

Obstetriska plexus brachialisskador

Att förebygga skada vid handläggning av skulderdystoci

FÖRFATTARE	Elisabeth Andersson Merethe Lorentsson
PROGRAM/KURS	Barnmorskeprogrammet RPH100
	HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margareta Mollberg
EXAMINATOR	Evelyn Hermansson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Obstetriska plexus brachialisskador- Att förebygga skada vid handläggning av skulderdystoci.
Titel (engelsk):	Obstetric Plexus brachialis injury- to prevent injury when dealing with shoulder dystocia.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurskod/kurs	Barnmorskeprogrammet, RPH 100, Examensarbete 15 hp, HK12
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	40 sidor
Författare:	Elisabeth Andersson och Merethe Lorentsson
Handledare:	Margareta Mollberg
Examinator:	Evelyn Hermansson

SAMMANFATTNING

Obstetrisk plexus brachialisskada (OBPP) är en nervskada som kan uppkomma vid vaginal förlossning. OBPP kan ge neurologisk funktionsnedsättning med varierad svårighetsgrad. Konsekvenserna för barn med OBPP är framförallt funktionsnedsättningar i axel, arm, hand och fingrar men även ögats nerver kan skadas. Den största riskfaktorn för OBPP är klinisk handläggning av skulderdystoci. Skulderdystoci är en svår komplikation som uppstår då barnets axlar fastnat i kvinnans bäcken i samband med förlossningens slutskede. Forskning framhåller att kraften i bockningen av barnets huvud har samband med uppkomst av OBPP. Desto mer kraft som används mot barnets huvud desto större risk för OBPP. Få studier redogör för barnmorskornas beskrivningar vid handläggning av skulderdystoci. **Syfte:** syftet med studien är att beskriva barnmorskors erfarenheter av att handlägga skulderdystoci vid förlossning med fokus på att förebygga OBPP. **Metod:** kvalitativ intervjustudie. Sex barnmorskor på två förlossningskliniker i Västra Götaland, med erfarenheter av handläggning av skulderdystoci, intervjuades. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** de tre kategorier som framkom, de var kunskap har betydelse, teamets påverkan samt konsekvenser vid OBPP. Kontinuerlig träning och utbildning enligt en strukturerad handläggningssguide är betydelsefull för att öka kompetensen. Hela förlossningsteamet beskrevs som ovärderlig i en akut situation som skulderdystoci. Barnmorskorna var medvetna om kraftens negativa betydelse vid bockningen när det finns ett motstånd och när axlarna sitter fast. Det framkom samstämda beskrivningar om att det finns en stor risk att förorsaka OPBB om barnet utsätts för kraftig dragning eller bockning av huvudet i förlossningens slutskede. Barnmorskorna som varit med om en förlossningssituation där barnet fått OBPP rannsokade sig själv och beskrev att de levde med skuld känslor trots att de visste att deras handläggning inte varit felaktig. **Konklusion:** att fortbildning, praktisk träning av simulerade fall med fokus på att inte bocka kraftigt i barnets huvud och utveckling av teamsamverkan är viktiga delar i hur barnmorskor kan öka sin kompetens vid handläggning av skulderdystoci för att undvika OBPP.

Nyckelord: barnmorskor, obstetrisk plexus brachialisskada, skulderdystoci, handläggning.

ABSTRACT

Obstetric brachialis plexus palsy injury (OBPP) is a neurological injury to the newborn, which can occur during vaginal labour. The consequences for children with OBPP is various neurological dysfunctions, often manifesting as paralysis, with varying degrees of severity, affecting the arms, elbows, hands and fingers and even the eyes. The most significant risk factor for OBPP is clinical management of shoulder dystocia. Shoulder dystocia is a severe complication that can arise during final stages of labour in which when the shoulders of the child are obstructed by the female pelvis. Previous research states that the downward traction force applied to the head is the most important risk factor for OBPP. The greater the force applied to the head the greater the risk for OBPP. There is relatively little research on the midwife's management and experiences of births complicated by shoulder dystocia. **Aim:** The aim of this study is to describe midwives' management and experience of situations that involve shoulder dystocia and how to prevent OBPP. **Method:** qualitative interview study. Six midwives at two maternity clinics in the western part of Sweden, each of whom had experience with shoulder dystocia, were interviewed. The interviews were analyzed with a qualitative content analysis. **Results:** three areas of interest were identified; the importance of knowledge, the team's impact and consequences of OBPP. Continual education and training according to a structured management were the most important factors for increasing competence. The birthing team was described as invaluable in acute situations such as with shoulder dystocia. The midwives were aware of the relevance of the force of downward traction when there is resistance when the shoulders are stuck. There was cohesive evidence that there is a high risk of causing OBPP if the child is exposed to traction of the head in the very last stages of labour. It also appears that those midwives who had experience of a child suffering from OBPP experienced much guilt despite their actions being inline their guidelines. **Conclusion:** Regular practical training, using simulated cases, with focus on avoiding downward traction to the child's head and development of team collaboration are important elements, in how the midwives are vital to increase their skills in dealing with shoulder dystocia and subsequent avoidance of OBPP.

Keywords: Midwives, obstetric plexus brachialis injury, shoulder dystocia, management.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Funktioner samt skador i plexus brachialisflätan	1
Incidens av OBPP	3
Konsekvenser för barnet vid OBPP	3
Skulderdystoci, incidens och riskfaktorer	4
Manuell handläggning av förlossning komplicerad med skulderdystoci	5
Kraftens betydelse vid dragning eller bockning av huvudet	6
Teoretisk referensram	7
Professionell kompetens.....	7
Barnmorskans etiska kod.....	8
Barnmorskans stödjande funktion.....	8
Problemformulering	9
Syfte	10
Metod	10
Urval	10
Datainsamling	12
Analys	13
Etiska överväganden	14
Trovärdighet	16
Resultat	17
Kunskap har betydelse	17
Bristfällig kunskap.....	18
Specifik utbildning ger kunskap.....	18
Bockningens negativa inverkan.....	21

Att dra i barnets huvud är kontraindicerat	21
Teamets påverkan	22
Positivt med kollegor på rummet.....	22
Känna negativ upplevelse av arbetskamraters närvaro.....	23
Konsekvenser vid OBPP	24
Konsekvenser för barnmorskan.....	25
Vetskap om följder för barn och föräldrar.....	26
Diskussion.....	26
Metoddiskussion	26
Resultatdiskussion	29
Kunskap har betydelse.....	29
Teamets påverkan.....	31
Konsekvenser vid OBPP.....	32
Slutsatser	33
Praktiska implikationer	33
Förslag på framtida forskning	34
Referenser	35

Bilagor

I Beskrivning av handläggning vid skulderdystoci enligt HELPERR

II Forskningspersoninformation

III Exempel på hur översikt över hur underkategorier och kategorier togs fram.

IV Samtycke till deltagande i studien

V Frågor till intervju

INLEDNING

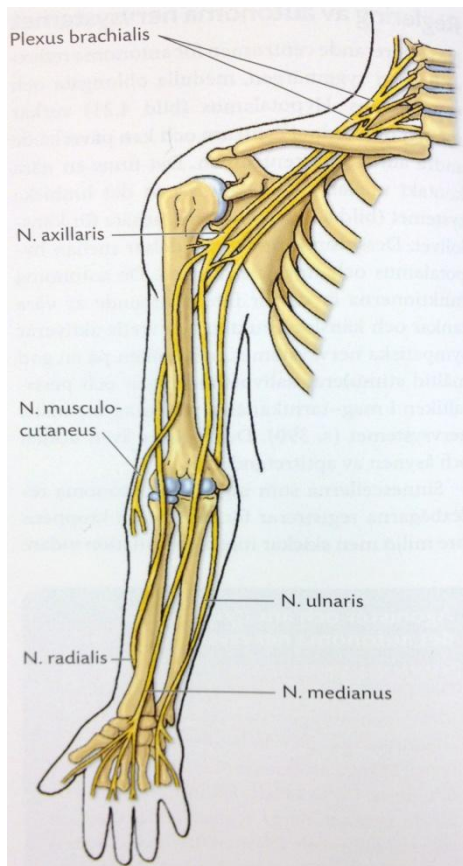
En obstetrisk plexus brachialis-skada (OBPP) är en neurologisk skada som kan drabba barnet vid förlossningens slutskede. En av de mest betydande riskfaktorerna för skador på nervflätan plexus brachialis är kraftig dragning i barnets huvud vid manuell handläggning av skulderdystoci. Som barnmorska är det viktigt att ha kunskap om hur den akuta situationen som uppstår i samband med skulderdystoci skall handläggas för att skydda barnet från skada. Det finns dock begränsat med forskning om hur barnmorskor tänker och agerar kliniskt, för att undvika obstetrisk plexus brachialisparese, när skulderdystoci är ett faktum. Av den anledningen vill författarna till föreliggande studie öka kunskapen om detta genom att intervjua barnmorskor som har erfarenhet av handläggning vid förlossningar med skulderdystoci.

BAKGRUND

Funktioner samt skador i plexus brachialisflätan

OBPP är en neurologisk förlossningsskada som orsakas av en skada på plexus brachialisflätan. Plexus brachialisflätan består av fem spinalnerver som utgår från nervrötterna C5, C6, C7, C8 och Th1. De bildar tillsammans tre olika strukturer som slutligen anatomiskt går ihop till en nervfläta (plexus). Anatomiskt är nervflätan belägen under nyckelbenet, på både höger och vänster sida. Den förgrenar sig ut mot axeln och ned mot armen, armbåge och fingrar. Plexus brachialisflätan styr rörelser och känsel i dessa kroppsdelar (Mollberg, 2007).

Figur 1 visar plexus brachialisflätans anatomi.



Figur 1. Anatomi av plexus brachialis (Sand, Sjaastad, Haug & Bjälje, 2007).

En nerv består av många fina nervtrådar och är omgiven av en nervskida. Är enbart delar av nervtrådarna skadade, kan de växa ut igen och självläka medan OBPP som involverar skada på nervskidan är allvarligare eftersom det inte är säkert att skadan läker. OBPP skador delas in i olika svårighetsgrader. Den lindrigaste formen av OBPP innebär blödning och svullnad i det skadade området men inga andra skador på nervtrådarna eller nervskidan (Socialstyrelsen, 2012). När skadan är i nivå med de två övre nerverna och nervrötterna, C5 och C6 påverkas skuldrans och armbågens funktion och kallas för Erb's palsy. Vid skador som innerverar den mellersta nervroten C7 och de lägre nervrötterna C8 och Th1 drabbas handleden och fingrarnas funktion, vilket benämns Klumpke's palsy. När nervskadan även omfattar Th1 kan också ögats funktion, pupillens sammandragande förmåga påverkas, vilket diagnostiseras som Hor-

ner`s sign (Mollberg, Hagberg, Bager, Lilja & Ladfors, 2005). Är alla nervgrenarna i plexusflätan, C5-8 och Th1, skadade drabbas muskelfunktionerna i axeln, hela armen, handen och ögat.

Incidens av OBPP

Antalet barn med OBPP skada i Sverige är ungefär 250 barn/år (Socialstyrelsen, 2010). Flerparten av dessa barn, ca 75 % får en lindrigare variant som självläker utan framtida problem. De övriga ca 25 % får bestående skador enligt Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (RBU, 2013). Incidensen för en OBPP är 0,5-5 % i länder där det finns en välutvecklad förlossningsvård (Mollberg et. al., 2005).

Konsekvenser för barnet vid OBPP

Beroende på OBPP svårighetsgrad och omfattning av funktionsbortfall varierar barnens symtom. Symtomen varierar från totalförlamning till begränsad rörelseförmåga och känselbortfall i axeln, armen, handen och ögat (Socialstyrelsen, 2012). När barnet är nyfött och har OBPP är det första tecknet som syns att armen är slapp. Barnläkare kan inte utifrån detta symtom bedöma omfattningen av OBPP avseende om funktionsbortfallen försvinner. Det får tiden utvisa genom att det drabbade barnet regelbundet kontrolleras av sjukgymnast. I de lindriga fallen av OBPP, enbart blödning eller svullnad i nervtrådarna, återgår funktionen i armen till normalt tillstånd efter några dagar eller veckor. Är däremot både nervtrådar och nervskida skadade återfår barnet vanligtvis inte alla funktioner. De funktionella problem som kan uppmärksammas är att axeln och armbågens funktioner är försvagade och att det är svårt för barnet att lyfta armen på den skadade sidan. Det kan också bli svårigheter för barnet att sträcka ut armbågen och att rotera axeln. Vid de svåraste OBPP skadorna blir hela armen och handen försvagad eller förlamad (Socialstyrelsen, 2012). De barn där alla normala funktioner inte återkommit vid två till tre månaders ålder bör remitteras till en specialistmottagning (Lagerqrantz, Hell-

ström-Westas & Norman, 2008). I Sverige finns ett nationellt centra för OBPP vid Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm.

Det är vanligt förekommande att barnen med OBPP får problem med ledstelhet. Det är därför viktigt att barnets föräldrar, redan på BB, får hjälp av sjukgymnast som visar träningsprogram för att undvika att lederna stelnar, så kallade kontrakturer, under tiden skadan läker. Problem med ledstelhet kan hämma utvecklingen och funktionen av armen och ge upphov till att den skadade armen blir något mindre i jämförelse med den friska. En del funktionsbortfall som uppkommer vid OBPP kan till viss del förbättras och korrigeras med kirurgi (RBU, 2013). I en svensk prospektiv studie, där observerande data insamlades vid bestämda åldrar hos barn med OBPP, framkom att de flesta barnen med OBPP vid förlossningen var helt bra vid tre månaders ålder. De barn som fortfarande uppvisade funktionsbortfall vid tre månaders ålder hade också kvar det vid 18 månaders ålder. De klarade det dagliga livet med en viss asymmetri i armarnas och axlarnas rörelse (Lagerkvist, Johansson, Johansson, Bager & Uvebrant, 2010).

Det finns begränsad erfarenhet av långsiktiga negativa effekter vid OBPP men det finns beskrivet att OBPP hos barn vid fem års ålder, med engagemang av C5 och C6, är mer komplexa än vad som tidigare varit känt. Forskning har visat att det kan bli en ökning av funktionsbortfallen med stigande ålder. Ju äldre barnet blir ju mer ökar kraven på att det kan utföra mer omfattande rörelser, vilket inte det lilla barnet behöver. En del symptom som kan relateras till OBPP kan förvärras såsom till exempel smärta, ledstelhet och förslitningsskador. Prognosen för ett barn som drabbats av OBPP vid förlossningen beror på skadans omfattning och svårighetsgrad (Mollberg et. al., 2005).

Skulderdystoci, incidens och riskfaktorer

Skulderdystoci uppstår när barnets axel/axlar inte kan passera spontant genom moderns bäcken efter att barnets huvud förlöst. Det beror på ett missförhållande mellan moderns bäcken och barnets skuldror. Skulderdystoci kan uppstå på olika sätt, det vanligaste är att den främre

axeln fastnar under symfyssen, men tillståndet kan också bero på att barnets bakre skuldra kilats fast bakom promontorium. I mycket ovanliga fall kan båda axlarna fastna. Skulderdystoci innebär att det inte går att förlösa hela barnets kropp innan den inkilade axeln är löst (Dodd, Catcheside & Scheil, 2012; Mollberg, 2009; Okby & Sheiner, 2012; Swahn & Westgren, 2008; Överland, Vatten & Eskild, 2012).

Den rapporterade incidensen för skulderdystoci är 0,2-3,3 % av alla förlossningar (Dodd, et. al., 2012), vilket innebär att det för varje barnmorska och läkare är en ovan situation att handlägga. Riskfaktorer för skulderdystoci anses vara hög födelsevikt >4000 g, diabetes hos modern, utdragen förlossning, högt Body Mass Index (BMI) hos modern, förlossning med sugklocka eller tång, om kvinnan är liten samt om tidigare förlossning komplicerats med skulderdystoci (Mollberg 2009; Överland et. al., 2012; Okby & Sheiner, 2012). En födelsevikt >4500 g är tillsammans med skulderdystoci den största riskfaktorn för OBPP i Sverige (Mollberg, et. al., 2005). Med utgångspunkt från forskningsresultat där riskfaktorer för OBPP har studerats, har det framkommit att interventioner med sugklocka ökar risken för OBPP. Det har även påvisats att skulderdystoci i kombination med sugklocka ger en betydande högre risk för OBPP. Risken ökar med antal minuter som sugklockan används (Mollberg, et al., 2005).

Manuell handläggning av förlossning komplicerad med skulderdystoci

Att förutse skulderdystoci anses vara näst intill omöjligt. Därför bör alla barnmorskor ha kunskap om handgrepp som används när komplikationen är ett faktum (Dodd, et. al., 2012; Mollberg, 2009). Vid skulderdystoci utförs vissa manövrer för att vidga moderns bäcken och reducera skulderomfånget på barnet. Det görs för att på så sätt lösgöra barnets skuldra/skuldror och ändra dess position i bäckenet och ge förutsättningar att förlösa barnets kropp så snabbt som möjligt i syfte att förhindra att barnet drabbas av asfyxi och dör innan axeln/axlarna lösts och barnet kan framföras (Grimm, Costello & Gonik, 2010; Mollberg, 2009; Swahn & Westergren, 2008).

Barnmorskor och läkare i Sverige lär sig handläggning vid skulderdystoci i enlighet med ALSO-konceptet (American Academy of Family Physicians ALSO Scandinavia and Greenland; Mollberg, 2009) där det ingår att förebygga OBPP. ALSO innebär översatt till svenska praktisk utbildning i avancerad obstetrik. ALSO-konceptet utgår från att olika manövrar lärs in i en bestämd ordning med så kallad mnemoteknik. Mnemoteknik är bokstavskombinationer som sätts ihop för att komma ihåg olika manövrar och som vid skulderdystoci kallas HELPERR, se bilaga 1.

Kraftens betydelse vid dragning eller bockning av huvudet

En anledning till att barn drabbas av OBPP är att barnmorskor och läkare tillämpar för kraftig dragning/bockning av huvudet i situationer då axeln är inkilad under symfyssen. Uppkomsten av OBPP beror på graden och riktningen, axiell eller lateralt, i den kraft som används vid bockning i samband med skulderdystoci samt att dragning/bockning sker mot ett motstånd. Vid ett motstånd sträcks plexusflätans nervtrådar ut över normal sträckningsförmåga, vilket kan skada nervtrådar och nervskidor. Vid experiment som utförts för att identifiera kraftens betydelse för OBPP har det framkommit att förlossningspersonal använder mer dragkraft i samband med svåra förlossningar. Axiellt tillämpad dragning/bockning påverkar inte brachialis plexus medan lättare lateral flexion av nacken kan komma att utöva betydande påfrestning på den (Doumouchsis & Arulkumaran, 2010; Grimm, et. al., 2010; Lindqvist, Erichs, Molnar, Gudmundsson & Dahlin, 2012; Mollberg, 2007; Mollberg, Wennergren, Bager, Ladfors, & Hagberg, 2007).

Barnmorskor och läkares fokus vid handläggning av skulderdystoci och hur OBPP kan förhindras är relaterat till de handgrepp som används vid förlossningens absoluta slutskede (Backe, Magnussen, Johansen, Sellaeg & Russwurm, 2008; Doumouchsis & Arulkumaran, 2010; Grimm, et. al., 2010; Mollberg, 2007; Mollberg, et. al., 2007; Mollberg, Lagerkvist, Johansson, Bager, Johansson & Hagberg, 2008).

Det finns få studier som specifikt försökt jämföra de olika manövrar som används vid skulderystoci med påföljderna för barnet efter förlossningen. Några forskare anser att OBPP kan relateras till kraften i sammandragningarna, i kombination med förlossningspersonalens handgrepp, men det är svårt att påvisa orsakssamband (Gherman, Chauhan & Lewis, 2012; Mollberg, et. al., 2007). Andra forskare har uttalat att OBPP kan undvikas genom att förlossningspersonal vid framfödande av axlar aldrig använder dragning eller bockning av huvudet vid någon förlossning. Istället används handgrepp som inte orsakar spänning/sträckning av plexus brachialisnerverna. Det är viktigt att undvika funduspress då det kan leda till att axlar fastnar ytterligare (Mollberg, et. al., 2007).

Teoretisk referensram

Professionell kompetens

Vad det innebär att vara en kompetent barnmorska har studerats och enligt studier är barnmorskan en viktig och central yrkesgrupp för kvinnan och hennes familj i samband med barnafödande. Studier visar att barnmorskan utifrån sitt agerande kan påverka kvinnans välbefinnande och hennes inställning till förlossningen och det nyfödda barnet (Borrelli, 2013). De grundläggande aspekterna i barnmorskans kompetensområde är teoretisk kunskap, visdom, professionell och social kompetens (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). I Sverige utgår barnmorskans arbete från Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (2006), från en värdegrund som baseras på en humanistisk människosyn. Utifrån denna värdegrund visar barnmorskan omsorg om och respekterar patientens autonomi, värdighet och integritet. Barnmorskan respekterar och tillvaratar arbetslagets kunskaper och erfarenheter genom att arbeta i team och bidrar till att en helhetssyn på patienten bevaras (Socialstyrelsen, 2006).

Avsikten med kompetensbeskrivningen är att tydliggöra barnmorskans roll och professionella kompetens och därmed bidra till en god och säker vård. I barnmorskans arbetsområde ingår att självständigt handlägga normal graviditet, förlossning och att kunna identifiera avvikelser

från det normala förloppet som till exempel vid skulderdystoci. Barnmorskan skall i akuta situationer ha kunskap om och påbörja livsuppehållande behandling av mor och barn. Exempel på akuta åtgärder som ingår i barnmorskans arbetsområde är enligt Socialstyrelsen (2006) att utföra manuella förlossningsmanövrar. Barnmorskan skall också kunna handlägga eftervården av patienter med komplicerad graviditet och förlossning (Socialstyrelsen, 2006).

Med hänvisning till ett ständigt krav på förbättrad kvalitet och kostnadseffektivitet menar, Socialstyrelsen (2006) att barnmorskeutbildningen ständigt behöver utvecklas. En förmåga att söka och tillämpa evidensbaserad kunskap är därför central i barnmorskans yrkeskunnande. Det är också av stor betydelse att barnmorskan samverkar och utvärderar förbättringsarbete, urskiljer och rapporterar negativa händelser i vården. På det personliga planet betonas vikten av att analysera styrkor och svagheter i den egna professionella yrkesrollen och att ständigt utveckla sin egen kompetens (Socialstyrelsen, 2006).

Barnmorskans etiska kod

Barnmorskans internationella etiska kod Confederation of Midwives (ICM) har som målsättning att förbättra kvalitén på vården av kvinnor, spädbarn och familjer i hela världen. Den etiska koden är tänkt att ses som en vägledning för utbildning, klinisk verksamhet och forskning inom barnmorskans verksamhetsområde. Koden tar upp olika aspekter på barnmorskans yrkesroll men grundläggande begrepp är jämlikhet, kvinnans rätt till självbestämmande, rättvis behandling och god vård oavsett land, kultur och religion (ICM). Enligt Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) är grunden i det professionella vårdandet att sträva efter att göra gott tillsammans med en önskan att ge en god och säker vård för kvinnan.

Barnmorskans stödjande funktion

Barnmorskor har på grund av sin yrkesroll en nära relation till kvinnorna i samband med barnafödandet. Barnmorskan har genom denna nära relation en påverkan på kvinnorna och deras familjer. I barnmorskans stödjande funktion ingår att utveckla en trygg relation med kvinnan,

att stödja dem att öka sin reflektion och medvetenhet över sin livssituation och att stärka de blivande föräldrarna i deras nya roll (Hermansson & Mårtensson, 2010).

Upplevelser från barnafödande följer kvinnor genom livet. Upplevelser i samband med barnafödande kan påverka kvinnan en lång tid efteråt och forskning betonar att det är viktigt att mödrahälsovården uppmärksammar och frågar omfödern om deras tidigare förlossningar (Nilsson, Lundgren, Karlström & Hildingsson, 2012). Det övergripande målet för barnmorskor, oavsett normal eller komplicerad förlossning är att utöva god och säker vård för födande kvinnor och deras barn (Berg & Lundgren, 2010). Sammanfattat är den mest centrala faktorn för en positiv förlossningsupplevelse, stödet från barnmorskan. Stödet bör innefatta att barnmorskan är tillgänglig för kvinnan, ger individuellt stöd och förmedlar en känsla av trygghet och meningsfullhet. I Sverige finns detta stöd inbyggt organisatoriskt. Barnmorskan har en lång tradition av eget ansvar för kvinnor med en normal graviditet och förlossning. När komplikationer uppstår eller om riskfaktorer upptäcks tar obstetrikern över ansvaret men barnmorskan är fortfarande delaktig i vården (Lundgren & Berg, 2007).

PROBLEMFORMULERING

Forskningsresultat tydliggör att kraften som används, av läkare eller barnmorska i samband med skulderdystoci, då barnets huvud bockas nedåt samtidigt som en eller båda axlarna sitter fast under symfyssen, är en riskfaktor för att barnet ska drabbas av OBPP. Hur stor kraft som används är avgörande för hur omfattande och svår OBPP blir. Det finns begränsat med forskning om hur barnmorskor tänker och agerar, för att undvika OBPP, vid handläggning av skulderdystoci. Därför är det värdefullt att öka kunskapen om det genom att intervjua barnmorskor. På så sätt kan kunskapen inom området öka, vilket är värdefullt inför kommande arbete som barnmorskor.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva barnmorskors erfarenheter av att handlägga skulderdystoci vid förlossning med fokus på att förebygga OBPP.

METOD

Metoden som valdes för att genomföra studien var en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie då metod kan ge svar på studiens syfte. Dahlborg Lyckhage (2006) anser att en kvalitativ intervjustudie är det bästa sättet att ta reda på hur en person upplever och handlar i en viss situation då fokus under en sådan intervju läggs på det specifika problemområdet. Polit & Beck (2008) påpekar att den bästa metoden för att samla in analytisk data är att använda sig av en intervjustudie då metoden gav en möjlighet att på djupet belysa intervjuobjektets erfarenhet och kunskap. Att använda kvalitativa intervjuer som forskningsmetod anses av Kvale & Brinkmann (2009) vara ett sätt att utveckla och tillföra ny kunskap till redan känd forskning. För att analysera data valdes kvalitativ innehållsanalys då denna analysmetod kan hantera större mängder material och gör textmaterialet överskådligt (Lundman & Graneheim, 2008). Forskningsansatsen är induktiv vilket innebär att författarna vid forskningsprojektets början inte utgår från en färdig teori. Avsikten är att teorin skall utformas utifrån den information som framkommer i empirin, alltså under intervjuerna (Lundman & Graneheim, 2008, Patel & Davidson, 2003).

Urval

Då studiens syfte var att beskriva barnmorskors erfarenheter av att handlägga skulderdystoci vid förlossning med fokus på att förebygga OBPP var författarnas förhoppning att kunna inkludera sex barnmorskor med erfarenhet av förlossningar med skulderdystoci. Ett informationsbrev skickades via mail eller överräcktes personligen till avdelningscheferna på två förlossningskliniker i Västra Götaland. Brevet förklarade studiens syfte, att respondenterna skulle förbli anonyma samt information om vilka som ansvarade för föreliggande studie. Brevet

innehöll också kontaktuppgifter till författarna. Båda avdelningscheferna gav sitt godkännande till studien men informerade om att de inte, pga tidsbrist kunde vara behjälpliga med att tillfråga barnmorskor om deltagande. Därför kontaktade författarna till föreliggande studie personligen sex legitimerade barnmorskor från två förlossningskliniker i Västra Götaland, tre från vardera klinik. Det skedde i samband med att författarna till föreliggande studie utförde verksamhetsförlagd utbildning (VFU) på respektive klinik. Barnmorskorna fick muntlig information vid intervjutillfället. De hade också tidigare fått skriftlig information om studiens syfte genom forskningspersonsinformation (se bilaga 2). Patel & Davidson (2003) rekommenderar att forskare i samband med intervjustudier skickar ut ett informationsbrev som förklarar studiens syfte samt vilka som ansvarar för den och hur personerna som skall ingå i studien kommer att kontaktas.

Inklusionskriterierna var att respondenterna skulle vara legitimerade barnmorskor samt att de skulle ha personlig erfarenhet av att ha handlagt en eller flera förlossningar som komplicerats av skulderdystoci. Exklusionskriterier var avsaknad av erfarenhet från förlossningssituation med skulderdystoci. I en kvalitativ studie är det viktigt att göra ett urval som resulterar i respondenter som är representativa för den kategori människor som är målgrupp för studien (Polit & Beck, 2008).

Tid och plats för intervjuerna bestämdes av respondenterna med undantag för en barnmorska som gick in som ersättare för en kollega som på grund av tidsbrist inte kunde delta. Denna barnmorska ingick i studien med mycket kort varsel. Hon fick dock samma information som de övriga deltagarna samt fick välja plats för intervjun som ägde rum samma dag som hon inkluderades i studien.

Barnmorskorna var i åldrarna 40-60 år och hade arbetat som barnmorskor i 15-29 år. Det lades ingen vikt vid hur lång arbetslivserfarenhet barnmorskorna hade. Det som var av betydelse för studien var att de hade erfarenhet av en eller flera förlossningar som komplicerats av skulderdystoci. Samtliga av respondenterna var kvinnor då det inte fanns några manliga representanter att tillgå på de utvalda förlossningskliniker. Trost (2010) skriver att författarna till

en kvalitativ studie först måste välja ut sådana variabler som är av betydelse för studien och sedan görs urvalet utifrån dessa kriterier.

Datainsamling

Författarna till föreliggande studie utförde tre intervjuer vardera. Samtliga intervjuer utfördes på barnmorskornas arbetsplats under våren och sommaren 2013. Kvale & Brinkmann (2009) framhåller att intervjun bör äga rum på en plats där respondenten känner sig trygg i sin roll då detta ökar intervjuens kvalitet. Varje intervju pågick upp till 30 minuter.

Författarna sammanställde en ämnesguide med tre frågor. En ämnesguide är enligt Polit & Beck (2008) frågor som skall ställas vid samtliga intervjuer. Öppna frågor som var inriktade på att ge svar på studiens syfte användes vid varje intervjutillfälle, se bilaga tre. Då intervjuerna var baserade på öppna semistrukturerade frågor gav de barnmorskorna möjlighet att med egna ord beskriva sina erfarenheter och de fick tala till punkt utan avbrott. Att använda öppna frågor är enligt Kvale & Brinkmann (2009) också ett effektivt sätt att undvika nekande svar. För att säkerställa att respondenterna svarade på studiens syfte, eller för att förtydliga och fördjupa deras svar, ställdes också följdfrågor när behov fanns. Exempel på följdfråga är ”kan du beskriva mer om det” eller ”förtydliga hur du menar” osv.

Samtliga intervjuer spelades in för att sedan kunna transkriberas ordagrant samt för att vid behov kunna återgå och få alla nyanser av intervjun vid analysen. Respektive författarna transkriberade de intervjuer den utfört för att sedan noggrant gå igenom varandras material. Gran-skär & Höglund – Nielsen (2008) skriver att transkribering leder till att författaren kommer närmare och får nya insikter om materialet.

Analys

För att analysera materialet från intervjuerna användes en kvalitativ innehållsanalys då metoden leder till att resultatet blir överskådligt. Kvalitativ innehållsanalys används fram för allt för tolkning av texter som framkommit efter transkribering av till exempel bandade intervjuer. Vid användning av kvalitativ innehållsanalys utgår forskaren från att texten som skall analyseras bör ses i sitt sammanhang då metoden utgår från att ”*sanningen finns i betraktarens ögon*”. Intervjustudier innebär en stor mängd material som skall analyseras och kräver en analysmetod som kan handskas med mängden utan att viktig information och innebörd från intervjuerna försvinner under bearbetningen. Kvalitativ innehållsanalys har utformats i syftet att kunna hantera stora mängder material (Lundman & Graneheim, 2008). För att göra materialet överskådligt sökte författarna efter meningsenheter vilket innebär ord, meningar eller delar av texten som utifrån sitt innehåll bildar gemensamma nämnare. Sedan kondenserades dessa meningsbärande enheter ner till kortare och mer lätthanterliga meningsenheter, så kallade kondenserade meningsenheter. Därefter fick de kondenserade meningsenheterna en kod som skildrade dess innehåll. Denna process utmynnade i kategorier och underkategorier då det fanns flera koder med likvärdigt innehåll. Varje kategori och underkategori stärktes med ett citat för att ge validitet åt studien då det tydliggör att det är respondenternas åsikter som ligger till grund för resultaten och inte författarnas åsikter. Kvalitativ innehållsanalys inriktar sig på att tolka texter och förekommer ofta inom forskning i vården (Lundman & Graneheim, 2008).

Författarna till föreliggande studie bearbetade först den transkriberade texten var för sig för att söka efter meningsbärande enheter. Därefter utfördes en gemensam analys där resultaten av de enskilda bearbetelserna låg till grund. Vid kvalitativ innehållsanalys identifieras variationer i textinnehållet för att på så sätt se likheter och skillnader och hitta meningsbärande enheter. Utifrån identifieringen av likheterna och skillnaderna tas det ut kategorier. Vid användning av kvalitativ innehållsanalys är det viktigt att säkerställa att innehåll inte tas ur sitt sammanhang, sin kontext, och får en annan innebörd än vad intervjuobjektet ansett utan att kategorierna utgår från det intervjuobjektet sagt, satt i sitt rätta sammanhang (Lundman & Graneheim, 2008).

Tabell 1. Exempel på hur översikt över underkategorier och kategorier togs fram. Fullständig tabell finns i bilaga 4.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Vi hade inte under tiden den här ALSO - utbildningen för skulderdystoci. Vi hade inte alla de här greppen att pressa ovanför symfyssen och så.	Vi hade inte utbildning och vi hade inte greppen	Undermålig utbildning vid skulderdystoci försvårar handläggning	Bristfällig kunskap	Kunskap har betydelse
Och nu lär vi oss på ett annat sätt. Och det tränar vi ju även på här, vi har ju ett övningsrum.	Nu lär vi oss och vi tränar i övningsrum	Praktisk utbildning underlättar handläggning	Specifik utbildning ger kunskap	
Att man inte bockar så mycket som jag gjorde då.	Att inte bocka mycket	Konsekvenser av att använda kraft i form av bockning	Kunskap om bockningens negativa inverkan	
Att inte dra i huvudet, det är absolut det viktigaste tror jag, att man inte drar.	Att absolut inte dra i huvudet är viktigast	Att dra i barnets huvud får negativa konsekvenser	Att dra i barnets huvud är kontraindicerat	

Etiska överväganden

Vid forskning som innefattar människor finns det fyra etiska principer som skall ligga till grund. Det gäller också för vetenskapliga studier inom reproduktiv och perinatal hälsa. Principerna är informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialiteskrav och nyttjandekrav (www.codex.se).

Inför varje intervju gavs såväl muntlig som skriftlig information om studiens allmänna syfte samt att deltagandet är frivilligt. Information gavs om att deltagande i studien när som helst, och utan att uppge skäl, kan avbrytas. Ett dokument om informerat samtycke undertecknades

av såväl forskare som respondent och förvaras på säkert ställe av författarna till studien, se bilaga 5. Kvale & Brinkmann (2009) påpekar vikten av att respondenten fått information om studien samt att den är medveten om sin rätt att avbryta sitt deltagande.

Att studien var konfidentiell samt att respondenterna identitet inte skulle avslöjas i studien framgick också i informationen. Förlossningsklinikerna namnges inte och respondenterna har avidentifierats så att studien inte kan härledas till dem. Trost (2010) skriver att konfidentialitet innebär att det som sägs i en intervju inte skall kunna härledas tillbaka till respondenterna i studien. Forsman (1997) skriver att innebörden av konfidentialitet är att författaren trots att den har kunskap och information som kan härledas tillbaka till respondenten väljer att hemlighålla denna. Inspelat material samt transkriberade utskrifter från intervjuerna förvaras på ett säkert ställe där enbart studiens författare har tillgång till dem. Att förvara material från intervjuerna på säker plats är enligt Kvale & Brinkmann (2009) en nödvändighet.

Nyttjandekravet innebär att insamlat material inte får användas i andra sammanhang än vid forskning. De som eventuellt får tillgång till informationen skall ha samma skyldigheter gentemot respondenterna som den som först samlat in materialet. Kvale & Brinkmann (2009) framhåller att de som ansvarar för en kvalitativ studie måste reflektera över konsekvenserna för respondenterna. Finns det risk att de kan fara illa eller utsättas för obehag genom sitt deltagande och vägs eventuellt obehaget upp av nyttan med studien. Författarna till denna studie har bedömt att respondenterna i denna studie inte utsättas för någon risk eller obehag då studien och dess frågor inte är av en sådan karaktär. Etiskt godkännande för denna typ av studie behövs inte eftersom den genomförs inom ramen för utbildning på avancerad nivå.

Studien är av värde då syftet är att förebygga OBPP vid skulderdystoci, som är en allvarlig förlossningskomplikation. Att belysa barnmorskornas handläggning vid skulderdystoci är därför viktigt, och intentionen är att resultatet skall leda till att göra gott. Eventuella risker för respondenterna i studien anses vara minimala och författarna anser att nyttan med forskningen överstiger riskerna.

Trovärdighet

För att bekanta sig med materialet från intervjuerna läste författarna till föreliggande studie först den transkriberade texten var för sig. Sedan utfördes en analys där båda författarna deltog aktivt för att hitta variationer. På så sätt utkristalliserades underkategorier och kategorier. Kvale & Brinkmann (2009) skriver att det är att föredra att flera personer deltar vid analysen av textmaterialet då det bättre går att kontrollera att analysen inte blir subjektiv och färgad av författarnas förväntningar på underlaget. Om författarna kan undvika subjektivitet ger det en rikare och trovärdigare analys. Materialet från intervjuerna hade flera tydliga drag och det var därför lätt för författarna att utkristallisera vad som borde ingå i resultatet. Det uppstod därmed inga motsättningar under analysen. Om fler författare vid analysen enstämmigt kommer fram till samma resultat blir produkten av analysen en mer förfinad kartläggning jämfört med om författarnas resultatanalyser går isär (Kvale & Brinkmann, 2009).

En kvalitativ intervjustudie bör enligt Kvale och Brinkmann (2009) innefatta åtminstone åtta till tio respondenter för att ge ett trovärdigare resultat. Relaterat till den begränsade tid som var avsatt för detta forskningsprojekt fanns inte möjlighet att intervjua fler barnmorskor än de sex som inkluderades i studien.

Polit & Beck (2008) påpekar att citat från intervjuerna stärker studiens trovärdighet då läsaren själv kan bilda sig en uppfattning om vad respondenterna berättat. Författarna av denna studie använde sig av citat genom samtliga kategorier i resultatet för att ge läsarna en insyn i vad respondenterna verkligen sagt. Citat användes också för att styrka resultatet av analysen.

Att resultatet överensstämmer med syftet är ett tecken på att författarna har studerat det som var tänkt att belysas. Denna studies syfte var att kartlägga barnmorskors beskrivningar av handläggning vid skulderdystoci med fokus på att förebygga OBPP, vilket resultatet gör. Kvale & Brinkmann (2009) anser att det ger studien validitet och stärker dess trovärdighet när resultatet visar att forskarna har forskat på det som var avsett.

RESULTAT

I analys av studiens resultat redovisas åtta underkategorier och tre kategorier, vilka redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Översikt av underkategorier och kategorier av intervjudata om barnmorskors beskrivningar av handläggning vid skulderdystoci med fokus på att förebygga OBPP.

Underkategorier	Kategorier
Bristfällig kunskap Specifik utbildning ger kunskap Bockningens negativa inverkan Att dra i barnets huvud är kontraindicerat	Kunskap har betydelse
Positivt med kollegor på rummet Känna negativ upplevelse av arbetskamraters närvaro	Teamets påverkan
Konsekvenser för barnmorskan Vetskap om följder för barn och föräldrar	Konsekvenser vid OBPP

Kunskap har betydelse

Samtliga respondenter hade lång erfarenhet av förlossningsvården. De hade arbetat såväl före som efter att ALSO-konceptet introducerades på förlossningsklinikerna. Respondenterna poängterade betydelse av utbildning för att förstå hur OBPP kan undvikas. De talade också om tiden innan ALSO-konceptet introducerades och om den okunskap de nu inser att de hade vid den tiden. ALSO-konceptet nämndes i nästan samtliga intervjuer. ALSO-konceptet hade gett barnmorskorna bättre kunskap om hur en komplicerad förlossningssituation med skulderdystoci skulle handläggas. Barnmorskorna beskriver att utbildningen medfört en ökad grund-

trygghet i att handlägga situationer med skulderdystoci. Vidare att veta hur OBPP kan förhindras genom kunskap om olika manövrars betydelse.

Bristfällig kunskap

Respondenterna påtalade vikten av att utöka sin kunskap i form av utbildning samt praktisk träning. Brist på kunskap hade i flera fall lett till vad respondenterna ansåg vara en felaktig handläggning och som resulterat i att barnet fått skador på plexus brachialisflätan.

Att man inte bockar så mycket som jag gjorde då... Men allt det här har vi ju också lärt oss mycket bättre på, dels efter... avhandling och sen efter ALSO-övningarna då.

(1)

Specifik utbildning ger kunskap

Idag utbildas förlossningspersonal nationellt om hur olika manövrar utförs för att lösa en vårdssituation med skulderdystoci och undvika OBPP på barnet. I utbildningen ingår att barnmorskor och läkare lär sig lösa den fastkilade axeln vid en skulderdystoci utan att använda kraft i form av bockning och dragning. Med kraft menade barnmorskorna den kraft som de utövade med sina händer genom att bocka eller dra i barnets huvud. Utifrån barnmorskornas beskrivningar framkommer det att de nu har kunskap och strategier för hur en OBPP undviks.

Möjligheten till utbildning samt tillgång till träningsrum ansågs vara av stor betydelse för hur respondenterna hanterade situationen när skulderdystoci uppstod i förlossningens slutskede. Att få kontinuerlig utbildning samt klinisk simulerad träning ledde till att barnmorskorna kände en säkerhet i hur de skulle agera, för att undvika OBPP, när skulderdystocin var ett faktum. De fick en förståelse för plexusflätans utsatthet vid bockning och dragning i huvudet. Barnmorskorna beskrev att de hade mer fokus på att urskilja vilka manövrar de borde använda.

Jag tänkte ALSO. Det förstod jag rätt så snabbt. (2)

Det poängterades specifikt i beskrivningarna hur viktigt det är med en relevant utbildning i relation till skulderdystoci. Företrädare för klinikens ledning är mycket angelägna, sedan några år tillbaka, att utbilda personalen. I beskrivningen framkom att det är av vikt att det ges regelbunden möjlighet till fortbildning och klinisk träning även i framtiden.

Nej, du kan framhålla att undervisningen har blivit mycket bättre... för det måste man ju ha hela tiden, fortbildning faktiskt. (3)

För det, det var ju för några år sedan när vi fick gå kurser och, det var ett jädra, ja det var verkligen, då ville de verkligen utbilda oss. (3)

Samtliga barnmorskor beskrev betydelsen av flektion av kvinnans ben för att undvika OBPP då manövern ökade kvinnans bäckenmått samt gav barnets axlar möjlighet att lättare passera under symfyfen. Vissa barnmorskor hade redan vid inskrivningen på förlossningskliniken, då det fanns en uppenbar risk för skulderdystoci, förberett för situationen. Detta genom att ha bäddat kortbädd och förberett för att snabbt kunna sänka huvudändan. De hade även informerat kollegor om att det fanns riskfaktorer för skulderdystoci.

Så nu var det min tur och så jag var ju lite förberedd på att detta, att barnet kan sitta, så jag hade ju liksom tänkt igenom litegrann att det med flektion av benen och, och att ha med mig en annan barnmorska in på salen också, och att förlösa i kortbädd. (3)

Barnmorskorna resonerade om betydelsen av att rotera barnet genom att gå in med handen i vagina och pressa mot ena axeln eller mot skulderblad för att på så sätt ändra axlarnas läge. Lägesändring av barnet ansågs vara en av de faktorer som i flest fall löste den fastkilade axeln. Därefter kunde barnmorskan invänta nästa värk och förlösa barnet utan att använda kraft. I resultatet beskriver barnmorskorna att de valt att först lösa den bakre axeln i motsats till ALSO - konceptet där den första skruvmanövern handlar om att lösa den främre axeln.

... första grejen det är att försöka förlösa bakre axeln för det går oftast. Det går väldigt ofta att man, knuffar in övre, man knuffar den så den kommer lite snett. Och, ja, sen är det bara att förlösa. (4)

... gick in direkt och försökte förlösa, det här var innan ALSO – tiderna, och förlösa bakre axeln direkt, så det blev som en skruvmanöver kan man säga. (1)

Det framkommer under intervjuerna att barnmorskor, med fokus på att undvika OBPP, fördrar att kvinnan har en värkpaus när en skruvmanöver ska utföras. Utrymmet i vagina är trångt och vid värk beskriver barnmorskan att hon dessutom jobbar mot ett motstånd. Värkpaus underlättade handläggningen och kortade tiden för skruvmanövern.

Och inte, du vill inte ha några värkar när du skall manipulera bebisen alltså. Det är A och O. Inga värk..., det skall vara värkpaus så att jag lätt kan, inte nånting som skjuter på för då är det ännu trögare för mig att knuffa upp ungen och vrida och så där. (4)

Barnmorskorna resonerade över användandet av värkstimulerande läkemedel i form av Oxytocininfusion och bolusdos med Oxytocin vid skulderdystoci. Flera respondenter berättade att det förr i tiden var allmän praxis att använda Oxytocininfusion i samband med att manövrar utfördes för att lösa axlarna. Idag reflekterade barnmorskorna över lämpligheten med denna handläggning då det leder till att manövrarna görs mot ett motstånd och mer kraft får användas vilket i sin tur ökar risken för en OBPP.

Utan värk går det inte att få ut barnet. Droppet östes in, som jag i efterhand kom att tänka på, var det så bra? Bolusdos fick hon, men det fanns ingen respons alls. (5)

Flera av barnmorskorna beskriver att de vid tidigare fall vid handläggning av skulderdystoci gjort misstaget att använda för mycket kraft. Genom reflektion och ökad kunskap hade de fått

ny insikt om handläggningens betydelse. Nu vet barnmorskorna hur de skall handlägga en förlossning med skulderdystoci för att undvika OBPP.

Att man inte bockar så mycket som jag kanske gjorde då, och att man alltid har en bra värk ihop med det. Man får inte dra i barnet, man får inte röra barnet utan värk. Det är jätteviktigt. (1)

Bockningens negativa inverkan

Det framkom i barnmorskornas beskrivningar att de till största del tänkte likvärdigt kring att använda bockning i samband med skulderdystoci. Flera hänvisade i beskrivningarna till ny kunskap som de skaffat genom ALSO-konceptet som ingick i verksamheten som en del i arbetet på en förlossningsavdelning. Respondenterna beskrev att de hade stor respekt för bockning av barnets huvud men att de använde sig av denna manöver vid skulderdystoci. Samtliga barnmorskor beskrev dock att bockning inte fick förekomma så länge axeln var fastkilad samt aldrig utan värk.

Så den satt liksom fast. Det hände inte så mycket mer. Då vågade jag inte bocka. Jag kom ingenstans. Då gick jag in och putta på skulderbladet istället. (2)

Att dra i barnets huvud är kontraindicerat

Dragning i barnets huvud beskriver barnmorskorna som en åtgärd som inte fick förekomma vid handläggning av skulderdystoci. De beskrev att dragning utgjorde störst risk för att åstadkomma en OBPP hos barnet. Dragning av barnets huvud fick heller inte förekomma efter att barnets skuldror redan lösts från sitt inkilade läge eller om kvinnan hade värkar. Risken att orsaka barnet skada ansågs fortfarande för stor.

Det är inte fråga om fysisk handkraft, att ju hårdare du drar desto mer sannolikt att det, barnet kommer ut. Nej, det är inte så det funkar. Det är inte det som är problemet, du måste lirka ut den på något sätt... och dra i barnet, nej, det sitter i ryggmärgen, absolut, det får man inte göra. (6)

Men du får inte ta tag med nävarna och dra i huvudet, det tror jag är det, för jag tycker att, det är dem ungarna som jag tycker, som jag sett att mår dåligt. (4)

Teamets påverkan

Barnmorskorna beskriver tydligt kollegornas betydelse. Med kollegor menades andra barnmorskor, undersköterskor samt läkare. Undersköterskor beskrevs vara en stor tillgång när det gällde att observera tiden samt att kalla på hjälp från andra yrkeskategorier. Bland respondenterna berättade fem barnmorskor om positiva upplevelser avseende stöd från kollegor medan några barnmorskor också hade negativa upplevelser. Som exempel på negativa upplevelser beskrev barnmorskorna situationer då det uppstått brist på kommunikation eller när kollegor inte hanterat den pressade situationen på förlossningsrummet.

Positivt med kollegor på rummet

En positiv aspekt som framkom i beskrivningarna om kollegas närvaro i rummet var en känsla av stöd, att inte behöva stå ensam i en jobbig och utsatt situation. Barnmorskorna uttryckte att vetskapen att de alltid hade kollegor att tillgå upplevdes som en trygghet som var ovärderlig. Under senare år är det vedertagen rutin att det så långt som det är möjligt skall finnas två barnmorskor på rummet under förlossningens utdrivningsskede. Detta beslut underlättar och är tidsbesparande när akuta situationer som skulderdystoci uppstår.

Men det är ju väldigt bra att man är två, det, nu, det är man ju nästan alltid på förlossningarna. Ja, det är ju väldigt bra... Ja, precis, så att man kan hjälpa varandra lite... (3)

Flera barnmorskor beskriver även de positiva effekterna i själva förlossningssituationen när kollegor kom in på rummet och med nya ögon överblickade situationen. Barnmorskorna skildrade hur de i situationens allvar kunde ryckas med och bli stressade eller att de i slutet på ett arbetspass kunde vara trötta och tappa fokus i vårdsituationen. I sådana fall beskrev de att de upplevde det som en stor tillgång att en annan person kom in i rummet. Vidare att vederbörande tog över handläggningen eller var henne behjälplig i vårdsituationen beroende på hur mycket individuell hjälp barnmorskan önskade.

O, det är jätteviktigt också i de här situationerna... att man är så rapp med att be om hjälp... att man inte står ensam i det här... Ofta är det så att en barnmorska som kommer inpromenerande som inte har blivit så stressade som du redan hunnit bli. Hon är mera fokuserad och kan, låt mig försöka säger hon så meckar hon lite grann, o, det är mycket enklare. Man måste våga be om hjälp för man är rätt snart satt ur spel. (6)

Känna negativ upplevelse av arbetskamraters närvaro

En barnmorska beskrev att det i vissa situationer kunde upplevas som besvärliga med kollegor på rummet. Barnmorskan tog upp som exempel när en kollega kom in på förlossningsrummet och vederbörande handlade skulderdystoci utifrån en annan guideline än henne själv. Hon upplevde en bristande kommunikation dem emellan vilket kan bli farligt i akuta situationer med skulderdystoci.

... och då kom det in en barnmorska, och då hade, hon fick för sig att hon ville ge en bolusdos och jag hann inte se det här att hon gjorde det. Men det gjorde hon faktiskt på eget bevåg just i det här fallet. Men, för det är jag inte van, och jag vill inte att man gör det. (4)

Ytterligare en situation som beskrevs var när en barnmorska kallat på läkarjouren som kom in i rummet, vände, gick ut och återkom inte. Barnmorskan beskrev en känsla av övergivenhet och ovisshet över om läkaren skulle återkomma eller om hon behövde kalla på annan hjälp.

Då kom huvudet ner och sedan gick det en liten stund, så kom det inget mer. Jag ringde på doktorn, ..., och jag hör hur det susar till i dörren och där stod han. Han går. Han gick. Han, han fick panik och gick, och jag tänkte "gick han?". Hämta någon annan då. (6)

Konsekvenser vid OBPP

Barnmorskorna beskriver att en skulderdystoci är en extremt akut och påfrestande situation för alla inblandade. Respondenterna nämner ord som vanmakt och fasa. I resultatet beskriver barnmorskorna som upplevt att barnet fått en OBPP att de bär med sig händelsen och dess konsekvenser genom livet. Med konsekvenser menade barnmorskorna barnets lidande, att leva med skuldkänslor samt risken att få en anmälan mot sig. Flera av barnmorskorna hade följt upp barnen och familjen efteråt. De beskrev att de tänkte på dem fortfarande trots att det gått många år sedan händelsen.

Så det kan jag fortfarande tänka på. Efter så många år. Det här handlar om 80-talet ju. (1)

Konsekvenser för barnmorskan

Det visade sig vara varierande hur respondenterna resonerade när det gällde att försöka förebygga en OBPP i ett akut läge. Vissa av barnmorskorna uttryckte i intervjuerna att de både hann tänka på manövrarna för att snabbt få ut barnet samtidigt som de undvek att använda någon form av kraft. Barnmorskorna kunde på så sätt skona plexus brachialisflätan. När en av respondenterna fick en öppen följdfråga, om hon hann tänka på OBPP i samband med skulderdystoci svarade hon:

Ja, det gör man, ja det gör man, det gör man. (1)

Några respondenter resonerade över hur de prioriterade handläggning i det akuta läget. De beskrev att de upplevde situationen som mycket pressad och att de i valet mellan en eventuell hjärnskada och en OBPP utan tvekan valde en skada på plexus. Barnet skulle ut omgående och handläggningen inriktades då på att snabbt kunna förlösa och inte på att undvika en OBPP.

Barnmorskorna beskrev under intervjuerna att de rannsokade sig själv och sin handläggning. De funderade över vad de kunde gjort annorlunda trots att de visste att de gjort sitt yttersta för att undvika en OBPP.

Men just det där som andra frågan, det där med att undvika plexusskada, det tänker man inte på i det läget, för det är ju bara att man ska ha ut barnet faktiskt. (3)

En fasa förstås, men om prioriteringen är cp-skada eller plexusskada är svaret enkelt. (2)

I ett av fallen ledde föräldrarnas frustration över barnets OBPP till att de anmälde både läkare och barnmorska. Anledningen till anmälan var att föräldrarna ansökt om kejsarsnitt eftersom kvinnans tidigare förlossningar varit komplicerade och det hade varit svårt att få ut barnet. Nu kände de en vanmakt över situationen och ansåg att OBPP kunde ha undvikits.

De två första gångerna så hade hon också, hade barnet suttit men de hade liksom inte verifierat att det var skulderdystoci... så hon hade bett om kejsarsnitt, men det hade hon inte fått då, nej... Ja, och det blev en anmälan också, men jag gick fri där ja. (3)

Vetskap om följder för barn och föräldrar

Flertalet av respondenterna hade erfarenhet av att skulderdystoci orsakat en OBPP. De berättade om lidandet detta orsakat barnet, utifrån den kontakt de haft med familjen i flera år efter att OBPP inträffat i samband med förlossningen. De visste att OBPP var bestående och att barnet som följde av den har ett livslångt handikapp.

Och det vet jag i dagens läge att den plexusskadan inte har gett med sig, utan den finns fortfarande. (3)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metodvalet skall styras utifrån problemområdet det avses att forska på. Då syftet med föreliggande studie var att beskriva barnmorskors erfarenheter av att handlägga skulderdystoci vid förlossning med fokus på att förebygga OBPP, föreföll det mest naturligt att använda kvalitativ intervjustudie. Författarna till föreliggande studie anser att det är en bra metod för att skildra barnmorskornas handläggning då den ger möjlighet till öppna frågor. Vid användande av öppna frågor i en intervjustudie ges respondenten möjlighet att med egna ord beskriva sitt handlande och tänkande utan att styras av formulär och inrutade formuleringar. Författarna

ges också möjlighet att ställa följdfrågor så respondenten vidareutvecklar sitt resonemang för att få ytterligare svar på syftet.

Författarna valde att använda sig av tre öppna frågor för att vid behov utvidga intervjun med följdfrågor. Det kan ifrågasättas om textmassan från intervjun hade haft annorlunda innehåll med fler och mer standardiserade frågor. Författarna har dock kommit fram till att antalet frågor var tillräckliga samt att val av intervjumetod var relevant då svar på syftet framkommit i samtliga intervjuer. Att ändra intervjumetod eller frågornas utformning anses av författarna inte heller ha kunnat öka studiens trovärdighet.

En faktor författarna tror kunde ändrat utfallet av studien är urvalet. Författarna anser att de barnmorskor som deltog i studien var representativa för sin yrkesgrupp. Däremot kan det ifrågasättas om utfallet blivit annorlunda om respondenterna varit fler eller om fler förlossningskliniker inkluderats i studien. Under rådande omständigheter med ett pressat tidsschema för både författarna till föreliggande studie och en pressad arbetssituation för barnmorskorna fanns dock inte möjligheter att utföra en större studie. Det kan ifrågasättas om denna faktor kan ha påverkat studiens trovärdighet. Det kan också ifrågasättas om intervjuerna sett annorlunda ut om författarna haft en större erfarenhet av att genomföra kvalitativa intervjuer.

De inklusionskriterier och exklusionskriterier som sattes upp för studien uppfylldes. Det som kan vara av värde att beakta är att samtliga av barnmorskorna hade många års erfarenhet av barnmorskeyrket. En fråga är om utfallet varit annorlunda om en eller flera yngre barnmorskor med kortare erfarenhet av barnmorskeyrket inkluderats. Då skulderdystoci är en relativt ovanlig förlossningskomplikation är det dock svårt att hitta relativt nytexaminerade barnmorskor som uppfyller inklusionskriterierna. En större variation i urvalsgruppen bör dock anses ha kunnat ge studien en större variation och öka trovärdigheten såväl som överförbarheten. Att författarna hade andra uppdrag i form av praktik på respektive klinik, och därför hade en förförståelse av arbetsförhållanden på klinikerna anser författarna inte ha inverkat på studien. De barnmorskor som inkluderades i studien hade inte handlett någon av författarna under VFU och författarna anser därför inte att förkunskapen inverkat på studiens trovärdighet. Att samtliga respondenter var kvinnor beaktades av författarna men är en faktor som inte kunde

påverkas då det inte fanns manliga barnmorskor att tillgå på klinikerna. Med hänseende på hur få manliga barnmorskor som finns i Sverige kan det också ifrågasättas om ett manligt deltagande hade varit representativt för gruppen eller om det varit en faktor som påverkat trovärdighet och överförbarhet negativt.

Avsaknaden av en pilotstudie kan ifrågasättas då den anses vara till hjälp att kontrollera frågornas kvalitet (Nyberg, 2000). Som det tidigare framkommit i metoden fanns det inte möjlighet att genomföra en pilotstudie då tillgången på barnmorskor som uppfyllde inklusionskriterierna samt hade möjlighet att delta var begränsat. Frågorna visade sig slutligen ändå vara tillräckligt utförliga för att ge svar på syftet. Enligt Nyberg (2000) är det bra att ha utfört en pilotstudie för att säkerställa frågornas kvalitet, hur respondenterna uppfattar frågorna samt kontrollera intervjuarnas intervjuteknik.

Att respondenterna fick välja tid och plats för intervjuerna anser författarna vara av värde då respondenterna kunde välja en plats och en tid som passade dem. Det får också anses som en nödvändighet för att kunna genomföra intervjuerna då barnmorskorna hade en pressad arbets-situation som medförde svårighet att hitta tider som passade båda parter.

Intervjuerna delades upp mellan författarna, detta gjordes av praktiska och tidsbesparande skäl. Det kan ses som en svaghet för studien och sänka dess trovärdighet. Dock utgick båda författarna från samma frågeformulär och båda författarna har noggrant granskat textmaterialet från de intervjuer de själva inte gjort. Samtliga intervjuer spelades in, tre med en liten bandspelare och tre i inspelningsfunktionen i en mobiltelefon. Inspelningen gjordes för att intervjuerna skulle kunna transkriberas ordagrant. Det var också en åtgärd för att ge författarna möjlighet att återgå till originalmaterialet vid eventuella tveksamheter över innebörden i intervjuerna. Denna åtgärd stärker resultatets trovärdighet då inget material gått förlorat för att författarnas anteckningar varit bristfälliga.

Att författarna först bearbetade texten var för sig för att sedan gemensamt sammanställa kategorierna och underkategorierna anses som positivt då båda författarna fick möjlighet till en egen tolkning. Att de separata tolkningarna sedan visade sig vara samstämmiga anses av för-

fattarna vara en styrka för studien. Författarna ansåg dock att det var svårt att begränsa antalet kategorier. Lundman & Granheim (2008) skriver att det är svårt att ta fram meningsbärande enheter då det riskeras att enheten är för omfattande och då kan innehålla mer än en företeelse. Alla kategorierna stärktes sedan med citat för att styrka analysens trovärdighet.

Resultatdiskussion

Kunskap har betydelse

Respondenterna talade mycket om tiden före och efter att ALSO – utbildningen introducerades. Det visade sig att kunskap och fortbildning var något som ansågs vara av stor betydelse för att kunna förebygga OBPP. Barnmorskor uttryckte att de, efter att de fått en större utbildning samt möjlighet till praktisk träning, insåg vilka brister de tidigare haft i sin handläggning av skulderdystoci. Då det är svårt att förutse en skulderdystoci är det av stor vikt att alla barnmorskor har kunskap om de manövrar som underlättar handläggningen (Mollberg, 2009). Det finns forskning som visar att lång erfarenhet från förlossningsvården inte påverkar frekvensen av OBPP (Sandmire & DeMott, 2008). Det framkommer dock inte om förlossningspersonalen i artikeln hade utbildats för att förlösa vid skulderdystoci eller om de enbart hade en allmänt lång erfarenhet av förlossningsvården. Författarna till föreliggande studie anser att det borde satsas lika mycket på praktisk träning nu som det gjordes när ALSO – konceptet introducerades. Detta resonemang grundas på Mollbergs (2007) avhandling där det belyses att det är av betydelse att ha en förebyggande strategi för OBPP för att undvika att använda handkraft vid en skulderdystoci. Det är viktigt att barnmorskan kontinuerligt upprätthåller och utvecklar sin kompetens, eftersom det enligt Socialstyrelsen (2006) ställs krav på barnmorskan att ha kunskap om akuta manuella förlossningsmanövrar. När det gäller stödet till kvinnan i en akut förlossningssituation som skulderdystoci finns barnmorskan med och är delaktig i vården även om obstetrikern tagit över (Lundgren & Berg, 2007).

I intervjuerna beskrev respondenterna vilka manövrar de använde och som de ansåg vara mest effektiva vid skulderdystoci för att undvika OBPP. Författarna till föreliggande studie har förståelse för att respondenterna använder de handläggningsmetoder de känner sig mest bekväm med och anser vara mest effektiva. Dock reflekterar författarna över om en akut situation kan underlättas av att ha en fast struktur så att nya resurser i rummet vet var i handlingsförloppet de befinner sig. Då kan de på kort tid förstå vad som är gjort och vad som behöver göras. Risken för upprepning av manövrar som ej fungerat minimeras. Detta kan bli tidsbesparande vilket är av stor vikt för barnet Doumouchsis & Arulkumaran (2010) uttrycker vikten av att förlossningspersonal omedelbart känner igen tecknen på en skulderdystoci för att omgående kunna handlägga förlossningen som en sådan. De förespråkar att förlossningen då utförs utifrån en strukturerad handläggning. Även Inglis, Feier, Chetiyaar, Naylor, Summersille, Cervellione & Predanic (2011) framhåller fördelarna med att ha en enkel standardiserad handlingsplan då det kan förbättra utfallet av skulderdystocin och på så sätt kan förlossningskomplikationer, där ibland OBPP, förebyggas.

Barnmorskor har evidensbaserad kunskap om hur OBPP kan förebyggas vid skulderdystoci. Barnmorskorna beskrev det utifrån kunskap om vilka manövrar som skulle undvikas. Det exempel respondenterna gav på detta var dragning i barnets huvud. Samtliga barnmorskor var överens på denna punkt. Författarna till denna studie anser att detta är bra då dessa manövrarna är kontraindicerade och utgör en stor risk för barnet att få OBPP vid skulderdystoci. Enligt Doumouchsis & Arulkumaran (2010) är risken för OBPP stor i samband med dragning av barnets huvud i samband med skulderdystoci.

En annan manöver som ifrågasatts i studier är bockning av barnets huvud (Mollberg, 2007). Respondenterna i vår studie gav samstämmiga svar på detta område. Det ansågs inte var tillåtet att bocka så länge det fanns ett motstånd, det vill säga när ena eller båda axlarna var inki-lad vid en skulderdystoci. Forskning där experiment utförts visar på att en av anledningarna till att OBPP uppstår beror på att barnmorskor och läkare använder mer dragkraft vid svåra förlossningar (Mollberg, et. al., 2007). Författarna till föreliggande studie menar att reflektion över bockningens betydelse är bra då bockningen är en faktor som kan orsaka barnet en livslång skada. Det är av betydelse att det finns en medvetenhet om detta i praktiken och att

bockning inte används i tveksamma situationer, det vill säga situationer då skulderdystoci misstänks.

Respondenterna resonerade över användandet av läkemedlet Oxytocin vid skulderdystoci och vilken eventuell betydelse de hade för en OBPP hos barnet. Sammanfattningen av resonemangen var att dem i dagens läge är mer försiktiga med att ge Oxytocin då dem insett att förstärkta värkar leder till att de jobbar mot ett större motstånd. Detta i sin tur ökar risken för en OBPP. Att bolusdosen är borttagen som en del i handläggningen är vedertagen kunskap på klinikerna bland de barnmorskor som ingick i denna studie. Studier visar att en ökad kraft i den födande kvinnans värkar kan resultera i skador på plexus brachialisflätan (Grimm et. al, 2010).

Teamets påverkan

Att kollegialt samarbete är viktigt i det akuta skedet lämnas utom all tvivel. Vetskapen att det finns någon som är beredd att komma till undsättning när det behövs skapar trygghet. Respondenterna uttryckte att det var bra med ny energi i rummet, någon som var fokuserad och inte hunnit påverkas av stressen. Någon som vid behov kunde ta över och hjälpa till att styra upp situationen. Enligt författarna till föreliggande studie är det därför viktigt att ha tillräckligt med resurser så det, vid behov, finns möjlighet att arbeta i ett team. Det är därför av stor vikt att värna om teamets betydelse även i framtiden. Enligt Inglis et. al (2011) kan ett inarbetat team leda till en lugn och avslappnad miljö som ger ett mer effektivt lagarbete. På så sätt blir teamet den faktor som har störst betydelse för att lösa den akuta situationen vid skulderdystoci. När det gäller teamet anser författarna till föreliggande studie att det är betydelsefullt att arbetsteamet respekterar varandras olika uppgifter.

Det framstod som övervägande positivt att det kom in kollegor på rummet men det fanns också negativa upplevelser, som till exempel när en kollega kom in och gav en bolusdos Oxytocin utan att fråga den förlösande barnmorskan först. Likväl som det är viktigt att vara behjälplig och kunna ta över om den förlösande barnmorskan önskar, är det också viktigt att vara

lyhörd i situationen. Att ha en tydlig kommunikation med den ansvariga barnmorskan är ytterst viktigt samt att se den födande kvinnan. I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för barnmorskor (2006) poängteras att barnmorskan skall respektera och tillvarata arbetsteamets erfarenheter och kunskaper samt bidra till en helhetssyn av patienten. Värt att beakta är också att en kollega inte bör gå in i ett rum om avsikten inte är att stanna eller om hon känner en rädsla eller osäkerhet kring situationen. Det skapar en otrygghet för den förlösande barnmorskan i sådana situationer då hon inte vet vilken hjälp hon kan räkna med.

Det är barnmorskans uppgift att vara kvinnans stöd och stödja den naturliga processen under förlossning, även när det uppstår komplikationer (Berg & Dahlberg, 2001). Författarna till föreliggande studie anser att det är viktigt att teamet, även när det uppstår en akut situation som skulderdystoci under förlossningen, tänker på att stödja kvinnan. Det framkommer i resultatet att fokus vid skulderdystoci läggs på att handlägga den akuta situationen, men ingen tar upp vem som informerar och stödjer kvinnan. Författarna har förståelse för att fokus läggs på den akuta situationen men anser att det också bör avsättas en barnmorska som fokuserar på att stödja och informera kvinnan. Även under en förlossning med komplikationer måste barnmorskan sträva efter att bevara kvinnans integritet och i största möjliga mån ge henne en känsla av trygghet.

Konsekvenser vid OBPP

Att respondenterna värnar om barnet framgår tydligt, fokus är på att förorsaka minst möjlig skada. Ibland står det då, enligt barnmorskan, mellan att rädda hjärnan från skada eller att förhindra OBPP på plexus brachialisnerven. Resultatet visar att barnmorskorna med erfarenhet av barn som fått OBPP bär med sig händelsen i tankarna genom livet. Medvetenheten om att barnet fått ett livslångt handikapp och förorsakats ett lidande är ett faktum som kan vara tungt att bära. Flera av respondenterna hade upplevt att handläggningen av skulderdystoci slutat i en OBPP. Några barnmorskor ansåg att de i situationen hann reflektera över hur de skulle handla för att undvika OBPP. Andra menade dock att de i det stressade akuta läget inte hann fokusera på detta utan enbart hade fokus på att rädda barnets liv. Författarna till denna

studie anser att det är värt att begrunda om mer regelbunden praktisk träning och utbildning med fokus på OBPP kan förändra handläggningen så att barnmorskan får en möjlighet att utveckla sin kompetens. En sådan specifik utbildning kan leda till att barnmorskan hinner reflektera över att rädda barnet såväl som att undvika en OBPP. Inglis, et. al. (2011) skriver att praktisk träning av handläggning vid skulderdystoci har betydelse för utfallet av barn med OBPP. Antalet barn med OBPP efter skulderdystoci har i deras studie visat sig minska.

Med förankring i vetenskaplig litteratur är det viktigt att arbeta för att förebygga OBPP eftersom det kan orsaka barnet ett livslångt lidande och nedsatt livskvalitet. Enligt Spaargaren et. al (2011) är vanliga komplikationer smärta från överarm, axel och nacke, nedsatt rörlighet i armen som bland annat leder till svårigheter att skriva samt svårighet med rotation av arm. Flertalet av barnen som ingick i deras studie hade också genomgått operativa ingrepp relaterat till OBPP.

SLUTSATSER

Sammanfattningsvis har det framkommit att regelbunden utbildning och träning utifrån ALSO-konceptet är av stor betydelse för att bibehålla kompetensen om hur OBPP förebyggs. Arbetsteamet anses som ovärderliga i den akuta situationen. Det visar sig att barnmorskorna är väl medvetna om kraften vid bockningen av barnets huvud och att det är förknippat med en stor risk att orsaka OBPP vid dragning i barnets huvud. De barnmorskor som upplevt att barnet fått en skada på plexus brachialisnerverna rannsakade sig själva och levde med skuldskänslor trots att de gjort sitt yttersta för att rädda barnet och undvika OBPP. De bar med sig vetskapen om att barnet fått ett livslångt handikapp.

Praktiska implikationer

Barnmorskornas handläggning vid skulderdystoci varierar och det finns olika teorier, men ingen evidens för att manövrarna enligt ALSO skall utföras i en viss bestämd ordning. Förfat-

tarna till föreliggande studie anser att det vore värdefullt att utvärdera om en bättre struktur leder till en effektivare handläggning med fokus på att förebygga OBPP. Det skulle också vara av betydelse att samla kunskap och erfarenheter från både barnmorskor och obstetriker om vilka manövrar som är mest framgångsrika för att lösa en skulderdystoci samt hur de tänker kring kraften vid bockning.

Förslag på framtida forskning

Författarna till föreliggande studie föreslår att framtida forskningsprojekt inriktar sig på att intervjua barnmorskor och obstetriker om vad de anser vara de effektivaste manövrarna inom ALSO-konceptet. Framtida studier bör också undersöka vilken handläggning de upplever som mest skonsam för att lösa skulderdystoci och samtidigt förebygga OBPP.

REFERENSER

American Academy of Family Physicians ALSO Scandinavia and Greenland academy+of+family+physicians+shoulder+dystocia&btnG=&hl=sv&as_sdt=0&as_vis=1
<http://scholar.google.se/scholar?q=ALSO+american+>

Backe, B., Magnussen, E. B., Johansen, O. L., Sellaeg, G., & Russwurm, H. (2008). Obstetric brachial plexus palsy: A birth injury not explained by the known risk factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 87(6), 1027-1032.

Berg, M., & Dahlberg, K. (2001). Swedish midwives' care of women who are high obstetric risk or who have obstetric complications. *Midwifery* 17(4), 259-266.

Berg, M & Lundgren, I. (Red.). (2010). *Att stödja och stärka*. Lund: Studentlitteratur.

Borrelli, S. E. (2013). What is a good midwife? Insights from the literature. *Midwifery* 30(2014), 3-10.

Dahlborg–Lyckhage, E. (2006). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I: F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 17-26). Lund: Studentlitteratur.

Dodd, J. M., Catcheside, B., & Scheil, W. (2012). Can shoulder dystocia be reliably predicted? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 52(5), 248-252.

Doumouchsis, S. K., & Arulkumaran, S. (2010). Is it possible to reduce obstetrical brachial plexus palsy by optimal management of shoulder dystocia? *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1250(9), 135-143.

- Forsman, B. (1997). *Forskningsetik: En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Gherman, R. B., Chauhan, S. P., & Lewis, D. F. (2012). A Survey of Central Association Members About the Definition, Management, and Complications of Shoulder Dystocia. *Obstet Gynecol*, 119(8), 830-837.
- Granskär, M., & Höglund-Nilsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Grimm, M. J., Costello, R. E., & Gonik, B. (2010). Effect of clinician-applied maneuvers on brachial plexus stretch during a shoulder dystocia event: investigation using a computer simulation model. *Am. J Obstet Gynecol* 203:339(5), 1-5.
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(4), 806-817.
- Hermansson, E., & Mårtensson, L. (2010). Empowerment in the midwifery context – a concept analysis. *Midwifery* 27(2011), 811-816.
- Inglis, S. R., Feier, N., Chetiyaar, J. B., Naylor, M. H., Summersille, M., Cervellione, K. L., & Predanic, M. (2011). Effects of shoulder dystocia training on the incidence of brachial plexus injury. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204(322), 1-6.
- ICM, Den internationella etiska koden för barnmorskor (1999).
https://www.vardforbundet.se/Documents/Trycksaker%20%20egna/Nationella/Foldrar%20Broschyre/Den%20internationella%20etiska%20koden%20for%20barnmorskor_9907.pdf
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lagerqrantz, H., Hellström-Westas, L., & Norman, M. (Red.). (2008). *Neonatologi*. Lund: Studentlitteratur.

Lagerkvist, A., Johansson, U., Johansson, A., Bager, B., & Uvebrant, P. (2010). Obstetric brachial plexus palsy prospective, population-based study of incidence, recovery, and residual impairment at 18 months of age. *Development Medicine & Child Neurology*, 52(6), 529-534.

Lindqvist, P. G., Erichs, K., Molnar, , C., Gudmundsson, S., & Dahlin, L. B. (2012). Characteristics and outcome of brachial plexus birth palsy in neonates. *Foundation Acta Paediatrica*, 101(4), 579-582.

Lundgren, I. (2009). Stöd under förlossningen. I: A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (sid. 75-79). Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 220 - 228.

Lundman, B., & Graneheim, U.H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (sid.159-172). Lund: Studentlitteratur.

Mollberg, M. (2009). Skulderdystoci. I: A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (sid. 424-429). Lund: Studentlitteratur.

Mollberg, M. (2007). *Obstetric Brachial Plexus Palsy*. (Akademisk avhandling). Göteborg: Intellecta DocusSys AB.

- Mollberg, M., Hagberg, B., Lilja, H., & Ladfors, L. (2005), Riskfactors for obstetric brachial plexus palsy among neonates delivered by vacuum extraction. *Obstetrics & Gynecology*, *106*(5 Part 1), 913-918.
- Mollberg, M., Hagberg, H., Bager, B., Lilja, H., & Ladfors, L. (2005). High birthweight and shoulder dystocia: the strongest risk factors of obstetrical brachial plexus palsy in Swedish population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, *84*(6), 654-659.
- Mollberg, M., Lagerkvist, A-L., Johansson, U., Bager, B., Johansson, A., & Hagberg, H. (2008). Comparison in Obstetric Management on Infants With Transient and Persistent Obstetric Brachial Plexus Palsy. *J Child Neurol*, *23*(9), 1424-1432.
- Mollberg, M., Wennergren, M., Bager, B., Ladfors, L., & Hagberg, H. (2007). Obstetric brachial plexus palsy: a prospective study on risk factors related to manual assistance during the second stage of labor. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, *86*(7), 198-204.
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2012). Selfreported fear of childbirth and its association with women`s birth experience and mode of delivery: A longitudinal population- based study. *Women & Birth*, *25*(3), 114-121.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. 4.,[bearb.] uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Okby, R., & Sheiner, E. (2012). Risk factors for neonatal plexus paralysis. *Arch Gynecol Obstet*, *286*(4), 333-336.
- Patel, R., & Davidson, D. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. E., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar. (2013). Hämtad från 2013-09-14:
<http://rbu.se/vad-ar-en-plexusskada> .

Sand, O., Sjaastad, Ö. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2006). *Människokroppen. Fysiologi och anatomi*. Liber AB: Stockholm.

Sandmire, H. F., & DeMott, R. K. (2008). Controversies surrounding the causes of brachial plexus injury. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 104(2009), 9-13.

Socialstyrelsen. (2012). *Behandling av plexus brachialis-skador som rikssjukvård*. Hämtad från 2012-12-17:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18870/2012-10-26> .

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Riksdagen: Stockholm.

Socialstyrelsen (2010) *Socialstyrelsens medicinska register*. Riksdagen: Stockholm.

Spaargaren, E., Ahmed, J., van Ouwerkerk, W., de Groot, V., & Beckerman, H. (2011). Aspects of activities and participation of 7-8 year-old children with an obstetric brachial plexus injury. *European Journal of Paediatric Neurology*, 15(2011), 345-352.

Swahn, M. L., & Westergren, M. (2008). Skulderdystoci. I: H. Hagberg, K. Maršál & M. Westergren (Red.), *Obstetrik* (sid. 547-551). Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (u.å.). *Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2013-09-14 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.

Överland, E. A., Vatten, L. J., & Eskild, A. (2012). Risk of shoulder dystocia: associations with parity and offspring birthweight. A population study of 1 914 544 deliveries. *Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology*, *91*(6), 483-488.

Beskrivning av handläggning vid skulderdystoci enligt HELPERR

H = Hjälp. Kalla på hjälp från obstetrikläkare och barnmorskekollegor.

E = Episiotomi. Värdera om klipp ska läggas. Utrymmet i perineum/vagina behöva ökas med hänseende på barnmorska/läkares möjlighet att utföra inre manövrer.

L= Legs. Den första manövern är McRoberts manöver vid vilken huvudändan på förlossningsängen sänks till planläge, kvinnan läggs på rygg, sedan böjs kvinnans knän rakt upp mot buken, i riktning mot ansiktet, vilket gör att höfterna böjs maximalt. Manövern leder till att bäckenet vidgas en till två centimeter och symfysens vinkel rätas ut. Detta ökar möjligheten till en rotation av barnets axlar.

P = Press. Tryck över suprapubis, så kallad suprapubisk press. Denna manöver innebär att assisterande förlossningspersonal knyter den ena handen och lägger ett kraftigt tryck på moderns mage ovanför symfysen och på barnets främre skuldra. Trycket läggs från barnet ryggside och är först kontinuerligt för att sedan övergå till en komprimerande rörelse med handflatan. Den förlösande barnmorskan/läkaren känner under tiden efter om övre axeln frigörs och roterar så att den inkilade axeln löses och kommer under symfysen. McRoberts manöver tillsammans med suprapubisk press brukar lösa ungefär hälften av alla fall där axeln är inkilad under symfysen.

E = Egentliga manövrer. Där ingår Rubins manöver och Woods skruvmanövrer.

Vid Rubins manöver för barnmorska eller läkare in handen vid perineum in i vagina och går upp med den på barnets ryggside och lokaliserar den främre axeln. Ett tryck läggs bakifrån på axeln framåt och sedan neråt för att försöka få axeln att lossna och komma under symfysen.

Woods skruvmanöver utgår från handgreppet vid Rubins manöver. Barnmorska eller läkare för in sin andra hand genom vagina och lägger den på barnets bröst, därefter placeras två fingrar framför barnets bakre axel och ett tryck läggs bakåt. Parallellt läggs ett tryck från baksidan

på den främre axeln för att försöka rotera axlarna till snedvidd. Lyckas det inte fortsätter manövern med att försöka rotera barnets axlar åt motsatt håll.

R = rotera ut bakre armen. Barnmorska eller läkare går in med ena handen i vagina och lokaliserar armen och tar tag i handen och dra ut den genom vagina. Lyckas det har barnets skuldermått minskat vilket löser den fastkilade axeln.

R = rulla runt på alla fyra. Manövern innebär att ändra kvinnans ställning till knästående. Den ändrade ställningen ökar utrymmet i bäckenet med en till två centimeter, precis som vid McRoberts manöver. Barnmorskan bockar ner den bakre axeln. Teorin bakom manövern är att tyngdkraften tillsammans med lägesförändringen leder till att axeln lossnar från sitt inkilade läge. Sker det inte kan barnmorska eller läkare fortsätta handläggningen med att utföra egentliga manövrerna, enligt beskrivning ovan.

Lyckas barnmorska eller läkare inte förlösa barnet med manövrarna enligt HELPERR kan nyckelbenet fraktureras för att minska omfånget av barnets skuldror. Lyckas heller inte det är nästa steg att ge uterusavslappnande läkemedel samt att via operativa ingrepp förlösa barnet antingen vaginalt eller via sectio men det utförs inte av barnmorskor.

Det finns ej evidens för i vilken ordning manövrar enligt HELPERR skall utföras men det anses vara en fördel om barnmorskor och obstetriker arbetar efter samma riktlinjer (American Academy of Family Physicians ALSO Scandinavia and Greenland; Mollberg, 2009). Forskning visar på att suprapubisk kompression, vändning av axlarna till snedläge, samt att rotera ut den bakre armen är de mest effektiva manövrarna för att lösgöra den inkilade axeln och de ger minst risk för OBPP (Grimm, et. al., 2010).



GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersoninformation

Obstetric plexus brachialis pares vid skulderdystoci - Barnmorskans handläggning

Studiens bakgrund

Studien handlar om obstetriska plexus brachialisskador (OBPP) som kan drabba barnet vid förlossningens slutskede. Forskningsresultat påvisar att den mest betydande riskfaktorn, i Sverige, för en skada på plexus brachialis, är vissa av de manövrar som barnmorskan/obstetrikern använder för att få ut barnet vid en skulderdystoci. Ju mer kraft vid press/böckning mot huvudet nedåt när barnet sitter fast, desto större risk för plexusskada. Det finns begränsat med forskning om barnmorskans kunskap om hur en akut situation som vid skulderdystoci skall handläggas, för att undvika skador på barnet. Som blivande barnmorskor vill vi, utifrån intervjuer med verksamma barnmorskor på förlossningen som har erfarenhet av skulderdystoci, skriva ett examensarbete. Syftet med studien är att beskriva barnmorskors erfarenheter av att handlägga skulderdystoci vid förlossning med fokus på att undvika obstetriska plexus brachialisskador.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras i form av intervjuer med verksamma barnmorskor på förlossningsavdelningar i Västra Götalandsregionen. Intervjuerna kommer att ske enskilt under ett tillfälle i ca 30-60 minuter. Intervjuerna kommer att spelas in. De frågor som kommer att ställas är följande:

- Berätta om en förlossning där skulderdystoci uppstod
- Beskriv handläggningen
- Hur arbetar du och tänker i situationen för att undvika skador på plexusnerven vid skulderdystoci

De inspelade intervjuerna kommer att skrivas ut och därefter analyseras. Ljudupptagningarna och de utskrivna intervjuerna kommer att förvaras säkert och kommer endast att vara tillgängliga för de som ansvarar för studien. Datamaterialet kommer inte kunna spåras till enskilda personer. Vid en eventuell publicering kommer ingen enskild person att kunna identifieras.

Deltagande i studien är helt frivilligt och man har rätt till att när som helst avbryta sitt deltagande utan att behöva ange något skäl. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå för deltagande i studien. Resultat kommer att redovisas i en rapport vid Göteborgs universitet. Resultatet av studien kan deltagarna ta del av genom kontakt med nedanstående ansvariga personer.

Ansvariga

Elisabeth Andersson
Leg. Sjuksköterska, barnmorskestudent
Tel: 076-7649059
gusandelk@student.gu.se

Margareta Mollberg
Barnmorska, universitetslektor
Tel: 0705-211882
margareta.mollberg@gu.se

Merethe Lorentsson
Leg. Sjuksköterska, barnmorskestudent
Tel: 0730-383732
gusloreme@student.gu.se

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

**Samtycke till deltagande i studien: Obstetriska plexus brachialisskador
Att förebygga skada vid handläggning av skulderdystoci.**

Undertecknad har informerats om studiens syfte och varför jag tillfrågats om att delta samt att intervjun kommer att spelas in. Jag har fått tillfälle att ställa frågor om studien och fått mina frågor besvarade. Jag har fått information om att min identitet kommer att skyddas. Endast studiens två författare har kunskap om namn och övriga personuppgifter och att dessa uppgifter kommer att bevaras på säker plats. Information har getts om att jag är fri att avbryta mitt deltagande i studien om jag så önskar, utan att uppge någon orsaka till avbrytandet.

Datum Underskrift från deltagare

Datum Underskrift från forskningsansvarig

Tabell 1. Översikt över hur underkategorier och kategorier togs fram.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Vi hade inte under tiden den här ALSO - utbildningen för skulderdystoci. Vi hade inte alla de här greppen att pressa ovanför symfyssen och så.	Vi hade inte utbildning och vi hade inte greppen	Undermålig utbildning vid skulderdystoci försvårar handläggning	Bristfällig kunskap	Kunskap har betydelse
Och nu lär vi oss på ett annat sätt. Och det tränar vi ju även på här, vi har ju ett övningsrum.	Nu lär vi oss och vi tränar i övningsrum	Praktisk utbildning underlättar handläggning	Specifik utbildning ger kunskap	
Att man inte bockar så mycket som jag gjorde då.	Att inte bocka mycket	Konsekvenser av att använda kraft i form av bockning	Kunskap om bockningens negativa inverkan	
Att inte dra i huvudet, det är absolut det viktigaste tror jag, att man inte drar.	Att absolut inte dra i huvudet är viktigast	Att dra i barnets huvud får negativa konsekvenser	Att dra i barnets huvud är kontraindicerat	
Vad har jag gjort och vad har jag inte gjort? ... Jag bollade med kollegorna på rummet.	Bollade med kollegorna	Det är betydelsefullt att ha någon att konsultera	Positivt med kollegor på rummet	Teamets påverkan
Det gjorde hon faktiskt på eget bevåg.	Eget bevåg	När kollegor handlar på eget bevåg	Känna negativ upplevelse av arbetskamrats närvaro	
Jag har ju funderat jättemycket. Detta barnet fick ju en plexusskada, en ganska grav sådan. Skulle jag gjort på ett annat sätt? Jag tror inte det.	Har funderat jättemycket. Skulle något gjorts annorlunda?	Barnmorskan bär med sig händelsen	Konsekvenser för barnmorskan	Konsekvenser vid OBPP
Alltså, plexusskador är ju väldigt tråkigt för barnet!	Plexusskador är tråkigt för barnet	En plexusskada är en svår komplikation för barnet	Vetskap om följder för barn och föräldrar	

Obstetriska plexusskador - Att förebygga skada vid handläggning av skulderdystoci.

Frågor:

1. Berätta om en förlossning där skulderdystoci uppstod
2. Beskriv din handläggning
3. Hur arbetar du och tänker i situationen för att undvika skador på plexusnerven vid skulderdystoci?