



## Förlossningens regelbundna

### stig

En kvalitativ fokusgruppintervju om den finländska  
barnmorskans perspektiv gällande den regelbundna  
förlossningen

Karjalainen Henrika

Söderbacka Ronja

Förnamn Efternamn

Examensarbete  
Barnmorska 2018  
2020–2021

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Barnmorska 2018
Identifikationsnummer:	Henrika 23542, Ronja 23671
Författare:	Henrika Karjalainen, Ronja Söderbacka
Arbetets namn:	Förlossningens regelbundna stig – en kvalitativ fokusgruppintervju om den finländska barnmorskans perspektiv gällande den regelbundna förlossningen
Handledare (Arcada):	Pernilla Stenbäck, Heikki Paakkonen
Uppdragsgivare:	Nordejordmodern Network, Nordplus
<p>Detta lärdomsprov är ett beställningsarbete av Nordejordmodern Network, Nordplus – ett nordiskt samarbete vars mål är att utveckla barnmorskeyrket. Arbetet är etiskt hållbart, följer anvisningar för god vetenskaplig praxis (Tenk 2012) och fick forskningslov enligt anvisningar från HUS (Helsingfors universitetssjukhus). Syftet med studien var att kartlägga vad som ingår i en regelbunden förlossning enligt den finländska barnmorskan för att trygga den regelbundna processens hälsofrämjande effekter. För att få en djupgående förståelse för ämnet i fråga som motsvarar arbetets syfte användes två forskningsfrågor: “Vad anser barnmorskor i Finland höra till en regelbunden förlossning?” och “Är den regelbundna förlossningen till fördel för föderska och foster?” Metoden som använts i studien är en öppen kvalitativ fokusgruppintervju och induktiv innehållsanalys. En grupp bestående av 4 barnmorskor med varierande erfarenhet inom förlossningsverksamheten fungerade som arbetes informanter. Katie Erikssons “Vårdandets idé”, med fokus på den naturliga &amp; yrkesmässiga vården, fungerade som teoretisk referensram för studien. Som bakgrund användes material som bland annat “WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience” (2018), duodecim och övriga vetenskapligt hållbara artiklar som behandlar interventioner och statistik gällande förlossningsvården. Resultaten har analyserats noga och presenterats med hjälp av direkta citat och tabeller. Resultatet delades in i 3 huvudkategorier; regelbunden förlossning, oregelbunden förlossning och oberoende faktorer. I resultatet framkom tydligt att smärtlindring, punktering av fosterhinnor, igångsättning, utförande av episiotomi samt kommunikationen och barnmorskans stöd tydligt hör till den regelbundna förlossningen. I studien kom det även fram vad som inte anses höra till en regelbunden förlossning samt faktorer som var oberoende för ifall förlossningen klassas som regelbunden eller inte. Studien fungerar som ett viktigt tillägg kring diskussionen om regelbunden förlossning. I fortsatta forskningen kunde man inkludera åsikter om fetus mortuus och tvillingfödslar samt skapa mer online-material om ämnet i fråga.</p>	
Nyckelord:	<i>natural birth, regelbunden förlossning, regular birth, vaginal birth, nursing, caring, luonnollinen synnytys, benefits of natural birth, nordejordmodern network</i>
Sidantal:	64

Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Midwife 2018
Identification number:	Henrika 23542, Ronja 23671
Author:	Henrika Karjalainen, Ronja Söderbacka
Title:	The regular path of childbirth – a qualitative focus group interview about the Finnish midwives’ perspective regarding regular birth
Supervisor (Arcada):	Pernilla Stenbäck, Heikki Paakkonen
Commissioned by:	Nordejordemodern Network, Nordplus
<p>This degree thesis is commissioned by Nordejordemodern Network – a nordic collaboration which aim is to develop the midwife profession. The study is ethically sustainable, follows guidelines for good scientific practice (Tenk 2012) and has gotten research permission following the instructions given by HUS (Helsinki University Hospital). The purpose of the study was to map out what is included in the regular childbirth process according to Finnish midwives – aiming to secure the natural process and its health enhancing effects. To get deep comprehension about the subject in question that corresponds to the study’s purpose the two following research questions were used: ”What does the Finnish midwives consider to be included in the regular childbirth process?” and ” Is the regular childbirth process a benefit for the birthgiver and the fetus?” The method used was a qualitative focus group interview and an inductive content analysis. One group of midwives with varying experience within maternity activities served as informants. Katie Eriksson’s ”<i>Vårdandets idé</i>”, with focus on natural &amp; professional care, functioned as a frame of reference for the study. The study was based on material such as ”WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience” (2018), duodecim and other scientifically approved articles about interventions and statistics of the current care during childbirth. The results have been thoroughly analyzed and presented via direct citation and charts. The results were split into 3 main categories: regular childbirth, irregular childbirth and independent factors. The results showed that pain relief, punction of cauls, commissioning, episiotomies and the communication and support given by the midwife is clearly included in the regular childbirth process. The results also showed what made birth irregular and factors that didn’t affect the regularity of childbirth. The study is an important supplement in the discussion that revolves around regular birth. Further reasearch could include opinions about fetus mortus and twinbirth, and also more online material of the subject in question would be necessary.</p>	
Keywords:	<i>natural birth, regelbunden förlossning, regular birth, vaginal birth, nursing, caring, luonnollinen synnytys, benefits of natural birth, nordejordemodern network</i>
Number of pages:	64
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Kätilö 2018
Tunnistenumero:	Henrika 23542, Ronja 23671
Tekijä:	Henrika Karjalainen, Ronja Söderbacka
Työn nimi:	Synnytyksen säännöllinen polku – suomalaisten kätilöiden näkemys säännöllisestä synnytyksestä laadullisen fokusryhmähaastattelun avulla
Työn ohjaaja (Arcada):	Pernilla Stenbäck, Heikki Paakkonen
Toimeksiantaja:	Nordejordemodern Network, Nordplus
<p>Tämä opinnäytetyö on tehty tilaustyönä Nordejordemodern Networkille - pohjoismaiselle yhteistyölle, jonka päämäärä on kehittää kätilötyötä. Työ on eettisesti kestävä, noudattaa hyvän tieteellisen käytännön (Tenk 2012) suosituksia ja tutkimuslupa on hankittu HUS:in (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri) ohjeiden mukaisesti. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa suomalaisten kätilöiden näkemyksiä säännöllisen synnytyksen kulusta säännöllisen prosessin turvaamiseksi. Syvällisen ymmärryksen saavuttamiseksi käytimme työssä kaksi olennaista tutkimuskysymystä: ”Mitä sisältyy säännölliseen synnytykseen suomalaisten kätilöiden mielestä?” ja ”Onko säännöllinen synnytys eduksi synnyttäjälle ja sikiölle?”. Menetelmänä on käytetty avointa laadullista fokusryhmähaastattelua ja induktiivista sisällönanalyysii. Haastattelun tiedonlähteenä toimi yksi synnytystoiminnassa työskentelevä kätilöryhmä, joka koostui sekä aloittelevista ja kokeneemmista kätilöistä. Työn teoreettisena viitekehystenä toimi Katie Erikssonin ”Vårdandets idé”, jossa keskipisteenä toimi luonnollinen &amp; ammatillinen hoito. Työn pohja-aineiston lähteenä käytimme muun muassa WHO:n suositusta: intrapartum care for a positive childbirth experience (2018), duodecimiä sekä muita tieteellisiä artikkeleita, jotka käsittelivät synnytystoiminnan interventioita ja tilastointia. Tulokset ovat tarkasti analysoitu ja esitelty suorien lainauksien ja taulukoiden avulla. Tulokset jaettiin kolmeen pääryhmään: säännöllinen synnytys, epäsäännöllinen synnytys sekä riippumattomia tekijöitä. Tulokset osoittivat selvästi, että kivunlievitys, sikiökälvon puhkaisu, synnytyksen käynnistäminen, episiotomian suorittaminen sekä kommunikaatio ja kätilön tuki kuuluu selvästi säännölliseen synnytykseen. Tutkimuksessa saatiin esiin myös ne osat, jotka eivät kuulu säännölliseen synnytykseen, joiden tekijät olivat riippumattomia siitä, luokitellaanko synnytys säännölliseksi vai ei. Tutkimus toimii tärkeänä lisäyksenä säännölliseen synnytykseen koskevaan keskusteluun. Lisätutkimukset voisivat sisältää mielipiteitä sikiökuolemasta ja kaksosyntyiset ja luoda lisää online-materiaalia kyseisestä aiheesta.</p>	
Avainsanat:	<i>natural birth, regelbunden förlossning, regular birth, vaginal birth, nursing, caring, luonnollinen synnytys, benefits of natural birth, nordejordemodern network</i>

Sivumäärä:	64
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

# INNEHÅLL

<b>Tabeller</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>10</b>
<b>2 Bakgrund</b> .....	<b>11</b>
2.1 Vad gör barnmorskan?.....	11
2.2 Definitioner av vetenskapliga begrepp .....	12
<b>3 Syfte och frågeställning</b> .....	<b>15</b>
<b>4 Etiska aspekter</b> .....	<b>16</b>
<b>5 Tidigare forskning</b> .....	<b>18</b>
5.1 Definition av en regelbunden förlossning.....	18
5.1.1 Fokus på den regelbundna processen enligt WHO .....	19
5.2 Historia om förlossningsvården.....	20
5.3 Förlossningsvården idag .....	21
5.3.1 Hur förlossningsvården ser ut idag .....	21
5.3.2 Kostnader .....	22
5.3.3 Aktuellt inom förlossningsvården .....	22
5.4 Interventioner inom förlossningsvården .....	23
5.4.1 Sammanfattning .....	28
<b>6 Teoretisk referensram</b> .....	<b>29</b>
6.1 Naturlig vård .....	29
6.2 Yrkesmässig vård.....	30
6.3 Koppling till förlossningsvården.....	31
<b>7 Metod</b> .....	<b>32</b>
7.1 Fokusgruppintervju.....	32
7.2 Innehållsanalys.....	33
7.3 Utförande och arbetsfördelning.....	33
<b>8 Resultat</b> .....	<b>35</b>
8.1 Vad gör förlossningen regelbunden? .....	37
8.1.1 Smärtlindring .....	38
8.1.2 Punktering av fosterhinnor och igångsättning (användning av oxytocin) .....	39
8.1.3 Episiotomi.....	39
8.1.4 Barnmorskans roll vid förlossningen och barnmorskans stöd .....	39
8.1.5 Övriga faktorer.....	41
8.2 Oberoende faktorer .....	41

8.3	Oregelbunden förlossning .....	42
<b>9</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>43</b>
9.1	Egna Reflektioner.....	48
<b>10</b>	<b>Kritisk granskning .....</b>	<b>50</b>
10.1	Avgränsningar .....	50
10.2	Tillförlitlighet och relevans.....	50
<b>11</b>	<b>Förslag till fortsatt forskning .....</b>	<b>52</b>
	<b>Källor.....</b>	<b>53</b>
	<b>Bilagor/Liitteet.....</b>	<b>57</b>
	BILAGA 1: INTERVJUFRÅGOR/HAASTATTELUKYSYMYKSET .....	57
	BILAGA 2: INFORMATIONSBREV/TIEDOTUSKIRJE .....	59
	BILAGA 3: SUOSTUMUSSOPIMUS/SAMTYCKESAVTAL.....	65



## TABELLER

*Tabell 1 – [Definitioner av vetenskapliga begrepp](#)*

*Tabell 2 – [Kliniska interventioner vid förlossningar år 2019](#) (THL, 2020).*

*Tabell 3 – [Bakgrundsinformation om informanter](#)*

*Tabell 4 – [Sammanställning av material](#)*

## 1 INLEDNING

I vårt lärdomsprov fokuserar vi på vad den finländska barnmorskan anser höra till den regelbundna förlossningen. Användningen av smärtlindring och andra kliniska interventioner har blivit allt vanligare inom förlossningsvården. I arbetet reflekterar vi över barnmorskans uppgifter, förlossningsvården samt diskuterar både historiska och aktuella fenomen inom förlossningsvården. Vi vill även lyfta fram om den regelbundna förlossningen anses vara till fördel för föderska och foster. Tanken är att utföra en fokusgruppintervju, som vars resultat framför finländska barnmorskors åsikter om vad som inkluderas i den regelbundna förlossningen.

Vi har valt att skriva om regelbunden förlossning eftersom vi är starkt intresserade av förlossningsvården och vill få en djupgående förståelse för barnmorskeyrket. Genom att utföra studien om ett aktuellt tema kommer vi att utveckla våra kunskaper i ämnet, vilket vi kommer att ha nytta av i vårt framtida yrke. Genom att förstå vad förlossningens regelbundna stig består av samt varför den är viktig att bevara utvecklar vi vår förståelse i om hur och varför man kan, och ska, stöda och handleda kvinnan i den naturliga processen.

Genom att utföra studien och utveckla vår kunskap ökar vi även vår egna förståelse för barnmorskeyrket, och den kunskapen vill vi dela med oss av i våra kommande arbetsgemenskap.

## 2 BAKGRUND

Studien är ett beställningsarbete åt Nordejordemodern Network som grundades i mitten av 1990-talet och är en del av Nordplus. Det är frågan om ett samarbete mellan ett flertal nordiska länder och Baltikum, där resultaten från respektive studie kan bidra till att dels jämföra olika tillvägagångssätt länderna sinsemellan, men i huvudsak bidra till utveckling av barnmorskeyrket. Arbetet är en del av projektet ”*How to protect normal birth?*” (Nordejordemodern network, 2020).

Idag har det blivit allt vanligare med kliniska och medicinska interventioner i förlossningskontexten, så vanliga att de ibland t.o.m. räknas till den regelbundna processen. Trots att interventionerna kan ha vissa fördelar så har dessa, enligt Nordejordemodern Network, i huvudsak negativ påverkan på förlossningsförloppet – både på fysiska och emotionella faktorer hos spädbarnets hälsa, moderns hälsa och familjen i helhet (Nordejordemodern network, 2020).

Nordejordemodern network har som mål med studien att få barnmorskestudenter att förstå vad barnmorskor på fältet inom förlossningsvården anser höra till en regelbunden förlossning. Genom att dela resultaten med varandra ökas förståelsen av olika perspektiv och attityder gentemot att främja och beskydda den regelbundna förlossningen. Syftet är även att skapa diskussion och förståelse av varierande standarder och kulturella skillnader inom de nordiska länderna (Nordejordemodern network). Genom vårt bidrag till studien kan vi hjälpa till med att utveckla och skapa förståelse för barnmorskeyrket.

### 2.1 Vad gör barnmorskan?

Midwifery encompasses care of women during pregnancy, labour, and the postpartum period, as well as care of the newborn. It includes measures aimed at preventing health problems in pregnancy, the detection of abnormal conditions, the procurement of medical assistance when necessary, and the execution of emergency measures in the absence of medical help. (WHO, 2020).

Barnmorskans arbete omfattar självständigt arbete runt kvinnans hälsa och sjukdomar. Arbetet innehåller även människans sexuella och reproduktiva hälsa (Arcada, 2019). Barnmorskeri är även det första yrket som kvinnan någonsin fått betalt för (Pajalic Z et al, 2019). Barnmorskans arbete involverar inte enbart kvinnan utan man jobbar även med män, barn, ungdomar och äldre. (Barnmorskeförbundet, 2020).

Enligt Lancet Series finns det en allmän uppfattning om att barnmorskans yrke innebär att hjälpa kvinnan vid förlossningen. Visserligen handlar det till en viss grad om precis det, men barnmorskeyrket är även mycket mer än så. Barnmorskeri baserar sig på talang, kunskap och barmhärtig vård för gravida kvinnor, nyfödda spädbarn samt familjer runtom i världen - både före graviditeten, under graviditeten, vid förlossningen, efter förlossningen och under spädbarnets första levnadsveckor. Barnmorskeri innefattar även familjeplanering och att erbjuda reproduktiv hälsoservice. De tjänster som barnmorskor tillhandahåller erbjuds inte endast på sjukhusen, utan även ute i samhället - barnmorskans tjänster är inte en vertikal tjänst som erbjuds som ett smalt segment av ett hälsosystem. Barnmorsketjänster är en väsentlig del av en universell hälsoinvestering (Horton & Astudillo, 2014).

## 2.2 Definitioner av vetenskapliga begrepp

I arbetet kommer vi att använda oss av en hel del vetenskapliga termer. För att tydliggöra vad de innebär har vi sammanställt en tabell av samtliga begrepp:

Begrepp	Förklaring	Sida
Huvudbjudning	Att fostret har huvudet neråt i livmodern	12
Psykoprofylax	Minskar smärtan under förlossningen via t.ex. andningsteknik	12
Placenta	Synonym för moderkaka, tar emot näringsämnen och syre	12

	åt fostret samt avlägsnar avfallsprodukter från fostret	
Spädbarnsmortalitet	Spädbarnsdödlighet	14
Prenatal vård	Vården före förlossningen	14
Postnatal vård	Vården efter förlossningen	14
Amniotomi	Ta hål på fosterhinnorna	15
Perineotomi	Synonym för episiotomi, klipp i mellangården	15
Prostaglandiner	Naturligt förekommande fettsyror som verkar sammandragande på glatt muskulatur	17
Andningsdepression	Svårighet att andas	17
Somnolens	Dåsighet, nedsatt medvetenhet	17
Laterala fornix	Grop som ligger mellan livmodertappen – mynnar några cm ner i slidan och livmodern	17
Fosterbradykardi	Låg puls hos fostret	18
Kefalhematom	Stort blåmärke utanför hjärnan, vanligt och ofarligt tillstånd	20
Subgealhematom	Blödning under skallbenet, allvarligt	20
Axeldystoki	Barnets främre axel fastnar ovanför moderns könsben, obstetrisk nödsituation	20
TENS	Transkutan elektrisk nervstimulering: används vid smärtlindning.	23

*(Tabell 1 – definitioner av vetenskapliga begrepp)*

Examensarbetet har genomlästs av utomstående som saknar erfarenhet om vårddyrket.

*Tabell 1 – definitioner av vetenskapliga begrepp* har gjorts på basen av de begrepp som de utomstående bett oss definiera.

### 3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med denna studie är att klargöra vad som ingår i en regelbunden förlossning enligt den finländska barnmorskan för att kunna förstå och bevara den regelbundna processens hälsofrämjande effekter. Genom kunskap och förståelse säkrar vi en god vårdkvalité och gör förlossningsprocessen i helhet till en trygg upplevelse åt både föderskan, spädbarnet och den övriga familjen.

Våra frågeställningar i arbetet är följande:

- ”Vad anser barnmorskor i Finland höra till en regelbunden förlossning?”
- ”Är den regelbundna förlossningen till fördel för föderska och foster?”

## 4 ETISKA ASPEKTER

Med forskningsetiken strävar man till att värna om människors grundläggande värden och rättigheter. Den som deltar i en undersökning har alltid rätt till fullständig information och rättvis behandling under hela undersökningen. Det är på undersökarens ansvar att skydda personer som deltar i studien och bemöta alla inblandade med respekt, även sådana som väljer att avstå från studien. När vi i vårt arbete beaktar forskningsetiken bevarar vi även allmänhetens förtroende för högskoleutbildning och forskning och möjliggör att även senare generationer har möjlighet att utföra forskning. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 372).

I vårt arbete har vi strävat till att etiken följer med genom hela arbetet. Forskningsfrågorna är etiskt acceptabla eftersom resultaten är värdefulla för de yrkesprofessionella barnmorskorna och bidrar till att utveckla och ge förståelse för barnmorskeyrket. Metoden matchar och besvarar forskningsfrågorna, vilket stöder ett gott vetenskapligt hantverk. Innan datainsamlingen har en riskanalys genomgått och det har konstaterats att forskningen är till fördel för allmänheten då den ökar förståelse för barnmorskeyrket. (Sandman & Kjellström, s. 382-383)

För att respektera respondenternas autonomi och integritet har informanterna på förhand fått ett informationsbrev om studien. Det innebär att informanterna har fått information om studien, de fick chans med betänketid att välja ifall de ville delta i undersökningen och att deltagandet var frivilligt. Dessutom var deltagarna medvetna om att de i vilket skede som helst kunde dra sig ur undersökningen utan att ange en specifik orsak. Deltagarna har skrivit under ett samtyckesavtal där de undertecknat att de förstått vad studien gått ut på. Konfidentialiteten har beaktats för att skydda deltagarnas integritet och privatliv. Forskningsmaterialet har bevarats så, att endast forskarna och våra handledare har tillgång till materialet och materialet kommer att förstöras efter att undersökningen genomförts. (Sandman & Kjellström, s. 391).

I vår studie undersöker vi barnmorskors privata upplevelser och erfarenheter om vårdyrket vilket gör temat etiskt känsligt. Det kan till exempel finnas motstridiga åsikter om vad som anses höra till en regelbunden förlossning. Vi går in på människors privata tankar och åsikter om vårdyrket vilket bör göras med respekt. Arbetet har skrivits i



enlighet med god vetenskaplig praxis (Tenk 2012). Forskningslov har anskaffats enligt direktiv av sjukvårdsdistriktet där undersökningen genomförts. Vi tar även i beaktan att vissa människor är mer framåtriktade än andra, vilket kan göra att de mer "tystare" människornas åsikt kan bli mindre hörda i diskussionen. Vi beaktar detta genom vid behov avbryta och ge alla chansen att tala. På grund av konfidentialiteten nämner vi inte i arbetet vid vilket sjukvårdsdistrikt eller vid vilket sjukhus som undersökningen genomförts.

## 5 TIDIGARE FORSKNING

I detta kapitel kommer vi att presentera tidigare forskning som gjorts kring regelbunden förlossning. Vi definierar den regelbundna förlossningen, tar upp historia om förlossningsvården och tar upp aktualiteter gällande förlossningsvården idag. Vi kommer även att kort behandla de olika interventionerna inom förlossningsvården för att göra resultatet mer lättläst.

### 5.1 Definition av en regelbunden förlossning

Det finns flera olika definitioner på termen ”*regelbunden förlossning*”. Även termen *naturlig förlossning* (Finto) används. Inom engelskan använder man sig oftast av termen *natural childbirth* (MeSH). På finska används termen “*luonnollinen synnytys*” (Finto).

WHO beskriver en regelbunden förlossning genom att det finns en låg risk för att barnet och modern att skadas under förlossningen. Spädbarnet skall födas spontant mellan graviditetsveckorna 37+0 och 41+6 i huvudbjudning. Sammandragningarna ska starta spontant. Olika yrkeskategorier har varierande definitioner på vad en regelbunden förlossning innebär – barnmorskan tycker att förlossningen är regelbunden även om komplikationer förekommer. (Abascal, 2000, s. 86–87)

Enligt finto innebär en regelbunden förlossning barnafödande utan medicinska ingrepp, oftast med hjälp av psykoprofylax eller avslappningsterapi (Finto).

Den internationella definitionen för en regelbunden förlossning innebär att graviditeten har varat minst 22 veckor eller att fostret väger minst 500g. Om barnet föds före detta klassas det som ett missfall. För att födseln skall vara fullgången måste graviditeten ha varat minst 37 veckor. (Tiitinen, A., 2020)

Man delar in förlossningen i tre skeden, som börjar med öppningsskedet, sedan krystningsskedet och slutligen efterbördsskedet då placentan och fostermembranet föds. En regelbunden förlossning utspelar sig mellan graviditetsveckorna 38–40 och börjar med någondera sammandragningar eller vattenavgång före sammandragningarna börjar. (Ylikorkala & Kauppila, 2004 s. 325)

### 5.1.1 Fokus på den regelbundna processen enligt WHO

Årligen äger runt 140 miljoner förlossningar rum globalt. Majoriteten av dessa förlossningar är inte i riskzonen för komplikationer, vare sig ifall det gäller föderskans eller fostrets hälsa. Risken för morbiditet och mortalitet ökar markant i samband med eventuella komplikationer. I enlighet med ”*Sustainable Development Goal 3 – ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages – and the new Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health (2016-2030)*” strävar man till att inte bara förhindra komplikationer ifall de förekommer – utan även till att uppnå full potential för hälsa och ett gott liv (WHO, 2018, s. 1).

Under de senaste 20 åren har det skett en markant ökning av att sätta igång, snabba upp, avsluta, regulera eller monitorera den fysiologiska processen vid förlossningen. Detta för att försäkra sig om en så trygg förlossning som möjligt för både föderska och foster. Denna grymma medikalisering har lett till att man underskattar kvinnans egna kapabilitet att föda, vilket påverkar förlossningsupplevelsen negativt. Utöver detta används interventioner allt oftare utan en klar indikation. Vad man glömmer bort är att barnafödande hos den friska föderskan och barnet är en fysiologisk process, som kan genomgå utan komplikationer för majoriteten av föderskorna och deras efterkomlingar (WHO, s. 1).

Who:s riktlinje ”*Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*” definierar en god förlossning som en förlossning som tar i beaktan föderskans sociokulturella tro och förväntningar, vilket inkluderar att föda ett friskt barn i en klinisk och fysiologiskt trygg miljö. Detta inkluderar även praktiskt och emotionellt stöd från de yrkesprofessionella, alltså barnmorskans kontinuerliga stöd. Detta baserar sig i grunden på att föderskans vill ha en viktig roll i sin egna förlossning och aktivt vara med i beslutsfattandet vid förlossningen, även då medicinska interventioner behövs eller är önskade. (WHO, s. 1).

## 5.2 Historia om förlossningsvården

Att hjälpa en annan kvinna vid förlossningen är en av den äldsta former av tjänster som kvinnan erbjudit en annan kvinna. Tidigare har mängden av missfall och avlidna kvinnor var betydligt fler än vad fallet är idag. En orsak för detta är den ökade kunskapen runt medicin och det kliniska vårdandet. Barnmorskeyrket i Finland har förändrats mycket under de senaste århundraden. (Pajalic Z et al, 2019).

Finland var under Sveriges monark mellan år 1154–1808 och under denna tid utvecklades barnmorskeyrket markant. Den viktigaste orsaken till detta var den ökande mängden av avlidna kvinnor samt spädbarn vilket väckte stor oro i samhället. Många ogifta kvinnor utan stödnätverk fanns också runt om i landet vilket var oroande. Finska barnmorskestuderande blev licensierade i Sverige. Från år 1809 till 1917, under ryska tiden, började populationen bli större men samtidigt ökade fattigdomen och de flesta kunde inte använda sig av barnmorsketjänster på grund av ekonomiska skäl. År 1816 grundades en gratis utbildning och licensiering av barnmorskor i Åbo. För att kunna studera till barnmorska var det ett krav att själv ha barn. (Pajalic Z et al).

År 1917 blev Finland självständig och man fastställde att erbjuda gratis vård till mödrar. Staten finansierade barnmorskors lön och det möjliggjorde att kommuner hade råd att rekrytera professionella barnmorskor. År 1934 tog det två år att utbilda sig till barnmorska. Det blev allt vanligare att föda i sjukhuset istället för hemma. Detta betydde i sin tur att barnmorskans arbetsmiljö förändrades och att de blev tvungna att bli vana vid en ny arbetsmiljö. Då kvinnor började föda på sjukhus var det även nödvändigt att förlänga utbildningen. Idag tar barnmorskeutbildningen 4,5 år i Finland och består av 270 studiepoäng. (Pajalic Z et al).

Redan på 1970 talet användes olika kliniska och medicinska invasiva former inom förlossningen och endast 10 % av kvinnorna födde naturligt. Ökningen av dessa invasiva metoder började då förlossningsvården institutionaliserades (Hörnfeldth s. 21).

På 1980 talet var förlossningen barnmorskans och läkarens förlossning medan tankesättet idag ändrats till att förlossningen är kvinnans förlossning. Kvinnan har rättighet att välja hur förlossningen ska gå till, huruvida farmakologiska metoder

används samt vilka ställningar som känns bäst och vem som får vara med i förlossningssalen. På 1980 talet var inte situationen likadan, förlossningen ansågs mera som barnmorskans uppgift att sköta och föderskan var mera i bakgrunden. Nuförtiden tas kvinnans självbestämmanderätt och värdighet allt mera i beaktning (Hörnfeldt, 1998 s. 19).

### **5.3 Förlossningsvården idag**

Här tar vi djupare upp om hur förlossningsvården ser ut idag och vilken uppgift barnmorskan har i förlossningen. Vi tar även upp kort om kostnader som berör förlossningsvården och vi diskuterar aktuella fenomen inom förlossningsvården.

#### **5.3.1 Hur förlossningsvården ser ut idag**

Tack vare de långsiktiga, målinriktade och systematiska interventionerna som gjorts till fördel för barnmorskeutbildningen, följt av industrialiseringen och välfärdens utveckling i Norden, har vi idag en avancerad och välutvecklad förlossningsvård. Kvaliteten på förlossningsvården ligger på universitetsnivå i hela Norden och är även på topp jämfört med övriga länder runtom i världen. Här finns den högsta överlevnadsgraden hos mödrar och spädbarn samtidigt som spädbarnsmortaliteten är låg. Detta kan direkt speglas i de aseptiska arbetssätten som idag betonas i en betydligt högre grad än tidigare (Pajalic Z et al., 2019).

Den legitimerade barnmorskan ansvarar idag för den pre- och postnatala vården samt för den regelbundna förlossningen. I Sverige, Norge och Island ligger även ansvaret för preventivrådgivningen och att ordinera preventivmedel hos barnmorskan. Även det prenatala och postnatala vårdarbetet är idag en del av den preventiva vården (t.ex. screening), vilket vidareutvecklar barnmorskans expertisområde. Barnmorskans arbete är relativt självständigt och de bär ett stort ansvar i omhändertagandet av kvinnan både före, under och efter förlossningen (Pajalic Z et al.).

#### **Barnmorskans huvudsakliga ansvar vid den regelbundna förlossningen:**

- Stödja kvinnan, hennes partner samt familj under och efter förlossningen samt under vårkarbetet
- Observera kvinnan och barnet, bedöma riskfaktorer och vara observant på problem både under och efter förlossningen
- Genomföra mindre åtgärder ifall behovet finns (t.ex. amniotomi och perineotomi) samt vårda barnet efter förlossningen
- Ta emot hjälp från högre vårdnivå ifall sådana komplikationer utvecklas som kräver annan vård än den barnmorskor kan ge.

(WHO, 1996).

### 5.3.2 Kostnader

I Finland är förlossningsvården betydligt förmånligare i jämförelse med andra länder, men det kostar ändå en del att få barn. Rådgivningsbesök och en eller två ultraljudsundersökningar (beroende på kommun) är avgiftsfria, men eventuella övriga nödvändiga besök vid polikliniken och själva förlossningen kostar. Avgiften för poliklinikbesök inom HNS kostade år 2021 39,20€. Vårdtagsavgiften var i sin tur 48,90€ per dygn. Hur många interventioner och läkemedel som används i förlossningen påverkar inte priset, men en ”lyckad” förlossning i sig innebär färre sjukhusdagar vilket i sin tur tar ner på kostnaderna. Om det totala avgiftsbeloppet överstiger 683€ kostar en vårdtag 17,90€. Ifall familjen delar ett familjerum så ökar det även en del på kostnaderna. (HUS, 2021).

### 5.3.3 Aktuellt inom förlossningsvården

Aktuellt inom förlossningsvården just nu är att fler mindre förlossningssjukhus stängs runt i Finland och koncentreras till större institutioner. Ofta tros det att mindre förlossningssjukhus är kvalitetsmässigt bättre för föderskan och barnet, men så har inte studier bevisat. Att föda i större sjukhus ger mer säkerhet för föderskan och barnet då resurserna med säkerhet är tillräckliga. Då de mindre förlossningssjukhusen började stängas troddes det att resefödslarna skulle öka. Det finns dock inte några bevis på att detta skulle ha hänt – endast bland invandrare inom HUS-området har resefödslar ökat.

Detta beror också mer på kvalitén och informationen och handledningen invandrare får inom rådgivningen eftersom språkmuren kan vara så svår vid vissa situationer (Nieminen, 2015, s. 20–21).

År 2019 föddes 45 297 barn, vilket är 4% färre än år 2018. År 2015 satte STM en minimigräns på 1000 förlossningar per år i respektive förlossningssjukhus för att få uppehålla förlossningsverksamheten. Inom år 2019 föddes färre än 1000 barn i 6 förlossningssjukhus - inga förlossningssjukhus stängdes dock ner år 2019 (THL, 2019).

Bakgrunden till varför mindre sjukhus måste stängas beror på brist av vårdpersonal, apparater och utrymmen. Det lönar sig inte heller att hålla öppet förlossningssjukhus ifall få födselar äger rum inom ett år, vilket lett till att Borgå & Oulais (även många fler) mindre förlossningsavdelningar lagts ner (Nieminen, s. 20–21).

## 5.4 Interventioner inom förlossningsvården

I följande stycke kommer vi att redogöra för olika kliniska och medicinska interventioner som används inom förlossningsvården idag. Vi kommer inte i detalj gå in på hur de olika kliniska interventionerna förverkligas i praktiken eftersom det inte är relevant för studien, och vi kommer inte heller att beskriva interventionerna på djupet. Syftet är att läsaren ska få en snabb överblick över vilka interventioner som används.

Kliniska interventioner vid förlossningar år 2019

Farmakologisk smärtlindring	41,9%	Kejsarsnitt*	17,3%
Icke-farmakologisk smärtlindring	10,1%	Sugklocka	9,4%
Epiduralanalgesi	53,2%	Tångförlossning	0,0%
Spinalblockad	19,6%	Uthämtning vid sätesläge och sätesextraktion	0,6%
Paracervikalblockad	16,2%	Episiotomi	21,3%
Pudendus	14,5%	Suturering*	1,2%
Lustgas	54,6%	Igångsättning	31,5%
Någon smärtlindring	92,5%		

N= 45 297

\*Planerade kejsarsnitt, akuta kejsarsnitt och urakuta kejsarsnitt involverade

\*Suturering av 3:e-4:e grads bristningar

### **Farmakologisk och icke farmakologisk smärtlindring**

På naistalo.fi:s sidor definieras förlossningssmärta som en naturlig, positiv smärta, vilket uppstår till följd av att livmoderns glatta muskulatur sammandras, höftområdets muskler samt de yttre könsorganen tänjs ut och fostrets huvud kommer neråt mot bäckenet. (terveyskylä - naistalo.fi)

Smärtlindring är mycket använt idag på grund av de svåra smärtorna som kvinnan kan uppleva vid en förlossning. Smärtlindring kan indelas i icke-medicinska och medicinska metoder. Till de icke-medicinska metoderna hör bland annat avslappning, yoga, olika positioner, TENS, temperaturbehandling, varma bad och akupunktur. Till de medicinska metoderna hör ”vanligare” smärtmediciner som paracetamol (t.ex. panadol) och NSAID (t.ex. burana). Opioider används även till en viss grad. Alla dessa smärtmediciner kan ha negativ påverkan på fostret – t.ex. NSAID kan ha effekt på prostaglandinsyntesen, vilket kan hämma uteruskontraktionerna. Opioider i sin tur passerar placentan och kan ge fostret andningsdepression och somnolens. Även amningsstarten kan fördröjas. (Lenquist et al, 2016 s. 26–27).

### **Epiduralanalgesi, spinalblockad, paracervikalblockad och pudendus**

En omtalad och ofta använd metod är *epiduralanalgesi*, vilket också anses ha den bäst smärtstillande effekten. Det finns en uppfattning om att förlossningen skulle förlängas tidsmässigt vid användningen av epidural, vilket leder till en ökad användning av oxytocin som framkallar sammandragningar. Epiduralbedövningen har även en tendens att orsaka hyposivitet (lågt blodtryck). Vid användningen av epiduralbedövning ökar även risken för att en sugklocka behöver användas i slutskedet av förlossningen. (Farid Mousa et al, 2012 s. 36–40).

*Paracervikalblockad* är en lokalbedövning i laterala fornix som hämmar smärtimpulser under öppningsskedet. Effekten är kortvarig men god. På grund av anatomisk närhet till fostret ökar risken för fetal injektion och fosterbradykardi. *Pudendusblockad* i sin tur är en blockad av pudendus nerven via vagina eller perinum som minskar smärtorna under utdrivningsskedet. Data tyder på att blockaden till viss del kan hämma krystningsreflexen och har en tendens att förlänga utdrivningsskedet något.



*Spindalbedövningen* ger snabbt och pålitlig smärtlindring och är verksam både under öppnings- och utdrivningsskedet. En låg dos av lokalanalgetiska i kombination med en opioid ger en effektiv smärtlindring utan att påverka förlossningsloppet eller motoriken. En ytterst liten risk för postspinal huvudvärk finns. (Lengquist et al, s. 26-27).

### **Lustgas**

Lustgas är en annan form av smärtlindring som används aktivt och har inga märkbara negativa hälsoeffekter på fostret (Lengquist et al, s. 26–27)

### **Kejsarsnitt**

Vid alla förlossningar hör 1 % risk till svåra komplikationer och vid kejsarsnitt ökar risken till 5%. Regelbunden förlossning är säkrare än kejsarsnitt, men kejsarsnitt kan vid komplikationer vara en räddande faktor för fostret och modern. När man föder vaginalt frisätts fostrets stresshormoner och andra neurotransmittorer, som hjälper fostret att anpassa sig till ektopiskt liv. Ifall barnet föds med kejsarsnitt är det möjligt att fostret inte ännu hunnit justera sig för livet utanför livmodern. Då fostret föds via kejsarsnitt får det inte de mikrober som finns i vaginala kanalen, som i sin tur kan indicera till bristande immunförsvar. Risken att utveckla kronisk immunförmedlande eller inflammatoriska sjukdomar och övervikt ökas även vid kejsarsnitt (Terveyskylä-Naistalo, 2019).

Vid kejsarsnitt är även blödningsrisken tre gånger större än vid vaginal förlossning. Ungefär 6 % av föderskorna som föder med kejsarsnitt behöver blodtransfusion efter operationen. Infektionsrisken är också mindre vid vaginal förlossning. Modern och barnet hemförlovas tidigare vid en regelbunden förlossning. Risken för levermoderinflammation och barnsängsfeber är även lägre vid vaginal förlossning. Endometrit utvecklas till 3–9% av kvinnor efter kejsarsnitt - risken är 10–15 gånger högre än vid en regelbunden förlossning (Terveyskylä-Naistalo).

Även operationssåret efter kejsarsnitt kan infekteras, vilket kan leda till att man måste öppna operationssåret igen. Efter ett kejsarsnitt är barnsängsfeber 10% vanligare och kan ta upp till 2 veckor att vårda. Oftast uppkommer symptomen först när man är hemma. Modern har också en stor risk att få ventromboser vid kejsarsnitt, samtidigt som risken för lungtrombos är 20 gånger högre vid kejsarsnitt än vid regelbunden

förlossning. Kejsarsnitt hör till en gynekologisk operation som medför ca 4–8% mera risk för skador i urinblåsan, urinledarna och tarmen. Det har även gjorts studier om att var fjärde som har fött sitt barn med kejsarsnitt får komplikationer. Också komplikationer i följande graviditet och förlossning kan påverkas av tidigare kejsarsnitt (Terveyskylä-Naistalo).

### **Sugklocka & förlossningstång**

Ibland är det nödvändigt att använda sig av en sugklocka vid förlossningen, exempelvis då krystningsskedet fördröjts, sammandragningarna är svaga, relativt ansklitism (fostrets huvud är inte i optimal ställning i relation med bäckenet), bjudningen är svår eller då modern är trött och inte samarbetsvillig. Även vissa sjukdomar hos modern samt att barnet har trångt kan vara indikationer för sugklocka. Vid användning av sugklocka ökar mjukvävnadsskadorna hos modern och även rupturer av vaginan förekommer. En väldigt sällsynt och farlig komplikation är parametrial blödning. Risken för mellangårdsrupturer är åtta gånger större än vid regelbunden förlossning. Hos fostret kan det bli kvar en ”bula” samt svullnad i huvudet vilket i många fall inte anses som en komplikation – men i vissa fall kan bula vara ovanligt stor, smärtsam och senare orsaka en infektion. Dessutom förekommer kefalhematom och subgeala hematom. Icterus som kan förekomma efter kefalhematom kan behäva även ljusbehandling och är en vanlig orsak för inläggning på neonatalen. Sällsynta komplikationer är även intracerebrala blödningar, näthinneblödningar och skallfrakturer. Även axeldystoki kan anses förknippas till sugklocksassisterade förlossningar (Uotila, 2017a, s. 579–584).

Förlossningstången har idag blivit nästan helt ersatt av sugklockan. I den nutida obstetrikern har den ingen desto mer relevant betydelse och vi kommer därför inte att närmare gå in på den (Uotila, 2017b, s. 585–586).

### **Utförskaffning vid sätesläge och sätesextraktion**

Vid ungefär 2,4% av förlossningarna ligger fostret i sätesläge inför förlossningen. Med god planering är det möjligt att föda vaginalt även om fostret är i sätesläge (Terveyskylä – Naistalo). Vid sätesförlossningar är föderskans motivation och engagemang i förlossningen ytterst viktig. Det finns vissa krav för att föderskan ska få föda vaginalt vid en sätesförlossning, och ifall behovet finns kan man övergå till ett planerat

kejsarsnitt. Eftersom fostret ligger ”fel väg” blir krystningsskedet mer krävande och föderskan bör aktivt delta. Ifall barnmorskan märker att föderskan inte orkar och förlossningsförloppet fördröjs kan man ännu övergå till kejsarsnitt. Vid sätesläge kan man inte heller använda sig av sugklocka ifall föderskan inte orkar krysta. Sätessförlossningar ger även oftare upphov till syrebrist hos fostret vilket kan ha allvarliga konsekvenser. Det är viktigt att förlossningsloppet framskrider i tillräckligt snabb takt (Äimälä, 2017, s. 492-494).

### **Episiotomi, bristningar och suturering**

Episiotomi (att klippa i mellangården) är ett sätt att ge mer rum åt fostret vid förlossningen. Indikationer för episiotomier och bristningar kan vara sugklocka eller tångförlossning, ett stort foster, fel på bjudningen eller ett förlängt aktivt utdrivningsskede. Även tidigare bristningar eller ärrvävnad kan leda till att det är till fördel att en episiotomi görs. Med episiotomier försöker man även undvika större (tredje gradens) bristningar. Episiotomier görs endast när det finns en riktig orsak för det, eftersom episiotomier orsakar smärta både under och efter förlossningen. Detta kan i sin tur påverka upplevelsen av tidigt mödraskap samt den sexuella aktiviteten. Efter bristningar och episiotomier behöver föderskan sutureras, vilket också anses vara en klinisk intervention i förlossningen (Raussi-Lehto, 2017, s. 271–273).

### **Igångsättning**

Ungefär 20-30% av förlossningarna blir idag igångsatta i Finland. Incidensen stiger även runtom i världen. Igångsättning kommer i fråga då fortsättandet av graviditeten medför större risker än att sätta igång förlossningen. De vanligaste indikationerna för igångsättning är en övergången graviditet eller att fostervattnet gått men sammandragningarna dröjer. Det finns en allmän tro om att igångsättning skulle skapa mer smärtor hos modern, men fysiologiskt sett ska smärtorna inte vara värre vid igångsättning. Det finns en risk för en misslyckad igångsättning, vilket leder till en fördröjd förlossning, och då kan föderskan vara tvungen att genomgå ett kejsarsnitt. Risken för detta är hög, speciellt hos förstföderskor. Ifall det i anamnesen finns tidigare kejsarsnitt ökar även risken för livmoderruptur, brådskande kejsarsnitt och blödning efter förlossningen (Terveyskylä - naistalo).

### **5.4.1 Sammanfattning**

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att användningen av de olika kliniska och medicinska interventionerna ökar hela tiden. 92,5% av föderskorna använder sig av någon form av smärtlindring, samtidigt som antalet utförda kejsarsnitt ökat från 16,8% år 2018 till 17,4% år 2019 (THL, 2020). Vi bör komma ihåg att dessa interventioner i vissa fall kan ha vara räddade fenomen för både föderskan och spädbarnet, men att en för bred användning av dessa eventuellt kan föra med sig negativa hälsoeffekter för både föderska och foster. Det bör även tas i beaktan att vi i vår text exkluderar hur de olika kliniska och medicinska metoderna är till för del för föderskan och fostret eftersom det inte är syftet med vårt arbete.

## 6 TEORETISK REFERENSRAM

Som teoretisk referensram för arbetet används Katie Erikssons *Vårdandets idé* med fokus på den naturliga och yrkesmässiga vården. Vårdande beskrivs inom vårdvetenskap i relation till begrepp som hälsa, sjukdom, patient och lidande (Söderlund, 2017, s. 296).

I dagens läge utgör vårdandet grunden för ett flertal yrken. De olika vårdirkesutövarna har kritiserats för att vara mera utav utövare av modern teknologi istället för att vara vårdare. Att återinföra vårdandets idé är nödvändigt för att påminnas om varm, mjuk och kvalitativt god vård (Eriksson, 2017, s. 237). Detta är även en orsak varför vi vill lyfta fram vårdandets genuina betydelse i samband till det vi undersöker i vår studie, dels för att påminna om dess riktiga mening.

Vårdande innebär att genom former av omvårdnad, lekande och lärande åstadkomma tillstånd av tillit, tillfredsställande, kroppsligt och andligt välbehag samt en känsla av att vara i utveckling i syfte att upprätthålla, igångsätta eller stödja hälsoprocesserna. Vårdandet som helhet kan anses vara en balans mellan naturlig vård, självvård och vård av andra (Eriksson, 2017, s. 238).

### 6.1 Naturlig vård

Naturlig vård kan anses utgöra syftet med den yrkesmässiga vården. Den kännetecknar en hel människa vilket gör att den naturliga vårdens utmärkande egenskaper även blir hälsans attribut. Den naturliga vården behandlar den grundläggande relationen mellan en själv och den abstrakta och naturliga andra. Den naturliga vården innefattar en helhetssyn på människans hälsa. Ifall denna relation är i balans kan man minska behovet av yrkesmässig vård (Eriksson, 2017, s. 277). Vårdandet förekommer inte endast inom hälso- och sjukvården, utan också inom mänskliga relationer. Förmågan till naturlig vård ses som en del av människans utveckling och överlevnad (Wiklund, 2003, s. 154).

Idag finns hos människan ett sökande gentemot det ursprungliga vilket kommer i uttryck i det ökade intresset för alternativa vårdformer. Som orsak till detta sökande

uppges en bristande tilltro till klassiska vården och en större "tro" på vårdformer som innefattar naturliga konster, såsom yoga, massage och meditation. Dessa alternativa vårdreformer kan ibland ses som ett hot mot det offentliga vårdsystemet (Eriksson, s. 277).

## 6.2 Yrkesmässig vård

Den yrkesmässiga vården ska komplettera den naturliga vården då den naturliga vården inte räcker till. Den naturliga vården utgör grunden för den professionella vården. Den professionella vården kommer visserligen alltid att behövas, men den kan minskas genom att den naturliga vården utvecklats, dvs. att vårdandets ursprungliga idé återinförs. Utgångspunkten för den yrkesmässiga vården ligger i människans helhetsvård men idag betonar den allt mer en specifik yrkeskompetens (Eriksson, 2017, s. 289). Den yrkesmässiga vården kan även delas in i grund- och specialvård (Wiklund, 2003, s. 154).

Den yrkesmässiga vården kan aldrig bli helt likadan som den naturliga vården i fråga om dess frihetsgrad. Detta fenomen är dels utmanande, dels intressant. Den största utmaningen idag inom den yrkesmässiga vården är att självkritiskt kunna utvärdera och iaktta sitt egna handlande, alltså att hela tiden ifrågasätta varför man handlar som man gör i det rutinmässiga arbetet. Lätt faller man in i en "ond spiral" där man gör saker på löpande band utan att desto mer reflektera över varför man agerar som man gör (Eriksson, s. 289).

Under de senaste åren har professionell vård debatterats och kritiserats hårt. Krav på avprofessionalisering av vårdverksamheten har framförts. Människans rätt att bestämma över sin egen hälsa och sitt eget liv har betonats i debatten. Man vill även lyfta fram att den enskilda människans själv vet vad som är bäst för en själv. Att ta avstånd och förneka den yrkesutbildade vårdarens kunskap och ansvarsområde kan dock tolkas som ett bristande ansvar för människans möjligheter till utveckling och hälsa. Detta innebär att människan utestängs från de möjligheter som vetenskapen, kunskapen, teknologin och konsten kan bidra med. (Eriksson, s. 293). Vi tänker dock att i vissa situationer krävs kanske den yrkesmässiga vården för att fatta rätt beslut, även då åsikterna som barnmorskan och föderskan har skiljer. Föderskan kan kanske inte alltid göra rationella

beslut i förlossningssituationen, och då är det barnmorskans uppgift att stöda föderskan och komplettera vården.

### 6.3 Koppling till förlossningsvården

Vi har tidigare nämnt att allt fler kliniska och medicinska interventioner införts i förlossningsvården, vilket lett till att interventionerna idag kan anses höra till den regelbundna processen (nordejordemodern, 2020). Under utvecklingens gång har även den vårdande vården fjärmats från den ursprungliga idén och vårdandets kärna och utvecklats mer mot teknik och medicin (Eriksson, s. 237, 2017). Detta fenomen kan alltså även speglas till förlossningsvården när de olika interventionerna ökat och ökar ännu idag. T.ex. antalet kejsarsnitt stiger fortfarande år för år (THL, 2020).

Vårdarens och vårdens intresse har under alla tider och omständigheter varit riktade gentemot människans hälsa. Den pragmatiska epoken då sjukskötarens traditionella roll som vårdare av patienten och läkarens assistent utbyttes mot rollen som ledare och lärare kan ses som en delorsak till att vårdaren ökat avståndet från sin ursprungliga uppgift. Det centrala inom vården idag är att utföra professionell högklassig patientvård och utveckla vården (Eriksson, s. 289). Detta kan tänkas vara en delorsak till att de kliniska och medicinska interventionerna ökat inom förlossningsvården, delvist ”i onödan”, med tanke på att vårdandet ska vara det som är hälsofrämjande och till fördel för patienten. Dessa interventioner har införts allt mer i förlossningsvården sedan den institutionaliserats, och frågan är ifall man i högre grad borde fokusera på den naturliga processen. Idag verkar det som om barnmorskor automatiskt erbjuder t.ex. olika former av smärtlindring före de naturliga metoderna. Sällan hör man en barnmorska säga “ska jag massera dig” istället för “vill du ha smärtlindring”.

I WHO:s rapport “Care in normal birth: a practical guide” (1996) framgår att I-länder bör undvika att en normal förlossning på en onödigt hög teknologisk nivå vilket medför en ökad risk för olika ingrepp. Även sådana länder som utvecklar sin mödra- och förlossningsvården bör sträva till att inte överta onödiga rutiner (WHO, 1996).

## 7 METOD

Syftet och frågeställningarna har anpassats till varandra och som metod har vi valt kvalitativ fokusgruppintervju och innehållsanalys för att på bästa vis kunna besvara våra frågeställningar (Sandman & Kjellström, 2018 s. 382–383). Den öppna intervjun möjliggör djupgående förståelse för ämnet i fråga och frågeställningarna har valts med god omtanke för att möjliggöra så reliabla och valida forskningsresultat som möjligt.

I arbetet har flera olika sökmotorer använts, som EBSCO, Google Scholar, PubMed, Ovid Nursing Collection, Swemed + och ScienceDirect. Vi har även använt oss av nätsidor som duodecim terveyskirjasto, THL, WHO, naistalo och andra användbara nätsidor. Information ur tryckt litteratur har hämtats från Arcada Finna.

Som sökord har vi använt *natural birth*, *regelbunden förlossning*, *regular birth*, *vaginal birth*, *nursing*, *caring*, *luonnollinen synnytys*, *benefits of natural birth*, *nordejordemodern network* och andra liknande begrepp och kombinationer.

### 7.1 Fokusgruppintervju

I vår undersökning kommer vi att använda oss av kvalitativ fokusgruppintervju samt empirisk innehållsanalys. Den kvalitativa metoden lämpar sig väl för att få en djup förståelse om ett fenomen. De kvalitativa intervjuerna ska vara öppna och utforskande och man undviker att i förhand fatta någon bestämd hypotes, utan syftet är mer att utveckla nya teorier och hypoteser. Respondenten ger sina personliga åsikter och tolkningar om en viss situation och metoden har ofta en hög intern validitet, vilket innebär att man får fram den riktiga förståelsen av ett fenomen eller en situation (Jacobsen, 2007 s. 48–52).

Vi valde den öppna intervjun för att få en bred och djupgående förståelse för våra forskningsfrågor. Metoden har valts utifrån forskningsfrågorna och den är vald så, att den på bästa vis ska ge ett så reliabelt och sanningsenligt resultat (Sandman & Kjellström, 2018 s. 372). Genom att barnmorskor som jobbar inom förlossningsvården får sinsemellan diskutera vid fokusgruppintervjun tror vi oss få djupgående och väl



genomtänkta svar, samtidigt som respondenterna kan stimulera och stöda varandras tankar, och varför inte även belysa nya infallsvinklar för varandra.

## 7.2 Innehållsanalys

Vi kommer att analysera materialet från intervjun, efter att intervjun genomförts. Vi kategoriserar materialet utgående från forskningsfrågorna och presenterar de viktigaste resultaten så att resultatet blir lättläst och är enkelt att ta till sig. Direkta citat kommer att finnas för att klargöra och tydligt framhäva vilka åsikter som finns. Informanterna är kodade och benämns som informant 1–4 i intervjun. Kodningen är gjort anonymt och följer inte beskrivningen på informanterna (*tabell 3 – bakgrundsinformation om informanter, s. 32*).

## 7.3 Utförande och arbetsfördelning

Vår plan var att intervjua barnmorskor som har erfarenhet av att jobba på förlossningsavdelning. Den optimala gruppstorleken var att ha ett maximum på 4–6 människor per grupp och 1–2 gruppintervjuer sammanlagt. Vi hoppades på att åtminstone 2 av deltagarna i en grupp har över 10 år arbetserfarenhet. Tanken var att intervjuerna ska ta mellan 1–1,5 h. På grund av covid-19 pandemin hade vi planerat att utföra undersökningen elektroniskt via teams-applikationen. Vår tanke var att intervjuerna ska utföras i januari/februari 2021 och att arbetet ska vara klart för presentation tills mars.

Examensarbetets intervjufrågor var färdigt angivna av Nordejordemodern Network. Vi har endast finjusterat frågorna lite utan att ändra på deras innebörd. I själva intervjun använde vi oss rakt av de frågor som var givna och vid behov ställde vi följdfrågor och preciserade för att få de svar vi var ute efter. Forskningslovet i sin tur fixades fram via de direktiv som det sjukhusdistrikt som intervjun utfördes på hade angett.

Vi rekryterade informanter att delta i fokusgruppintervjun genom att ta kontakt till den avdelning där intervjun utfördes. Avdelningssköterskan fungerade som vår kontaktperson och hjälpte till att nå personalen. Avdelningssköterskan hjälpte även till vid eventuella frågor och vid planering av tidpunkten för intervjun. Först anmälde informanterna sitt

intresse genom att skicka ett undertecknat samtyckesavtal via e-post och uttrycka sin vilja att delta. Efteråt kom vi gemensamt överens om en tidpunkt för intervjun. Samarbetet med informanterna har fungerat väl och det är vi tacksamma för.

Arbetsfördelningen mellan skribenterna har varit jämn och samarbetet har varit välfungerande. Vi har stött varandra genom hela arbetet och hjälpts åt då det behövts. I helhet är vi mycket nöjda över det samarbete vi haft genom hela studien.

## 8 RESULTAT

I resultatet diskuteras de svar vi fått av informanterna från en gruppintervju bestående av 4 barnmorskor som jobbar på förlossningsavdelning. Informantantalet och mer ingående detaljer om informanterna presenteras i nedanstående tabell:

	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4
Ålder (år)	24	58	68	38
År som barnmorska	1	15	43	14
Utbildning (master/annan)	Barnmorska (yrkeshögskola)	Barnmorska (yrkeshögskola)	Sairaanhoitaja – synnytyksen & naistentautien erikoistuminen	Barnmorska (yrkeshögskola)
Arbetsplats (sjukhus, låg/högrisk avdelning)	Högrisk	Högrisk	Högrisk	Högrisk
Intervjuns längd (minuter)	61	61	61	61

(Tabell 3 – Bakgrundsinformation om informanter)

Forskningsfrågorna var följande: ”Vad anser barnmorskor i Finland höra till en regelbunden förlossning” och ”Är den regelbundna förlossningen till fördel för föderska och foster?” och dessa anser vi att vi fått goda svar på i intervjun.

En intressant aspekt som kom fram i intervjun var användningen av olika begrepp för att beskriva en förlossning. Vid en *naturlig förlossning* används enligt informanterna inga läkemedel och barnmorskan ingriper inte i förlossningen på något sätt, utan förlossningen framskrider i egen takt. Barnmorskan kan föreslå naturliga smärtlindringsmetoder. Vid en *regelbunden förlossning* används smärtlindring. Även begreppet *fysiologisk förlossning* används, och då ansåg en av informanterna att förlossningen är fysiologisk så länge den sker vaginalt. Man anser även att

barnafödande i sig är naturligt, vilket också ställer till det då man använder sig av olika begrepp.

[...] Förlossning i sin natur är naturligt och en naturlig händelse (Informant 3, 24.3.2021).

En viktig kommentar av informanterna var även att föderskan själv ofta har en egen uppfattning om sin egen förlossning och hur den gått. Då man diskuterar med föderskan om förlossningen är det bättre att hellre använda sig av konkreta frågor istället för att t.ex. fråga om förlossningen förlöpte smidigt.

I tabellen nedan presenteras de huvudsakliga resultaten i forskningen. Tabellen delas in i det regelbundna förlossningsförloppet och det oregelbundna förlossningsförloppet för att förtydliga skillnaden i vad som anses höra och inte höra till den regelbundna förlossningen. Även oberoende faktorer presenteras. De olika färgkoderna i sig har ingen annan betydelse än begreppen i grönt är varandras ”motsatser” och sattes bredvid varann i samma färg för enklare få en överblick. De övriga är satt i annan färg bara för att de olika begreppen ska lättare att skiljas åt då man ser på dem.

<u>Regelbundet förlossningsförlopp</u>	<u>Oregelbundet förlossningsförlopp</u>	<u>Oberoende faktorer</u>
<u>Smärtbehandling (medicinsk och icke-medicinsk)</u>	<u>Kejsarsnitt (elektiva och akuta)</u>	<u>Den nyföddes mående efter födseln</u>
<u>Användning av oxytocin</u>	<u>Sugklocka</u>	<u>Förlossningsmiljön</u>
<u>Epidural och olika typer av bedövningar</u>	<u>Infektioner (temp &gt;38)</u>	<u>Förlossningsposition</u>
<u>Punktering av fosterhinnor</u>		<u>Barnmorskans stöd och kommunikation*</u>
<u>Igångsättning</u>		<u>Grundsjukdomar hos föderskan</u>
<u>Episiotomi</u>		<u>Intellektuell nedsättning hos föderskan</u>
<u>Barnmorskans stöd och kommunikation*</u>		<u>Språkbarriär</u>
<u>Huvudbjudning</u>	<u>Säteläge</u>	
<u>Barnmorskan har den största rollen i förlossningen</u>	<u>Läkaren har den största rollen i förlossningen</u>	
<u>Blödning &lt;1000 ml</u>	<u>Blödning &gt;1000 ml</u>	
<u>1-2 gradens bristningar</u>	<u>3-4 gradens bristningar</u>	
<u>Förlossningen startat i v. 37-41+5</u>	<u>Förlossningen startar utanför vecka 37-41+5</u>	
<u>Krystningsskede &lt; 1h</u>	<u>Krystningsskede &gt; 1 h</u>	

*(Tabell 4 – sammanställning av material)*

## 8.1 Vad gör förlossningen regelbunden?

Den inledande frågan behandlade vad informanterna tycker att hör till den regelbundna förlossningen. Informanterna var överens om att en regelbunden förlossning upphör i en normal vaginal förlossning utan desto större komplikationer åt föderskan. De tyckte även att förlossningen ska ha kommit igång av sig själv eller med lite hjälp.

Förlossningen ska framskrida väl och inte räcka flera dagar. Det lyftes även fram att förlossningen ska ske utan större ingrepp och man poängterade att barnmorskan i huvudsak ska vara den yrkeskunniga som tar hand om förlossningen.

[...] Kommer igång med relativt lite hjälp och framskrider i sin egen takt, utan att man behöver ingripa desto mer. Barnet föds utan desto större ingrepp eller hjälp av läkaren. (Informant 1-4, 24.3.2021).

Informanterna beskrev noggrannare att följande teman kan anses höra till den regelbundna förlossningen.

### **8.1.1 Smärtlindring**

Alla informanter var starkt av den åsikt att smärtlindring är en mycket viktig och väsentlig del av den regelbundna förlossningen. Det är även viktigt att uppmärksamma att rätt typ av smärtlindring ges i rätt tid, t.ex. med tanken om att man framskrider från mildare varianter till mer starkare varianter. Exempelvis så, att ryggmärgsbedövningar ges först då förlossningen på riktigt är i gång. Användning av icke-medicinska smärtlindringsmetoder såsom lustgas hör även till den regelbundna förlossningen.

Informanterna lyfte upp användningen av epidural vilket ansågs att tillhöra till den regelbundna förlossningen.

[...] Smärtlindring precis som alla andra smärtlindringsmetoder, påverkar sällan förlossningen eller så”... och ifall den påverkar, så positivt (Informant 2 & 4, 24.3.2021).

Det samma gäller andra typer av bedövningar, som t.ex. pudendusblockad. Även fast anestesiläkaren också är den som administrerar ryggmärgsbedövningen så är det oftast barnmorskans eller föderskans förslag eller beslut. Även användningen av opiater, t.ex. oxanest, ges oftast innan förlossningen och gör inte heller förlossningen oregelbunden på något vis. Oxytocin i sin tur snabbar upp processen, men kan ändå inte anses som ett oregelbundet förlossningssätt, då den bara fungerar som stöd då det behövs.

Informanterna diskuterade även användningen av smärtlindring som används vid kejsarsnitt som även kan användas vid vaginal förlossning, och de var av den åsikt att en ”onormalare” smärtlindring i sig inte heller kan bidra till att förlossningen inte skulle kunna anses som regelbunden.

Informanterna beskrev att för mycket smärta inte är till någon nytta – snarare tvärtom. Smärta i för hög grad kan bidra till att föderskan ”förlamas” och detta i sin tur kan ju svänga förlossningen till något oregelbundet, ifall det hela går för långt och föderskan inte längre kan medverka i processen.

[...] Jag tänker så om smärtlindring, att ifall man går över en viss smärtgräns, så hjälper det inte till eller normaliserar inte förlossningens framfart och gång, ifall det gör för ont, så ont att man inte kan slappna av och ge sig åt smärtan så måste och bör smärtan behandlas (Informant 3, 24.3.2021).

### **8.1.2 Punktering av fosterhinnor och igångsättning (användning av oxytocin)**

Informanterna ansåg att barnmorskan kan hjälpa till med att sätta igång förlossningen utan att påverka dess regelbundenhet. Punktering av fosterhinnor kan anses vara en intervention för att sätta igång förlossningen och det i sig är inte regelbundet, men själva förlossningen kan ändå vara regelbunden. Innan förlossningen blir förlängd (oregelbunden) och förlossningen inte framskrider och man därför tar sig till kejsarsnitt, så kan man tänka sig att punktering av fosterhinnorna påskyndar processen och man undviker förlossningen från att bli oregelbunden. Detta för att få igång sammandragningarna och vid behov kan man även använda oxytocin som stöd utan att detta påverkar förlossningens regelbundenhet.

### **8.1.3 Episiotomi**

Utförande av episiotomi ansågs också kunna höra till en regelbunden förlossning som en skyddande faktor för både föderska och foster.

[...] Ifall barnets kurva eller föderskans vävnad ser ut så, att episiotomi måste klippas så hellre klipper man den för att skydda föderskans vävnad eller för att undvika syrebrist hos fostret (Informant 3, 24.3.2021).

Med hjälp av episiotomi ger man mer utrymme åt fostret att komma ut och då kan man ju också t.ex. undvika användningen av sugklocka och garantera att läkaren i mindre utsträckning är på plats, vilket skulle göra förlossningen oregelbunden.

### **8.1.4 Barnmorskans roll vid förlossningen och barnmorskans stöd**

En mycket diskuterad faktor i intervjun var barnmorskans roll i förlossningen. Förlossningen ansågs vara regelbunden då förlossningen till största del var barnmorskans förlossning - där det ingår ingrepp som görs av barnmorskan. Läkarens ingripande i tillräckligt stor grad i sin tur ansågs göra förlossningen oregelbunden. Att konsultera läkaren gör inte förlossningen i sig oregelbunden, men i det skedet då läkaren

mer börjar ingripa i förlossningen så ansåg man att förlossningen inte längre kunde klassificeras som regelbunden.

[...] En grov gräns är förlossningssalens dörr, ifall läkaren kommer in från dörren så kan det med stor sannolikhet hända att förlossningen blir oregelbunden. (Informant 1, 24.3.2021)

Informanterna diskuterade även hur viktigt det är att stöda föderskan och hur en god kommunikation kan stödja den regelbundna förlossningen. Det finns många typer av föderskor, sådana som vill ha barnmorskan nära hela tiden och sådana som önskar mindre närvaro. I sig ansågs inte kommunikationen och stödjandet vara faktorer som gör förlossningen mer eller mindre regelbunden, utan dessa är viktiga delar som utan vidare hör till barnmorskans viktigaste arbetsuppgifter. Barnmorskan kan igen stödja föderskan och hela tiden informera om vad som sker, samtidigt som barnmorskan hela tiden styr och berättar för föderskan vad som ska göras näst och hur det lönar sig att gå tillväga. Förlossningen är alltid föderskans förlossning, men med hjälp av barnmorskans stöd och råd kan förlossningen framskrida på bästa möjliga vis, vilket förstås påverkar förlossningen på ett positivt vis och gör den mer regelbunden. Detta speglar samarbetet mellan föderska och barnmorska. Barnmorskan och föderskan ska under en kort tid bilda en viktig kontakt och det kan ibland vara utmanande.

Ett proaktivt närmande, alltså ett förebyggande arbetssätt, kan också främja den regelbundna förlossningen på många vis. Ett exempel var att ifall man är medveten om att föderskan i föregående förlossning haft stora blödningar så kan man med fördel påbörja en mängdvis stor intravenös vätskning för att vara förberedd på att samma sak kanske händer igen.

[...] Ifall man förutsäger eventuella problem, som inte sedan uppkommer, så hålls ju förlossningen regelbunden. (Informant 1, 24.3.2021).



### 8.1.5 Övriga faktorer

Vid förlossningar reagerar barnmorskorna på blödningar över 500 ml, men blödningar under 1000 ml anses vara regelbundna. Bristningar av 1-2 graden anses tillhöra regelbundna förlossningar.

Förlossningen anses vara regelbunden från vecka 47-41+5.

Ett krystningsskede som varat mindre än 1 h anses vara regelbundet. Informanterna diskuterade dock att detta är en diffus gräns.

## 8.2 Oberoende faktorer

Förlossningspositionen och förlossningsmiljön ansågs inte påverka ifall förlossningen är regelbunden eller inte. Fostret kan födas i vilken position som helst ifall det föds utan ingrepp av läkaren. Det samma gäller förlossningsmiljön, t.ex. en hemmaförlossning kan lika väl vara regelbunden som vilken annan förlossning som helst.

Fostret välmående efter förlossningen påverkar inte heller huruvida förlossningen är regelbunden eller inte – föderskans välmående är sen en annan sak. Fastän allt skulle ha gått problemfritt och enligt läroboken vid förlossningen så kan fostret ändå inte må bra då det fötts. Ifall fostret inte mår bra från början så har det oftast redan i början handlat om en oregelbunden förlossning (som t.ex. sugkopp/kejsarsnitt). Oftast har något gått fel eller varit problematiskt redan tidigare i förlossningen ifall fostret är sjukt då det fötts.

Informanterna diskuterade även föderskor med grundsjukdomar eller intellektuella funktionshinder, men alla var snabbt överens om att de inte nödvändigtvis påverkar ifall förlossningen är regelbunden eller inte.

Vissa faktorer som är omöjliga att veta är t.ex. situationer där det finns språkhinder: ifall man bör använda sig av sugkopp av en eller annan orsak på grund av fostrets mående så kan det vara omöjligt att veta ifall föderskan kanske ännu skulle ha orkat krysta, och därmed ha undvikit att förlossningen skulle ha blivit oregelbunden.

### 8.3 Oregelbunden förlossning

I intervjun framkom även beskrivningar på en oregelbunden förlossning av vilka nedanstående teman nämndes. Vi valde att lyfta fram även det som ansågs vara oregelbundet för att ge bättre motvikt åt det regelbundna.

Kejsarsnitt är alltid oregelbundna vare sig de är planerade eller inte. Även användning av sugklocka är ett ingrepp i sig och läkaren är mycket långt med i förlossningssalen, vilket gör förlossningen oregelbunden. Ett annat exempel är då fostret är i sätesläge är läkaren automatiskt alltid på plats vilket i sig gör förlossningen oregelbunden. Det poängterades även att sätesförlossningar i och för sig kan gå hur bra som helst, och att det i många andra länder är barnmorskor som ansvarar för sätesförlossningarna. I Finland är det dock bestämt att läkaren har största ansvaret vid sätesförlossningar och då blir förlossningen oregelbunden per definition. Informanterna funderade även kring ifall fallet är att vi i princip ”gör” sätesförlossningarna oregelbundna i och med att automatiskt inkludera läkaren.

Ifall föderskans temperatur är  $>38$  grader så kan förlossningen inte längre klassificeras som regelbunden. Vid dessa situationer konsulterar man alltid läkare, det är en risk på många sätt och uppföljningen är noggrannare. Vid infektioner kan fostervattnet vara grönaktigt – ifall man inte behöver reagera på detta och fostret föds vaginalt med hjälp av barnmorskan så kan förlossningen klassificeras som regelbunden.

Bristningar av 3–4 graden (sfinkterrupturer) är mer sällsynta och vid dessa kan förlossningen anses vara oregelbunden. Här poängterade informanterna att 1–2 gradens bristningar visserligen ibland sys av läkare, men gör inte förlossningen i sig oregelbunden. Det diskuterades även ifall man kan anse förlossningen som oregelbunden då man går till operationssalen för att sy, men senare konstaterade en av informanterna även att man eventuellt går dit enbart för att ha bättre utrustning.

Ifall krystningsskedet tagit  $>1$  timme konsulteras läkaren. Att krysta aktivt över en timme är en lång tid, men ifall föderskan orkar och har krafter så kan man visserligen fortsätta. Denna fråga förblev lite öppen, men barnmorskorna var överens om att ifall fostret ändå föds med hjälp av barnmorskans hjälp så kan förlossningen anses

regelbunden. Ifall läkaren ingriper så då är förlossningen oregelbunden. Tidsgränsen på en timme är i sig ganska diffus men kan anses som en riktlinje.

## **9 DISKUSSION**

Syftet med studien var att klargöra vad som ingår i en regelbunden förlossning enligt den finländska barnmorskan för att kunna förstå och bevara den regelbundna processens hälsofrämjande effekter. Forskningsfrågorna var följande: “”Vad anser barnmorskor i Finland höra till en regelbunden förlossning?” och ”Är den regelbundna förlossningen till fördel för föderska och foster?”

Den yngsta informanten var 24 år och den äldsta 68 år vilket ger en åldersskillnad på 44 år. Den yngsta informanten hade 1 år arbetserfarenhet och den äldsta 43 år, vilket gav en mycket god variation på både ålder och arbetserfarenhet i fokusgruppintervjun. Detta bidrog i sig till ett brett perspektiv i undersökningen, men i det långa loppet hade åldern eller arbetserfarenheten ingen märkbar betydelse på hur man såg på den regelbundna förlossningen. Informanterna hade gemensamma och även enhälliga åsikter om vad som gör en förlossning regelbunden.

I fokusgruppintervjun framkom att informanterna skiljde åt begreppen naturlig förlossning och regelbunden förlossning som två olika begrepp vilket vi till viss del använt och uppfattat parallellt tidigare i examensarbetet. Den regelbundna förlossningen innehåller vissa interventioner och läkemedelsbehandling samtidigt som den naturliga förlossningen är läkemedelsfri och består av naturliga konster. Det vi var intresserade av i intervjun var visserligen den regelbundna förlossningen. Tidigare hade vi benämnt examensarbetet ”förlossningens naturliga stig”, men senare ändrade vi titeln till ”förlossningens regelbundna stig” så att titeln bättre matchar det vi beskriver i examensarbetet.

I de resultat vi fått genom fokusgruppsintervjun kan vissa huvudsakliga slutsatser dras. En förlossning är regelbunden då den börjar spontant eller med lite hjälp, fungerar smidigt och barnet förs utan större ingrepp eller läkarens hjälp. Till en regelbunden förlossning hör smärtlindring som en viktig och väsentlig del av förlossningen, icke-medicinska smärtlindringsmetoder medräknat. Andra invasiva metoder som punktering av fosterhinnor, igångsättning samt utförande av episiotomi anses höra till den regelbundna förlossningen.

För oss kom vissa aspekter som hör till en regelbunden förlossning som överraskning, i synnerhet vissa använda ingrepp, exempelvis igångsättning eller utförande av episiotomi. Efter intervjun och analysen känns dessa aspekter mer rimliga, eftersom fostrets och föderskans hälsa prioriteras och gör inte dessvärre förlossningen oregelbunden - att klippa i mellangården kanske känns en aning extremt och som något man vill undvika, men i sig handlar det bara om att skydda föderskan. Med tanke på vårt val av teoretisk referensram passar detta också in. Man försöker så långt som möjligt

behålla förlossningen regelbunden och man ingriper då hälsan är i fara, vilket tangerar den yrkesmässiga vården.

Vi har i tidigare kapitel nämnt att de invasiva ingreppen och smärtlindring har blivit allt mer vanliga, och därmed det nya regelbundna, och vårt påstående visar sig vara korrekt. I alla fall har det påvisats att smärtlindring och de invasiva metoderna inte används i onödan och att användningen av dem främjar både fostrets och föderskans hälsa. Till smärtlindring hör också epidural och andra bedövningar, vilka ansågs vara jämlika med vilken annan typ av smärtlindring som helst och som påverkar förlossningen positivt.

En grov gräns mellan oregelbunden och regelbunden ansågs bero på ifall läkaren kliver in i förlossningsalen eller inte. Alla ingrepp barnmorskan gör anses höra till en regelbunden förlossning och genom dessa ingrepp försöker barnmorskan hålla förlossningen regelbunden. Vikten av kommunikationen i förlossningsalen kom starkt upp i intervjun vilket vi också tycker att är en av de viktigaste delarna i förlossningen. Genom kommunikation och stödjande av föderskan kan man främja hälsan och upplevelsen av förlossningen positivt, och även höra föderskans önskemål. Idag poängterades det starkt att förlossningen är föderskans förlossning framför allt – inte barnmorskans förlossning.

I kapitlet tidigare forskning framkommer det olika definitioner på vad en regelbunden förlossning innebär. I intervjun kom det fram att informanterna hade långt samma åsikt om vad som är en regelbunden förlossning som i de tidigare forskningarna som gjorts. Informanterna kom fram med de flesta interventionerna som används inom förlossningen som vi även tog upp i kapitlet om tidigare forskning. Informanterna var eniga om det att de olika interventionerna man använder inom förlossningen hör till den regelbundna förlossningen så länge det är till fördel för föderskan och fostret.

Informanterna hade delvist samma åsikter som WHO:s beskrivning om regelbunden förlossning. En del av informanterna var av den åsikten att en spontan förlossning är regelbunden, vilket WHO också nämnde, men informanterna tog även upp att en förlossning som satts igång och framskrider väl även kan anses som regelbunden. Finto i sin tur definierade den regelbundna förlossningen som barnafödande utan medicinska

ingrepp, men enligt vår undersökning skulle en sådan förlossning definieras som naturlig istället för regelbunden.

Enligt Duodecim-terveyskirjasto (2020) bör en graviditet ha varat i åtminstone 37 veckor för att kunna klassas som regelbunden. Även WHO lyfter fram att en graviditet är regelbunden mellan graviditetsvecka 37+0 och 41+6. Detta stämmer väl överens med vårt forskningsresultat, där det framgick att en regelbunden förlossning startar mellan vecka 37–41+5. Ylikorkala & Kauppila (2004) beskrev i sin tur att en regelbunden förlossning utspelar sig mellan vecka 38–40, men här kan det noteras att källan är aningen föråldrad och att veckorna utvidgats en del.

I den tidigare forskningen kom man ytterligare fram till att de olika interventionerna inte alltid är nödvändiga för fostret och föderskan och att igångsättningen, att snabba upp den fysiologiska processen, avslutandet, reglerande eller monitorering av den fysiologiska processen vid förlossning ökat (WHO). Smärtlindringen har ökat märkbart (92% av föderskor använder någon form av smärtlindring) också mängden kejsarsnitt har ökat under åren (17,4% år 2019) (THL). Informanterna hade en annan uppfattning om dessa aspekter. Informanterna tyckte att smärtlindring, igångsättning av förlossning, utförande av episiotomi samt blödning och 1–2 gradens bristningar hör till den regelbundna förlossningen. Vid flera tillfällen kom det fram att dessa interventioner skyddar både fostret och föderskan och dessa hör till den regelbundna förlossningen. Enligt Abascal (2000) har olika yrkeskategorier varierande definitioner på vad som gör en förlossning regelbunden, men barnmorskan tycker att förlossningen är regelbunden även fast komplikationer förekommer. Detta stämmer även överens med vårt forskningsresultat – komplikationer i sig gör inte förlossningen oregelbunden om den ändå kan framskrida väl genom barnmorskans ingripande och stöd.

Det som ansågs oregelbundet och inte höra till den regelbundna förlossningen var användning av sugklocka, kejsarsnitt, sätesläge, infektioner och förlängt krystningsskede, vilket i sig stämmer med THL:s statistik. WHO beskriver även sätesläge som oregelbundet.

Det kom också fram att enligt informanterna är kommunikationen med föderskan samt stödet av barnmorskan en viktig del av en regelbundna förlossningen. Också

barnmorskans stödjande roll i förlossningen ansågs vara en avgörande faktor enligt WHO:s riktlinje ”*Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*”. WHO definierade en god förlossning som en förlossning där man tar i beaktan föderskans sociokulturella tro och förväntningar, vilket inkluderar praktiskt och emotionellt stöd från barnmorskorna.

Som teoretisk referensram har vi använt Katie Erikssons *Vårdandets idé* med fokus på den naturliga och yrkesmässiga vården. Den naturliga vården innefattar bristande tilltro till klassiska vården och större tro på naturliga vårdformer. Den yrkesmässiga vården kompletterar den naturliga vården då den inte räcker till. I våra resultat kom det konkret fram hur dessa teorier används i praktiken. Informanterna kom klart fram med att regelbunden förlossning är då förlossningen startat spontant och barnmorskans hjälp är minimal. Sen då fostrets och föderskans hälsa är i risk gör barnmorskan åtgärder för att bibehålla säkerheten i förlossningen, och även fast dessa åtgärder görs behöver det inte ändra förlossningen till oregelbunden. Också kommunikationen med föderskan stödjer den regelbundna förlossningen och stöder vår teori om den naturliga vården.

Eriksson beskriver även att inom den yrkesmässiga vården kan man lätt hamna in i en ond spiral där man gör saker på löpande band och inte reflekterar varför man gör som man gör. Informanterna lyfte fram att kommunikationen med föderskan stödjer den regelbundna förlossningen samt lyssnandet av det som föderskan själv vill och agerande efter det stödjer den regelbundna förlossningen. På detta vis kan man undvika den onda spiralen - alltså genom att höra vad föderskan vill, och ingripa med sådana ingrepp som skyddar föderska och foster. Enligt Eriksson (2017) innebär vårdande i sig att vara i utveckling i syfte av att upprätthålla, igångsätta och stödja hälsoprocesserna. Genom att stödja den regelbundna förlossningen genom att använda sig av de konster som behövs stöder och upprätthåller vi dessa hälsoprocesser.

I intervjun diskuterades också att förebyggande arbete är mycket viktigt, och att man genom ett förebyggande arbetssätt kan förhindra att förlossningen skall bli oregelbunden. På detta vis används den naturliga vården, men stöds och kompletteras av den yrkesmässiga ifall behovet finns. Vi tycker att denna aspekt är mycket viktig och stöder starkt åsikten om att en viss typ av förutsägelse stöder den regelbundna processen starkt.

Sammanfattningsvis kan vi alltså konstatera att både de kliniska och medicinska interventionerna ökat, men vi kan även dra slutsatsen om att dessa interventioner används för att främja föderskans eller fostrets hälsa. Interventionerna används för att hålla en förlossning regelbunden. Interventionerna har inte ökat i onödan. Också enligt Pajalic z et al (2019) ligger förlossningsvården på topp i hela Norden, Finland inräknat. Överlevnadsgraden för både föderska och foster är större än någonsin förr och spädbarnsmortaliteten är minimal. Denna statistik och dessa siffror väger tungt och berättar om den goda förlossningsvård som vi har i vårt land. Till denna goda förlossningsvård hör de ingrepp och de metoder som används för att stödja den regelbundna förlossningen.

## 9.1 Egna reflektioner

Vår insats har gett värdefull information om vad som anses höra till en regelbunden förlossning och varför den är till fördel för föderska och foster, och därmed har vi väl lyckats besvara våra forskningsfrågor. Genom arbetet har vi fått bredare teoretisk kunskap om regelbunden förlossning som i praktiken har nytta av i framtiden. Eftersom vi ännu inte har fått en praktisk inblick i förlossningsvården ger detta utmärkt förkunskap om vad vi kan förvänta oss, och vi kan använda den kunskap vi lärt oss via examensarbetet under de kommande praktikperioderna samt i vårt framtida yrke. På grund av att vi hade få förkunskaper i ämnet var det delvist utmanande att veta hur man ska precisera frågorna vid intervjun och vi fick ta reda på en hel del teoretisk kunskap om förlossningsvården under processen utöver själva skrivandet. I slutändan tror vi dock inte att detta påverkar studien markant. Dessutom blev det enklare att förhålla sig objektivt till olika aspekter då vi inte bildat egna uppfattningar/åsikter om ämnet.

Studien har gett oss olika inblick i vad som anses vara en regelbunden förlossning och gett oss också nya synvinklar och tankesätt på vad som hör till en regelbunden förlossning. Det har även utökat förståelsen till varför vissa ingrepp är "det nya regelbundna". Vi tror också att arbetet kan ge nya synvinklar för redan utexaminerade barnmorskor som jobbar inom förlossningsvården. Detta arbete kan också vara en bra påminnelse om att reflektera över sitt eget arbete och varför man gör på ett visst sätt. I



helhet är vi skribenter mycket nöjda med vår insats i forskningen och känner att vi som studerande har fått mycket ut av studien.

Tidsplaneringen svek en del i arbetet och den tidtabell vi tänkt oss höll inte helt, men i slutändan spelade det ingen större roll. Vi uppehöll en god takt och motivationen till att skriva arbetet låg högt under hela processen. Det som gjorde att tidsplaneringen dröjde lite var att vi först väntade en tid på forskningslovets och när vi fått forskningslovets så tog det en tid att komma överens om en passande gemensam tidpunkt för fokusgruppintervjun.

Vi är även nöjda med vårt metodval för arbetet. Genom intervjun fick vi god kontakt med informanterna och det kändes att vi kunde få reda på just det vi ville ha reda på. Samarbetet med sjukhuset i fråga fungerade väl och vi vill tacka informanterna för väldigt goda och välgrundade svar på våra frågor.

Till viss del kändes arbetet ibland "stort" - det var svårt att begränsa vad man skulle ta med och vad man skulle lämna bort, vilket också kanske till en viss del märks i arbetets längd. Vissa saker krävdes av Nordejordemodern Network att skulle finnas med, t.ex. information om informanterna, sjukvårdskostnader och så vidare. En annan sak var att vi även kort valde att ta med vad som inte hör till den regelbundna förlossningen, trots att vi undersöker den regelbundna förlossningen. Detta för att få en bättre uppfattning på skillnaden mellan det oregelbundna och regelbundna. Slutligen visste vi inte heller vad som skulle ha varit sådant som skulle ha lämnats bort, utan all den information som vi har med i slutliga versionen kändes relevant för arbetet.

I helhet kan vi konstatera att vi är helnöjda med vår insats i arbetet. Vi är nöjda över de resultat vi fått och över allt vi uppnått och lärt oss via detta arbete.

## **10 KRITISK GRANSKNING**

I detta kapitel redovisar vi för vår kritiska granskning och hur vi genomfört det i arbetet. Vi tar även upp hur vi fått arbetet tillförlitligt och relevant. Vi tar upp våra egna åsikter om arbetet och hur det gått under arbetets gång.

### **10.1 Avgränsningar**

Vi har beaktat vissa aspekter för att avgränsa vårt arbete så att arbetet i helheten inte blir för omfattande. I denna studie fokuserar vi i huvudsak på förlossningsvården vid förlossningskontexten och inte desto mer på tiden före eller efter förlossningen. I litteratursökningen har vi beskrivit både de kliniska och medicinska interventionerna som används inom förlossningsvården, och där valde vi att endast kort beskriva de olika interventionerna och inte gå in på djupet med tanke på studiens syfte.

Vi har valt att göra en fokusgruppintervju vid en viss utvald tidpunkt. För att ytterligare utveckla den kunskap som vi samlat in kunde fler grupper intervjuas, men eftersom transkriberingen tar tid har vi valt att hålla oss till en fokusgrupp. Det skulle även vara intressant att i framtiden intervjuas samma grupp om exempelvis 10 år (longitudinell studie) för att se ifall uppfattningarna hållits likadana eller ifall de utvecklats eller ändrats på något vis.

### **10.2 Tillförlitlighet och relevans**

Det som försämrar tillförlitligheten i vår studie är att vi intervjuar en relativt liten fokusgrupp vilket gör att resultaten inte kan generaliseras. Då skribenterna gjorde detta arbete hade vi inte gått in på tematiken för barnmorskeyrket eller förlossningen, eftersom detta lärs ut först senare i våra studier. Detta innebar att skribenterna själv tog reda på mycket via relevanta och tillförlitliga källor. I sig kan även objektiviteten vara lättare att hålla då skribenterna inte ännu fördjupat sig i tematiken.

Det var även planerat att ytterligare 2 informanter skulle delta i undersökningen, men på grund av vissa skäl så blev den andra intervjun inte av. Informanterna blev alltså 4 istället

för 6, och med tanke på validiteten skulle det förstås ha varit ändamålsenligt att ha så många informanter som möjligt och att ha 2 fokusgruppintervjuer istället för 1.

I vår studie använder vi endast material (artiklar, avhandlingar, rekommendationer...) som är relevanta för arbetet. Vi har även beaktat källkritiken och den största delen av artiklarna var "peer reviewed" och hämtade från vårdvetenskapliga databaser. I arbetet har vi medvetet tagit med även äldre källor eftersom de än idag är spelar en betydlig roll inom förlossningsvården. Vi försöker i allmänhet att lämna bort allt som inte är relevant för vår studie och fokuserat all text i arbetet till sådant som gör att forskningsfrågorna och dess resultat kan både förstås och besvaras på bästa vis.

I arbetet har vi i huvudsak använt källor som inte är över 10 år gamla. De källor vi använt som är över 10 år gamla har vi konstaterat att vara relevanta för arbetet ännu idag på grund av barnmorskearbetets natur (vilket innebär att vissa saker än idag ser ut som för t.ex. några årtionden sen). Ämnet är relevant och bidrar till att utveckla barnmorskeyrket.

Den kvalitativa metoden i sig vissa svagheter. De är ofta resurskrävande och de prioriterar en bred förståelse för ett fenomen med hjälp av få enheter vilket ger en intensiv design. Eftersom problem med representativiteten förekommer är det även svårt att generalisera resultaten, vilket i sin tur ger problem med den externa validiteten. Vi bör dock komma ihåg att syftet med vår studie inte nödvändigtvis är att generalisera resultaten. Informationen som samlas in kan även vara svårtolkad på grund av att data kan vara väldigt komplext och ha många nyanser. Människan kan även vara inställd på att se vissa saker och kan därmed omedvetet sila bort nödvändig information (Jacobsen, s. 48–52).

Eftersom vi bryter in i människors privatsfär och frågar människor deras åsikter kan det påverka resultaten något. Respondenten kan påverkas av de andra som är med i diskussionen eller inte själv vill berätta helt ärligt det hen tycker. För att få informationen rätt använder vi oss av kritisk granskning. Forskaren måste se bakom det som respondenten säger och få fram eventuella betydelsefulla faktorer som respondenten inte sett. Detta kräver också av forskaren bra kunskap om annan teori och forskning inom området. Forskaren måste kunna kritiskt konfrontera samband eller faktorer som har betydelse i studien. (Jacobsen, 2007, s. 166)

## 11 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING

Trots att vi uppnått goda forskningsresultat i vår studie så förblev en del aspekter öppna och vi vill uppmuntra till att dessa områden även i framtida forskning tas i beaktan. I fortsatt forskning vill vi gärna se även hur barnmorskan tänker om exempelvis tvillingfödslar och fetus mortus (fosterdöd). Överlag var det även aningen svårt att få tag på material online där barnmorskorna beskriver sina åsikter om vad som hör till den regelbundna förlossningen, så mera av det skulle definitivt behövas. En intressant aspekt på det hela är även föderskans åsikter om vad som ingår i den regelbundna förlossningen, men det i sig är ju förstås en helt annan studie.

## KÄLLOR

Abascal, G., 2000, *Att föda: en barnmorskas tankar, råd och erfarenheter*, s. 86-87. Bonnier, Stockholm.

Arcada, 2019, Tillgänglig: <https://www.arcada.fi/sv/bachelor/barnmorska> Hämtad: 12.10.2020

Barnmorskeförbundet, 2020, Barnmorskan, Tillgänglig: <https://www.barnmorskeforbundet.se/barnmorskan/> Hämtad: 21.10.2020.

Eriksson, K., 2017, *Vårdvetenskap – vetenskapen om vårdandet om det ändlösa i tiden*, samlingsverk av Katie Eriksson, *Vårdandets idé* s. 230-308, Liber AB, Stockholm.

Farid Mousa W., Al-Metwalli R., Mostafa M., 2012.

Epidural analgesia during labour vs no analgesia: A comparative study, *Saudi*

*Journal of Anaesthesia*, vol. 6 nr. 1, s. 36–40. Tillgänglig:

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/detail/detail?vid=3&sid=a1e2bdf6-030e-423b-b072-b82995d81cf7%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=73309728&db=a9h>. Hämtad: 14.10.2020.

Finländsk tesaurs- och ontologiservice, Finto, def. Luonnollinen synnytys. .

Tillgänglig: <http://finto.fi/mesh/sv/page/D009321>. Hämtad: 2.11.2020

Horton, R., Astudillo, O., 2014, The Power of Midwifery, *The Lancet*, vol. 384 nr. 9984, s. 1075-1076. Tillgänglig:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60855-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60855-2/fulltext).

Hämtad: 2.11.2020.

HUS, 2021 – potilasmaksut. Tillgänglig: <https://www.hus.fi/potilaalle/opas-potilaalle/potilasmaksut>. Hämtad: 23.3.2021.

Hörnfeldt, H., 1998, *Naturlighetens positioner – Det naturliga födandets politik*, s. 21  
Nordiskt nätverk för folkloristik, Åbo.

Jacobsen, D., 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring – introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, 5 uppl., s. 48-52, 166 & 175, Studentlitteratur AB, Lund.

Lengquist, M., Grunewald, C., Kjellqvist, N., Sand, A., 2016, Smärtlindring vid vaginal förlossning, *Läkartidningen*, vol 113, s. 26–27. Tillgänglig:  
<https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/medicinens-abc/2016/06/smartlindring-vid-vaginal-forlossning/>. Hämtad: 5.10.2020.

Nieminen, K., 2015, Pienten Synnytyssairaaloiden Tulevaisuus, *Sosiaali-ja Terveysministeriö*. Tillgänglig:  
[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74699/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3599-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74699/URN_ISBN_978-952-00-3599-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Hämtad: 21.10.2020

Nordejordemodern/Midwife of the North. Tillgänglig:  
[https://projektid.nooruse.ee/mwn/?page\\_id=39](https://projektid.nooruse.ee/mwn/?page_id=39). Hämtad: 5.10.2020.

Pajalic, Z., Pajalic, O., Saplacan, D., 2019, Womens education and profession midwifery in Nordic countries, *Journal of Health Sciences*, Vol. 9 nr. 3, s. 127-135.  
Tillgänglig:  
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/detail/detail?vid=13&sid=800c0dae-f8a6-424f-badf-2b327a9f1baa%40sessionmgr101&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=142628137>. Hämtad: 6.10.2020.

Raussi-Lehto, E., 2017, Syntymän hoidon toteutus, I: Paananen, U-K., Pietilinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A., (red.), *Kätilötyö: raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*, 6-7 uppl., Edita, Keuruu, s. 271-273

Sandman, L., Kjellström, S., 2018, *Etikboken – etik för vårdande yrken*, 2 uppl., s. 372–391, Studentlitteratur AB, Lund.

Svensk MeSH, def. Natural childbirth. Tillgänglig: <https://mesh.kib.ki.se/>. Hämtad: 26.10.2020

Synnytystapa – alatie vai keisarileikkaus, *Terveyskylä - Naistalo.fi*. Uppdaterad 2019. Tillgänglig: <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytyts/synnytyts/synnytystapa-alatie-vai-keisarileikkaus>. Hämtad: 20.11.2020.

Söderlund, M., 2017, Vårdande, I: Wiklund-Gustin., L., Bergbom, I., *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, 2 uppl., Studentlitteratur, Lund, s. 296.

Tenk, 2012, God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland, *Forskningsetiska delegationen*

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL, perinataalitalasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet – ennakkotiedot 2019. Tillgänglig: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataalitalasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet>. Hämtad: 26.10.2020.

Tiitinen, A., 2020, Normaali Synnytys, *Terveyskirjasto-Duodecim*. Tillgänglig: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00160](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160) Hämtad: 21.10.2020

Uotila, J., 2017, a) Imukuppisynnytys, I: Paananen, U-K., Pietilinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A., (red.), *Kätilötyö: raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*, 6-7 uppl., Edita, Keuruu, s. 579-584.

Uotila, J., 2017, b) Pihtisynnytys: I: Paananen, U-K., Pietilinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A., (red.), *Kätilötyö: raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*, 6-7 uppl., Edita, Keuruu, s. 585-586.

Ylikorkala, O., Kauppila, A., 2004, *Naistentaudit ja synnytykset*, 4 uppl., s. 325, Otava, , Keuruu.

Wiklund, L., 2003, *Vårdvetenskap i klinisk praxis* s. 154, Natur och kultur, Stockholm.

World Health Organization, Midwifery, 2020. Tillgänglig:

<https://www.who.int/topics/midwifery/en/>. Hämtad: 9.10.2020.

World Health Organization, 1996, *Care in normal birth: a practical guide*, Geneva.

Tillgänglig:

[http://www.midwiferyservices.org/care\\_in\\_normal\\_birth\\_practical\\_guide.pdf](http://www.midwiferyservices.org/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf). Hämtad: 2.11.2020.

*WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*, 2018,

World Health Organization, Geneva. Tillgänglig:

[https://books.google.fi/books?hl=sv&lr=&id=hHOyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&ots=edwpYfJsRf&sig=LQuzjBrggtnBfwCNuuSn7aovBS4&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.fi/books?hl=sv&lr=&id=hHOyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&ots=edwpYfJsRf&sig=LQuzjBrggtnBfwCNuuSn7aovBS4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false). Hämtad: 4.12.2020.

Äimälä, A., 2017, Perätilaraskaus ja -synnytys, I: Paananen, U-K., Pietiläinen, S.,

Raussi-Lehto, E., Äimälä, A. (red.), *Kätilötyö: raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*, 6-7 uppl., Edita, Keuruu, s. 492-494.



## **BILAGOR/LIITTEET**

### **BILAGA 1: INTERVJUFRÅGOR/HAASTATTELUKYSYMYKSET**

#### **Barnmorskors uppfattning om vad begreppet regelbunden förlossning innebär**

Ålder: \_\_\_\_\_

Antal år som barnmorska: \_\_\_\_\_

#### **Intervjufråga: Vad upplever ni att begreppet regelbunden förlossning innebär?**

*Eventuella följdfrågor (ställs endast om de behövs för att stimulera till diskussion)*

1. Ge exempel på ett komplicerat förlossningsförlopp.
2. Hur ställer du dig till olika smärtlindringsmetoder kontra begreppet regelbunden förlossning?
3. Vilka medicinska interventioner anser du tillhöra regelbunden förlossning?
4. Hur ska en förlossning starta för att den ska anses vara regelbunden?
5. I vilken graviditetsvecka startar förlossningen för att utgången ska kunna klassas som regelbunden?
6. Kan du berätta mer om tex amniotomi/värkstimulerande dropp/sugklocka/perineotomi kontra begreppet regelbunden förlossning.
7. Kan graden av bristning påverka synen på om förlossningen är regelbunden eller ej?
8. Kan de nyfödda barnets mående påverka om förlossningen klassas som regelbunden eller ej?

#### **Slutfråga: Är det något mer ni vill tillägga?**

(Nordejordemordern Network, Nordplus – How to protect normal Birth?, 2018).

## Kätilöiden käsitys säännöllisestä synnytyksestä

Ikä: \_\_\_\_\_

Vuosia kätilönä: \_\_\_\_\_

### Haastattelukysymys: **Miten kuvailisitte käsitteen säännöllinen synnytys?**

*Mahdolliset jatkokysymykset esitetään ainoastaan tarpeen mukaan keskustelun stimuloimiseksi.*

1. Anna esimerkki monimutkaisesta synnytyksestä.
2. Kuinka suhtaudut erilaisiin kivunlievitysmenetelmiin verrattuna luonnolliseen synnytykseen?
3. Mitkä lääketieteelliset toimet kuuluvat mielestäsi säännölliseen synnytykseen?
4. Miten synnytyksen tulisi käynnistyä, jotta sitä voidaan pitää säännöllisenä?
5. Millä raskausviikolla synnytyksen pitäisi alkaa, jotta se voidaan luokitella säännölliseksi?
6. Voisitko kertoa lisää esimerkiksi amniotomiasta/kipua stimuloivasta tiputuksesta/imukupista/perineotomiasta verrattuna säännöllisen synnytykseen.
7. Voiko repeämän aste vaikuttaa näkemykseen siitä, onko synnytys säännöllinen vai ei?
8. Voiko vastasyntyneen lapsen vointi vaikuttaa siihen, luokitellaanko synnytys säännölliseksi vai ei?

### Loppukysymys: **Onko teillä lisättävää?**

(Nordejordemorden Network, Nordplus – How to protect normal Birth?, 2018).

## BILAGA 2: INFORMATIONSBREV/TIEDOTUSKIRJE

### Informationsbrev 11.2.2021

Bästa personal inom förlossningsavdelningen,  
Ni tillfrågas härmed att delta i lärdomsprovet “Förlossningens regelbundna stig – en kvalitativ fokusgruppintervju om den finländska barnmorskans perspektiv gällande den regelbundna förlossningen”. Studien hör till det nordiska projektet Nordejordemodern - “How to protect normal birth?” vars syfte är att kartlägga hur barnmorskor upplever den regelbundna förlossningen. Resultaten används för att utveckla barnmorskeyrket. Resultaten jämförs även mellan de nordiska länderna vilket bidrar till att förstå olika kulturella aspekter och infallsvinklar. Lärdomsprovet är offentligt och kommer att publiceras på theseus.fi våren 2021. Notera att det är möjligt att delta i lärdomsprovet på både finska och svenska.

I fokusgruppintervjun hoppas vi att 4-6 barnmorskor från Er enhet deltar, varav två av informanterna gärna skulle få ha minst 10 års arbetserfarenhet. Fokusgruppintervjun äger rum i mars 2021 – den exakta tidpunkten kommer vi överens med deltagarna efter sista anmälningsdagen (22.2.2021). Studien planeras ta mellan 1 – 1 ½ timmar. På grund av covid-19 situationen utförs undersökningen elektroniskt via den avgiftsfria teams-applikationen. Alla har fri tillgång till teams och länken till intervjun skickas ut till respektive deltagares e-post före undersökningen. Undersökningen utförs på arbetstid i sjukhusets utrymmen. Närmare instruktioner om tillfället meddelas senare då tidpunkten för intervjun är fastställd.

Intervjun utförs som en öppen intervju, vilket innebär att informanterna efter en öppnande fråga fritt får diskutera kring ämnet. Vid behov ställs följdfrågor för att stimulera diskussionen. Deltagandet är givetvis frivilligt och det är upp till var och en hur mycket man vill dela med sig av sina åsikter. Intervjun bandas in, transkriberas och analyseras för att uppnå så goda forskningsresultat som möjligt. De som blir intervjuade blir informerade om när inspelningen startas och stängs av. Materialet från intervjun bevaras så, att endast skribenterna och våra handledare har tillgång till det och efter att studien utförts förstörs materialet sakenligt. Materialet bevaras på intervjuarnas datorer med lösenordsskydd som ingen utomstående har tillgång till. Direkta anonyma citat kan

förekomma i det slutliga arbetet. Intervjun görs på finska, men själva lärdomsprovet skrivs på svenska.

Studien följer etiska principerna för ett vetenskapligt arbete (Tenk 2012) och forskningstillstånd har skaffats enligt anvisningar från HUS. Informanterna kommer att hållas anonyma hela studien igenom vilket innebär att inga uppgifter eller synpunkter kommer att kunna spåras till en enskild individ i slutresultatet. Alla informanter bör ge sitt samtycke för studien och har rätt att hoppa av studien i vilket skede som helst utan vidare förklaring. I detta fall används den information som samlats tills avbrytandet av studien.

Ta gärna kontakt med oss ifall Ni har frågor. Er medverkan behövs för att utveckla vårt betydelsefulla yrke. Ifall Ni önskar delta i studien önskar vi att Ni kontaktar oss per e-post senast den 22.2.2021. I er anmälan önskar vi att ni ger ert intresse och bifogar ert elektroniskt undertecknande samtyckesavtal.

Tack på förhand!

**Vad?** Deltagande i lärdomsprovet ”Förlossningens naturliga stig – en kvalitativ fokusgruppintervju om den finländska barnmorskans perspektiv gällande den regelbundna förlossningen”

**När?** Mars 2021

**Hur?** Fokusgruppintervju elektroniskt via teams-applikationen (länk till e-post)

**Var?** Teams applikationen i sjukhusets utrymmen

**Anmälan:** Senast 22.2.2021 via e-post åt [henrika.karjalainen@arcada.fi](mailto:henrika.karjalainen@arcada.fi) och [ronja.soderbacka@arcada.fi](mailto:ronja.soderbacka@arcada.fi) (skicka e-målet åt båda)

*Med vänlig hälsning,*

**Henrika Karjalainen, barnmorskestuderande, Yrkeshögskolan Arcada**

Email: [henrika.karjalainen@arcada.fi](mailto:henrika.karjalainen@arcada.fi)

Tfn: +358 40 413 4584

**Ronja Söderbacka, barnmorskestuderande, Yrkeshögskolan Arcada**

Email: [ronja.soderbacka@arcada.fi](mailto:ronja.soderbacka@arcada.fi)

Tfn: +358 40 772 4416

Handledare:

**Pernilla Stenbäck**

Tfn: +358 207 699 595

[pernilla.stenback@arcada.fi](mailto:pernilla.stenback@arcada.fi)

**Heikki Paakkonen**

Tfn: +358 40 592 6777

[heikki.paakkonen@arcada.fi](mailto:heikki.paakkonen@arcada.fi)



*Yrkehögskolan Arcada, Jan – Magnus Janssons plats 1, 00560 Helsingfors*

## Tiedotuskirje 11.2.2021

Hyvä synnytysosaston henkilökunta,

Teitä pyydetään osallistumaan opinnäytetyöhön ”Synnytyksen säännöllinen polku – suomalaisten kättilöiden näkemys säännöllisestä synnytyksestä laadullisen fokusryhmähaastattelun avulla”. Tutkimus kuuluu pohjoismaiseen projektiin Nordejordemodern – ”How to protect normal birth”:iin, jonka päämäärä on kartoittaa säännöllisen synnytyksen sisältöä. Tutkimuksen tuloksien on tarkoitus kehittää kättilötyötä. Tuloksia vertaillaan myös pohjoismaiden välillä, mikä lisää ymmärrystä eri kulttuurisia näkö- ja lähestymiskulmia kohtaan. Opinnäytetyö on julkinen ja julkaistaan sen valmistuttua theseus.fi:ssä keväällä 2021. Huomatkaa että opinnäytetyöhön on mahdollista osallistua sekä suomen että ruotsin kielellä.

Kohderyhmähaastatteluun toivomme osallistuvan 4–6 kättilöä, joista mielellään kahdella haastateltavalla tulisi olla vähintään 10- vuoden työkokemus. Kohderyhmähaastattelu suoritetaan maaliskuussa 2021. Tarkasta ajankohdasta sovitaan osallistujien kanssa viimeisen ilmoittautumispäivän jälkeen (22.2.2021). Haastattelu on suunniteltu kestävän 1–1 ½ tuntia. Covid-19 tilanteen vuoksi pyrimme järjestämään haastattelun sähköisesti Teams-sovelluksen avulla. Sovellus on maksuton ja kaikilla on vapaa pääsy sovellukseen linkin kautta, joka lähetetään jokaisen osallistujan sähköpostiin ennen tutkimusta. Tutkimus tehdään työajalla sairaalan tiloissa. Tarkempaa tietoa haastattelun järjestelyistä tulee myöhemmin, kun haastattelun ajankohta on sovittu.

Haastattelu suoritetaan avoimena haastatteluna. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että avaavan kysymyksen jälkeen haastateltavat saavat avoimesti keskustella aiheesta.

Jatkokysymyksiä esitetään tarvittaessa keskustelun herättämiseksi. Osallistuminen on vapaaehtoista ja jokainen saa itse valita kuinka paljon haluaa jakaa omia mielipiteitään. Haastattelu nauhoitetaan, tarkekirjoitetaan ja analysoidaan mahdollisimman laadukkaiden tutkimustulosten saamiseksi. Haastateltaville kerrotaan milloin nauhoitus aloitetaan ja lopetetaan. Aineisto säilytetään niin, että ainoastaan haastatteliijoilla sekä ohjaajilla on pääsy aineistoon. Tutkimuksen valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto säilytetään salasanasuojattuna haastattelijoiden tietokoneilla, joihin ulkopuolisilla ei ole pääsyä. Lopullisessa työssä voidaan käyttää suoria anonyymejä lainauksia. Haastattelu tehdään suomeksi, itse opinnäytetyö kirjoitetaan ruotsiksi.

Tutkimus noudattaa tieteellisen työn eettisiä periaatteita (Tenk 2012) ja tutkimuslupa on hankittu HUS:in ohjeistuksien mukaisesti. Haastateltavat pysyvät anonyymeinä koko

tutkimuksen ajan, mikä tarkoittaa sitä, että mitään tietoja tai näkymiä ei voida jäljittää yksilöön lopputuloksissa. Haastateltavilta pyydetään kirjallinen suostumus osallistumisesta ja heillä on oikeus keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tahansa ilman erillistä syytä. Tässä tapauksessa siihen asti kertynyttä materiaalia käytetään työssä.

Voitte ottaa yhteyttä meihin lisäkysymysten esittämiseksi, vastaamme niihin mielellämme. Osallistumiseen on tärkeää arvokkaan ammattimme kehittämisen kannalta. Jos haluatte osallistua tutkimukseen toivomme teidän olevan meihin yhteydessä sähköpostin välityksellä viimeistään 22.1.2021. Ilmoittautuessa mainitkaa kiinnostuksenne ja liittäkää ystävällisesti sähköisesti allekirjoitettu suostumissopimus. Kiitos etukäteen!

**Mitä?** Osallistuminen opinnäytetyöhön ”Synnytyksen luonnollinen polku – suomalaisten kättilöiden näkemys säännöllisestä synnytyksestä laadullisen fokusryhmähaastattelun avulla”.

**Milloin?** Maaliskuussa 2021, tarkempi ajankohta ilmoitetaan myöhemmin

**Miten?** Fokusryhmähaastattelu sähköisesti teams-sovelluksen kautta (linkki lähetetään osallistujien sähköposteihin ennen haastattelua)

**Missä?** Teams sovelluksen kautta, sairaalan tiloissa

**Ilmoittautuminen:** Viimeistään 22.1.2021 sähköpostin välityksellä

[henrika.karjalainen@arcada.fi](mailto:henrika.karjalainen@arcada.fi) ja [ronja.soderbacka@arcada.fi](mailto:ronja.soderbacka@arcada.fi) (lähetä sähköposti molemmille)

*Ystävällisin terveisin,*

**Henrika Karjalainen, kättilöopiskelija, Ammattikorkeakoulu Arcada**

s.posti: [henrika.karjalainen@arcada.fi](mailto:henrika.karjalainen@arcada.fi)

puh. +358 40 413 4584

**Ronja Söderbacka, kättilöopiskelija, Ammattikorkeakoulu Arcada**

s.posti [ronja.soderbacka@arcada.fi](mailto:ronja.soderbacka@arcada.fi)

puh. +358 40 772 4416

Ohjaajat:

**Pernilla Stenbäck**

Puh. +358 207 699 595.

[Pernilla.stenback@arcada.fi](mailto:Pernilla.stenback@arcada.fi)

**Heikki Paakkonen**

Puh. +358 40 592 6777

[heikki.paakkonen@arcada.fi](mailto:heikki.paakkonen@arcada.fi)



*Yrkeshögskolan Arcada, Jan – Magnus Janssons plats 1, 00560 Helsingfors*



## BILAGA 3: SUOSTUMUSSOPIMUS/SAMTYCKESAVTAL

### SAMTYCKE/SUOSTUMUS

**Tutkittavan nimi/Informantens namn:** \_\_\_\_\_

Samtycke till deltagande i lärdomsprovet “Förlossningens regelbundna stig – en kvalitativ fokusgruppintervju om den finländska barnmorskans perspektiv gällande den regelbundna förlossningen”.

*Suostumus osallistumisesta opinnäytetyöhön ”Synnytyksen säännöllinen polku – suomalaisten kätilöiden näkemys luonnollisesta synnytyksestä laadullisen fokusryhmähaastattelun avulla”.*

Jag intygar att jag bekantat mig med materialet i informationsbrevet. Jag förstår att jag frivilligt deltar i studien och har rätt att lämna studien när som helst utan vidare förklaring. Jag tillåter att intervjun bandas in, transkriberas och jag förstår att det insamlade data kommer att behandlas konfidentiellt.

*Minä vakuutan tutustuneeni tiedotuskirjeen aineistoon. Ymmärrän osallistuvani tutkimukseen vapaaehtoisesti, ja että voin keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa ilman erillistä syytä. Hyväksyn että tutkimus nauhoitetaan, tarkekirjoitetaan ja ymmärrän että kerätty materiaali tullaan käsittelemään luottamuksellisesti.*

Jag tillåter att Henrika Karjalainen och Ronja Söderbacka får använda materialet från intervjun till sitt lärdomsprov. Materialet från intervjun förstörs efter att studien är helt färdig. Jag förstår och accepterar att studien publiceras offentligt på theseus.fi.

*Hyväksyn että Henrika Karjalainen sekä Ronja Söderbacka käyttävät haastattelusta saatua materiaalia opinnäytetyöhön. Materiaali haastattelusta hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Minä ymmärrän ja hyväksyn että tutkimus julkaistaan julkisesti theseus.fi:ssä.*

**Annan suostumukseni/Jag ger mitt samtycke**

---

Päiväys/Datum

---

Tutkittavan allekirjoitus/Informantens  
underskrift

---

Päiväys/Datum

---

Tutkijan allekirjoitus/Forskarens underskrift

