

# Kartläggning av enkäter som värderar kvalitet av vård under förlossning

Med fokus på hur den naturliga fysiosociala  
processen beaktas

**PROGRAM/KURS:**

**OMFATTNING:**

**HANDLEDARE:**

**EXAMINATOR:**

**FÖRFATTARE:**

Ingrid Ekenberg Janson

Viktoria Siering

Barnmorskeprogrammet

RPH100, Examensarbete

I perinatal och reproduktiv  
hälsa

HT-2012

15 högskolepoäng

Marie Berg

Margareta Mollberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk): Kartläggning av enkäter som värderar kvalitet i vård under förlossning -  
Med fokus på hur den naturliga fysiosociala processen beaktas.

Titel (engelsk): Identification of surveys that evaluate quality of care during childbirth -  
With focus on how the natural physiosocial process is considered.

Arbetets art: Självständigt arbete

Program/kurskod/kurs: Barnmorskeprogrammet, RPH100, Examensarbete i reproduktiv och  
perinatal hälsa.

Arbetets omfattning: 15 Högskolepoäng

Sidantal: 30 sidor

Författare: Ingrid Ekenberg Janson  
Viktoria Siering

Handledare: Marie Berg

Examinator: Margareta Mollberg

## **FÖRORD**

Ett stort tack till vår handledare Marie Berg för Ditt engagemang och för att Du delat med Dig av Din enorma kunskap. Vi tackar också för Ditt tålamod och för att Du pushat på oss när det har behövts.

**TACK!**

Ingrid & Viktoria

## SAMMANFATTNING

*Bakgrund:* Utgångspunkt för denna magisteruppsats är att barnafödandet är en naturlig fysiologisk och social process samt att vård i samband med barnafödande ska främja denna process. Den normala förlossningen är starkt knuten till barnmorskans profession då hon har ansvar för och arbetar självständigt med handläggning av denna. Utvecklingen av förlossningsvården i västvärlden har stegvis gått från att ses som en normal livshändelse till en händelse med fokus på det medicinska. Idag präglas förlossningsvården av risktänkande och interventioner sker rutinmässigt. Riktlinjer inom förlossningsvården fokuserar alltmer på medicinska kontroller och barnmorskans stödjande roll blir åsidosatt. Vårdkvalitet bör värderas både ur vårdarens och kvinnornas perspektiv, det görs genom olika instrument och enkäter. *Syfte:* Syftet med studien var att kartlägga befintliga enkäter som värderar handläggning av förlossning samt att undersöka hur dessa behandlar kriterier för handläggning av normal förlossning. *Metod:* Metoden som använts är en systematisk litteraturstudie. Enkätstudier som studerat kvalitet av vård samt kvinnans upplevelse av förlossning har inkluderats. Sökningarna har skett i databasen PubMed, totalt sju enkäter valdes ut. *Resultat:* Resultatet visar att de ingående artiklarna har brister när de bedöms enligt kriterierna för handläggning av normal förlossning. Två mätinstrument uppfyller flest kriterier som främjar normal förlossning. Dessa är CEQ samt ett mätinstrument baserat på WHO's kriterier för normal förlossning. De kriterier som flest enkäter berör är stöd. WOMBLSQ samt CEQ är de mätinstrument som berör flest delar av stöd. *Konklusion:* Det finns inget befintligt mätinstrument som berör både barnmorskans handläggning och kvinnans upplevelse av förlossningen.

## ABSTRACT

*Background:* The premise of this study is that childbirth is a natural physiological and social process, and that care in connection with childbirth shall promote this process. The normal birth is closely linked to the midwife's profession where she has responsibility for and works independently with the request. The development of maternity care in the Western world has gradually gone from being seen as a normal event with a focus on the medical. Care during childbirth is characterized by risk awareness and interventions are done routinely before it is justified purely clinical. Guidelines in obstetrics are increasingly focusing on medical checks and the supporting role of the midwife is put aside. Quality of care should be evaluated from both the caregivers and the patients perspective, this is done through a variety of instruments and surveys. *Purpose:* The purpose of this study was to identify existing surveys that evaluate management of childbirth and to investigate how they treat criteria for the treatment of normal childbirth. *Methods:* The method used is a systematic literature review. Survey studies that examined the quality of care and women's experience of childbirth have been included. The searches have been made in the database PubMed, a total of seven surveys were selected. *Results:* The result shows that the surveys included have shortcomings when judged according to criteria of management of normal childbirth. The measuring instruments that meet the highest criteria that promote normal birth were CEQ and a measuring instrument based on WHO criteria for normal delivery. The criterion that most surveys concern is support. WOMBLSQ and CEQ is the instrument that affects most parts of the support. *Conclusion:* No survey contains both the management of the midwife and the womens experience.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	2
Förlossningsvårdens utveckling – kort Historik.....	2
Definition normal förlossning .....	2
Vård vid normal förlossning – barnmorskans ansvar.....	3
Att stödja och stärka .....	4
Barnafödande ur ett salutogent respektive patogent perspektiv.....	6
Kriterier för kvalitet av vård vid normal förlossning .....	8
Utvärdering av kvalitet av vård vid normal förlossning .....	9
Problemformulering .....	10
SYFTE.....	10
METOD.....	11
DESIGN .....	11
Inklusions- och exklusionskriterier .....	12
Forskningsetiska överväganden .....	12
Datainsamling, kvalitetsgranskning och analys .....	13
RESULTAT .....	15
DISKUSSION .....	23
Metoddiskussion.....	23
Resultatdiskussion.....	24
SLUTSATS .....	25
REFERENSER.....	26

## INLEDNING

*Föreställ Dig att Du är barnmorska;  
Du hjälper till när någon föds.  
Ge god hjälp utan att briljera eller göra väsen av det.  
Underlätta det som sker istället för det Du tycker borde ske.  
Om Du måste ta ledningen, gör det på ett sådant sätt att modern  
får hjälp men fortfarande är fri och den som bestämmer.  
När barnet är fött kommer modern säga det med rätta:  
"Vi gjorde det själva".  
(Heider, 1996, sid 45; från Lao Tzus Tao Te Ching, 2500 f.Kr.)*

Förlossningen är en naturlig företeelse och en livshändelse i kvinnors liv. Därför bör vikten av en positiv förlossningsupplevelse tas i beaktande, då den kan vara både stärkande och utvecklande. Den inledande dikten från 2500 f Kr. beskriver barnmorskans uppgift att stötta kvinnan och leda henne igenom förlossningen utan att ta över och ta kontrollen ifrån kvinnan. Målet är att kvinnan ska känna att det var hon som gjorde det, att hon själv utgör den största resursen och att kontrollen finns hos henne. Den normala förlossningen är barnmorskans ansvarsområde. Övergripande mål för förlossningsvården är att både mor och barn är friska och mår bra samt att kvinnan får en positiv upplevelse av graviditet och förlossning. Dessa mål ska eftersträvas med hjälp av så få interventioner som möjligt (World Health Organisation 1996, Socialstyrelsen 2001).

Föreliggande magisteruppsats ingår i ett forskningsprojekt som syftar till att identifiera befintliga frågeinstrument och enkäter som värderar vård under förlossning med fokus på hur den naturliga fysio-sociala förlossningsprocessen studeras.

## **BAKGRUND**

### **FÖRLOSSNINGSVÅRDENS UTVECKLING – KORT HISTORIK**

Sett ur ett historiskt perspektiv har förlossningsvården förändrats från att ha varit traditionell läkekonst till att bli en del av den medicinska vetenskapen. Den traditionella barnmorskan var en andlig vägledare, grunden var hennes vishet och erfarenhet. Barnmorskan besatt även kunskap om helande örter. En kunskap som ledde till förföljelse och avrättningar under häxprocesserna på medeltiden. På 1600-talet, i och med naturvetenskapens intåg, blev förlossningsvården alltmer medicinsk och läkaren fanns med i förlossningsrummet. Förlossningsvårdens hospitalisering, som inleddes med att Allmänna BB öppnades i Stockholm 1775, innebar ytterligare ett steg för att etablera den medicinska vetenskapen (Lundgren, 2010).

I slutet av 1800-talet föddes fortfarande de allra flesta barn i hemmet. Under 1920-1940 skedde en successiv förskjutning av förlossningarna till sjukvårdens institutioner. 1940-talets sociala reformer med mödrahälsovård och antibiotikans införande, ledde till att kvinnor i allt högre utsträckning födde barn på sjukhusens förlossningsavdelningar. På 50-talet föddes således endast 5 % av barnen i hemmet (Höjeberg, 1991). Även idag är hemförlossningar ovanligt. Sedan 1990-talet föds färre än 100 barn årligen i Sverige efter planerad hemförlossning (Lundgren och Erlandsson 2010).

### **DEFINITION NORMAL FÖRLOSSNING**

I begreppet ”normal” finns olika innebörder, både att det är något ”naturligt”, och att det är ”det vanligast förekommande”. Rådande kultur påverkar innebörden av begreppet ”normal”, varför detta inte är något statiskt, utan kan förändras över tid. Det som styr den rådande kulturen tar sig uttryck i politiska beslut och tilldelning av pengar (Berg 2010, Socialstyrelsen 2001). Utveckling och tillgång till medicinsk teknologi har haft stor betydelse för hur normal förlossning definieras. En minoritet av förlossningar i Sverige inkluderas inom definitionen ”normal”, om det med normal förlossning menas att den fysiologiska processen i kvinnans kropp får sköta sig själv utan medicinska interventioner (Berg 2010, Waldenström, 2007). Om



”normal” å andra sidan definieras som ”det vanligast förekommande” så är t ex kejsarsnitt en normal förlossning i vissa Latinamerikanska länder, och hemförlossning skulle vara det normala i flera låg-inkomstländer (Waldenström, 2007).

Världshälsoorganisationen, (WHO, 1996) definierar normal förlossning med att följande kriterier skall vara uppfyllda:

- Enkelbörd
- Graviditetslängd 37+0 till 41+6
- Vid förlossningens start föreligger inga riskfaktorer som bedöms kunna påverka förlossningens förlopp eller utfall
- Värkarbetet startade spontant
- Förlopp utan komplikationer från värkarbetets start till och med moderkakans framfödande.
- Barnet föds spontant i huvudbjudning
- Mor och barn mår bra efter förlossningen

Definitionen av en normal postpartumblödning står inte angivet i WHO (1996), men brukar anges under 1000 ml, uppmätt till och med två timmar postpartum. Normal som blödning främjas av att hinnor och placenta är fullständiga (Holmgren 2008).

## **VÅRD VID NORMAL FÖRLOSSNING – BARNMORSKANS ANSVAR**

Utgångspunkten för denna litteraturstudie är att barnafödandet är en naturlig fysiologisk och social process och att professionell vård ska främja denna process. Världshälsoorganisationen (1996) har, utifrån ovan identifierade kriterier, för normal förlossning, sammanställt barnmorskans huvudansvar i fyra punkter:

- Stödja kvinnan och hennes närstående under hela förlossningen, från värkarbete till eftervård.
- Observera förloppet under värkarbetet och efter födseln för att bedöma risker och tidigt vara observant på problem.

- Om det är nödvändigt ska barnmorskan genomföra mindre åtgärder, amniotomi el perineotomi.
- Hänvisa vidare om komplikationer uppstår som ligger utanför barnmorskans ansvarsområde.

Barnmorskan har ansvar för den normala förlossningen och arbetar självständigt med handläggningen av denna. Normal förlossning är således starkt knuten till barnmorskans profession (Lundgren, 2010). Detta betonas i olika styrdokument på nationell och internationell nivå (Berg & Lundgren, 2010). I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för barnmorskor anges att barnmorskan ska ha förmåga att självständigt handlägga normal förlossning (Socialstyrelsen 2006).

Det finns skillnader bland barnmorskor hur normal förlossning definieras (Kennedy & Shannon, 2006). Detta faktum tillsammans med att barnmorskan har självständigt ansvar för den normala förlossningen, gör det nödvändigt att reda ut vad en ”normal förlossning” är samt hur denna främjas. Nedan redogörs för hur normal förlossning definieras samt vad det finns för centrala delar i handläggningen. Vidare beskrivs olika perspektiv och hur de kan påverka handläggning av förlossning med fokus barnmorskans möjlighet att främja det normala.

### **Att stödja och stärka**

En normal fysiologisk förlossning innefattar även en upplevelsemässig dimension för kvinnan. En positiv förlossningsupplevelse är viktig eftersom den kan påverka framtida barnafödande (Gottwall & Waldenström, 2002). Centralt vid vård i samband med barnafödande är därför att det alltid finns en strävan efter att förlossningen blir en positiv och stärkande upplevelse för kvinnan (Berg, 2010). Det finns vetenskaplig evidens för att kontinuerligt stöd av en fysiskt närvarande person, barnmorska eller doula, ger ett bättre förlossningsutfall, vilket innebär en ökad förekomst av normal förlossning (Hodnett et al 2001).

Förlossningen är en central livshändelse som följer kvinnan genom livet (Simkin 1991). För att kunna möta kvinnan och stödja henne behöver barnmorskan se hela kvinnan och hennes behov. Det erbjuds genom att ha ett livsvärldsperspektiv. En människas livsvärld kan beskrivas som den sfär kring en människa inom vilken hon verkar och finns. I livsvärlden finns personens historia, förhållningssätt och även dennes relationer med omgivningen (Berg, 2010). En positiv förlossningsupplevelse har betydelse för anknytningen, relationen mellan mor och barn och även mellan kvinnan och hennes partner (Simkin, 1991, Lundgren, 2010).

Kvinnor har stor tilltro till den barnmorska som handlägger vården i samband med värkarbete och förlossning. De utgår från att barnmorskan har kunskap och erfarenhet att upptäcka fel och komplikationer varför tillit är centralt för att få en positiv upplevelse av förlossningen. Med tillit menas i det här fallet kvinnans tillit och tro på sin egen förmåga, partner eller barnmorska. Kvinnans självtillit stärks om hon upplever att barnmorskan tror på hennes förmåga att föda (Lundgren, 2010).

Barnmorskan bör vara närvarande både fysiskt och psykiskt under en förlossning för att kunna känna in kvinnans behov av stöttning under förlossningen och för att förmedla tilltro på hennes fysiska och psykiska förmåga att föda barn. Att stödja det unika, stärker och underlättar för kvinnan att kunna rekrytera sina egna resurser (Berg & Lundgren, 2010). Vad innefattas då i stöd? Enligt House (i Berg 2010) består det av fyra centrala delar:

- Känsломässigt stöd
- Information
- Instrumentellt stöd
- Bekräftande stöd.

Helt avgörande för att kunna uppnå detta är att det finns en genuin och personlig relation mellan barnmorskan och de blivande föräldrarna och att de upplever att barnmorskan är närvarande (Berg & Lundgren, 2010). Att stödja utan att ta över kontrollen är för barnmorskan en utmaning och en balansakt. Bluff & Holloway (1994) genomförde en kvalitativ studie i Storbritannien om kvinnors upplevelse av värkarbete och förlossning. De fann att kvinnor upplevde att de överlämnade kontrollen till barnmorskan istället för att lyssna på sin egen kropp till exempel gällande beslut om smärtlindring eller när det är dags att krysta. Det är

viktigt att den födande kvinnan och båda blivande föräldrar känner sig delaktiga under förlossningen. Information ökar delaktigheten. Genom att informera om förlossningens progress, smärtlindring och medicinska åtgärder, motiverar barnmorskan handläggningen av förlossningen samt ger föräldraparet en möjlighet att fatta, för dem, de rätta besluten. Sandin-Bojö et al (2011) fann i en studie som undersökte svenska kvinnors upplevelse av kvalitet av vården under förlossning och dess betydelse, att kvinnorna hade önskat få mer information om undersökningar och behandlingar. De hade också en önskan om mer respekt, förståelse och möjlighet att vara mer delaktiga i beslut kring vården. De önskade även att vården snarare utgick från deras behov än personalens rutiner.

## **BARNAFÖDANDE UR ETT SALUTOGENT RESPEKTIVE PATOGENT PERSPEKTIV**

Ett salutogent perspektiv innebär fokus på det friska och varför människor har hälsa trots utmaningar de ställs inför i livet. Ett centralt begrepp inom salutogenesen är KASAM – Känsla Av SAManhang. Detta begrepp innefattar *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*.

Ett salutogent perspektiv är tillämpligt i vård vid normal förlossning. Magnusson (1998) har tolkat KASAM för att förstå kvinnans upplevelse av förlossningen. *Begriplighet* innefattar; att kvinnan förstår förlossningsprocessen. *Hanterbarhet* innefattar; att kvinnan har resurser att möta krav och påverkan före, under och efter förlossningen. *Meningsfullhet* innefattar; att det finns en mening med att föda barn och det finns ett värde att engagera sig. Detta kan ställas i kontrast till ett patogent perspektiv, där fokus ligger på det sjuka och att eliminera risker (Magnusson, 1998).

Utvecklingen av förlossningsvården i västvärlden har successivt gått från en normal livshändelse, till en händelse med stort fokus på det medicinska (Reibel 2004, Lundgren 2010). Vården vid den normala förlossningen har alltmer kommit att efterlikna den vård som bedrivs vid en komplicerad förlossning, med fler interventioner som följd (Cherniak & Fisher, 2008). I många fall sker interventioner innan det kliniskt anses vara befogat. Ur ett medicinskt synsätt ses förlossningen som en riskfaktor med fokus på att upptäcka risker och utifrån dessa behandla eventuella sjukdomstillstånd. Medicinska interventioner och farmakologisk

smärtlindring kräver i högre utsträckning teknisk utrustning samt kontinuerlig övervakning (Giddens, 1991, Riebel 2004, Newburn 2010). Ofta finns där också ett mönster, där en intervention leder till nästa. Medicinska interventioner innebär en risk för både mor och barn samt en kostnad för samhället (Gottwall & Waldenström, 2002). Ett exempel på detta är kontinuerlig fosterövervakning med CTG, där kvinnan är mindre rörlig, vilket kan öka smärtan och leda till farmakologisk smärtlindring. Detta i sin tur kan påverka barnet negativt och kan i vissa fall leda till en instrumentell eller operativ förlossning (Cherniak och Fisher 2008). Socialstyrelsen (2011) skiljer mellan farmakologisk och icke farmakologisk smärtlindring. Farmakologisk innebär epiduralblockad, infiltration, paracervikalblockad, pudendusblockad och lustgas/syrgas. Till icke-farmakologisk räknas: TENS, akupunktur, bad och kvaddlar.

Rutinmässig användning av interventioner diskuteras världen över enligt WHO (1996), som menar att målet vid den normala förlossningen bör vara så få interventioner som möjligt med hänsyn till medicinsk säkerhet. För varje intervention som utförs bör det finnas en giltig anledning ifråga om att störa den naturliga processen (WHO, 1996). Interventioner bör utföras på strikt indikation för mödrars och barns välbefinnande och där kvinnan är informerad och införstådd med agerandet (ICM, 2005).

Visserligen har utvecklingen av medicinsk teknologi gjort barnafödande säkrare och lett till en minskning av både mödra- och barnadödlighet (Waldenström, 2007) men det finns inte evidens för ett rutinmässigt användande av exempelvis epiduralbedövning eller oxytocin vid lågrisk-förlossningar (Albers, 2005). Den höga användningen av medicinsk teknologi medför att kvinnan upplever sin kropp vara utanför henne själv. Det medför dessutom att riktlinjer som finns inom förlossningsvården fokuserar på medicinska kontroller medan barnmorskans stödjande funktion blir åsidosatt (Waldenström, 2005). Då kvinnor har stor tillit till att barnmorskan ger dem bästa vård och att de accepterar interventioner som barnmorskan finner nödvändiga, är det viktigt att barnmorskans beslut är evidensbaserade och att interventioner görs utefter individuella behov och inte rutinmässigt (Bojö & Kvist, 2008, Waldenström, 2007). Numera har föräldrar tillgång till att söka information genom massmedier och Internet. Denna information kan vara vinklad. För att göra det möjligt för föräldrarna att göra ett korrekt val, är det viktigt att barnmorskan även informerar om metodernas nackdelar och biverkningar (Sandin-Bojö et al, 2011). Därför behövs kontinuerlig fortbildning inom svensk sjukvård, vilken är evidensbaserad, så att barnmorskan ska känna trygghet i sin profession.

Befintliga utbildningar saknar ofta en holistisk syn på människan och förlossningsvården. Perspektiven är antingen kroppen *eller* psyket, själen och den omgivande miljön (Waldenström, 2005).

## **KRITERIER FÖR KVALITET AV VÅRD VID NORMAL FÖRLOSSNING**

Målet med vård vid normal förlossning, är att handläggningen främjar en normal fysiologisk och social process samt ger förutsättningar att kvinna/par får en positiv upplevelse. När det gäller värdering av kvalitet av vård i samband med normal förlossning, behövs både barnmorskors och föräldrarnas uppfattning och upplevelser tas i beaktande. Utifrån hur en normal förlossning samt dess handläggning enligt genomgången litteratur har definierats (WHO 1996, Socialstyrelsen 2001, Berg Lundgren 2010, Berg et al 2012) har vi identifierat följande kriterier vara centrala vid handläggning av normal förlossning:

### **KLINISKA KRITERIER:**

- Enkelbörd
- Graviditetslängd (37+0 – 41+6)
- Inga medicinska risker vid förlossningsstart
- Värkarbetet startar spontant
- Förlopp utan komplikationer från värkstart t.o.m. moderkakans framfödande
- Normal blödning ( $\leq 1000$  ml)
- Placenta och hinnor fullständiga

### **BARNMORSKANS HANDLÄGGNING:**

- Fosterövervakning (tratt eller CTG)
- Inga rutinmässiga medicinska interventioner
- Icke farmakologisk smärtlindring
- Barnets födelse i spontan huvudbjudning
- Frihet att röra sig under förlossningen
- Kvinnans ställning vid barnets framfödande
- Hud-mot-hud efter förlossning
- Mor och barn skiljs ej åt efter förlossning

- Mor mår bra efter förlossning
- Barn mår bra efter förlossning
- Journalföring/dokumentation om:
  - ✓ Medicinsk handläggning
  - ✓ Kvinnans helhetsupplevelse av förlossningen
  - ✓ Kvinnans egna önskemål
  - ✓ Aktiviteter av stöd

#### KVINNANS UPPLEVELSE:

- Kvinnans önskemål
- Kvinnans upplevelse
  - ✓ Känsla av kontroll
  - ✓ Förlossningens helhet
- Stöd
  - ✓ Emotionellt
  - ✓ Instrumentellt
  - ✓ Kontinuerligt
  - ✓ Bekräftande
  - ✓ Närstående
  - ✓ Information

### **UTVÄRDERING AV KVALITET AV VÅRD VID NORMAL FÖRLOSSNING**

Det är viktigt att all hälso- och sjukvård drivs med hög kvalitet. Kvalitetsarbete är i allt större utsträckning en integrerad del i sjukvården i Sverige. Denna utveckling ställer krav på ledningssystem som kartlägger och utvärderar kvalitén i vården. Socialstyrelsen har delat upp kvalitet av vård i sex kategorier:

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård – vården ska bygga på kunskap och beprövad erfarenhet.
- Säker hälso-och sjukvård
- Patientfokuserad hälso-och sjukvård – respekt och lyhördhet för individens behov.

- Effektiv hälso- och sjukvård – tillgängliga resurser används för att bäst uppnå uppsatta mål
- Jämlik hälso- och sjukvård- lika villkor för alla
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Vården skall vara medicinskt säker samt upplevelsemässigt optimal. Vårdkvalitet behöver därför värderas både ur vårdarens och också patientens perspektiv. För att mäta kvalitet behövs olika instrument och enkäter (Socialstyrelsen, God vård 2006).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Barnafödande är en fysiologisk process som bör ha sin naturliga gång och inte störas av rutinmässiga medicinska interventioner. En central del i barnmorskans uppgift under förlossning är att stödja kvinnan och hennes partner. Med rådande samhällssyn och fokus på medicinsk teknologi riskerar barnmorskans stödjande roll att bli åsidosatt till förmån för medicinska åtgärder. Baserat på litteraturgenomgång har centrala kriterier av vård som främjar normal förlossning identifierats. Det finns enkäter som används för att värdera kvalitet vid handläggning av förlossning, men det saknas en översikt över befintliga enkäter och frågeinstrument samt vilka aspekter av förlossningsvården de inkluderar.

## **SYFTE**

Syftet var att kartlägga befintliga enkäter som värderar handläggning av förlossning samt hur enkäterna behandlar kriterier för handläggning av normal förlossning.



## METOD

### DESIGN

Metoden som använts i denna magisteruppsats är en *systematisk litteraturstudie*. I en allmän systematisk litteraturstudie kan resultat från flera vetenskapliga studier sammanfogas så att ny, evidensbaserad kunskap kan tas fram inom ett område. Detta bidrar till att gemensamma ämnen och slutsatser vävs samman, så att läsaren har möjlighet att förstå resultatet av forskningen utan att behöva granska varje studie individuellt. En allmän litteraturstudie möjliggör tillgången till ett bredare utbud gällande studier i samband med annan forskning inom samma område. Genom att kombinera resultaten från många studier reduceras slumpens inflytande på resultaten. Därmed minskas också risken för felaktiga slutsatser (Harden & Thomas, 2007).

En allmän systematisk litteraturstudie kan delas in i olika steg. Dessa steg inleds med en utarbetning av användandet av studien, en motivering varför studien görs, en så kallad *problemformulering*. Det är styrt av frågor och avgränsningar av ämnet. Därefter formuleras en plan för litteraturstudien, en utveckling av *granskningsprotokoll*. Nästa steg i processen är att bestämma *sökord* och *sökstrategier*. Det följs av en omfattande sökning. I sökningen ingår sedan att *identifiera* och *välja ut* relevant litteratur i form av vetenskapliga artiklar eller vetenskapliga rapporter (Forsberg & Wengström, 2008).

Nästa steg i en litteraturstudie är att genomföra en *kvalitetsbedömning* av utvalda artiklar avseende kvalitet. Detta syftar till att identifiera hur vetenskapliga principer och delar i forskningsprocessen beaktats. Kriterier som är viktiga då en kvantitativ studie värderas, är *relevans* och *validitet* (Ludvigsson, 2002). I denna uppsats ska dessa belysa det mätinstrument där barnmorskans handläggning av förlossning bedöms, och/eller kvinnans upplevelse av sin förlossning. Relevansen belyser om studien har tillfört någon ny kunskap eller om den förstärkt rådande uppfattningar. Relevansen belyser också om studien behövde göras från första början. En studies validitet kan bedömas på olika sätt. Det sätt som författarna valt i denna litteraturgranskning är *triangulering* (Ludvigsson, 2002). Triangulering kan göras angående forskare, data, teorier eller metoder. I detta fall gjordes trianguleringen med avseende på forskare, vilket i denna magisteruppsats innebär att flera forskare (två studenter

och en handledare) varit involverade i datainsamlingen och analysen (Forsberg & Wengström, 2008). Till sist *sammanställs* resultatet, *slutsatser* dras och diskuteras (Forsberg & Wengström, 2008., Harden & Thomas, 2007).

## **INKLUSIONS- OCH EXKLUSIONSKRITERIER**

Inklusions- och exklusionskriterierna styrs av syftet och formuleringen av frågeställningarna. Det var därför viktigt att identifiera en klar och tydlig problemformulering innan sökandet av relevanta vetenskapliga artiklar och rapporter påbörjades (Whitemore & Knafelz, 2005).

En avgränsning gjordes till att enbart inkludera enkätstudier och där kan både slutna och öppna frågor finnas med. Enkätstudier som studerat kvalitet av vård inklusive kvinnans upplevelse av förlossningen inkluderades. Föreliggande studie begränsades till en mikronivå där vissa organisationsstrukturer uteslöts, till exempel hemförlossningar.

Inklusionskriterier för föreliggande studie var att samtliga vetenskapliga artiklar var skrivna på engelska och publicerade i peer-reviewed tidsskrifter. Mätinstrument som används för antenatalvård, neonatalvård och postnatalvård exkluderades. Även artiklar där kvinnans upplevelse av hennes förlossning redovisats, men där för lång tid gått mellan det att förlossningen ägde rum och då undersökningen utförts, uteslöts.

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Enligt CODEX, Centrum för forsknings- & bioetik, definieras begreppet forskning som ett vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund. Denna definition gäller enligt etikprövningslagens senaste ändring 2008. Dock gäller detta inte arbeten som utförs på högskoleutbildning, varken på grundnivå eller på avancerad nivå ([www.codex.uu.se](http://www.codex.uu.se)).

De rent etiska reglerna kan sammanfattas enligt följande; krav på att *information* ges, att *samtycke* inhämtas, att *konfidentialiteten* bevaras och att materialet inte *nyttjas* till något annat än för den forskning för vilken det samlats in ([www.codex.uu.se](http://www.codex.uu.se)). Då de vetenskapliga artiklarna som använts i denna magisteruppsats är publicerade, är utgångspunkten att information, samtycke och konfidentialitet redan är taget i beaktande.

En viktig aspekt gällande det etiska ansvaret har varit att material i olika studier från början kan varit avsedda att belysa särskilda områden. Därför kunde vissa bitar av materialet inte plockas ur sitt sammanhang. Författarna till föreliggande studie har eftersträvat ett objektivt förhållningssätt till vald litteratur för att minska risken för övertolkning.

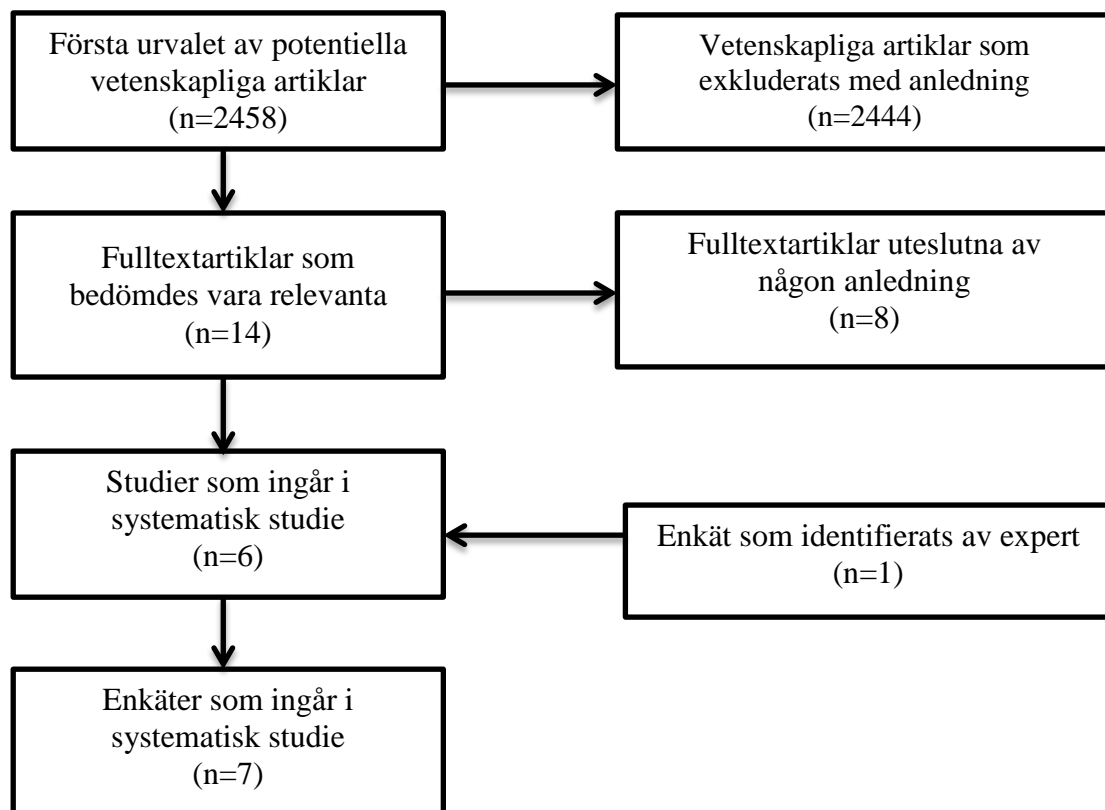
## DATAINSAMLING, KVALITETSGRANSKNING OCH ANALYS

Genom en inledande bred litteratursökning av det valda området erhöles en översikt av relevanta artiklar att ta med i denna studie. Det var kvantitativa originalartiklar som motsvarade magisteruppsatsens syfte. Artikelsökningen utfördes i databasen PubMed, vilken innefattar områdena medicin och omvårdnad. Den systematiska sökningen av artiklar genomfördes på Biomedicinska biblioteket i Göteborg i två olika omgångar. I Tabell 1 redovisas sökningarna som gav resultat:

Tabell 1. Tillvägagångssätt litteratursökning

Databas sökning	Söktermer
PubMed	1) childbirth AND questionnaire*
	2) childbirth AND questionnaire* AND instrument*
	3) (delivery OR labor OR labour) AND (scale* OR score*) AND midwif*
	4) (delivery OR labor OR labour) AND (scale* OR score*) AND midwif* AND quality
Genom referenslista i funna artiklar.	
Konsultation med experter inom området.	

De flesta artiklarna i första urvalet, exkluderades redan efter genomläsning av titlarna och ytterligare flera efter att abstrakt lästs igenom, då de inte handlade om förlossningen utan om tiden innan (prepartum) och tiden efter (postpartum). Några av artiklarna handlade inte alls om reproduktiv och perinatal hälsa då ordet "labor/labour" förekommer i andra sammanhang. Slutligen valdes 14 artiklar ut som föreföll relevanta och av dessa, valdes sedan åtta bort. En av dessa hade en alltför snäv inriktning på fädernas upplevelse av förlossning. I en annan artikel var inte mätinstrumentet som använts redovisat. Två av artiklarna uteslöts p.g.a. fel inriktning som oro vid graviditet och förlossning, samt kvinnornas välmående psykiskt och fysiskt sex veckor postpartum. En annan artikel handlade endast om anknytning mellan mor och barn och en om känslor inför förlossning. Slutligen valdes ytterligare två artiklar bort. Av dessa var en för gammal, vilket medfört att ny forskning framkommit sedan den publicerats och en annan artikel var en litteraturstudie. Slutliga sökningen resulterade i sju publikationer. I flödesdiagrammet nedan (*Figur 1*) redovisas en sammanfattning av detta.



*Figur 1: Flödesdiagram av inkluderade och exkluderade artiklar*

## RESULTAT

Sökningen resulterade i totalt sju publicerade vetenskapliga artiklar. Dessa redovisas nedan i en kort sammanfattning, var artikel för sig. En artikelöversikt gjordes, vilket redovisas i *Tabell 2*. Därefter analyserades de vetenskapliga artiklarna utefter de centrala kriterier vid handläggning av normal förlossning som presenterades i bakgrunden. Denna analys redovisas i *Tabell 3*. Frågor och ämnen i mätinstrumenten benämns som *poster*.

Jansen & Desmarais (2012) har utvecklat ett mätinstrument i Kanada, som beskriver kvinnors tillfredsställelse av vården vid tidigt förlossningsarbete, ELEQ (**E**arly **L**abour **E**xperience **Q**uestionnaire). Författarna menar att det finns tidigare undersökningar som visar att behovet för ett sådant instrument finns. Syftet med artikeln var att beskriva utvecklingen och kvalitetsgranska egenskaperna av ELEQ. Mätinstrumentet innehåller 26 poster, rankade på en 5-gradig skala, som mäter kvinnors emotionella erfarenheter tidigt i förlossningsarbetet, uppfattningar om omvårdnad, huruvida de skulle rekommendera denna omvårdnad i till en vän samt om de upplever att de tog sig till sjukhuset i rätt tid. Faktoranalysen gav tre delskalor; emotionellt välbefinnande, emotionell stress och uppfattningar om omvårdnad. I väntan på ytterligare validering, kan ELEQ bidra till bedömningen av kvinnors erfarenhet av olika aspekter av mödravård, utvärdering av kvaliteten på mödravården, och förbättring av service inom mödrahälso- och förlossningsvård (Jansen & Desmarais, 2012).

Smith (2001) har utvecklat mätinstrumentet WOMBLSQ (**W**omen's **V**iews of **B**irth **L**abour **S**atisfaction **Q**uestionnaire), vilket gjordes i södra England och tog fyra år. Syftet var att publicera ett kvantitativt instrument för att mäta mödrars tillfredsställelse av kvaliteten på olika dimensioner av mödrahälsovård i Storbritannien. Det fanns från början tre egentliga varianter av enkäten WOMBLSQ, som slutligen resulterade i en fjärde. Flera olika kontroller och utvärderingar gjordes under utvecklingsprocessen för att få en högre validitet. WOMBLSQ analyserades med hjälp av SPSS-PC. De två sista versionerna bestod av 10 poster. Utöver en allmän tillfredsställelse togs följande poster upp: professionellt stöd under förlossningen, förväntningarna på förlossningen, att hålla i barnet, stöd från make/sambo, smärtlindring under förlossningen, smärtlindring omedelbart efter förlossningen, att känna vårdgivaren, förlossningsmiljön och kontroll under förlossningen. Om enkäten ska användas separat eller i kombination med andra instrument lämnar författarna osagt (Smith, 2001).

'Bologna Score' är ett mätinstrument från Europa som har utvecklats av Chalmers & Porter (2001). Avsikten med 'Bologna score' var att mäta, både på individuell- och gruppnivå, i vilken omfattning förlossningar har handlagts som normala i motsats till komplicerade. Definitionen av 'normal förlossning' har gjorts utifrån WHO's kriterier. De fem posterna vilka Bologna score berör är följande: närvaro av en "följeslagare" under förlossningen, användande av partogram, frånvaro av stöd samt akut kejsarsnitt, användande av icke liggande ställning vid förlossning, hud-mot-hud-kontakt mellan mor och barn i minst 30 minuter under den första timmen efter förlossningen. Bologna score är i denna artikel en presentation och en inbjudan till forskare världen över att utveckla vidare. Den behöver översättas till olika språk och också testas att användas i praktiken. Författarnas rekommendation är att en framtida utvärdering, vilken inkluderar ett globalt fältprov, av Bologna score görs, liknande det som gjorts med Apgar score (Chalmers & Porter, 2001).

SMMS (Scale for Measuring Maternal Satisfaction) har utvecklats av Gungor & Kizilkaya Beji (2011) i Istanbul. Syftet var att utveckla ett instrument för att mäta mödrars erfarenheter från förlossningen och utvärdera förlossningsupplevelserna och den tidiga postpartum-perioden. SMMS är utvecklat till två grupper, både till vaginal- och sectioförlösta mödrar. Frågeformuläret består av totalt 54 poster som sedan delas in i sex delskalor; professionellt stöd och omhändertagande, information och deltagande i beslutsfattandet, postpartum vård, miljö/omgivning, integritet och att möta förväntningar. Frågorna var formulerade på samma sätt till de båda grupperna, men det fanns sex specialfrågor till normalförlösta mödrar och tre specialfrågor till sectioförlösta mödrar. Styrkan hos dessa instrument innefattar att kunna utvärdera upplevelsen av vården och även den känslomässiga tillfredsställelsen. Det inkluderar också erfarenheter av förlossningen, födelsen och postpartum-tiden som en helhet (Gungor & Kizilkaya Beji, 2011).

Dencker, Taft, Bergqvist, Lilja, Berg (2010) har utvecklat mätinstrumentet CEQ (Childbirth experience questionnaire) i Sverige. Syftet var att ta fram ett frågeformulär för att bedöma olika aspekter av förstföderskors förlossningsupplevelser. Detta eftersom negativa upplevelser från den första förlossningen ökar risken för maternal postpartum depression samt har en negativ effekt på mödrars inställning till framtida graviditeter och val av förlossningssätt. Relevanta områden identifierades genom litteraturstudier, diskussioner i en grupp av fyra erfarna barnmorskor och en erfaren förlossningsläkare. Även intervjuer med förstföderskor gjordes. I dom identifierade områdena inom förlossningserfarenhet ingår intrapartal känsla av

trygghet och kontroll, erfarenhet av förlossningssmärta, partners stöd, barnmorskors vård och stöd, minnen från förlossningen och erfarenhet av den egna prestationen. Dessa mynnar ut i 22 poster vilka besvaras i en 4-gradig skala. Även VAS-skalan (Visuell Analog Skala) användes vid frågor kring känsla av trygghet och kontroll, samt erfarenhet av förlossningssmärta. CEQ mäter viktiga dimensioner av den första förlossningsupplevelsen och kan användas för att mäta olika aspekter av moderns tillfredsställelse utav förlossningsförloppet och födelsen. Resultaten kan användas för att identifiera områden för förbättringar och utveckling av guidelines mot evidensbaserad vård (Dencker, et. al., 2010).

Barnmorskeyrket är en profession baserad på att förespråka det normala i graviditet och förlossning (WHO, 1996). Sandin Bojö, Hall-Lord, Axelsson, Udén, Wilde-Larsson (2004) utvecklade ett mätinstrument i Sverige avsett att mäta barnmorskors vård i relation till WHO:s klassificering av vård vid normal förlossning. Instrumentet består av 78 poster relaterat till bakgrunden och de fyra kategorierna som rekommenderas av WHO's av vård vid normal förlossning, som är bevisligen användbara och bör främjas. Frågorna står i relation till bakgrund, metoder som är klart skadliga eller ineffektiva och bör avlägsnas, metoder för vilka det finns tillräckliga bevis för att stödja och tydlig rekommendera och som bör användas med försiktighet tills ytterligare forskning styrker fakta, samt metoder som ofta används felaktigt. Sandin Bojö, et. al. (2004) föreslår att instrumentet används för att mäta dokumenterad vård systematiskt eller för observation på en förlossningsavdelning för mätning av kvalitet av barnmorskors vård. Resultaten kan användas för att identifiera områden för förbättringar och utveckling av riktlinjer mot evidensbaserad vård samt för att finna kvalitetsindikatorer. Instrumentet skulle kunna användas som ett verktyg för att förbättra dokumentation och genomförande av förändringar i klinisk praxis, vilket kan förbättra kvaliteten på barnmorskors vård och involvera kvinnor i beslutsfattandet (Sandin Bojö et. al. 2004).

**KUPP (Kvalitet Ur Patientens Perspektiv)** är ett mätinstrument som utvecklats i Sverige som avsett att mäta vårdkvalitet ur patientens perspektiv. Då KUPP är ett omfattande mätinstrument, har en kortare version utvecklats av Wilde Larsson & Larsson (2002). Anledningen till att utveckla och testa en kort version av KUPP, kallad MiniKUPP, var delvis att eliminera breda frågeformuleringar som till exempel "Hur upplever du din vård?". Wilde Larsson & Larsson menar att det finns bevis för att svar på sådana breda frågor påverkas av personlighet, sinnelag och humör. En annan nackdel med globala frågor är att svaren ger föga vägledning om kvalitet till förbättrade åtgärder. MiniKUPPEN består av 22 delskalor, där

varje delskala har en post. Dessa poster har valts ut ur originalversionen av KUPP. I vissa fall har två poster i originalversionen sammanfattats till en post i MiniKUPP. Idealiskt är att den långa versionen av KUPP används, tillsammans med intervjuer och andra typer av data som kvalitetssäkrar vården. När den korta versionen av MiniKUPP används, kan en uppföljning med fördel göras, där utvalda delar från den långa versionen kompletterar övriga fakta. Vilka delar som skulle vara aktuella att komplettera med kan resultatet från MiniKUPP avgöra, för att se var behovet finns (Wilde Larsson & Larsson, 2002).



Tabell 2: Artikelöversikt

Författare	Land	Enkät/ Instrument	Antal poster	Delskalor
Jansen & Desmariais	Kanada	ELEQ	ELEQ innehåller 26 poster, rankade på en 5-gradig skala, vilka delas in i 3 delskalor.	Emotionellt välbefinnande, emotionell stress och uppfattningar om omvårdnad
Smith, L.F.P.	England	WOMBLSQ	WOMBLSQ innehåller 10 poster.	Allmän tillfredsställelse, professionellt stöd under förlossningen, förväntningarna på förlossningen, att hålla i barnet, stöd från make/sambo, smärtlindring under förlossningen, smärtlindring omedelbart efter förlossningen, att känna vårdgivaren, förlossningsmiljön och kontroll under förlossningen.
Chalmers & Porter.	Europa	The Bologna Score.	Bologna score innehåller 5 poster.	Närvaro av en "följeslagare" under förlossningen, användandet av partogram, frånvaro av stöd eller akut kejsarsnitt, användande av icke liggande ställning vid förlossning, hud-mot-hud-kontakt mellan mor och barn i minst 30 minuter under den första timmen efter förlossning.
Gungor & Kizilkaya Beji.	Istanbul	SMMS	SMMS består av totalt 54 poster, som delas in i 6 delskalor.	Professionellt stöd och omhändertagande, information och deltagande i beslutsfattandet, postpartum vård, miljö/omgivning, integritet och att möta förväntningar.
Dencker, et.al.	Sverige	CEQ	CEQ innehåller 22 poster i en 4-gradig skala.	Intrapartal känsla av trygghet och kontroll, erfarenhet av förlossningssmärta, partners stöd, barnmorskors vård och stöd, minnen från förlossningen och erfarenhet av den egna prestationen.
Sandin Bojö, et.al.	Sverige	WHO's kriterier	Innehåller 78 poster.	WHO's fyra punkter för barnmorskans huvudansvar, bakgrund, metoder som är klart skadliga eller ineffektiva och bör avlägsnas, metoder för vilka det finns tillräckliga bevis för att stödja och tydligt rekommendera och som bör användas med försiktighet tills ytterligare forskning styrker fakta samt metoder som ofta används felaktigt.
Wilde Larsson & Larsson.	Sverige	MINIKUPP	Innehåller 44 poster, i en 4-gradig skala.	22 delskalor finns, vilka är utvalda ur originalversionen av KUPP.

Tabell 3: Översikt kriterier som främjar normal förlossning

<b>KRITERIER</b>	<i>ELEQ</i> Jansen et al	<i>WOMBSQ</i> Smith	<i>Bologna Score</i> Chalmers	<i>SMMS</i> Gungor	<i>CEQ</i> Dencker	<i>WHO's kriterier</i> Sandin-Bojö	<i>MiniKUPP</i> Wilde Larsson
<b>KLINISKA KRITERIER</b>							
• Enkelbörd	X		X				
• Gravitetetslängd (37+0 – 41+6)			X		X		
• Inga medicinska risker vid förlossningsstart							
• Värkarbetet startar spontant			X		X		
• Förlopp utan komplikationer från värkstart t.o.m. moderkakans framfödande			X				
• Normal blödning ( $\leq 1000$ ml)					X		
• Placenta och hinnor fullständiga						X	
<b>BARNMORSKANS HANDLÄGGNING</b>							
• Fosterövervakning (tratt eller CTG)						X	
• Inga rutinmässiga medicinska interventioner						X	
• Icke farmakologisk smärtlindring						X	
• Barnets födelse i spontan huvudbjudning							
• Frihet att röra sig under förlossningen					X	X	
• Kvinnans ställning vid barnets framfödande			X		X	X	

<b>KRITERIER</b>	<i>ELEQ</i> Jansen et al	<i>WOMBL SQ</i> Smith	<i>Bologna Score</i> Chalmers	<i>SMMS</i> Gungor	<i>CEQ</i> Dencker	<i>WHO's kriterier</i> Sandin-Bojö	<i>MiniKUPP</i> Wilde Larsson
• Hud-mot-hud efter förlossning			X			X	X
• Mor och barn skiljs ej åt efter förlossning		X		X			
• Mor mår bra efter förlossning				X		X	
• Barn mår bra efter förlossning			X	X	X	X	
• Journalföring/dokumentation om							
✓ medicinsk handläggning			X			X	
✓ kvinnans helhetsupplevelse av förlossningen							
✓ kvinnans egna önskemål						X	
✓ aktiviteter av stöd							
<b>KVINNANS ÖNSKEMÅL</b>							
• Kvinnans önskemål	X			X	X	X	X
• Kvinnans upplevelse							
✓ Känsla av kontroll (empowerment)					X		
✓ Förlossningens helhet		X					
• Stöd							
✓ Emotionellt	X	X		X	X	X	X
✓ Instrumentellt						X	X
✓ Kontinuerligt	X	X			X	X	

<b>KRITERIER</b>	<i>ELEQ</i> Jansen et al	<i>WOMBL SQ</i> Smith	<i>Bologna Score</i> Chalmers	<i>SMMS</i> Gungor	<i>CEQ</i> Dencker	<i>WHO's kriterier</i> Sandin-Bojö	<i>MiniKUPP</i> Wilde Larsson
✓ <b>Bekräftande (respekt, lyhördhet, stärkande)</b>	X	X		X	X		X
✓ <b>Närstående</b>		X	X		X	X	
✓ <b>Information</b>	X	X	X	X	X	X	X

# DISKUSSION

## METODDISKUSSION

Denna systematiska litteraturstudie syftade till att kartlägga befintliga enkäter/instrument som finns inom förlossningsvården idag, internationellt och nationellt, och granska dessa utifrån den normala förlossningens perspektiv. För att få fram så mycket information som möjligt på detta område har en systematisk litteraturstudie varit ett bra sätt att arbeta på eftersom denna metod sammanfogar vetenskapliga studier, vilket ger en bra helhetsbild så att ny evidensbaserad kunskap kan tas fram och leda till förbättringar.

Inom ramen för föreliggande litteraturstudie har vissa begränsningar gjorts i begreppet 'normal förlossning' eftersom studien annars hade blivit alltför omfattande. Då tidigare forskning på det specifika ämnet saknas, lades fokus på kvinnans upplevelse och barnmorskans stöd. Faktorer som hemförlossning, partners upplevelse och miljö/förlossningsrummet valdes bort. Till följd av dessa prioriteringar och avgränsningar kunde frågeställningarna besvaras och syftet uppfyllas.

Författarna till föreliggande studie är medvetna om att resultatet hade blivit mer heltäckande om parametrar som känslor inför förlossning och anknytning mellan mor och barn postpartum, hade tagits i beaktande (Wittkowski et al, 2007). Möjligen hade då paralleller kunnat ses mellan hur en normal fysiosocial process främjar dessa parametrar. Även fädernas känslor, upplevelser och förberedelser av deras partners förlossning kunde ha gett författarna ett bredare perspektiv av vad som kan tänkas påverka den normala fysiosociala processen (Sapountzi-Krepia et al, 2007).

Det finns både styrkor och utmaningar med att vara två författare. Genom att granska varandras arbete kritiskt under hela processen utvecklas vidare tankar och resonemang och sammantaget upplevs det som en fördel att ha varit två författare att skriva denna uppsats.Handledaren för studien har haft en viktig roll med nya infallsvinklar och ny energi. Vid analys av de vetenskapliga artiklarna, har de kunnat granskas av författarna var för sig, för att sedan jämföra resultaten av dessa. Detta har ökat reliabiliteten och validiteten i denna magisteruppsats.

## RESULTATDISKUSSION

Eftersom barnafödandet är en central livshändelse som de flesta kvinnor har relation till, har författarna i föreliggande studie fokuserat på hur den naturliga fysiosociala processen beaktas inom förlossningsvården. En positiv förlossningsupplevelse är viktig då den kan påverka framtida barnafödande samt har betydelse för anknytningen, relationen mellan mor och barn och även mellan kvinnan och hennes partner (Simkin, 1991, Lundgren, 2010, Gottwall & Waldenström, 2002). Utvecklingen av förlossningsvården i västvärlden har gått från en normal livshändelse, till en händelse med stort fokus på det medicinska (Reibel 2004, Lundgren 2010) med fler interventioner som följd (Cherniak & Fisher, 2008). Det kan delvis förklaras med att den födande populationen har förändrats över tid. Waldenström (2005) menar att den medicinska utvecklingen ger nya möjligheter och en säkrare vård. Idag kan även kvinnor som tidigare avråddes från graviditet och förlossning på grund av sjukdom genomgå detta. Samtidigt påpekar Waldenström att medicinska interventioner bör ske på indikation och inte rutinmässigt. Författarna till föreliggande studie menar därför att det är av betydande vikt att värna om barnmorskans stödjande roll och främja handläggningen av normal förlossning.

Vårdkvalitet behöver värderas både ur barnmorskans och också patientens perspektiv, för att vården ska bli både medicinskt säker och en positiv upplevelse för kvinnan (Socialstyrelsen, 2006). Av de sju inkluderade enkäterna var det ingen som tar upp båda perspektiven utan antingen bedöms barnmorskans handläggning (Bologna Score och mätinstrumentet baserat på WHO's rekommendationer) eller kvinnans upplevelse (ELEQ, CEQ, WOMBLSQ, SMMS och MiniKUPP). Utav de befintliga mätinstrumenten som redovisats är det CEQ (Dencker et al, 2010) och mätinstrumentet baserat på WHO's kriterier för normalförlossning (Sandin-Bojö et al, 2004) som redovisar flest kriterier som främjar normal förlossning. Resultatet kan till viss del bero på att kriterierna vilka främjar normal förlossning som författarna valt att belysa i denna magisteruppsats, delvis baseras på WHO's kriterier.

Mätinstrumentet baserat på WHO's rekommendationer är det enda som tar upp faktorer som är direkt skadliga eller **inte** främjar normal förlossning. Det ses som en styrka som inte framkommit med det analysverktyg som användes i föreliggande studie då endast faktorer som främjar normal förlossning tagits upp. Att även belysa aspekter vilka är skadliga eller inte

är främjande är en viktig del, inte minst i en strävan att komma ifrån rutinmässigt användande av interventioner.

Bologna Score, ett av de mätinstrument som bedömer barnmorskans handläggning är ett övergripande instrument som bara ger information om de fem ingående posterna. I en studie av Tordsson och Bremer (2010), användes Bologna Score för att undersöka hur normal förlossning handläggs i Indien. Författarna beskriver brister i Bologna Score och ifrågasätter validiteten i instrumentet, om dessa fem objekt täcker upp området handläggning av vård under förlossning. I analysen i föreliggande studie visar att Bologna Score inte är tillräcklig för att mäta kvalitet av handläggning vid vård under förlossning.

Det kriteriet som flest mätinstrument inkluderar är *stöd*. WOMBLSQ och CEQ är de två mätinstrument som berör flest delar av "stödet". Detta är naturligtvis positivt eftersom barnmorskans stödjande roll bidrar till att en strävan efter att förlossningen för kvinnan blir en positiv och stärkande upplevelse kan uppfyllas (Berg, 2010).

## **SLUTSATS**

Sju mätinstrument identifierades som bedömde handläggning av vård under förlossning, antingen barnmorskans bedömning eller kvinnans upplevelse. Inget av instrumenten var baserat på båda perspektiven. För att få det, behöver åtminstone två av instrumenten användas samtidigt. För framtida forskning inom området kan ett nytt instrument utvecklas som täcker in ett större område, alternativt ett befintligt vidareutvecklas.

Av de mätinstrument som analyserats är det CEQ samt mätinstrumentet baserat på WHO's rekommendationer som är mest heltäckande gällande kriterier som främjar normal förlossning.

## REFERENSER

- Albers, L.L. (2005). Overtreatment of normal childbirth in U.S. hospitals. *Birth*, 32(1)
- Berg, M. (2010). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I: M. Berg & I. Lundgren (Red.) *Att stödja och stärka* (sid. 29-42). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M. & Lundgren, I. (2010). Att vårda vid barnafödande är att stödja och stärka. I: M. Berg & I. Lundgren (Red.) *Att stödja och stärka* (s.237-242). Lund: Studentlitteratur.
- Bluff, R. & Holloway, I. (1994). 'They know best': womens perceptions of midwifery care during labour and childbirth. *Midwifery*, 10, 157-64.
- Chalmers, B., & Porter, R. (2001). Assessing Effective Care in Normal Labor: The Bologna Score. *Birth*, 28(2).
- Cherniak, D., & Fisher, J. (2008). Explaining obstetric interventionism: Technical skills, common conceptualisations, or collective countertransference? [Electronic version]. *Women's Studies International Forum*, 31, 270-277.
- Codex – Regler och riktlinjer för forskning. <http://www.codex.vr.se/manniska6.shtml> 2012-01-13.
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BioMed Central*, 10:81.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier-Värdering, analys & presentation av omvårdnadsforskning* Stockholm: Natur & Kultur.
- Gungor, I., & Kizilkaya Beji, N. (2011). Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*, 28, 348-357.



Gottwall, K. Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJO*, 109, 254-60.

Göteborgs Universitet (2011). Utbildningsplan för barnmorskeprogrammet [http://www.gu.se/digitalAssets/1314/1314340\\_utb-plan-bm-h10-100820.pdf](http://www.gu.se/digitalAssets/1314/1314340_utb-plan-bm-h10-100820.pdf) (Tillgänglig 2011-12-28)

Harden, A. & Thomas, J. (2007). Methodological issues in combining diverse study types in systematic reviews. *International Journal of Social Research Methodology*, 8 (3), 257-271.

Heider, Karl G. (1996) *Grand Valley Dani: Peaceful Warriors (3:e uppl.)*. Stamford: Wadsworth Publishing

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. (2011) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 2: CD003766.

Holmgren, P Å. (2008). Postpartumblödningar. I: Hagberg, H., Marsal, K., Westgren, M. (red.) *Obstetrik* (s. 553-563). Lund: Studentlitteratur.

Höjeberg, P. (1991). *Jordemor. Barnmorskor och barnsängskvinnor i Sverige*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Jansen, P. A. & Desmarais, S. L. (2012). Development and psychometric properties of the Early Labour Experience Questionnaire (ELEQ). *Midwifery*

Kennedy, H. P. & Shannon M. T. (2004). Keeping birth normal: Research findings on midwifery care during childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33, 5, 554-560.

Lindgren, H., & Erlandsson, K. (2010). Women´s experiences of empowerment in a planned home birth: A Swedish population-based study. [Electronic version]. *Birth*, 37(4), 309-317.

Ludvigsson, J.F. (2002). *Att börja forska- inom medicin och vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur

Lundgren, I (2010). Förlossningsvårdens historia. I: M. Berg & I. Lundgren (Red.) *Att stödja och stärka* (s. 17-25). Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, I (2010). Vård vid normalt barnafödande. I: M. Berg & I. Lundgren (Red.) *Att stödja och stärka* (s. 117-144). Lund: Studentlitteratur.

Lothian, J. (2004). Promoting, protecting and supporting normal birth. *The Journal of Perinatal Education*, 13 (2).

Magnusson, B. (1998) *Förlossningsrädsla*. Lund: Studentlitteratur.

Newburn, M. (2010). The best of both worlds – Parents' motivations for using an alongside birth centre from an ethnographic study. *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2010.10.014.

Reibel, T. (2004). Normal birth: a thing of the past or the new future for primary health care? [Electronic version]. *Primary Health Care Research and Development*, 5, 329-337.

Sandin-Bojöö, A-K. & Kvist, L. (2008). Care in labor: A swedish survey using the Bologna score. *Birth*, 35(4).

Sandin-Bojöö, A-K. Wilde, L. B. Axelsson, O. Hall-Lord, M.L. (2005). Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to World Health Organization recommendations for care in normal birth. *Midwifery*, 22, 207-17.

Sandin Bojöö, A-K., Hall-Lord, M-L., Axelsson, O., Udén, G., Wilde Larsson, B. (2004). Midwifery care: development of an instrument to measure quality based on the World Health Organization's classification of care in normal birth. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 75-83.

Sandin-Bojöö, A-K. Kvist, L. Berg, M. Wilde Larsson, B. (2011). What is, could be better – Swedish women's perceptions of their intrapartal care during planned vaginal birth. *International Journal of Health Care*, 24(1).

Sapountzi-Krepia, D., Raftopoulos, V., Psychogiou, M., Tzavelas, G., Vehvilainen-Julkunen, K. (2007). Test-retest reliability of the Kuopio instrument for fathers (KIF): a questionnaire to assess fathers' feelings, experiences and preparation for their wife/partner's delivery. *Midwifery*, 25, 366-372.

Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part 1. *Birth*, 18(4).

Smith, L. F. P. (2001). Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Quality in Health Care*, 10, 17-22.

Socialstyrelsen *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 27 december, 2012, från [www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1\\_20061051.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf)

Socialstyrelsen, *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Hämtad 11 juni, 2011, från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9406/2006-101-pdf>

Socialstyrelsen, *State of the art. Handläggning av normal förlossning*. Hämtad 13 januari, 2012, från <http://www.sfog.se/PDF/2001-123-1.PDF>.

Tordsson, E. & Bramer, T. (2010). *Assessment of care in labour in a delivery ward in Gulbarga, India*. Opublicerat examesarbete (15hp) i reproduktiv och perinatal hälsa. Göteborg: Göteborgs Universitet.

Waldenström, U. (2005). Det medicinskt möjliga gör oss fartblinda – interventionskaskaden vid barnafödande måste ifrågasättas. *Läkartidningen*, 102, 24-25.

Waldenström, U. (2007). Normal childbirth and evidence based practice. *Women and Birth*, 20(4).

Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). Methodological issues in nursing research - The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 546-553.

Wilde Larsson B., Larsson, G. (2002). Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 681-687.

Willman, A., Stoltz, P., Bahtsevani, C., (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Wittkowski, A., Wieck, A., Mann, S. (2007). An evaluation of two bonding questionnaires: a comparison of the Mother-to-Infant Bonding Scale with the Postpartum Bonding Questionnaire in a sample of primiparous mothers. *Arch Womens Ment Health*, 10, 171-175.

World Health Organization. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Hämtad 13 januari, 2011, från [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)

Socialstyrelsen, (2011) *Sveriges officiella statistik*. Hämtad 19 mars, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-3-19/Documents/Bilaga%201.pdf>