2012) poängterar vikten av att ambulanspersonal kan ge akt på komplikationer som kan uppstå i samband med förlossningar. Flanagan, Lord och Barnes (2017) nämner i sin studie att komplikationer i själva vården av födande kvinnor i ambulansen är sällsynta, men trots det kan de vara utmanande att hantera.

Vid de flesta av förlossningarna fick informanterna **hjälp av barnmorska** endera på plats eller via telefonsamtal och detta upplevdes som ett stort stöd för informanterna. I detta fall kan vi se barnmorskans vilja att hjälpa informanterna och informanternas vilja att hjälpa patienten. Vården och själva vårddyrket grundar sig på kärlek och en känsla av ansvar till våra medmänniskor enligt Eriksson (1990).

Informanterna upplevde att de **vårdåtgärder** som de kunde utföra vid en prehospital förlossning var begränsade, men de ville göra sitt bästa och hjälpa kvinnan på något sätt. Informanterna hade väldigt lite att ta till och till största del använde de sig själva som verktyg.

Eriksson (1990) menar att vården och själva vårddyrket genomsyras av en människokärlek och en vilja att hjälpa andra människor, genom det praktiska man utför inom vården så vill man sträva efter en god vård för patienten, vilket man kan se genom de vårdåtgärder som informanterna utförde. Även Watson (1993) styrker detta genom sin definition av omvårdnad, hon menar att omvårdnad generellt innebär t.ex. handlingar.

*Lokalisationerna* för de prehospitla förlossningarna var varierande. Med tanke på att flera av informanterna har haft lång väg till närmaste förlossningssjukhus så har de hamnat att ta beslutet var de skall förlösa kvinnan. Vi kan se i Watsons (1993) omvårdnadsteori att man som vårdare idag måste kunna bryta gamla mönster och se att det finns olika sätt att gå till väga inom vården, detta belyser informanternas tankesätt vad gäller övervägande av lokaliseringen.

Isaksson och Ljungquist (1997) nämner att ambulanspersonalen skall överväga var förlossningen skall ske, skall den äga rum i hemmet eller hinner man till ett förlossningssjukhus, detta bestyrker informanternas övervägande av lokalisering. I Ovaskainen, Ojala, Luukkaala och Tammelans (2015) studie framkommer det att de kvinnor som har boende längre än 35 km till närmaste förlossningssjukhus hör till riskgruppen vad gäller prehospitla förlossningar.

## **7.2 Metoddiskussion**

I metoddiskussionen utförs en kritisk granskning av studien samt dess styrkor och svagheter diskuteras. Studien kan diskuteras med begreppen giltighet, pålitlighet och överförbarhet.

Giltighet kan ses i besvarandet av syftet och frågeställningar via den metod som använts (Henricson, 2017, 412-416). Vårt val av intervjumetod utgick ifrån att vi ville ha så mycket information som möjligt, därav valde vi en narrativ intervjuform eftersom där får informanten berätta fritt om den upplevda händelsen, utan begränsande ramar. Intervjuformen passade oss med tanke på vår efterfrågan av information, men man kunde även ha använt sig av t.ex. en enkätstudie i stället. Vår efterfrågan på antal informanter var tio stycken dock deltog endast nio. Därav kunde giltigheten på studien ökas ifall antalet informanter skulle ha varit flera. Eftersom vi endast intervjuade ambulanspersonal från ett räddningsverk utgjorde det ett bekvämlighetsurval av informanter. Med tanke på det skulle



resultatet av studien kunnat bli breddat ifall vi skulle ha intervjuat ambulanspersonal från flera räddningsverk.

Dataanalysmetoden som vi använde oss av var en kvalitativ innehållsanalys. Denna innehållsanalys passade bra med tanke på vårt syfte för studien, där vi ville ta reda på informanternas tankar, känslor och erfarenheter inom området. Detta utgjorde att vi fick rikligt med information utgående från våra kategorier och en analys av dessa var lätt att utföra. Syftet för studien uppnåddes eftersom våra frågeställningar besvarades.

Pålitligheten kan påverkas av bl.a. artiklarnas kvalitet samt litteraturöversikten (Henricson, 2017, 412-416). Informationssökningen utfördes systematiskt och för att hitta pålitliga källor började vi med att söka efter relevanta och referentgranskade artiklar i olika databaser som tangerade omvårdnad. Vi sökte med ämnesord som omfattade prehospital akutsjukvård samt förlossningsvård. Det var en utmaning att finna artiklar som var uppdaterade och som berörde vårt specifika ämne eftersom det fanns ett begränsat utbud av dessa. Till bakgrunden använde vi oss även av relevant litteratur som berörde prehospital akutsjukvård och obstetrik. Vi har fått insikt i ämnet genom kurser, litteratur och vetenskapliga artiklar samt från våra intervjuer med ambulanspersonalen.

Med överförbarhet menas att man kan tillämpa ens resultat till andra sammanhang. Före överförbarheten kan granskas måste trovärdigheten och pålitligheten vara säkerställda innan resultatet kan överföras till andra sammanhang (Henricson, 2017, 412-416). Vi fann till största del utländska artiklar, bl.a. från Sverige, Norge och Australien. Endast två artiklar, som uppfyllde våra krav, var från Finland, detta kan göra överförbarheten svår till våra förhållanden. Vi tror att resultatet skulle variera ifall denna studies resultat skulle överföras till andra sammanhang eftersom bl.a. utbildning, förekomst och resurser gällande prehospitala förlossningar varierar länder emellan.

### **7.3 Slutledningar**

Syftet med denna kvalitativa intervjustudie är att beskriva ambulanspersonalens känslor, tankar och erfarenheter angående en prehospital förlossning.

Valet av studien uppkom ifrån ett intresse för den prehospitala akutsjukvården. Vi finner ämnet viktigt att studera eftersom det har blivit mera aktuellt med prehospitala förlossningar med tanke på att flera förlossningssjukhus stängs ner. Intresset för det obstetriska området fick vi genom teoretiska kurser.

Resultatet som vi fick blev ungefär som vi förväntade oss. Att ambulanspersonalen upplever en känsla av rädsla och oro samt osäkerhet ser vi att grundar sig i det bristande utbud av utbildning inom prehospital förlossningsvård. Osäkerheten skulle kunna reduceras genom ökad utbildning inom detta område, samt möjligheten att få ha en praktisk dag på t.ex. en förlossningsavdelning eller åtminstone få vara med och se hur förlossningar går till i verkligheten, som ett tillägg till de praktiska övningarna på dockor och de teoretiska kurserna. Detta kan vara behövligt för ambulanspersonalen eftersom de prehospitala förlossningarna har ökat. Känslan av hjälplöshet som informanterna nämnt kunde reduceras i och med en ökad kunskap inom området, eftersom självförtroendet i att använda sig själv som verktyg ökar då de inte har så mycket fysiskt att ta till.

I några av de vetenskapliga artiklar vi beskrivit i bakgrunden så uppkom det att komplikationer i samband med prehospitala förlossningar är sällsynta, dock uppgav flera av informanterna en känsla av rädsla och oro inför komplikationer. Även utbildning inom detta område skulle kunna vidgas, så ambulanspersonalens rädsla och oro kunde minskas.

Vi kan se i resultatet att informanterna uttrycker en känsla av lugn vid närvaro av barnmorska, endera via telefonsamtal eller vid en fysisk närvaro. Detta koncept skulle kunna utvecklas så att ambulanspersonalen skulle känna sig tryggare då de vet säkert att en barnmorska har möjlighet att komma på plats och hjälpa till vid den prehospitala förlossningen. Dock är det tidsmässiga ett problem då barnmorskor inte alltid har möjlighet att komma från förlossningssalen till den prehospitala förlossningen. Även det snabba händelseförloppet kan utgöra att barnmorskan inte hinner till platsen.

Informanterna kände även en känsla av lugn inför en ny förlossning med tanke på att de då har en erfarenhet av förlossning och känner sig säkrare, eftersom de har varit med om en förlossning i verkligheten och sett hur det går till. Det är en känsla av säkerhet som ökar angående situationen vilket i sin tur bidrar till ett lugn. Detta styrker även det vi nämnt ovan i stycket om rädsla, oro och osäkerhet angående utbildning. Att få se en verklig förlossning bidrar till ett ökat självförtroende som yrkesman.

På grund av vårt stora intresse för den prehospitala akutsjukvården har detta varit ett intressant ämne att skriva om. Vi har försökt sträva efter ett så innehållsrikt examensarbete som möjligt. Intervjuerna har varit intressanta att lyssna på och vi har fått mycket ny kunskap vad gäller prehospitala förlossningar, samt ett ytterligare ökat intresse för området.

Eftersom vi ser oss arbeta inom den prehospitla akutsjukvården i framtiden önskar även vi mera praktisk utbildning inom förlossningsvård samt att eventuellt en dag på en förlossningsavdelning skulle ingå i utbildningen.

Eftersom ambulanspersonal får vara med om mycket tragiska händelser och hemska situationer är en lyckad prehospital förlossning ett stort glädjmoment, då de får vara med och hjälpa ett nytt liv till världen.

## 8 Källförteckning

Aladdin, B. H., Jacobsson, B., Sandberg, K. & Lilja, H., 2004. *Unexpected out-of-hospital deliveries--experiences from the Gothenburg area. Centralized obstetrical care requires competent ambulance staff.* Lakartidningen, 101(41), p. 3148

Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L och Sillanpää, K., 2003. *Uusi ensihoidon käsikirja.* Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Osakeyhtiö.

Bengtsson, K., 2016. *Blödning under graviditet.* [online] <https://www.1177.se> [hämtad 23.10.2017]

Boland, R. A., Davis, P. G., Dawson, J. A., Stewart, M. J., Smith, J. and Doyle, L. W., 2018. *Very preterm birth before arrival at hospital.* Aust N Z J Obstet Gynaecol, 58: 197-203.

Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E och Andersson, U-B., 2010. *Obstetrik och gynekologi.* Lund: studentlitteratur.

Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J och Väsänen, O., 2012. *Ensihoidon perusteet.* Keuruu: Otavan kirjapaino.

Cumbie, B., & Clement, S., 1997. *Action stat. Emergency childbirth.* Nursing, 27(3), 33.

Danielson, E., 2012. *Kvalitativ forskningsintervju.* I: Henricsson, M., 2012. *Vetenskaplig teori och metod.* Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E., 2017. *Kvalitativ forskningsintervju.* I: Henricsson, M., 2017. *Vetenskaplig teori och metod.* Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K., 1990. *Pro caritate - en lägesbestämning av caritativ vård.* Åbo: Åbo akademi.

Flanagan, B., Lord, B. & Barnes, M., 2017. *Is unplanned out-of-hospital birth managed by paramedics 'infrequent', 'normal' and 'uncomplicated'? BMC pregnancy and childbirth,* 17(1), p. 436

Forskningsetiska delegationen., 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland.* [www.tenk.fi](http://www.tenk.fi) [hämtad 25.10.2017].

- Gunnarsson, B., Fasting, S., Skogvoll, E., Smáráson, A. K., & Salvesen, K. Å., 2017. *Why babies die in unplanned out-of-institution births: an enquiry into perinatal deaths in Norway 1999–2013*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(3), 326–333.
- Henricson, M & Billhult, A., 2012. *Kvalitativ design*. I: Henricsson, M., 2012. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., 2017. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.
- HNS., U.å. *Fostervattenavgång* [online] <http://www.hus.fi> [hämtad 23.10.2017]
- HNS., U.å. *Sammandragningar* [online] <http://www.hus.fi> [hämtad 23.10.2017]
- Holbrook, B. D., & Phelan, S. T., 2013. *Umbilical cord prolapse: A plan for an ob emergency*. *Contemporary OB/GYN*, 58(9), 28-36.
- Institutet för hälsa och välfärd (THL). 2017. *Statistikrapport: Perinatalstatistik*. [online] <https://www.thl.fi> [hämtad 15.1.2018]
- Isaksson, L och Ljungquist, Å., 1997. *Ambulanssjukvård*. Stockholm: Liber.
- Kipnis, G. 2013. *Knowledge Gained Through a Labor Support Seminar*. *International Journal Of Childbirth Education*, 28(2), 69-72.
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K och Taskinen, T., 2017. *Ensihoito*. Helsingfors: Sanoma Pro.
- Kvale, S., 1997. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: studentlitteratur.
- Kvale, S och Brinkmann, S., 2009. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: studentlitteratur.
- Kvale, S och Brinkmann, S., 2014. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Loughney, A., Collis, R. & Saleem, D., 2006. *Birth before arrival at delivery suite: Associations and consequences*. *British Journal of Midwifery*, 14(4), pp. 204-208.

McLelland, G., McKenna, L., Morgans, A. & Smith, K., 2018. *Epidemiology of unplanned out-of-hospital births attended by paramedics. BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), p. 15.

Olsson, H och Sörensen, S., 2007. *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Ovaskainen, K., Ojala, R., Gissler, M., Luukkaala, T. & Tammela, O., 2015. *Out-of-hospital deliveries have risen involving greater neonatal morbidity. Acta Paediatr*, 104: 1248–1252.

Riikola, T. och Uotila, J. 2012. *För tidig förlossning*. [Online] <https://www.terveyskirjasto.fi> [Hämtad 31.10.2017]

Rodie, V. A., Thomson, A. J. and Norman, J. E., 2002. *Accidental out-of-hospital deliveries: an obstetric and neonatal case control study. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 81: 50-54.

Rossmann, G och Rallis, S., 2017. *An introduction to qualitative research*. United states of America: SAGE publications, inc.

Pauley, T., & Dale, A., 2016. *Train together to work together: Reviewing feedback of communitybased skills drills training for midwives and paramedics. British Journal Of Midwifery*, 24(6), 428-432.

Pirneskoski, J., Perajoki, K., Nuutila, M., & Kuisma, M., 2016. *Urgent EMS managed out-of-hospital delivery dispatches in Helsinki. (Emergency medical services in Helsinki, Finland) (Report). Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(1).

Vihavainen, S., 2016. *Synnytyssosastojen sulkemiset näkyvät matkasynnytysten yleistymisenä – viime vuosina Suomessa synnetyt jopa helikopterissa*. [Online] <http://www.hs.fi> [Hämtad 13.9.2017].

Viisainen, K., Gissler M., Hartikainen AL & Hemminki E., 1999. *Accidental out-of-hospital births in Finland: Incidence and geographical distribution 1963-1995. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 78(5), p. 372.

Watson, J., 1993. *En teori för omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Wilbeck, J., Phillippi, J & Schron, M., 2014. *Teaching Management of the Unexpected Birth: Application of Multimodal Techniques*. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36(1), pp. 87-96.

Zur, M., Hadar, A., Sheiner, E., & Mazor, M., 2003. *Out of hospital deliveries: Incidence, obstetrical characteristics and perinatal outcome*. *Harefuah*, 142(1), p. 38.

Åkerman, A., 2013. *Komplikationer under förlossningen*. [online] <https://www.1177.se> [hämtad 24.10.2017]

## Bilaga 1 anhållan



YrkesHögskolan Novia  
 Utbildningsprogrammet för sjukskötare  
 Emilia Söderman och Linn Sundsten

Vi är sjukskötarstuderande från YrkesHögskolan Novia och vi gör vårt examensarbete om ambulans personalens upplevelser kring prehospita förlossning. Vi kommer samla in data genom enskilda intervjuer.

Syftet med denna kvalitativa studie är att ta reda på hur ambulanspersonal upplever en prehospita förlossning för att det är en minoritet av de fall som ambulansen åker ut på, vilket kan skapa osäkerhet hos ambulanspersonalen. Genom att ta reda på hur ambulanspersonalen upplever en prehospita förlossning så kan man framledes utveckla kunskapen och tryggheten hos ambulanspersonalen inför framtida prehospita förlossningar

Våra frågeställningar är:

- Vilka tankar hade personalen vid den prehospita förlossningen?
- Vilka känslor kände personalen vid den prehospita förlossningen?

Vi har som mål att intervjua åtminstone tio personer som arbetar inom [redacted] räddningsverk. Önskvärt är att de första intervjuerna skulle äga rum i början av februari.

Vi kommer att intervjua personalen om deras upplevelser och erfarenheter kring prehospita förlossning. I början av intervjun kommer vi samla in bakgrundsinformation om den som blir intervjuad, sedan påbörjar vi intervjun, vi använder oss av en narrativ intervjuemetod.

Narrativa intervjuer är då fokus ligger på berättarens historia. De historierna kan framkomma för att intervjuarna lockar fram de eller att de uppkommer spontant. I den narrativa intervjusituationen kan den som intervjuar fråga efter en specifik händelse, ex. Berätta om när... Efter att man som intervjuare frågat efter det specifika och den intervjuade börjar berätta så är intervjuarens roll att vara tystlåten och vid passande tillfälle ställa frågor så att den intervjuade ska kunna fortsätta berätta om händelsen.

Vi bandar in våra intervjuer på en inspelnings apparat ex. telefon eller bandspelare, för att sedan kunna påbörja transkriberingen när vi samlat all information.

Intervjun är helt frivillig och den som blir intervjuad får avbryta när som helst under intervjun. All information behandlas konfidentiellt.

Vi anhåller om att få utföra vår studie vid [redacted] räddningsverk.

För ytterligare frågor eller funderingar, kontakta

Linn Sundsten

Emilia Söderman

[LinnSundsten@edu.novia.fi](mailto:LinnSundsten@edu.novia.fi)

[EmiliaSoderman@edu.novia.fi](mailto:EmiliaSoderman@edu.novia.fi)

0409638522

0442922291

Handledare

Eva Matintupa

Lektor

[Eva.matintupa@novia.fi](mailto:Eva.matintupa@novia.fi)

[redacted]  
 AKUTVÅRDSPÅSTARE

Ort & datum

Underskrift

[redacted] 1.2.2018

[redacted]



## **Bilaga 2 intervjumall**

### Bakgrundsinformation

1. Kön:

2. Ålder:

3. Utbildning:

4. År inom ambulans:

5. Hur många prehospitla förlossningar:

Berätta om när du var med om en prehospital förlossning (tilläggs frågor kan uppkomma beroende på berättelsen)