



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

LIKHETER OCH SKILLNADER PÅ SVERIGES FÖRLOSSNINGSKLINIKER BETRÄFFANDE FÖDSEL I VATTEN

Evidensbedömning med GRADE av styrdokument
avseende vattenförlossning

**Hanna Elmäng
Julia Lind
Marie Karlsson**

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet, RPH 101
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2023
Handledare:	Lilja Thorgeirsdóttir
Examinator:	Malin Bogren

Titel svensk:	Likheter och skillnader på Sveriges förlossningskliniker beträffande födsel i vatten
Titel engelsk:	Similarities and differences in Sweden's maternity clinics regarding water birth
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet, RPH 101
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2023
Handledare:	Lilja Thorgeirsdóttir
Examinator:	Malin Bogren
Nyckelord:	Barnmorskor, Evidensbaserad vård, GRADE, Lagar, Vattenfödsel, Styrdokument, Sverige, Vattenfödsel

Sammanfattning

Bakgrund: Vattenfödsel har skett i alla tider, men under 1990-talet försvann det från klinikerna i Sverige. Befintlig forskning visar att det finns många fördelar med vattenfödsel, så som minskad risk för bristning, mindre interventioner och att det är kostnadseffektivt för landstinget. Patienter som fött i vatten och barnmorskor som bistår vattenförlossning anser vattenförlossning mycket fördelaktig.

Syfte: Syftet med arbetet är att undersöka vad de olika förlossningsklinikerna i Sverige har för likheter och skillnader i sina rekommendationer angående födsel i vatten.

Metod: Inhämtning av data har skett från Sveriges 44 förlossningskliniker. Granskning av bakomliggande evidens i styrdokumentet har gjorts med GRADE, vilket var arbetets design. Styrdokumentet likheter och skillnader har tagits fram med hjälp av innehållsanalys.

Resultat: Tjugotre kliniker erbjuder vattenfödsel, av dessa 23 kliniker granskas totalt 13 styrdokument. Tre kliniker har i sina riktlinjer avrått från att genomföra vattenfödslar, motiverat av bristen på tillräcklig vetenskaplig evidens inom området. Dessa riktlinjer är också föremål för granskning. Alla styrdokument får avdrag i GRADE på grund av att det saknades evidens. Flera styrdokument har samma angivna referenser men de skiljer sig trots detta åt i flera delar. Det ses likheter men även skillnader i styrdokumentet gällande information, inklusions- och exklusionskriterier. Det är generellt svårt att härleda information i styrdokumentet till vetenskapliga referenser.

Slutsats: Styrdokumentet behöver uppdateras och saknar i vissa delar evidens. Många likheter och skillnader i styrdokumentet har identifierats. Alla styrdokument bör bygga på evidens och uppdateras regelbundet. Det finns ingen evidens som säger att vattenfödsel inte bör utföras för lågriskpatienter. Detta arbete kan generera i en mer rättvis och jämlik vård för kvinnor över hela landet.

Nyckelord: Barnmorskor, Evidensbaserad medicin, GRADE, Lagar, Styrdokument, Sverige, Vattenfödsel

Abstract

Background: Water birth has taken place throughout the ages, but during the 1990s it disappeared from the clinics in Sweden. Existing research reports many advantages to water birth such as reduced risk of tears, fewer interventions and it being cost-effective. Women who give birth in water and midwives who assist in water birth consider the alternative to be beneficial.

Aim: The aim of this study is to investigate the similarities and differences between maternity clinics in Sweden in their recommendations regarding water birth. The aim was also to see if the clinics follow the latest evidence-based research and if women in Sweden have access to equal care.

Method: Data has been collected from Sweden's 44 maternity clinics. Review of the underlying evidence in the guidelines has been done with GRADE, which was the design of the work. The guidelines similarities and differences have been developed with the help of content analysis.

Results: Data was collected from Sweden 44 maternity clinics. Twenty-three clinics offer water birth, of these 23 clinics, a total of 13 guidelines are reviewed. Three clinics have advised against carrying out water births in their guidelines, motivated by the lack of sufficient scientific evidence in the guidelines. These guidelines are also subject to review. All guidelines are deducted in GRADE due to a lack of evidence. Several guidelines have the same references, but they still differ in several parts. There are similarities but also differences in the guidelines regarding information, inclusion and exclusion criteria. It is generally difficult to derive information in the guidelines to scientific references.

Conclusion: The guidelines need to be updated and lacks evidence in some parts. Many similarities and differences in the guidelines have been identified. All guidelines should be evidence-based and updated regularly. There is no evidence to suggest that water birth should not be performed for low-risk patients. This essay can generate in a more fair and equal care for women across the country.

Key words: Evidence - based medicine, GRADE, Guidelines, Laws, Midwives, Sweden, Waterbirth

Förord

Under tidens gång har vi haft otroligt roligt, många skratt har delats vilket har gjort att tiden bara flugit förbi. Stort tack och otroligt bra jobbat av oss.

Vi vill börja med att säga stort tack till våran fantastiska handledare Lilja för hennes otroliga tålamod och stöd. Vi har alltid kunnat höra av oss för minsta lilla sak vilket har fått oss att vilja fortsätta framåt med arbetet då vi tvivlat.

Detta arbete hade aldrig blivit av utan ett gott samarbete från samtliga förlossningskliniker i Sverige. Vi ber om ursäkt för våra påminnelser gånger flera för att få era styrdokument.

Biblioteket på Göteborgs universitet har varit till stor hjälp när frågor uppkommit, de har bara varit ett zoomsamtal bort.

Tack till våra familjer för stöd och förståelse. Särskilt tack till mamma Maria, sambon Robert och svärsonen Marcus som hjälpt oss med utskrift under arbetets gång. Tack till Gudfar Niklas och kompisen Amanda för genomläsning av arbetet och för de bra synpunkterna. Vi är även tacksamma för att hunden Tezzla har hjälpt oss att tänka klart på eftermiddagarna genom en lunchpromenad i det fina vinterlandskapet.

Innehållsförteckning

Definitioner	1
Inledning.....	3
Bakgrund	3
Historia om vattenförlossningar	3
Vattenförlossningar idag, barnmorskans ansvar.....	4
Handhavande vid vattenförlossning.....	4
Barnmorskans arbete bygger på evidens.....	5
Barnmorskan och vattenförlossning	5
Handhavande – utfall av vattenförlossning	6
Perinealskydd.....	6
Bristningar vid vattenfödsel.....	7
Episiotomi.....	7
Blödning vid vattenförlossning.....	7
Skulderdystoci.....	8
Det nyfödda barnet.....	8
Navelsträngsruptur.....	8
APGAR	9
Hud mot hud och amning.....	9
Kostnadseffektivitet	9
Patientens upplevelse av vattenförlossning	9
När badkaret blir ett hinder	10
Positiva aspekter av att föda i vatten.....	10
Kvinnors rätt till medbestämmande i vården, vad säger lagen?.....	11
Hälso- och sjukvårdslagen	11
Patientlagen.....	12
Evidensbaserad medicin.....	12
Problemformulering.....	12
Syfte.....	13
Forskningsfrågor.....	13
Metod.....	13

Design.....	13
Urval och datainsamling	15
Kvalitetsgranskning	16
Dataanalys	16
Etiska övervägande.....	17
Förförståelse	17
Resultat.....	19
Tabell 3, artiklar som anges i de granskade styrdokumenterna	19
Tabell 4 GRADE.....	31
Likheter och skillnader i styrdokumenterna	35
Vad krävs för att få vattenförlossning i Sverige?.....	35
Långvarig vattenavgång.....	35
Induktion	35
Tidigare kejsarsnitt.....	36
Tidigare blödning.....	36
Body mass index (BMI).....	37
Grupp B - Streptokocker (GBS) vid vattenförlossning.....	37
Perinealskydd samt suturering av bristning	37
Tidigare sfinkterskada och könsstumpning	38
Kontaminering i badvattnet.....	38
Temperatur på den födande	38
Badvattnets temperatur	39
Neonatala utfall.....	40
Framfödandet av barnet i vatten	40
Barnets mående efter vattenförlossning.....	40
Navelsträngsruptur och avnavling	40
Vattenfödelse får ej ske	41
Styrdokumentens giltighetstid	41
Diskussion	42
Metoddiskussion.....	42
Styrkor och svagheter av arbetet.....	42
Trovärdigheten i arbetet.....	43

Resultatdiskussion	44
Styrdokumentens uppbyggnad och evidens	44
Rätten att själv få välja förlossningssätt.....	46
Likheter och skillnader i styrdokumentet.....	47
Induktion	47
Kejsarsnitt	47
BMI och skulderdystoci	48
GBS	48
Sfinkterskada / grad 3 och 4 bristning	48
Kontaminering av vatten	49
Temperatur	49
Slutsats.....	50
Referenslista	51

Definitioner

Aktivfas: Regelbundna smärtsamma sammandragningar, tillskillnad från latensfas där värkarna är oregelbundna och oftast inte lika kraftiga.

Asfyxi: Fostret/barnet som av olika skäl drabbas av syrebrist och otillräcklig blodcirkulation sägs vara utsatta för asfyxi.

Ballongkateter: Igångsättningsmetod, en mjuk kateter som förs upp innanför livmodertappen, en liten ballong fylls med vatten, stimulerar en mekanisk retning av livmodertappen.

Cervix: Livmodertapp.

Cochrane: Cochrane är ett globalt oberoende nätverk av forskare, vårdpersonal, patienter, vårdgivare och människor som är intresserade av hälso- och sjukvårdsfrågor. Cochrane är inget nätverk som arbetar för att tjäna pengar. De arbetar för att ta fram tillförlitlig och tillgänglig hälsoinformation, där informationen inte ska påverkas från andra håll. Det arbete Cochrane gör anses vara så säkert att det kan användas för att mäta kvalitén på information.

Epidural: Smärtlindring som ges i epiduralrummet i ryggen under förlossningen.

Induktion: Igångsättning, innebär att förlossningen startas igång på konstgjord väg.

Intervention: En åtgärd som påverkar förlossningsförloppet, till exempel oxytocininfusion.

Kvinna: Livmoderbärande person.

Kontraindikation: Medicinsk term för att två saker inte passar ihop på grund av vissa omständigheter. Det måste finna större nytta än risk för att utföra något.

Mekonium/barnbäck: Nyfött barns första avföring som i början är svart eller grönaktig. Detta kan till exempel färga fostervattnet. Orsaken till detta kan vara att barnet är stressat.

Neonatolog: Specialistläkare för det nyfödda barnet.

Peang: Pincett- / sax liknande medicinskt instrument.

Perineum/mellangården: Området mellan vagina och anus.

Proprioceptiva signaler: Nervreceptorer vilka tar emot intryck om kroppens läge och position.

Relativ kontraindikation: (Läs kontraindikation) tillägg: beslut får tas utefter helhetsbild av kvinnan, ofta i samråd med läkare.

Vasodilatation: Kroppens blodkärl vidgas.

Oxytocininfusion: Syntetiskt oxytocin som kan ges i värkförstärkande syfte.

Obstetriker: Förlossningsläkare.

Skulderdystoci: Innebär att barnet fastnar med sin axel vid moderns blygdben.

Simplex graviditet: En graviditet med ett foster i magen.

Sterila kvaddlar: En vatteninjektion som läggs i fettvävnaden på den födande kvinnan, vanligtvis i buken och/ eller ryggen, ger en smärtlindrande effekt som varar i 1 - 2 timmar.

Tvärnittsstudie: En studie som utförs på personer under ett enda tillfälle.

Inledning

Idéen till detta arbete uppkom när vi var på förlossningspraktik på Skaraborgssjukhus i Skövde. På förlossningen i Skövde förekommer endast bad i smärtlindrande syfte. Till detta finns ett styrdokument som säger att förlossning i badkar inte bör förekomma då det inte anses vara tillräckligt studerat. Utifrån riktlinjerna i styrdokumentet medför det att vi inte får någon kunskap med oss om vattenfödelse. I Västragötalandsregionen finns det fyra förlossningskliniker varav två av dem erbjuder vattenfödelse. Vi vill därmed inhämta mer kunskap och information om vattenförlossning samt granska hur det ser ut i övriga landet genom att kolla på förlossningsklinikernas styrdokument. Vi önskar att alla kvinnor ska få möjlighet till samma vård, oavsett vart hon är bosatt, då det i lagen står att alla människor har rätt till lika vård. Med tanke på att förlossningskliniker inom samma region har olika styrdokument när det gäller vattenförlossning undrar vi hur det ser ut i resten av landet och vad olikheterna grundar sig i?

Bakgrund

Historia om vattenförlossningar

Vattenförlossningar finns beskrivet i litteratur sedan många år tillbaka, så tidigt som i början av 1800-talet (Wiberg Itzel, 2023). År 1983 utförde Michael Odent, en framstående obstetriker och forskare, en studie på kvinnor som föder barn i vatten på en klinik i Frankrike. Studien visar inga risker med att vara i förlossningsarbete eller att föda barn under vatten. Han beskriver att det finns många fördelar med vattenförlossning, som till exempel att kvinnan oftast står på knä och då själv tar emot sitt barn som leder till omedelbar ögonkontakt samt att hud mot hud etablerades snabbt. Odent (1983) skriver att det fortfarande finns mycket att forska på inom detta område, dock finns många fördelar redan påvisat. Det är effektivt, enkelt och en ekonomisk vinning då färre medicinska smärtlindringsmetoder behövs samt att antalet interventioner minskar (Odent, 1983).

Vattenförlossning fanns i Sverige under 1990-talet men i början på 90-talet dog ett barn i samband med vattenförlossning i hemmet och strax därefter började förlossningskliniker plocka bort sina förlossningsbadkar (Björkman, 2018). Efter obduktion av barnet talar det för att barnet haft låg syrehalt i blodet redan innan födseln och att barnet eventuellt andats in mekonium innan födseln (Vårdfokus, 1997). Enligt Socialstyrelsen (2001) avråddes kvinnorna efter detta att föda i vatten då riskerna för mor och barn inte ansågs vara tillräckligt

utforskade ännu. Socialstyrelsen skriver också att förlossning i vatten förekom i slutet på 1980-talet men att det var vanligare att bada i smärtlindrande syfte och för avslappning.

Vattenförlossningar idag, barnmorskans ansvar

Vattenförlossningar anses vara ett kontroversiellt ämne inom den svenska obstetrikern (Úlfsdóttir, 2022). Sophiahemmet i Stockholm var först ut med att ta tillbaka badkar för att föda i, detta var 2014 (Björkman, 2018). I Sverige år 2022 föds 102 399 barn. Nitton av 42 förlossningskliniker bedriver då vattenförlossning. Graviditetsregistret redovisar 2022 att 792 födslar sker i vatten (Graviditetsregistret, 2022).

Handhavande vid vattenförlossning

Vattenfödsel innebär att kvinnan badar och föder fram hela barnets kropp under vattnets yta (Úlfsdóttir, 2022). Kvinnan kan sedan själv lyfta upp sitt barn. Vattnet ska vara på en temperatur mellan 37–38°C. Badet kan kombineras med andra typer av smärtlindring, så som lustgas, massage, akupunktur och sterila kvaddlar. För att få föda i vatten i Sverige behöver vissa kriterier uppfyllas, dessa kriterier är:

- Frisk kvinna, med normal graviditet
- Graviditetsvecka 37+0 – 41+6
- Simplex graviditet
- Klart fostervatten, eller svagt mekoniumfärgat
- Normala hjärtljud hos fostret
- God rörlighetsförmåga, för att klara av att ta sig i och ur vattnet själv (Úlfsdóttir, 2019).

Idag saknas det nationella riktlinjer för hur vattenförlossning ska gå till eller vilka som ska erbjudas detta (HTA-rapport, 2019). Socialstyrelsen har arbetat fram ett nationellt styrdokument om riktlinjer för normal förlossningsvård gällande rekommendationer, dessa publicerades i december 2023. Rapporten innefattar inget om vattenförlossning. Riktlinjer utvecklas och utformas för att förlossningsvården ska eftersträva kontinuitet, delaktighet och en mer jämlik vård över landet (Socialstyrelsen, 2023).

I en studie granskar Cooper m.fl. (2017) Australiens styrdokument för vattenfödsel. De förtydligar att styrdokumentet är utformat för att garantera säkerhet. Men belyser samtidigt att många riktlinjer är i behov av granskning. Detta då många riktlinjer saknar stödjande bevis och är utarbetade på äldre forskning. Det resulterar i att kvinnor kan bli nekade till vattenförlossningen på felaktiga grunder, då styrdokumentet inte är uppdaterade.

Barnmorskans arbete bygger på evidens

International Confederation of Midwives (ICM) är en organisation som representerar barnmorskor över hela världen. De arbetar för att uppfylla gemensamma mål, detta genom nära samarbete med World Health Organisation (WHO) och Förenta Nationernas (FN) organisationer (ICM, 2023). Enligt ICM belyser dem att barnmorskor ska arbeta utifrån evidensbaserad kunskap. Detta för att behålla och värna om det normala födandet. Barnmorskan kan ses som den födandes advokat (ICM, 2014). Evidensbaserat arbete innebär att den yrkesutövande personen arbetar i enlighet med erfarenhet, lämpligaste tillgängliga kunskap och lyssnar in önskemål för den enskilda individen, för dem som kan påverkas (Socialstyrelsen, 2019). Kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska (2019) förklarar att barnmorskan ska arbeta utifrån vetenskap, tillförlitlig erfarenhet samt att arbetet ska överensstämma med föreskrifter, lagar och förordningar. Barnmorskan arbetar med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) vilket är grundläggande för människors hälsa och överlevnad, ekonomisk utveckling och människors välmående (Starrs m.fl., 2018). Vidare redogör kompetensbeskrivningen för barnmorskor att barnmorskor ska kunna analysera och noga undersöka rutiner samt styrdokument på arbetsplatsen. Barnmorskan ska även kunna arbeta med att framställa nya styrdokument samt vara med och revidera redan befintliga styrdokument (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019).

Barnmorskans ansvar är att självständigt handlägga normal graviditet och förlossning. Då den normala förlossningen går över till komplicerad förlossning arbetar barnmorskan i team med läkare. Läkaren blir ansvarig för patienten men barnmorskan fortsätter vårda (Úlfsdóttir, 2019).

Barnmorskan och vattenförlossning

Barnmorskor är positiva till vattenförlossning men önskar utbildning och tydliga kliniska riktlinjer. Vissa barnmorskor upplever otillräcklig kunskap och erfarenhet samt att riktlinjer saknas gällande vattenförlossning. I stor utsträckning hämtar barnmorskor kunskap och information om vattenförlossning genom kollegor och forskning. Det finns en stor andel barnmorskor som inte har någon erfarenhet av vattenförlossning eftersom det inte förekommer på deras arbetsplats (Úlfsdóttir m.fl., 2020).

I en tvärsnittsstudie, utförd i Sverige, är syftet att inhämta erfarenheter av vattenförlossning bland svensk vårdpersonal där barnmorskor, förlossningsläkare, gynekologer och neonataloger medverkade. Majoriteten av barnmorskor önskar kunna erbjuda vattenfödsel i Sverige. Det framkommer att läkare har en mer kritisk inställning till vattenförlossning och önskar mer forskning inom området (Úlfsdóttir m.fl., 2020).

I Sverige finns inga barnmorskeledda kliniker i dagsläget, vilket finns i flertalet andra länder (Úlfsdóttir, 2019). Den första barnmorskeledda kliniken öppnar i januari 2024 i Göteborg (Barnmorsketeamet, uå). Antalet som föder i vatten är större på barnmorskeledda kliniker och anledningen till detta kan bero på att de förlossningskliniker som är på sjukhus arbetar utifrån annan miljö och kultur. Förlossningsklinikerna på sjukhus arbetar utefter policys och riktlinjer. Att diskutera de olika alternativen under graviditeten är därför av stor vikt (Maude & Kim, 2020).

De nackdelar som framkommer bland barnmorskor är en rädsla att missa stora blodförluster samt postpartumblödning hos kvinnan vid vattenförlossning. När kvinnan genomgår vattenförlossning ökar risken att hon hinner blöda under en längre tid än vid traditionell födsel innan det observeras. Mätning av blodförlusten försvåras därav att blodet blandas med badvattnet. Det framkommer även att utrustning saknas så som lyftutrustning till akuta situationer vilket ses som en nackdel. Om något händer ses risker med att det kan bli svårt att få upp kvinnan ur badkaret. Barnmorskorna önskar bättre skyddsklädsel vid vattenförlossning för att skydda mot blod och infektioner för både patient samt personal. Till exempel nämns behov av långa handskar (Cooper m.fl., 2018).

Genom utbildning erhåller barnmorskor trygghet och glädje vid vattenförlossningar. Barnmorskor upplever att kvinnorna genom vattenförlossning är mer avslappnade och vågar lita på sin intuition, vilket främjar hormonfrisättning hos de födande kvinnorna. Barnmorskorna anser att vattenförlossningar leder till att kvinnorna har mer kontroll över sin förlossning. De ansåg även att den vård de gav blev bättre då kvinnornas lugn fördes över, vilket i sin tur är lugnade även för barnmorskorna (Lewis m.fl., 2018). Enligt barnmorskans erfarenhet upplever kvinnorna smärtan mer hanterbar och erhåller en positiv förlossningsupplevelse vid vattenförlossning (Cooper m.fl., 2018).

Handhavande – utfall av vattenförlossning

Perinealskydd

Perinealskydd hålls vanligtvis med en hand mot perineum, det vill säga mellangården, samt en hand mot barnets huvud för att styra farten vid utdrivningsskedet. Detta för att kvinnans vävnader ska töjas långsamt, för att minimera risken för bristning (Bäckenbottenutbildning, u.å.; Socialstyrelsen, 2023). I Norden hålls perinealskydd vid utdrivningsskedet men i regel inte i övriga världen. I övriga världen påverkas utdrivningsskedet i stället genom att kommunicera med kvinnan (Úlfsdóttir, 2022). Perinealskydd hålls för att frambringa ett långsamt framfödande av barnet, vilket utförs av barnmorska eller läkare. Evidensen kring perinealskydd är inte helt klarlagd men rekommendationen är att perinealskydd ska utföras vid alla typer av förlossningar i Sverige (Bäckenbottenutbildning, u.å.). Perinealskydd lärdes

ut mer brett förr i tiden men i takt med att kvinnorna mer och mer har börjat föda fyr-fota, knästående eller i badkar har perinealskydd sakta gått förlorat runt om i övriga världen (Wilson & Homer, 2020).

Bristningar vid vattenfödelse

Bristning uppkommer för de flesta kvinnor i slidan i samband med förlossning. Det finns olika grader av bristningar, första graden, andra graden, tredje graden samt fjärde graden. Vid första graden innebär det en bristning i slidans slemhinna, andra graden involverar även muskler i perineum, tredje och fjärde graden sträcker sig till ringmuskulaturen i ändtarmen (Bäckenbottenutbildning, u.å.). Bristningar relaterat till vattenförlossning har visat sig bli något färre i antal och mindre omfattande (Burns m.fl., 2022). Forskning visar på att föda i vatten genererar i flera faktorer som leder till minskat antal bristningar, till exempel minskad användning av oxytocininfusion, viktavlastning och avslappning (Úlfsdóttir, 2022). Färre bristningar relateras till bättre elasticitet för vävnaderna, mindre smärta och ökad närvaro till kroppen vid vattenförlossning (Carlsson & Úlfsdóttir, 2020). Minskning av bristning beror på det varma vattnets effekt mot perineum. Det varma vattnet leder till vasodilatation som bidrar till ökad blodcirkulation. Ytterligare en orsak till mindre bristning kan föreligga i flytkraften vilket leder till minskad vikt när barnets axlar föds fram (Úlfsdóttir m.fl., 2018). Förekomsten av grad tre och fyra bristningar har inte setts öka vid vattenfödelse (Taliento m.fl., 2022).

Episiotomi

Episiotomi är ett klipp som läggs snett vid perineum för att vidga utgångsmåttet av slidmyningen, vilket till exempel läggs vid hotande fosterasfyxi och skulderdystoci (bäckenbottenutbildning, u.å.). Färre episiotomier utförs på barnmorskeledda förlossningskliniker jämfört med förlossningskliniker på sjukhusen. En förklaring till detta är att fler vattenförlossningar sker på barnmorskeledd förlossningsklinik (Maude & Kim, 2020). Vattenfödelse minskar risken för episiotomi markant i jämförelse med traditionell förlossning (Úlfsdóttir, 2022; Burns m.fl., 2022).

Blödning vid vattenförlossning

Vid vattenfödelse är risken för stor postpartumblödning mindre i jämförelse med traditionell förlossning (födelse i säng), med stor postpartumblödning menas en blödning över 1000 ml. Vid blödning i förlossningsbadkar kan det vara svårt för barnmorskan att kontrollera blodförlusten, vilket kan leda till att barnmorskan underskattar blödningsmängden (Taliento m.fl., 2022). Markant minskning av postpartumblödning bekräftas även av Burns m.fl. (2022). Vid traditionell förlossning kan det vara svårt att uppskatta blödning då det blandas

med bland annat fostervatten. Det är vanligt att mätning av blödning missbedöms där mindre mängd överskattas och större mängd underskattas (Schorn, 2010).

Skulderdystoci

Skulderdystoci har påvisats vara vanligare vid traditionell födsel i jämförelse med vattenförlossning. Risken för skulderdystoci minskar vid vattenfödsel (Taliento m.fl., 2022). En förklaring till minskad frekvens av skulderdystoci kan härledas till flytkraften som kan resultera i minskad vikt då barnets axlar föds fram (Úlfsdóttir m.fl., 2018). Snap m.fl. (2020) har också kunnat bevisa att det blir färre skulderdystocier med vattenfödsel, men att det krävs en frisk kvinna utan riskfaktorer för att få föda i vatten.

Det nyfödda barnet

Forskning har visat att det neonatala utfallet inte påverkas om kvinnan föder i vatten jämfört med om hon föder traditionellt (Vanderlaan m.fl., 2018). Vissa studier visar till och med på att föda i vatten ger en minskad risk för neonatal inläggning för det nyfödda barnet (Iglesias Casás m.fl., 2023). Att bada i aktiva fasen visar lägre risk för negativa neonatala utfall i jämförelse med kvinnor som inte badat i aktiva fasen (Sidebottom m.fl., 2020).

Det är flera mekanismer som förhindrar barnet till att ta det första andetaget efter framfödandet av både huvud och kropp under vattenytan. Det är därmed viktigt med förståelse för dessa mekanismer för bedömning av säkerhet vid vattenfödsel (Harper, 2014). Stress och adrenalinpåslag är två av förklaringarna till varför barnet tar sitt första andetag. När barnet kommer ut blir den kall och hanterad av föräldrar eller personal vilket då leder till adrenalinpåslag. De första andetagerna beror även på proprioceptiva signaler på grund av att barnet inte längre omsluts av fostervatten, men det är inte helt klarlagt vilka alla utlösande faktorer är för att trigga det första andetaget (Neonatal HLR, u.å.).

Navelsträngsruptur

Det har visat sig att det finns en marginell ökad risk för navelsträngsruptur vid födsel i vatten. Navelsträngsruptur sker främst då barnet förs upp till ytan efter framfödandet. Det är av vikt att barnmorskan vet om risken och utför åtgärder för att minimera riskerna för navelsträngsruptur (Úlfsdóttir m.fl., 2018; Burns m.fl., 2022). Snap m.fl. (2020) menar också på att det är vanligare att navelsträngen brister vid vattenfödsel än vid traditionell födsel då barnets huvud behöver komma ovan vattenytan, oberoende navelsträngens längd. Ingen skillnad ses vad gäller neonatal mortalitet även om det föreligger en större risk för navelsträngsruptur (HTA-rapport, 2019).

APGAR

APGAR är ett poänguttryck för att bedöma det nyfödda barnets fysiska tillstånd, detta utförs vid ett, fem och tio minuters ålder. Bedömningen inkluderar andningsfrekvens, hjärtfrekvens, hud, tonus och retbarhet. Inga specifika skillnader i APGAR kan påvisas vid vattenförlossning i jämförelse med traditionell förlossning (Snap m.fl. 2020; Úlfsdóttir, m.fl., 2018). I en retrospektiv kohortstudie granskas APGAR vid vattenfödsel i jämförelse med traditionell förlossning. Resultatet påvisar bättre APGAR, vilket kan förklaras i mindre antal interventioner (Iglesias Casás m.fl., 2023).

Hud mot hud och amning

Hud mot hud innebär att barnet ligger enbart i blöja placerad mot förälderns nakna bröst. Det finns många fördelar med att barnet läggs hud mot hud vilka är, minskad risk för hypoglykemi, besparande av energiförbrukning, att barnet blir lugnare samt att hud mot hudkontakt också främjar tidig amningsstart (Lord m.fl., 2023). Kvinnor som fött i vatten har en högre sannolikhet att amma vid utskrivning från sjukhuset (Iglesias Casás m.fl., 2023). Barry m.fl. (2020) stärker detta i sin studie där de sett en skillnad till det bättre i amning hos kvinnor som föder i vatten jämfört med kvinnor som föder traditionellt. En stor fördel med vattenfödsel är att hud mot hudkontakt kan etableras snabbt och uppehållas utan avbrott (Harper, 2014).

Kostnadseffektivitet

Vattenfödsel jämfört med traditionell födsel har visat sig vara billigare på långsikt för förlossningskliniker. Detta då färre interventioner, episiotomier och mindre bristningar ses vid vattenfödsel. Det är också korrelerat till att mindre smärtlindring används i samband med vattenfödsel (Pagano m.fl., 2010). För att kunna uppnå nämnda positiva aspekter måste utrustning tillhörande födsel i vatten finnas tillgänglig och personalen behöver utbildas för att kunna handa vattenförlossning (Poder, 2016).

Patientens upplevelse av vattenförlossning

Förlossningssmärtan är unik. Den upplevda smärtan hos födande kvinnor varierar. Vissa har högre smärtröskel och hanterar den på olika sätt som leder till en positiv förlossningsupplevelse medan andra har lägre smärtröskel och kan uppleva förlossningssmärtan som det värsta de erfarit (Pietrzak m.fl., 2022).

När badkaret blir ett hinder

Vissa kvinnor kan uppleva att badkaret försvårar kontakten med andra människor. Intimiteten mellan kvinnan och partnern upplevs av vissa som hindrande under vattenförlossning, det samma gäller kontakten med barnmorskan. En del kvinnor upplever att guidningen och stötningen från barnmorskan gick förlorad. Det uppges även ett visst missnöje hos kvinnor då vissa medicinska alternativ till smärtlindring utesluts på grund av valet att föda i vatten. De medicinska alternativen detta gäller är epidural och lustgas, då lustgasen inte räcker ända fram till badkaret på vissa kliniker. Kvinnor uppger även svårighet med förflyttning i och ur badkaret samt upplever mindre bekvämlighet då badkaret uppfattas litet och trångt. Flera kvinnor uppger begränsning i rörelse för den eventuella risken att barnet kommer ovanför ytan för tidigt. Vid krystskedet kan det vara svårt för kvinnor att få bra grepp för mot-drag då badkaret är för halt. Att uppfatta födsel i vatten som obekvämt rör inte bara badkarets storlek och känsla utan rör även kontaminering av vattnet med avföring och blod. Detta anses otrevligt och genant av kvinnorna (Carlsson & Úlfsdóttir, 2020).

Det är också värt att nämna att kvinnor beskriver en komplicerad inhämtning av information relaterat till vattenfödsel vilket ger känslor av besvikethet, som leder till onödig stress och oro (Dado m.fl., 2022). Rädsla kring komplikationer vid vattenförlossning förekommer hos vissa kvinnor. Oron involverar att barnmorskan inte ska ha möjlighet att avlyssna hjärtljuden korrekt, att kvinnan tappar barnet vid uppstigning ur vattnet efter födsel samt neonatala komplikationer så som infektion hos barnet (Carlsson & Úlfsdóttir, 2020).

Positiva aspekter av att föda i vatten

Att föda barn i vatten beskrivs som en avslappnande och lugnande erfarenhet. Forskning visar att vattnet i badkaret ger kvinnan en upplevelse av en bättre rörlighet då kroppstyngden blir lättare på grund av flytförmågan. Flytförmågan leder till mental och fysisk avslappning vilket genererar i bekvämlighet. Att föda i vatten ger kvinnorna möjlighet till att fokusera mer på vad som händer i kroppen och att vara mer medveten om andningen. Vattenförlossning ger också möjlighet att vila och återhämta sig mellan värkarna (Carlsson & Úlfsdóttir, 2020). Dado m.fl. (2022) belyser att kvinnorna beskriver att föda i vatten är en naturlig födsel och att det känns lätt. Kvinnor som föder i vatten är mindre benägna att använda farmakologisk smärtlindring (Snapp m.fl., 2020).

Kvinnor berättar att partnern får vara mer inkluderad vid vattenfödsel. De berättar också att de själva får ta emot sitt barn och lägga upp barnet på bröstet, vilket resulterar i en känsla av eufori (Carlsson & Úlfsdóttir, 2020).

Kvinnor uppger att vattenförlossning ger en smärtlindrande effekt, detta innefattar både under tiden värk varar och mellan värkarna. Den smärtlindrande effekten erhålls av värmen från

vattnet och flytförmågan som vattnet ger. Kvinnorna upplever att vatten förbättrar förlossningsförloppet under alla förlossningens faser. De beskriver förlossningen som smidig samt att vattnet bidrar till att förlossningen fortskrider framåt med kraftigare sammandragningar och att cervix öppnar sig fortare (Carlsson & Úlfsdóttir, 2020). Att bada under förlossningens alla faser ger en snabbare förlossning vilket tillhör en positiv upplevelse samt att vattenfödelse dessutom ger en kontinuerlig smärtlindring (Snap m.fl., 2020; Burns m.fl., 2022). Känslan av kontroll blir större och kvinnan känner sig mer mobil vilket leder till stärkande av självständighet. Förlossningsupplevelsen beskrivs mindre hospitaliserad och mer lik hemförlossning (Úlfsdóttir, 2022). Under förlossning i vatten upplever kvinnorna att de kan aktivera ett extra batteri (Dado m.fl., 2022).

I en studie gjord av Úlfsdóttir m.fl. (2018) jämförs två grupper mot varandra, en grupp som föder i vatten mot en annan grupp vilka inte föder i vatten. Numerisk skala (NRS) används i studien för att bedöma kvinnors förlossningsupplevelse, där noll är dålig upplevelse och tio är bra upplevelse. Av den grupp som föder i vatten skattade mer kvinnor högre på NRS än vad den grupp som inte födde i vatten.

Kvinnors rätt till medbestämmande i vården, vad säger lagen?

Hälso- och sjukvårdslagen

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) 3 kap. 1 § står det att vården ska vara lika för alla patienter och alla ska ha rätt att känna sig trygga och säkra i vårdandet. Patientens autonomi och integritet ska respekteras. Syftet med hälso- och sjukvårdslagen är god vård som tillgodoser patientens behov. Vården som ges inom den offentliga delen av hälso- och sjukvården ska bygga på kostnadseffektivitet, 4 kap 1 §. Det är verksamhetschefen på varje arbetsplats inom vården som ansvarar för vården, 4 kap 2 §. Enligt 5 kap. 4 § ska hälso- och sjukvårdsverksamheten säkra sin kvalitet genom att utveckla sin verksamhet kontinuerligt. Vidare i kap 5. 2 § står det att, där hälso-sjukvårdsverksamhet utförs ska kompetent personal finnas, samt att lokaler och rätt utrustning ska finnas för att en god vård ska kunna existera (SFS 2017:30).

Hälso- och sjukvården har som mål att hela befolkningen ska ha samma villkor och att vården bedrivs med samma förutsättningar i hela landet. Detta för att ge en god hälsa oavsett bostadsort, 3 kap. 1 §, (SFS 2017:30).

Patientlagen

Alla hälso- och sjukvårdsverksamheter har för avsikt att främja patienters rätt att bestämma över sin vård. Därefter få adekvat information och kunna ta del av de behandlingsalternativ som finns, 1 kap. 1§. Vård ska bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Det innebär att personalen ska utöva god och säker vård enligt evidens inom det område som vården ges, 1 kap. 7 §. Enligt kap. 3 1 § ska vården vara omsorgsfull och information ska ges angående metoder för förebyggande vård, risker med olika undersökningar och olika behandlingar som är aktuella för patienten. Patienten och vårdgivare ska utforma, planera och genomföra vården i största möjliga mån tillsammans, 5 kap. 1 § (SFS 2014:821).

Om vården har olika alternativ för vård som är utformad efter vetenskap och beprövad erfarenhet, så ska patienten själv få bestämma vilket alternativ som hen helst önskar 7 kap. 1 §, (SFS 2014:821).

Evidensbaserad medicin

Evidensbaserad medicin innebär en sammanvägning av individuell klinisk erfarenhet med senaste bästa forskning inom området samt patienters önskemål och förväntningar. Evidensbaserad medicin erhålls och upprätthålls via klinisk erfarenhet och genom att ta del av ny evidensbaserad forskning samt erfarenhet som patientnära vård ger. Genom att sammanföra nya resultat som forskats fram kan utvecklingen av kliniska riktlinjer inom hälso- och sjukvården drivas igenom (Masic, m.fl., 2008; Sackett, 1997). Resultaten av forskningen påverkas även av lagstiftning och tillgång till eventuella resurser. När nya riktlinjer ska sammanställas görs det på lokal eller nationell nivå. För att komma fram till säker kunskap krävs professionalitet så som yrkeserfarenhet samt att vara kritisk vid utvärdering av resultat. Genom att identifiera patienters olika problem samt följa upp problemen, leder det till ökad kompetens (Socialstyrelsen, 2019). Hänsyn innan forskning implementeras ska tas till patienters olika behov, till utveckling av vård samt kostnadseffektivitet inom sjukvården (Masic, m.fl., 2008; Sackett, 1997).

Problemformulering

På förlossningskliniken Skaraborgssjukhus Skövde, vilket tillhör Västra Götalandsregionen, rekommenderas kvinnorna att inte föda i vatten. I ett styrdokument som handlar om, bad som smärtlindring, finns det en mening där dokumentförfattarna har skrivit att förlossning i bad inte rekommenderas då denna metod anses vara otillräckligt utforskad. Vid vattenförlossning minskar antalet interventioner, det leder också till att förlossningsförloppet går snabbare samt att risken för större bristningar minskar. I hälso- och sjukvårdslagen står det att alla invånare i Sverige har rätt till lika vård på lika villkor oavsett var du bor i landet. Kvinnor ska själva få

bestämma hur de vill föda sitt barn, detta innebär att alla säkra och evidensbaserade alternativ bör finnas på alla förlossningskliniker. Enligt patientlagen ska kvinnan själv få bestämma vilken vård hon önskar ihop med vårdgivare. Med tanke på dessa positiva aspekter samt att lagen säger att människor har rätt till samma vård undrar vi hur och varför det kan se olika ut i styrdokumenterna över landet gällande vattenfödsel.

Syfte

Syftet med arbetet är att undersöka vad de olika förlossningsklinikerna i Sverige har för likheter och skillnader i sina rekommendationer angående födsel i vatten.

Forskningsfrågor

- Följer svenska förlossningsvården evidensbaserad forskning vad gäller födsel i vatten?
- Vad finns det för likheter och skillnader i styrdokumenterna?
- Har kvinnor tillgång till jämlikvård inom förlossningsvården i Sverige angående vattenförlossning?

Metod

Design

Styrdokument från samtliga 44 förlossningskliniker i Sverige kontaktades för att systematiskt undersöka likheter och skillnader inom förlossningsverksamheternas styrdokument. Instrumentet vi valt att använda för att bedöma styrdokumenterna angående vattenförlossning är the Grading of Recommendation Assessment, Development and Evolution (GRADE). GRADE, introducerat år 2004 och nu det mest använda systemet för granskning av evidens i styrdokument, erbjuder en transparent och strukturerad process för att bedöma kvaliteten på evidensen och dess hållfasthet genom noggrann granskning av bakomliggande referenser (Roback & Carlsson, 2009; Guyatt m.fl., 2011). Detta tillvägagångssätt används globalt och stöds av organisationer som WHO, Cochrane, SBU, Socialstyrelsen och HTA-enheter (SBU:S metodbok, 2023). GRADE, utvecklat av GRADE Working Group, uppdateras kontinuerligt för att säkerställa dess relevans och effektivitet (Region Stockholm, 2023).

GRADE erbjuder en transparent och strukturerad process för att utveckla och lägga fram sammanfattningar av bevisningen, inklusive kvalitet, för systematiska översikter och rekommendationer inom hälso- och sjukvården (Guyatt m.fl., 2011). GRADE är ett tillvägagångssätt för att bedöma kvalitén av evidens och vidare kunna utveckla hälso- och sjukvårdens rekommendationer (Schünemann, 2013).

Baserat på fem definierade kriterier, följande SBU:s metodbok för GRADE, genomfördes en bedömning av de artiklar som refererades i styrdokumentet. De fem kriterierna, som riktar sig mot att applicera GRADE-metoden, är följande:

- Kontroll av risken för bias gällande studiernas resultat.
- Motsäger sig resultaten i de olika artiklarna något?
- Hur vida svarar studiernas resultat an till styrdokumenternas innehåll?
- Hur stor är bristen i noggrannheten gällande mätningar eller i resultatet?
- Hur stor är risken att resultatet av studierna feltolkas i det skrivna styrdokumentet (SBU:S metodbok, 2023).

Tillförlitligheten klassificeras enligt GRADE med dessa termer (Se Tabell 2)

Mycket låg	⊗○○○
Låg	⊗⊗○○
Måttlig	⊗⊗⊗○
Hög	⊗⊗⊗⊗

Vid frånvaro av inklusionskriterierna angivna i styrdokumentet betraktas den refererade studien som ”studier saknas”. Inom GRADE-bedömningen krävs varje bedömning att motiveras för att möjliggöra för läsaren att självständigt bedöma tillförlitligheten (SBU:S metodbok, 2023). I den inledande fasen av bedömningen tilldelas varje studie i teoretisk sett hög tillförlitlighet. Om osäkerheten kring studien bedöms som hög, sänks tillförlitligheten ett steg, och om osäkerheten är mycket hög sänks tillförlitligheten två steg (SBU:S metodbok, 2023). Studiedesignen i de refererade artiklarna har en betydande påverkan på tilltron på artiklarnas evidens (Roback & Carlsson, 2009). Nedan i Tabell 1 visas vad de olika GRADE graderingarna innebär.

Tabell 1. GRADE bedömning

	GRADE	
Starkt vetenskapligt underlag	⊗⊗⊗⊗	Innebär att det vetenskapliga underlaget är mycket gott och motiverar sannolikt att metoden tillämpas under förutsättning att den ekonomiska, etiska och sociala analysen ger stöd för metoden.
Måttligt starkt vetenskapligt underlag	⊗⊗⊗○	Innebär att det vetenskapliga underlaget är gott och motiverar sannolikt att metoden tillämpas under förutsättning att den ekonomiska, etiska och sociala analysen ger stöd för metoden.
Begränsat vetenskapligt underlag	⊗⊗○○	Kan motivera att metoden används under förutsättning att den uppfyller andra krav på acceptabel balans mellan risk och nytta, kostnadseffektivitet och är etiskt acceptabel.
Otillräckligt vetenskapligt underlag	⊗○○○	Behov av mer forskning.

Referens: Vattenförlossning, är det säkert för barn och kvinna? HTA-rapport (2019).

Urval och datainsamling

Arbetets urval var alla 44 förlossningskliniker i hela Sverige. De inklusionskriterier som valdes att ha i arbetet redovisas i Tabell 2. De innefattar förlossningskliniker som erbjöd vattenförlossning och även de kliniker som har bad som smärtlindring där det i styrdokumentet specifikt stod att vattenförlossning inte får förekomma på grund av otillräcklig forskning. Exklusionskriterierna innefattade de förlossningskliniker som inte erbjöd vattenförlossning eller nämnde vattenförlossning i sina styrdokument, då det inte var relevant till arbetets frågeställning.

Tabell 2, visar på arbetets inklusions- och exklusionskriterier.

INKLUSIONS kriterier	EXKLUSIONS kriterier
Förlossningskliniker som erbjöd vattenförlossning.	Förlossningskliniker som inte erbjöd vattenförlossning och inte nämner något om att vattenförlossning inte får bedrivas.
Förlossningskliniker som hade tillhörande styrdokument.	Förlossningskliniker som inte hade styrdokument gällande vattenförlossning.
Förlossningskliniker som nämnde att vattenförlossning inte får ske.	Förlossningskliniker som inte nämnde att vattenförlossning inte bör ske på grund av otillräcklig evidens.

Data av antal förlossningskliniker i Sverige har samlats in via internet, vilket visade sig vara 44 (Socialstyrelsen, 2022a). Efter inhämtandet av antalet förlossningskliniker kontaktades respektive förlossningsklinik via telefon. Förlossningsklinikerna delades in i tre grupper, en del för respektive person att kontakta. Datainsamling har skett via telefonsamtal till respektive förlossningsklinik där frågan har ställts gällande om dem erbjuder vattenförlossning eller inte. Erbjud de vattenförlossning har styrdokument skickats via mail eller post till oss. Av de 44 förlossningskliniker som kontaktades var det 23 förlossningskliniker som uppgav sig ha vattenförlossning vilka alla hade tillhörande styrdokument. Flera förlossningskliniker använder samma styrdokument, vilket resulterade i att av 23 förlossningskliniker erhöles 13 styrdokument totalt. Tre förlossningskliniker anger i styrdokument att vattenförlossningen inte bör förekomma på grund av otillräcklig evidens. Två av dessa kliniker använder samma styrdokument vilket resulterade i att vi erhöles två styrdokument totalt. Totalt fick vi tillgång till styrdokument från 15 av Sveriges 44 förlossningskliniker

I dessa 15 styrdokument fanns totalt 27 refererade artiklar efter borttag av dubletter. Styrdokumentet refererade även till rapporter, böcker och avhandling, vi har valt att endast granska vetenskapliga artiklar. Vi har dock valt att läsa igenom Health Technology Assessment (HTA) -rapporten och avhandlingen som flera av styrdokumentet refererar till för att kunna inkludera den vid bestämmandet av GRADE på styrdokumentet. Både HTA-rapporten samt avhandlingen ansågs vara säkra källor att referera till. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) metodbok (2023) beskriver HTA-rapporter som tillförlitliga granskningar av hälso- och sjukvårdens metoder.

Kvalitetsgranskning

Vid granskning av artiklar används internationellt vedertagna granskningsmallar, vilka majoriteten är framtagna av Cochrane organisationen. Mallarna som är framtagna av Cochrane är utformade för att kunna kontrollera tillförlitlighet med GRADE (SBU:S metodbok, 2023). Vid uppstart av granskning av artiklarna började vi med att gemensamt läsa igenom första artikeln, för att få resterande granskningar så lika som möjligt. Vidare fördelades artiklarna per person. Vi använde oss av kvalitativa respektive kvantitativa granskningsmallar från SBU:S hemsida. När alla artiklar granskats med SBU:S granskningsmallar bedömdes tillförlitligheten av styrdokumentet med GRADE tillsammans.

Dataanalys

Vi har valt att använda oss av innehållsanalys för granskning av skillnader och likheter i styrdokumentet. Innehållsanalys är en metod som analyserar skriven, verbalt och visuellt material samt är en systematisk och objektiv metod. Det är även en känd metod att använda vid analysering av dokument. I innehållsanalys ingår 3 delar vilka är förberedelse, organisera

och rapportering av resultat (Elo & Kyngäs, 2008). Utifrån dessa tre delar har vi fått fram den andra delen i vårt resultat innefattande likheter och skillnader i styrdokumentet. För att få fram likheter och skillnader i styrdokumentet lästes samtliga 15 styrdokument igenom vilket går under förberedelser. Efter genomläsning utformades teman som färgkodades i styrdokumentet, vilka ses som rubriker i det skrivna resultatet och skedde under delen organisation i innehållsanalysen. Slutligen utformades det angivna resultatet under de utvalda rubrikerna genom en löpande text, vilket är den sista delen i innehållsanalysen, rapportering av resultat.

Etiska övervägande

Under examensarbetet handlar det etiska övervägandet om att inte utnyttja, skada eller såra människor samt att värna om människors lika värden, värna om integriteten och självbestämmandet. Genom lagar, riktlinjer och konventioner kan vi erhålla vägledning vad gäller etiska överväganden. Etiska överväganden handlar om den reflektion som görs innan och under själva forskningsarbetet (Kjellström, 2023). I Sverige har vi en etikprövningslag, kap. 1, 1 § som reglerar forskningsetiken som innebär att skydda den enskilda individen och respektera människovärdet (SFS 2003:460).

Den data som insamlas ska genomföras på så sätt att inga skador eller kränkningar sker, respekt ska visas mot de personer/organisationer som är inblandade (Kjellström, 2023). Likheter och skillnader gällande evidens har analyserats i styrdokumentet. Styrdokument är ingen konfidentiell handling och ska kunna läsas och granskas av den som har intresse av det. Vi respekterade de som producerat styrdokumentet och valde att inte nämna författarnas namn. Respektive förlossningsklinik nämns och framförs i resultatet för att belysa skillnaden som i vissa fall är märkbar. Arbetet vi valde att genomföra handlade om att se över Sveriges vård och eventuellt bidra till att förlossningsvården blir mer jämlik över hela Sverige. Målet var att inte utpeka brister gentemot förlossningskliniker eller jämföra detta med att dålig vård ges. Då detta arbete skedde med styrdokument sågs inga risker för patienter eller vårdpersonal.

Förförståelse

Inför ett examensarbete är det viktigt att fundera över sin förförståelse. Med förförståelse menas att personen funderar på vad hen kan inom det valda området inför uppstarten av arbetet, för att det kan påverka hur vi förstår och analyserar datan. Förförståelse innefattas av information som vi fått till oss under studietiden, värderingar, och erfarenheter i det vardagliga livet. Genom att fundera och reflektera över sin förförståelse samt redovisa för

vilken betydelse den kan ha, ökar detta trovärdigheten för hela arbetet (Priebe & Landström, 2023).

Vi i gruppen har diskuterat den förförståelse som respektive person har eller inte har. I Västra Götalandsregionen är det skillnad emellan förlossningsklinikerna vad gäller vattenförlossning. Vi tre har alla haft praktik på en avdelning som inte erbjöd vattenförlossning, som tillhör Västra Götalandsregionen. Detta har kunnat inverka på hur vi väljer att rikta detta arbete. Dels för att vi inte haft möjlighet att lära oss om vattenförlossning under praktikperioden och dels för att vi insåg att vården till den födande kvinnan inte är jämlik i Sverige. Trots detta anser vi inte ha någon större förförståelse som kan ha påverkat det resultat som genererats. Det har dock funnits en nyfikenhet att få mer kunskap om vattenfödsel, samt bidra till en mer jämlik vård i Sverige.

Resultat

Vi har fått fram 23 förlossningskliniker som erbjuder vattenförlossning vilka är Borås, Göteborg, Halmstad, Helsingborg, Kalmar, Linköping, Lund, Malmö, Nyköping, Region Stockholm (BB Stockholm, Danderyd, Karolinska Huddinge, Karolinska Solna, St Görans, Södersjukhuset, Södertälje), Sundsvall, Uppsala, Varberg, Visby, Västerås, Ystad och Örnsköldsvik samt att tre förlossningskliniker i Sverige skriver att vattenförlossning inte får ske på kliniken vilka är Gällivare, Luleå och Skövde. I resultatet inkluderades 27 artiklar. Tre artiklar rapporterade kvalitativa studier och 24 artiklar rapporterade kvantitativa studier.

Tabell 3 visas det refererade materialet tillhörande alla styrdokument. Artiklarna är granskade utifrån SBU:S olika granskningsmallar, där av olika redovisade svar under kolumnen ”SBU-granskning”. Tabellen redovisar även titel, författare, syfte, metod och resultat av studien samt vilka kliniker som har dessa refererade i sitt styrdokument.

Tabell 3, artiklar som anges i de granskade styrdokument

TITEL	FÖRFATTARE	SYFTE	METOD	RESULTAT	SBU-granskning	Klinik
Waterbirth in Sweden – a comparative study.	Úlfadóttir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2018).	Denna studie syftade till att beskriva och jämföra egenskaperna och resultat av vattenförlossningar jämfört med spontana vaginala förlossningar i traditionellt förlossningsrum.	Retrospektiv kohortstudie.	I en lågriskpopulation är vattenförlossning förknippad med positiva effekter på bristningar, frekvensen av interventioner, förlossningens längd och kvinnors förlossningsupplevelse. Barnmorskor som hanterar vattenförlossning bör vara medvetna om risken för navelsträngsruptur då vattenförlossning ökar risken för detta.	Låg risk för bias.	Borås Göteborg Halmstad/Varberg Helsingborg Kalmar Linköping Lund/Malmö Sundsvall/Örnsköldsvik Uppsala Västerås Ystad

<p>Immersion in water during labour and birth.</p>	<p>Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018).</p>	<p>Syftet var att bedöma effekten av att sänkas ned i vatten under värkar och/eller vid födelse, på interventioner för värkar och förlossning, maternell, neonatala och personalens välmående.</p>	<p>Cochrane review.</p>	<p>Ingen skillnad i utfall kunde ses mellan den grupp som badade i första fasen och den grupp som inte badade. Det som sågs skilja var att EDA användes mer hos de som inte hade använt bad i första fasen. Under andra fasen vid förlossning fanns det ingen direkt evidens på att det inte skilde sig mellan grupperna. Det var en neonatal död i gruppen som använde bad under andra fasen i förlossningen. Kvinnor som bada under andra fasen av förlossning rapporterade in mer nöjdhet. Det visades ingen skillnad mellan gruppen som sänktes ned i vatten och den grupp som inte sänktes ned i vatten under alla faserna i förlossningen.</p>	<p>Låg risk för bias.</p>	<p>Göteborg Halmstad/Varberg Helsingborg Lund/Malmö Sundsvall/Örn-sköldsvik Uppsala Ystad</p>
<p>Maternal and Newborn Outcomes Following Waterbirth: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 Cohort.</p>	<p>Bovbjerg, M. L., Cheyney, M., & Everson, C. (2016).</p>	<p>Syftet med denna studie var att rapportera vattenförlossningars resultat från ett stort urval av barnmorskeledda förlossningar som inträffade i hemmet och på födelsecenter i USA.</p>	<p>Retrospektiv kohortstudie.</p>	<p>Visar ingen ökad risk för det nyfödda barnet vad gäller vattentemperatur vid vattenfödelse. Det neonatala utfallet var bättre vid vattenförlossning. Kvinnor visade ingen ökad risk för komplikationer förutom bristningar vid vattenfödelse.</p>	<p>Låg risk för bias.</p>	<p>Göteborg Halmstad/Varberg Helsingborg Lund/Malmö Sundsvall/Örn-sköldsvik Uppsala</p>

Like an empowering micro-home: A qualitative study of women's experience of giving birth in water.	Úlfisdóttir, H., Saltvedt, S., Ekborn, M., & Georgsson, S. (2018).	Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelse och uppfattning om vattenfödelse.	Kvalitativ studie, induktiv intervju analys.	Kvinnor beskrev upplevelsen av vattenförlossning mer hemlik och att dem hade kontroll över situationen och kände sig mindre utsatta. Positiv förlossningsupplevelse kunde härledas till att värkarna var lättare att hantera i vattnet. Kvinnorna upplevde en känsla av autonomi.	Måttlig risk för bias.	Göteborg Halmstad/Varberg Helsingborg Kalmar Linköping Uppsala
Neonatal outcomes with water birth: A systematic review and meta-analysis.	Vanderlaan, J., Hall, P. J., & Lewitt, M. (2018).	Syftet med studien var att undersöka om det finns några ökade risker med att födas i vatten hos det nyfödda barnet.	Metaanalys.	Inga ökade risker sågs hos det nyfödda barnet vid vattenfödelse.	Översikten kan användas.	Nyköping Region Stockholm/Visby Sundsvall/Örn- sköldsvik Uppsala
Women's experiences with water birth: A matched groups prospective study.	Lathrop, A., Bonsack, C. F., & Haas, D. M. (2018).	Syftet med denna studie var att undersöka potentiella fördelar med vattenfödelse genom att jämföra erfarenheterna från kvinnor som fött barn i vatten jämfört med traditionell födelse.	Prospektiv kohortstudie.	Resultatet visade att vattenförlossning gav en mer positiv förlossningsupplevelse än de som smärtlindrades med epidural. De uppgav att kvinnorna hade mindre bristningar och det var färre som behövdes sys.	Måttlig risk för bias.	Göteborg Halmstad/Varberg Helsingborg Sundsvall/Örn- sköldsvik
Predictors of obstetric anal sphincter injury during waterbirth: a secondary analysis of a prospective observational study.	Burns, E., Price, L., Carpenter, J., & Smith, L. (2020).	Syftet var att bedöma förekomsten av sfinkterskador hos kvinnor som fött i vatten.	Sekundär analys av retrospektiv insamlad data.	Det har framkommit att sfinkterskador inte ökar vid vattenfödelse.	Låg risk för bias.	Region Stockholm/Visby Sundsvall/Örn- sköldsvik

Neonatal outcomes of waterbirth: a systematic review and meta-analysis.	Taylor, H., Kleine, I., Bewley, S., Louicades, E & Sutcliffe, A. (2016).	Syftet var att utföra en granskning av artiklar för att ta reda på det neonatala utfallet vid vattenfödelse.	Metaanalys.	Ingen signifikant skillnad i neonatal dödlighet, neonatal intensivvårdsinläggning, Apgar-poäng, navelsträngs-pH eller infektionsfrekvens hittades mellan barn som fötts i vatten och traditionellt.	Översikten kan användas.	Uppsala Ystad
Waterbirth: water temperature and bathing time - mother knows best!	Geissbuehler, V., Eberhard, J., & Lebrecht, A. (2002).	Syftet var att undersöka vattentemperaturen som kvinnan själv valt och dess påverkan på utfallet.	Prospektiv kohortstudie.	Studien visade ingen risk för hög eller låg kroppstemperatur för mamma och barn oavsett vilken badtemperatur. Studien visade mer positiva resultat för både mamman och barnet vid vattenförlossning. Exempelvis mindre antibiotikaanvändning hos mamman och bättre APGAR och mindre antal barn som vårdas för andningsstörning (RDS) två timmar postpartum.	Måttlig risk för bias.	Lund/Malmö
Women's experiences of waterbirth compared with conventional uncomplicated births.	Úlfisdóttir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2019).	Syftet var att jämföra upplevelse mellan kvinnor vilka gått igenom en vattenfödelse och kvinnor som haft en okomplicerad traditionell förlossning.	Prospektiv kohortstudie.	Ingen skillnad mellan grupperna gällande förlossningskomplikationer. Vattenfödelse grupperna upplevde högre grad av egen tro på kroppen. Ingen skillnad syntes i APGAR mellan grupperna. Mer inläggningar på neonatal avdelningen i den grupp som födde i traditionellt. Hög skattning av barnmorskor i vattenfödelse gruppen.	Måttlig risk för bias.	Uppsala

Neonatal Outcomes Following Delivery in Water: Evaluation of Safety in a District General Hospital.	Peacock, P. J., Zengeya, S. T., Cochrane, L., & Sleath, M. (2008).	Syftet var att bedöma säkerheten vid låg-risk vattenförlossning på ett sjukhus i Storbritannien.	Prospektiv studie.	Att föda i vatten är jämförelsebart gällande APGAR, temp och inläggning på neonatal avdelningen, med de som föder traditionellt.	Måttlig risk för bias.	Uppsala
Comparison of the effects of water and traditional delivery on birthing women and newborns.	Gayiti, M. R., Li, X. Y., Zulifeiya, A. K., Huan, Y., & Zhao, T. N. (2015).	Syftet med studien var att undersöka effekter av vattenförlossning i jämförelse med traditionell förlossning på födande kvinnor och nyfödda.	Randomiserad kontrollerad studie.	Vid vattenförlossning ses signifikant kortare förlossningsförlopp och mindre bristningar. Det ses även signifikant mindre smärtupplevelse samt episiotomier. APGAR hos barnet och blodförlust hos kvinnan ses ingen skillnad mellan grupperna.	Måttlig risk för bias.	Uppsala
A comparative study between the pioneer cohort of waterbirths and conventional vaginal deliveries in an obstetrician-led unit in Singapore.	Lim, K. M., Tong, P. S., & Chong, Y. S. (2016).	Syftet var att uppskatta blodförlust, grad tre och fyra bristningar, samt APGAR efter en respektive fem minuter.	Retrospektiv Cohortstudie.	Resultaten av studien visar ingen signifikant skillnad angående postpartumblödning. Det förekom ingen grad tre eller fyra bristningar i någon av grupperna. APGAR uppges inte ha någon större skillnad mellan grupperna. I gruppen som födde i vatten sågs mer kvarhållande placentor än i gruppen som födde traditionellt.	Måttlig bias.	Uppsala
The effect of waterbirth on neonatal mortality and morbidity: a systematic review and meta-analysis.	Davies, R., Davis, D., Pearce, M., & Wong, N. (2015).	Syftet med denna översikt var att systematiskt syntetisera de bästa tillgängliga resultaten angående	Metaanalys.	Resultatet visade ingen ökad risk för negativa resultat för det nyfödda barnet vid vattenfödelse i en population av kvinnor med lågriskfaktorer.	Låg risk för bias.	Uppsala

		effekten av vattenfödsel, jämfört med traditionell födsel angående dödligheten och sjukligheten hos nyfödda till lågriskkvinnor.				
Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years.	Dahlen, H. G., Dowling, H., Tracy, M., Schmied, V., & Tracy, S. (2013).	Syftet med denna studie var att fastställa förekomsten av bristningar, postpartumblödning och fem minuters APGAR-poäng bland kvinnor med lågriskfaktorer i ett födelsecenter som födde barn i vatten jämfört med sex förlossningspositioner vid traditionell förlossning.	Beskrivande Tvärsnittstudie.	Vattenförlossning visade mindre bristningar och postpartumblödning jämfört med de övriga förlossningsställningarna som var med i studien. Förlossning på pall hade störst risk för bristningar och postpartumblödning. Vid halvsittande förlossningsposition visar sämre APGAR, vid 5 minuters ålder.	Översikten kan användas.	Uppsala
The risks of underwater birth.	Pinette, M. G., Wax, J., & Wilson, E. (2004).	Syftet var att undersöka om det fanns några risker med att födas under vatten.	En systematisk litteraturöversikt.	Det sågs en ökad risk att barnet andades in vatten i samband med förlossningen samt en ökad risk för navelsträngsruptur vilket ledde till blödning hos barnet. Det visades fall där bebisar har drunknat vid födsel i	Översikten har stora brister och bör ej användas.	Ystad

				vatten vilket genererade i en ökad neonataldödlighet.		
Labouring women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: prospective observational study.	Henderson, J., Burns, E., Regalia, A., Casarico, G., Boulton, M., & Smith, L. (2014).	Syftet var att beskriva den födandes egenskaper, förlossningshändelser, interventioner, mödra- och neonatala resultat för alla kvinnor som använde en förlossningspool under förlossningen.	Prospektiv observations-studie.	Negativa utfall hos mor och barn visades var ovanligt. Att bada under värkarbete resulterade i mer spontana förlossningar och färre bristningar. De har också kommit fram till att försiktighet ska beaktas vid upplyftningen av barnet relaterat till navelsträngsruptur.	Låg risk för bias.	Uppsala
Characteristics, Interventions, and Outcomes of Women Who Used a Birthing Pool: A Prospective Observational Study.	Burns, E. E., Boulton, M. G., Cluett, E., Cornelius, V. R., & Smith, L. A. (2012).	Syftet med studien var att beskriva och jämföra moderns förlossningsförlopp, interventioner samt mödra- och neonatala resultat relaterat till vald förlossningsplats för kvinnor som använde en förlossningspool.	En prospektiv observations-studie.	I studien ingår obstretiska enheter, barnmorskeledda enheter och hemförlossningar. Resultatet visar att det var skillnad vad gäller spontant förlossningsförlopp mellan de olika vårdmiljöer som ingår i studien. Särskilt hos förstfödelskor där hemförlossning bidrog till hög andel av spontanförlossning. Hos omfödelskor ses ingen skillnad angående interventioner oavsett vilken vårdmiljö. Vårdmiljön i denna studie visar ingen skillnad för utfallet av barnen.	Måttlig risk för bias.	Uppsala

Does water birth affect the risk of obstetric anal sphincter injury? Development of a prognostic model.	Preston, H. L., Alfirevic, Z., Fowler, G. E., & Lane, S. (2019).	Syftet med denna studie var att avgöra om vattenfödelse är en riskfaktor för sfinkterskador.	Retrospektiv kohortstudie.	Resultatet av denna studie av jämförbara lågrisk födselar visar en ökad risk för sfinkterskada vid vattenfödelse jämfört med traditionell födelse.	Måttlig risk för bias.	Uppsala
Outcomes of Waterbirth in a US Hospital-Based Midwifery Practice: A Retrospective Cohort Study of Water Immersion During Labor and Birth.	Neiman, E., Austin, E., Tan, A., Anderson, C. M., & Chipps, E. (2020).	Syftet var att framställa evidens med hänsyn till maternella och neonatala resultat i relation till vattenförlossning under värkar och födelse.	Prospektiv kohortstudie.	Resultatet visade att det gick fortare i första och andra stadiet för förstfödelskor som födde i vatten. Mer postpartum blödning hos de som födde i vattnet, men kan vara andra faktorer som är inblandade. Upplevelsen skilde sig inte i någon av grupperna. Inget skilde sig i APGAR på fem minuters åldes mellan grupperna, inget heller i pH i navelsträng. Ingen i vattenförlossningsgruppen diagnostiserades med sepsis eller behövde administration av antibiotika.	Måttlig risk för bias.	Uppsala
Can the risk of obstetric anal sphincter injuries (OASIs) be predicted using a risk-scoring system?	McPherson, K. C., Beggs, A. D., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2014).	Syftet var att konstruera en riskpoängmodell för att hjälpa till med förutsägelse och förebyggande av sfinkterskador.	Retrospektiv studie.	Resultatet bekräftar kända riskfaktorer som tidigare associerats med sfinkterskada, nämligen paritet, födelsevikt och användning av instrument under förlossningen. Dem har också identifierat flera tidigare okända faktorer, nämligen rökstatus, etnicitet och vattennedsänkning under förlossningen.	Måttlig risk för bias.	Uppsala

Heated birthing pools as a source of Legionnaires' disease.	Collins, S. L., Afshar, B., Walker, J. T., Aird, H., Naik, F., Parry-Ford, F., Phin, N., Harrison, T. G., Chalker, V. J., Sorrell, S., & Cresswell, T. (2016).	Syftet var att undersöka om legionärsjuka spridas via hyrda förlossningspooler?	Fallstudie.	Resultatet visar brister och den rekommenderad desinfektionen bör ses över. Det var komplicerade beskrivningar på rengöring av vattenpoolen och instruktionerna är inte anpassade för icke erfarna på området.	Måttlig risk för bias.	Uppsala
How valid are the common concerns raised against water birth? A focused review of the literature.	Young, K., & Kruske, S. (2013).	Syftet var att hitta fem vanliga problem vid vattenfödelse och undersöka om forskning stödjer dessa problem.	Litteraturoversikt av Cochrane.	De fann tre kliniska problem: -Vattenaspiration. -Infektion hos både kvinnan och barnet. -Temperatur hos både kvinnan och barnet. Samt två praxisproblem: Riktlinjer Utförande Resultatet visar ingen evidens på ökad risk för ovan kliniska problem. De två praxisproblemen kan lösas genom riktlinjer och utövande.	Låg risk för bias.	Ystad
Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour.	Cluett, E. R., Pickering, R. M., Getliffe, K., & St George Saunders, N. J. (2004).	Syftet var att jämföra effekten av att ha värkar i vatten i under första fasen av förlossningen i jämförelse med EDA och instrumentella förlossningar hos förstföderskor med dystoci.	Randomiserad kontrollstudie	Kvinnor som födde i bad var mer nöjda över rörelsefriheten samt upplevelsen av ett ökat privatliv. Det var mindre användning av EDA i vattengruppen. Vad gäller APGAR och pH syntes inga skillnader mellan de olika grupperna.	Måttlig risk för bias.	Uppsala

Waterbirth and pelvic floor injury: a retrospective study and postal survey using ICIQ modular long form questionnaires.	Cortes, E., Basra, R., & Kelleher, C. J. (2011).	Syftet med denna studie är att bedöma förekomsten av bristningar och bäckenbottenfunktion efter vattenförlossning jämfört med traditionell förlossning.	En retrospektiv kohortstudie.	Resultatet visar ingen signifikant skillnad mellan de som födde i vatten eller traditionellt för bristningar. Studien visar stressrelaterat urinläckage och svåra urinträngningar var vanligare hos de som fött i vatten. Detta gäller även vaginala symtom som smärta och tyngdkänsla. Studien visar att andra fasen var kortare.	Hög risk för bias.	Uppsala
The effect of water immersion delivery on the strength of pelvic floor muscle and pelvic floor disorders during postpartum period: An experimental study.	Zhao, Y., Xiao, M., Tang, F., Tang, W., Yin, H., Sun, G. Q., Lin, Y., Zhou, Y., Luo, Y., Li, L. M., & Tan, Z. H. (2017).	Syftet var att undersöka effekten av nedsänkning i vatten i samband till styrkan av bäckenbottenmuskulaturen och om det kan lindra bäckenbottenstörningar under postpartumperioden.	Fallkontrollstudie.	Vattenförlossning har visat sig vara en fördelaktig alternativ metod för traditionell förlossning. Vattenförlossning är förknippat med färre episiotomier. Att undvika episiotomi är fördelaktigt för att bibehålla bäckenbottenstyrkan hos kvinnor efter förlossningen. Styrkan i bäckenbotten under postpartumperioden kan förbättras genom träning.	Måttlig risk för bias. Relaterat till överförbarheten till Sverige.	Uppsala
Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature.	Nutter, E., Meyer, S., Shaw-Battista, J., & Marowitz, A. (2014).	Syftet var att kritiskt granska evidens för maternella och neonatala utfall av vattenfödelse.	En litteraturoversikt.	Resultatet visar färre större bristningar. Låg risk för infektion hos de kvinnor som föder i vatten, inte associerat med en högre infektionsrisk. Kvinnor som föder i vatten erfaras mindre blodförlust eller desamma som för de som föder traditionellt. Mindre användning av smärtlindring samt en högre	Översikten kan användas.	Uppsala

				nöjdhet som kan förknippas med smärtlindring och födseln vid vattenförlossning. Låg risk för neonatala infektioner. Neonatal skada eller död är ovanligt vid vattenfödsel. APGAR visade ingen signifikant skillnad mellan vattenförlossning och traditionell förlossning.		
Risker med vattenförlossning på förlossningsavdelning.	Saad, S., Dagerhamn, J. & Liliemark, J. (2015).	Fråga: ”Vilken litteratur finns kring riskerna för barn och moder med vattenförlossning på förlossningsavdelning?”	Fråga som är besvarad via SBU:s upplysnings-tjänst med en rapport.	Analys av 12 stycken artiklar.	Ingen granskning gjord.	Ystad
Vattenförlossning, är det säkert för barn och kvinna.	HTA-rapport (2019).	Är förlossning i vatten för friska kvinnor med en okomplicerad graviditet säkert för såväl barn som mor?	HTA-rapport.	Två observationsstudier och tre systematiska översikter. Svaret är ja om det är säkert för mor såväl som barn i fullgången graviditet och okomplicerat förlossningsförlopp vid vattenförlossning.	Ingen granskning gjord.	Borås Helsingborg Lund/Malmö Nyköping Stockholm/Visby Sundsvall/Örn-sköldsvik Uppsala Västerås Göteborg
To give birth in water.	Úlfisdóttir (2019).	Studera och utvärdera vattenfödsel i ett svenskt sammanhang och att utforska attityder till	Doktors-avhandling.	Något lägre frekvens av andra gradens bristningar hos de kvinnor som födde i vatten. Kvinnorna upplevde känsla av kontroll, självsäkerhet och styrka. Vattenförlossningen	Ingen granskning gjord.	Borås Helsingborg Lund/Malmö Nyköping Sundsvall/Örn-sköldsvik Västerås




		vattenförlossning bland vårdpersonal.		upplevdes hemlik och mer privat. Vårdpersonal önskar mer utbildning, och otillräcklig kunskap bland vårdpersonalen kan vara orsak till avsaknad av information om vattenförlossning till de som önskar.		
--	--	--	--	---	--	--

Tabell 4 visar hur vi har analyserat respektive förlossningskliniks styrdokument enligt GRADE. Detta efter att ha granskat refererade artiklar med SBU:S granskningsmallar, som visas i tabell 3. Styrdokumentets GRADE är sedan bedömt genom de fem punkterna som kan läsas i dataanalys i metod delen.

Tabell 4 GRADE

Riktlinjer	Rekommendation	GRADE	Varför?
Borås	Tillgång till vattenförlossning.	⊗⊗⊗○	Tre referenser: en artikel, HTA-rapport och en avhandling. Artikeln bedöms vara låg risk för bias. Saknas relevant information i de refererade artiklarna gällande inklusionskriterier och kontraindikationer, därav dras en GRADE av.
Göteborg	Tillgång till vattenförlossning.	⊗⊗○○	Six referenser: fem artiklar och en HTA-rapport. Två av artiklarna bedöms måttlig risk för bias och tre av artiklarna bedöms låg risk för bias. En av fem artiklar har kommit fram till ett resultat som motsäger de andras resultat gällande bristningar. Information saknas i referenserna gällande inklusionskriterier och kontraindikationer för vattenfödsel. På grund av att en artikel motsäger sig de andras resultat dras en GRADE av, var på det även dras av en GRADE då det saknas referens till inklusionskriterier och kontraindikationer i styrdokumentet
Halmstad & Varberg	Tillgång till vattenförlossning.	⊗⊗○○	Fem referenser, fem artiklar. Två artiklar bedöms måttlig risk för bias samt tre artiklar bedöms låg risk för bias. En av fem artiklar har kommit fram till ett resultat som motsäger de andras resultat gällande bristningar. Information saknas i referenserna gällande inklusionskriterier och kontraindikationer för vattenfödsel. På grund av att en artikel motsäger sig de andras resultat dras en GRADE av, var på det även dras av en GRADE då det saknas referens till inklusionskriterier och kontraindikation i styrdokumentet.
Helsingborg	Tillgång till vattenförlossning.	⊗⊗○○	Sju referenser: fem artiklar, en HTA-rapport och en avhandling. Två artiklar bedöms måttlig risk för bias och tre artiklar bedöms låg risk för bias. En av sju referenser har kommit fram till ett resultat som motsäger de andras resultat gällande bristning. Information saknas i referenserna

			gällande kontraindikationer. På grund av att en artikel motsäger sig de andras resultat dras en GRADE av, var på det även dras av en GRADE då det saknas referens för kontraindikationer i styrdokumentet.
Kalmar	Tillgång till vattenförlossning.	⊗⊗○○	Två referenser, två artiklar. En artikel bedöms ha måttlig risk för bias, den andra bedöms ha låg risk för bias. Endast två referenser med samma huvud-författare, informationen i artiklarna motsäger sig inte. Artiklarnas resultat motsäger sig information som står i styrdokumentet gällande att endast omfödernor får föda i vatten. Avsaknad av referenser t.ex. Socialstyrelsen. Inga inklusionskriterier för vilka som får föda i vatten finns med. På grund av misstolkning av resultatet av referenserna dras en GRADE av var på det även dras av en GRADE på att det saknas referenser.
Linköping	Tillgång till vattenförlossning.	⊗⊗⊗○	Två referenser, två artiklar. En artikel bedöms ha måttlig risk för bias, den andra bedöms ha låg risk för bias. Endast två referenser med samma huvud-författare, informationen i artiklarna motsäger sig inte. Information saknas i referenserna gällande inklusionskriterier och kontraindikationer. Saknas relevant information i de refererade artiklarna gällande inklusionskriterier och kontraindikationer, därav dras en GRADE av.
Lund / Malmö	Tillgång till vattenförlossning.	⊗⊗○○	Sex referenser, fyra artiklar, en HTA-rapport och en avhandling. En artikel bedöms ha måttlig risk för bias och tre artiklar bedöms ha låg risk för bias. En av sex referenser har kommit fram till ett resultat som motsäger de andras resultat gällande bristning. Information saknas i referenserna gällande kontraindikationer. På grund av att en artikel motsäger sig de andras resultat dras en GRADE av, var på det även dras av en GRADE då det saknas referens för kontraindikationer i styrdokumentet.
Nyköping	Tillgång till vattenförlossning.	⊗⊗⊗○	Tre referenser, en artikel, en HTA-rapport och en avhandling. Artikeln bedöms som låg risk för bias. Information saknas i referenserna gällande kontraindikationer, där det specifikt står att

			<p>grupp B-streptokocker (GBS) samt långvarig vattenavgång > 18 h inte får föda i vatten.</p> <p>Saknas relevant information i de refererade artiklarna gällande kontraindikationer, därav dras en GRADE av.</p>
<p>Region Stockholm + Visby</p> <p><i>BB Stockholm</i></p> <p><i>Danderyd</i></p> <p><i>Karolinska Huddinge</i></p> <p><i>Karolinska Solna</i></p> <p><i>S:t Görans</i></p> <p><i>Södersjukhuset</i></p> <p><i>Södertälje</i></p> <p><i>Visby</i></p>	Tillgång till vattenförlossning.		<p>Tre referenser: två artiklar och en HTA-rapport. Två artiklar bedöms ha låg risk för bias. Information saknas i referenserna gällande inklusionskriterier och kontraindikationer. Saknas relevant information i de refererade artiklarna gällande inklusionskriterier och kontraindikationer, därav dras en GRADE av.</p>
Sundsvall & Örnsköldsvik	Tillgång till vattenförlossning.		<p>Åtta referenser: Sex artiklar, en HTA-rapport och en avhandling. En artikel bedöms ha måttlig risk för bias, fem artiklar bedöms ha låg risk för bias. En av sex artiklar har kommit fram till ett resultat som motsäger de andras resultat gällande bristningar. Information saknas i referenserna gällande: kontraindikation för vattenfödsel. På grund av att en artikel motsäger sig de andras resultat dras en GRADE av, var på det även dras av en GRADE då det saknas referens till kontraindikation i styrdokumentet.</p>
Uppsala	Tillgång till vattenförlossning.		<p>Tjugotre referenser: Tjugotvå artiklar och en HTA-rapport. En artikel bedöms hög risk för bias. Tolv artiklar bedöms måttlig risk för bias. Fem artiklar bedöms låg risk för bias och fyra översikter bedöms kunna användas.</p> <p>Två av referenserna har kommit fram till ett resultat som motsäger de andras resultat gällande bristningar. Information saknas i referenserna gällande inklusionskriterier, kontraindikationer, akutinformation, vårdpersonalens säkerhet och indikation för avbrytande av bad. På grund av att två artiklar motsäger de andras resultat dras en GRADE av, var på det även dras av en GRADE då det saknas referens för given information i styrdokumentet.</p> <p>Fynd:</p> <p>Det är många artiklar refererade i styrdokumentet dock flera tvivelaktiga gällande risk för bias. Tre artiklar är gjorda</p>

			i Asien var på skillnaden i förlossningsvården är stor i jämförelse med svenska förlossningsvården. Kan studier gjorda i Asien överföras till den svenska förlossningsvården?
Västerås	Tillgång till vattenförlossning.	⊗⊗⊗○	Tre referenser: en artikel, en HTA-rapport samt en avhandling. Artikelnen bedöms ha låg risk för bias. Saknas relevant information i de refererade artiklarna gällande kontraindikationer, därav dras en GRADE av.
Ystad	Tillgång till vattenförlossning.	⊗⊗○○	Nio referenser: fem artiklar, SBU:S upplysningstjänst och tre böcker. En artikel bör inte användas på grund av stora brister, en artikel bedöms kunna användas, två artiklar bedöms ha låg risk för bias. En av fyra artiklar har kommit fram till ett resultat som motsäger de andras resultat gällande neonatala utfall. Information saknas i referenserna gällande: inklusionskriterier och kontraindikationer för vattenfödelse. På grund av att en artikel motsäger sig de andras resultat dras en GRADE av, var på det även dras av en GRADE då det saknas referens till inklusionskriterier och kontraindikationer i styrdokumentet. GRADE blir inte lika tillförlitlig då vi inte kommit åt de böcker de refererats till i styrdokumentet.
Riktlinjer	Rekommendation	GRADE	Varför?
Gällivare & Luleå	Erbjuder inte vattenfödelse.	⊗○○○	Otillräckligt vetenskapligt underlag. Finns inga referenser vilket genererar i obesvarade GRADE kriterier. Därför sänks tillförlitligheten tre steg.
Skövde	Erbjuder inte vattenfödelse.	⊗○○○	Otillräckligt vetenskapligt underlag. Finns endast en referens, den handlar dock endast om neonatala utfall, en studie från 2001. Leder till obesvarade GRADE kriterier. Därför sänks tillförlitligheten tre steg.

Vad som kan utläsas i tabell 4 är: Fem styrdokument (Borås, Linköping, Nyköping, Region Stockholm/Visby och Västerås) erhåller tre GRADE, vilket innebär att det vetenskapliga underlaget är gott och styrdokumentet kan användas. Åtta styrdokument (Göteborg, Halmstad/Varberg, Helsingborg, Kalmar, Lund/Malmö, Sundsvall/Örnsköldsvik, Uppsala och Ystad) erhåller två GRADE, vilket betyder att styrdokumentet kan användas under förutsättning att dokumentet har balans mellan risk och nytta. Två styrdokument

(Gällivare/Luleå och Skövde) erhåller en GRADE vilket innebär att styrdokumentet är i behov av uppdatering, mer forskning.

Likheter och skillnader i styrdokumentet

Styrdokumentet kommer fram till olika slutsatser vilket visats efter genomläsning. Likheter och skillnader har tagits fram genom innehållsanalys och kommer redovisas i följande avsnitt vilket är den andra delen i resultatet.

Vad krävs för att få vattenförlossning i Sverige?

Okomplicerad graviditet med förlossning i graviditetsvecka 37+0 till 41+6, simplexgraviditet, föregående fosterdel huvud och god rörlighet för att själv kunna ta sig ur i badet, detta säger alla förlossningskliniker som bedriver vattenförlossning. Kalmar skriver i sitt styrdokument att de endast bistår kvinnor med vattenförlossning om de är omföderskor vilket ingen annan klinik kräver.

För att få vattenfödsel i Kalmar och Linköping ska kvinnan säga till sin barnmorska under graviditeten på mödravårdscentralen (MVC) att hon är intresserad av att föda i vatten. Då ska barnmorskan på MVC kontakta förlossningskliniken för att rådgöra om kvinnan är lämplig att föda i vatten eller inte. Vilket inte framkommer i styrdokumentet för resterande förlossningskliniker.

Långvarig vattenavgång

I Linköping, Lund/Malmö och Uppsala kan vattenförlossning genomföras vid långvarig vattenavgång om förlossningen startat spontan samt att antibiotikabehandling ges. I Borås och Helsingborg är det en relativ kontraindikation och en individuell bedömning med förlossningsläkare bör göras. Långvarig vattenavgång är en kontraindikation i Halmstad/Varberg och Nyköping. I Kalmar står det beskrivet i styrdokumentet att kvinnan måste vara i aktiv fas för att bada vid konstaterad vattenavgång, men inget vidare definierat om långvarig vattenavgång är kontraindicerat eller inte. Det finns inget skrivet i styrdokumentet från Göteborg, Region Stockholm/Visby, Sundsvall/Örnsköldsvik, Västerås och Ystad gällande långvarig vattenavgång relaterat till att få föda i vatten.

Induktion

Vattenfödsel vid induktion skiljer sig åt mellan klinikerna om kvinnan får föda i vatten eller inte. Nyköping, Region Stockholm/Visby, Sundsvall/Örnsköldsvik och Västerås skriver att

induktion inte utgör en kontraindikation. I Sundsvall/Örnsköldsvik och Västerås bör läkare konsulteras innan uppstart av bad. Som tillägg har Nyköping däremot användning av ballongkateter som en kontraindikation. I Region Stockholm/Visby är induktion ingen kontraindikation för att få föda i vatten (som nämnts tidigare), dock framkommer tvetydlig information gällande ballongkateter och samtidig vattenavgång. Då ballongkateter används och vattenavgång förekommit får kvinnan inte bada.

I Helsingborg, Lund/Malmö och Linköping utgör induktion en relativ kontraindikation och läkare ska konsulteras. I Ystad och Göteborg utgör induktion en kontraindikation för vattenförlossning. Det finns vissa styrdokument där induktion inte nämns vilka är från Borås, Halmstad/Varberg och Kalmar. Uppsala skriver att spontan start med eller utan vattenavgång eller vid inducerat värkarbete inte är någon kontraindikation, inte heller användning av ballongkateter.

Tidigare kejsarsnitt

När det gäller kvinnor som tidigare genomgått kejsarsnitt benämns dem på olika sätt i styrdokument. Göteborg, Halmstad/Varberg, Kalmar, Nyköping, Region Stockholm/Visby, Uppsala och Ystad nämner inte något om tidigare kejsarsnitt.

Nyköping och Region Stockholm/Visby benämner enbart att administrering av oxytocininfusion hos patienter som genomgått tidigare kejsarsnitt är en kontraindikation för vattenfödelse. Uppsala skriver att det bör ske en spontanstart om kvinnan tidigare genomgått kejsarsnitt för att få genomgå en vattenförlossning.

De som har tidigare kejsarsnitt som en kontraindikation i deras styrdokument, vilket resulterar i att de inte får föda i vatten, är Borås, Västerås och Sundsvall/Örnsköldsvik. Där kvinnan eventuellt får föda i vatten med tidigare kejsarsnitt, där tidigare kejsarsnitt benämns som en relativ kontraindikation är i styrdokument från Helsingborg och Lund/Malmö. Linköping benämner tidigare kejsarsnitt som en relativ kontraindikation dock bara om kvinnan haft två förlossningar, varav en vaginal.

Tidigare blödning

Blödning utmärker sig då styrdokument har olika kriterier skrivna för vilka som får eller inte får genomgå förlossning i vatten utifrån anamnes på tidigare blödning. I Lund/Malmö utgörs en tidigare postpartumblödning på mer än 1000 ml som en kontraindikation, kvinnan får då alltså inte föda i vatten. Borås, Helsingborg och Västerås har tidigare postpartumblödning över 1000 ml som en relativ kontraindikation vilket då leder till att bestämmelser för att få föda i vatten eller inte utgörs av godkännande från ansvarig läkare. Linköping utmärker sig på de sätt att de har postpartumblödning över 1500 ml som en relativ

kontraindikation vid vattenförlossning, inga andra styrdokument har den volymen på tidigare blödning. Region Stockholm/Visby och Uppsala har inget relaterat till volym av tidigare postpartumblödning. Uppsala har en relativ kontraindikation om kvinnan har en ökad risk för postpartumblödning, vilket inte förklaras vidare. Nyköping och Region Stockholm/Visby beskriver också en ökad risk för stor postpartumblödning som en kontraindikation men definierar inte vilka dessa risker är. Styrdokumenten från Göteborg, Halmstad/Varberg, Kalmar, Sundsvall/Örnsköldsvik och Ystad nämner inget om tidigare blödning i styrdokumenterna.

Body mass index (BMI)

Gränsen för vilka kvinnor som får föda i vatten utifrån den gravidas BMI har fastställts på vissa förlossningskliniker i Sverige, och det visar sig att det skiljer sig mellan de olika förlossningskliniker. Majoriteten av förlossningskliniker väljer att inte skriva med BMI som ett inklusions- eller exklusionskriterier, dessa kliniker är Göteborg, Kalmar, Nyköping, Region Stockholm/Visby, Sundsvall/Örnsköldsvik, Västerås och Ystad.

I Borås går gränsen på BMI över 30 för att få föda i vatten men i Halmstad/Varberg, Helsingborg, Linköping och Lund/Malmö är BMI över 35 en kontraindikation. Dit hör även Uppsala men har BMI över 35 som en relativ kontraindikation. Uppsala har däremot BMI över 40 som en kontraindikation.

Grupp B - Streptokocker (GBS) vid vattenförlossning

Vid vattenförlossning utgör GBS en punkt att beakta inför vattenfödelse. Kvinnor som är bärare av GBS får föda i vatten på följande kliniker, Borås, Göteborg, Halmstad/Varberg, Helsingborg, Linköping, Lund/Malmö, Region Stockholm/ Visby, Sundsvall/Örnsköldsvik, Västerås och Ystad. Följande kliniker skriver tydligt att GBS inte utgör något hinder av att få föda i vatten och att antibiotika ska ges enligt sedvanlig rutin. I Kalmars och Uppsalas styrdokument står inget skrivet om GBS. Ett styrdokument som utmärker sig när det gäller GBS är Nyköping de skriver att om kvinnan är bärare av GBS får hon inte föda i vatten.

Perinealskydd samt suturering av bristning

I varje styrdokument nämns perinealskydd vilket uttrycks olika i styrdokumenterna. Perinealskydd ska utföras enligt sedvanlig rutin på förlossningsavdelningar även vid vattenförlossning i Göteborg, Halmstad/Varberg, Helsingborg, Kalmar, Lund/Malmö, Nyköping, Region Stockholm/Visby, Uppsala, Västerås och Ystad. I Uppsala har de även med tillägg att perinealskydd inte får utgöra en risk för att kvinnan lyfter bäckenet för högt så att barnet föds ovan vattenytan. Att skydda perineum ska utföras enligt evidens som benämns

vara värme, långsamt framfödande samt två barnmorskor detta gäller i Borås, Linköping och Sundsvall/Örnsköldsvik.

Enligt följande styrdokument bör suturering väntas med tills vävnaden svalnat Borås, Göteborg, Helsingborg, Malmö/Lund, Uppsala, Ystad och Örnsköldsvik/Sundsvall. Övriga förlossningskliniker nämner inget om detta.

Tidigare sfinkterskada och könsstympling

I vissa styrdokument nämns tidigare sfinkterskada som ett kriterium för om kvinnan får föda i vatten eller inte. Sfinkterskada är en skada i ändtarmen, vilket involverar ändtarmsmuskeln. Tidigare sfinkterskada kan ses som en relativ kontraindikation eller en kontraindikation, vissa nämner inte något om tidigare sfinkterskada. I samma kategori tas ofta könsstympling upp oavsett grad som en relativ kontraindikation eller kontraindikation för vattenförlossning. Göteborg, Halmstad/Varberg, Linköping, Lund/Malmö, Nyköping, Uppsala, Västerås och Sundsvall/Örnsköldsvik nämner tidigare sfinkterskada och könsstympling som en relativ kontraindikation där beslut om att föda i vatten behövs tas i samråd med läkare. Borås, Helsingborg och Region Stockholm har tidigare sfinkterskada och könsstympling som en kontraindikation för att få föda i vatten. Kalmar och Ystad benämner varken sfinkterskada eller könsstympling i sina styrdokument.

Kontaminering i badvattnet

Alla kliniker påtalar att det är viktigt med renhållning i badet vid vattenförlossning. Vid avföring eller annan kontaminering ska detta tas upp och slängas och vid kraftig kontaminering ska badvattnet bytas ut. I Uppsala skriver dem att om badvattnet är kraftigt kontaminerat ska badet avbrytas om inte utdrivning står i närtid. Borås, Halmstad/Varberg, Lund/Malmö, Linköping och Västerås skriver att klyx eller lavemang ska erbjudas innan vattenfödelse för att undvika kontaminering i vattnet.

Temperatur på den födande

Temperaturen på kvinnan och hur ofta temperaturen ska mätas under förlossning i bad skiljer sig åt mellan klinikerna. I Lund/Malmö och Uppsala ska temperatur tas innan start av bad samt en gång per timme. Om kvinnans kroppstemperatur överstiger 38 °C ska badet avbrytas. I Region Stockholm/Visby ska kvinnans temperatur också vara under 38 °C för att få föda i vatten dock finns det ej preciserat hur ofta temperaturen ska tas.

Kvinnans temperatur ska vara under 37,5 °C för att få föda i vatten och ska kontrolleras var tredje timme i Halmstad/ Varberg. I Ystad ska tempen på kvinnan också vara under 37,5 °C

för att få föda i vatten, dock ska badet avbrytas om temperatur överstiger 38 °C. Om kvinnan har en temp över 37,5 °C leder det till en kontraindikation för att få föda i vatten i Lund/Malmö.

Bad får inte ske vid feber enligt Halmstads/Varberg, Linköping och Nyköping, definition på feber finns dock inte med. Helsingborg och Västerås skriver också att det är en kontraindikation att bada vid feber, här definierar de feber på temperatur över 38 °C.

I styrdokumentet från Borås, Göteborg, Kalmar och Sundsvall/Örnsköldsvik finns inget dokumenterat om kvinnans temperatur.

Badvattnets temperatur

Alla förlossningskliniker nämner vad badvattnets temperatur ska vara under förlossning i vatten. Vattnets temperatur vid öppningsskede och temperatur vid utdrivningsskede skiljer sig dock mellan klinikerna. Det är också olika hur ofta vattentemperaturen ska kontrolleras.

I Uppsalas styrdokument får badtemperaturen inte överstiga 37,5 °C, (vanligast mellan 34–37,5 °C). Kontroll på badvattnet ska tas en gång per timme. Vid vattenförlossning i Borås bör vattentemperaturen vara mellan 37–37,5 °C. Kontroll av badtemperatur tas vid start av utdrivningsskedet.

I Linköping ska vattentemperaturen inte överstiga 37 °C vid öppningsskedet. Högre temperaturer kan leda till takykardi hos barnet. På förlossningskliniken i Kalmar har de också en gräns på 37 °C vid öppningsskedet, där hänvisar de dock till att vattentemperaturen inte ska vara högre för att det kan orsaka svimningskänsla hos den födande kvinnan. Vattnet ska kontrolleras med jämna mellanrum, men det framgår inte hur ofta det ska kontrolleras. Vid vattenförlossning i Västerås ska vattentemperaturen inte överstiga 37,5 °C och ska kontrolleras en gång i timmen.

I Nyköping samt region Stockholm/ Visby skriver de att badtemperaturen ska vara under 38 °C och ska mätas en gång i timmen. Detsamma gäller i Göteborg och Sundsvall/ Örnsköldsvik men där hänvisar de till att temperaturen ska vara 38 °C under öppningsskedet. Det framgår inte vilken temperatur vattnet bör vara vid utdrivningsskedet. Vid vattenfödelse i Helsingborg får temperaturen inte överstiga 38 °C men i samma styrdokument belyses det att badet ska kännas skönt och behagligt för den födande.

I Ystad ska badtemperaturen kontrolleras var 30:e minut under tiden kvinnan badar, temperaturen ska ligga mellan 34–37 °C under öppningsskedet samt runt 37 °C vid utdrivningsskedet, för att motverka hypotermi hos både mor och barn.

Vid framfödande bör vattentemperaturen inte understiga 36 °C för att motverka hypotermi hos barnet och för att inte trigga andnings start under vattenytan enligt klinikerna i Borås, Halmstad/Varberg, Kalmar, Lund/Malmö och Uppsala. I styrdokumentet som gäller för Halmstad/ Varberg, Linköping och Lund/Malmö ska badvattnet vara mellan 36 - 37 °C vid framfödandet, kontroll av badvattnets temperatur innan start av utdrivningsskedet. I Lund/Malmö står det också skrivet att badtemperaturen ska kontrolleras var femtonde minut under utdrivningsskedet.

Neonatala utfall

Framfödandet av barnet i vatten

I alla styrdokument framgår det tydligt att barnet ska framfödats helt under vattenytan. Kvinnan ska vara helt täckt med vatten upp till bysten, barnet ska snabbt tas upp till ytan och får efter detta inte under några omständigheter komma under ytan igen. Detta då kontakt med luft stimulerar barnets andningsreflex.

Enbart Uppsala och Sundsvall/Örnsköldsvik skriver att manipulation av navelsträng runt halsen bör undvikas för att inte röra ansiktet så att andningsreflexen inte ska triggas under vattenytan.

Barnets mående efter vattenförlossning

Vissa förlossningskliniker förklarar hur barnet kan te sig efter förlossning som sker under vatten. Borås, Halmstad/Varberg, Helsingborg, Kalmar, Linköping, Lund/Malmö, Västerås och Sundsvall/ Örnsköldsvik skriver att barnet kan te sig lugnt och inte skrika på samma sätt som vid traditionell förlossning men att andning, tonus och retbarhet är/ska vara densamma vid vattenförlossning. Halmstad/Varberg och Linköping nämner även att barnet i fråga kan se blekare ut eller upplevas cyanotiskt under en längre stund vid vattenförlossning än vid traditionell förlossning. Samtliga förlossningskliniker har med om hur barnet ter sig efter vattenförlossning indikerar även på att observera och bedöma tillståndet på barnet fortlöpande.

Navelsträngsruptur och avnavling

Vid förlossning i vatten är det viktigt att tänka på att inte lyfta upp barnet för snabbt utan att ha koll på navelsträngens längd. Det finns en ökad risk för navelsträngsruptur vid vattenfödelse, detta skriver alla förlossningskliniker som bedriver vattenfödelse, förutom Göteborg.

Borås, Halmstad/Varberg, Helsingborg, Kalmar, Linköping, Sundsvall/ Örnsköldsvik, Västerås och Uppsala skriver också att det är viktigt att ha peanger nära till hands om en navelsträngsruptur skulle uppstå för att snabbt kunna klampa navelsträngen.

Ingen avnavling får ske under vattenytan enligt styrdokumentet i Borås, Göteborg, Halmstad/Varberg, Helsingborg, Lund/Malmö, Nyköping, Region Stockholm/Visby och Ystad.

Vattenfödsel får ej ske

I styrdokument från förlossningskliniker i Skövde samt Gällivare/ Luleå framkommer att förlossning under vatten inte bör ske. Under ser vi citat från deras styrdokument.

“Förlossning **under** vatten avråds då denna metod är otillräckligt undersökt!” (Skövde, 2023)

”Förlossning i badkaret bör inte förekomma.” (Gällivare/Luleå, 2023)

Styrdokumentet från Skövde och Gällivare/Luleå saknar referenser till vetenskapliga studier relaterat till att vattenförlossning inte bör förekomma.

Styrdokumentens giltighetstid

Styrdokumentens giltighetstid varierar beroende på klinik. I de styrdokument det inte står något om tidsangivelse tillhör Lund/Malmö och Ystad. Vissa styrdokument har enbart tidsangivelse för när styrdokumentet började gälla, dessa är Göteborg, Halmstad/Varberg, Nyköping, Västerås, Region Stockholm/Visby, Linköping, Uppsala och Gällivare/Luleå. I de styrdokument som har ett slutdatum varierar giltighetstiden, från ett år till tre år. De styrdokument som har start och slutdatum angivna är Sundsvall/Örnsköldsvik, Kalmar, Helsingborg, Borås. Ett styrdokument har enbart slutdatum, vilket är Skövde. Åren för senaste uppdatering varierar mellan 2021 och 2023.

Diskussion

Metoddiskussion

I arbetet användes GRADE som instrument för att granska artiklar i styrdokumenterna om vattenförlossning. GRADE skapades för att kontrollera evidensstyrkan i det sammanvägda resultatet av artiklar och riktlinjer som används inom hälso- och sjukvården. Bedömningen görs på ett strukturerat och transparent sätt (SBU:S metodbok, 2023). För att ta fram likheter och skillnader av styrdokumentens innehåll användes innehållsanalys. Detta för att innehållsanalys är bra att använda för att analysera innehållet i skriven text (Elo & Kyngäs, 2008).

Styrkor och svagheter av arbetet

GRADE valdes som instrument då metoden ansågs mest lämplig för denna typ av arbete och kan hjälpa oss besvara vårt syfte samt frågeställningar. Med GRADE bedöms kvalitén av evidensen för varje styrdokument som granskas (Guyatt m.fl., 2011). Vi har inte tidigare kommit i kontakt med instrumentet GRADE vilket har gjort att vi behövt läsa på och försöka förstå GRADE på kort tid. Detta kan generera att vi misstolka genomförandet av dem instruktioner som finns angivna av GRADE. På grund av att GRADE är sällsynt bland magisteruppsatser inom reproduktiv hälsa kan detta arbete ses som unikt.

Genom att kvalitén på styrdokumenterna kan bedömas ses evidensen, hur väl utarbetat det är, hur relevant det är och om det svarar an till de skrivna styrdokumenterna. I samband med att vi bedömde tillförlitligheten av styrdokumenterna med hjälp av GRADE använde vi oss av SBU:S granskningsmallar för de refererade artiklarna i respektive styrdokument. Flera av SBU:S granskningsmallar är framtagna av Cochrane (SBU:S metodbok, 2023), vilket kan öka trovärdigheten i det utförda arbetet. En svaghet är att vi är tre personer som tidigare använt SBU:S granskningsmallar begränsat antal gånger. Därav började vi granska en artikel tillsammans för att få alla till att tänka lika vidare i arbetet. I de 15 styrdokument vi granskade var det även refererat till böcker, en avhandling och en HTA-rapport, men vi valde att enbart granska de vetenskapliga artiklarna. Avhandlingen och HTA-rapporten lästes igenom för att ha i beaktandet vid bedömningen med GRADE av styrdokumenterna. För att begränsa arbetet granskades inte böckerna, GRADE är inte anpassat för att bedöma kvalitén på böcker. Vilket i detta arbete kan resultera i bias av GRADE resultatet för det styrdokument som refererat till dessa böcker, detta innefattade endast ett styrdokument (Ystad).

Det som kan ses som en svårighet är att samtliga artiklar lästes på engelska. Engelska är inte vårt modersmål vilket kan resultera i feltolkningar. Detta bekräftas av Sandman och

Kjellström (2018) som skriver att risk för feltolkning kan ske vid läsning av material på annat språk än sitt modersmål. Vi har använt oss av Google-translate på datorn för att översätta till svenska då det uppstått situationer där vi har svårt att förstå meningen för att få ett sammanhang.

Alla viktiga positiva och negativa effekter av interventioner eller behandlingar skall finnas med i resultatet samt att studierna ska granskas gällande metod och kvalitén för studien (Roback & Carlsson, 2009). Vi valde att göra en tabell för samtliga granskade artiklar där artikelns kvalitet och metod tydligt framgår, vilket ingår i första delen av resultatet.

För att vi ska kunna föra över arbetet till verksamheten behöver resultatet för GRADE vara likvärdigt det syftet avser (SBU:S metodbok, 2023). Vi anser att det kan finnas möjlighet att överföra vårt resultat och jobba vidare med det i syfte att skapa nationella riktlinjer/rekommendationer angående vattenfödsel. WHO, Cochrane, SBU, Socialstyrelsen och HTA enheter använder GRADE (SBU:S metodbok, 2023), vilket kan göra arbetet mer tillförlitligt.

Då vi använt oss av innehållsanalys för att granska likheter och skillnader i arbetet tolkar vi själva det skrivna materialet i styrdokumentet. Vi kan ha gjort en tolkning utefter vår förförståelse och kan resultera att vi tagit information som täcker våra kunskapsluckor. Det kan resultera i att om nytt arbete utförs av andra personer i framtiden, kan ny tolkning lyftas fram av samma material. Detta kan ses som både en styrka och en svaghet då ständigt nya synvinklar kan behövas för att utveckla forskningen framåt.

Trovärdigheten i arbetet

För kontroll av trovärdigheten i examensarbete för kvalitativa forskningsmetoder används begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Trovärdigheten genomsyrar alla dessa begrepp. Trovärdighet i arbetet innebär att författarna redovisar att resultatet är trovärdigt och är aktuellt (Mårtensson & Fridlund, 2023). Då information har inhämtats från Sveriges alla förlossningskliniker och att evidens samt likheter och skillnader har granskats i redan befintliga styrdokument, kan arbetets resultat möjliggöra att förlossningsvården blir mer jämlik.

Pålitlighet till arbetet ökar då författarna för arbetet tydligt har beskrivit sin förförståelse för det valda problemområdet, även viktigt att tydligt redovisa hur datainsamlingen utförts för att stärka pålitligheten för arbetet (Mårtensson & Fridlund, 2023). Vi har redogjort för förförståelsen och datainsamlingen under metod. Under arbetets gång har vi haft förförståelsen i beaktning för att inte vinkla resultatet.

Nästkommande term är bekräftelsebarhet vilket innefattar att bekräftelsebarheten höjs om analysprocessen framkommer begripligt. Ett sätt att öka bekräftelsebarheten är att låta utomstående personer läsa materialet (Mårtensson & Fridlund, 2023), vilket innefattar vårt arbetes analys och resultat samt styrdokumentet. Under arbetets gång har utomstående personer läst arbetet men inte styrdokumentet vilket kan generera i både en styrka och en svaghet för bekräftelsebarheten.

Målet för studier av forskare och även av oss som gör examensarbeten, inom hälso-och sjukvården, är att den kunskap som framställs i arbetet ska vara tillämpad på ett sådant sätt att arbetet kan implementeras i vården, till andra grupper och situationer. Detta kallas för att arbetet är överförbart (Mårtensson & Fridlund, 2023). Arbetet är överförbart för gruppen som styrdokumentet handlar om, det vill säga friska gravida kvinnor som uppfyller kriterier för att få föda i vatten. Det finns en möjlighet att implementera arbetet på Sveriges förlossningskliniker, det handlar om att se över styrdokumentet som redan är i bruk. Vilket alla kan och bör göra med jämna mellanrum. Informationen som detta arbete delger är lämpad för alla som jobbar på en förlossningsklinik eller den vårdande gravida kvinnan.

Resultatdiskussion

Det huvudsakliga resultatet är att samtliga styrdokument saknar evidensbaserat stöd för det skrivna materialet och att patient- samt hälso- och sjukvårdslagen inte följs. Vilket genererar i att styrdokumentet bör granskas på nytt av varje förlossningsklinik för att få mer tillförlitliga riktlinjer. Nedan följer resultatdiskussion där GRADE ingår, även en diskussion om jämlikvård.

Styrdokumentens uppbyggnad och evidens

Med evidensbaserad medicin ska medicinska beslut om behandlingsalternativ eller diagnos ha vetenskaplig grund i klinisk forskning, erfarenhet samt intuition (Masic, 2008; Sackett, 1997). I de olika styrdokumentet som är granskade är det stor skillnad på hur många referenser som finns angivna. Det styrdokumentet med flest referenser innefattar 23 stycken och de styrdokumentet med minst referenser innefattar två angivna referenser. Styrdokumentet med två refererade artiklar omfattar samma författare, i detta fall studier gjorda av Úlfsdóttir båda publicerade 2018. Detta ifrågasätter inte artiklarna i sig då det är vetenskapligt framtagna. Det får dock oss att ifrågasätta hur pass genomarbetade styrdokumentet är, då inga andra vetenskapliga artiklar är medtagna från andra författare. Vidare i styrdokumentet med 23 angivna referenser används artiklar som är producerade med population och data hämtad från Asien, vilket ifrågasätter överförbarheten till den svenska förlossningsvården.

Den medicinska kunskapen förändras för varje dag som går, vilket genererar i att tidigare accepterad fakta snabbt kan bli mindre relevant för sammanhanget (Masic, 2008). Där av borde styrdokumentet uppdateras med jämna mellanrum. I två av alla styrdokument som granskas står det att förlossning inte bör ske eller ska undvikas på grund av avsaknad av evidensbaserad forskning. Vilket skulle kunna ifrågasättas då de artiklar vi granskar från resterande styrdokument till större del är högst vetenskapliga. Svenska barnmorskeförbundet (2019) skriver att barnmorskan ska medverka vid upprättandet av rutiner och implementering av styrdokument, samt bidra till revidering av nuvarande styrdokument. Vissa av de granskade styrdokumentet har ingen tidsangivelse för när styrdokumentet togs i bruk eller bör uppdateras. Vilket kan ge en osäkerhet i styrdokumentens relevans och tillförlitlighet. Majoriteten av de granskade artiklarna är skrivna inom en tio års period från nu. Det finns ett styrdokument som sticker ut där en refererad artikel är från 2001, vilket är den enda i angivna referensen.

Vid analys av styrdokumentet observeras flera styrdokument vilka liknar varandra i både fraser och referenser. Detta resultat skapar tankar om det eventuellt kunde vara så att de tagit inspiration av varandra i skapandet av styrdokumentet. Om så är fallet, hur väl granskades det styrdokument som var inspiration till det nya? De flesta styrdokumentet inleds med en text om att vattenförlossning är säkert för både kvinna och barn, i texten är det oftast tydligt var ifrån den hämtade informationen kommer ifrån. Vidare i styrdokumentet är det svårt att härleda information till källa. De använda referenserna är i vissa styrdokument också refererade på fel sätt vilket inger ett oprofessionellt intryck. Detta i form av att vissa referenser börjar med förnamn i referenslista, vissa årtal saknas och ett extra enter-slag mitt i referens vilket skapar otydlighet i antal referenser som finns. Akademiskt skrivande innebär att arbeta med källor och referenser. Referenserna ska tydligt visa var ifrån din information kommer, detta för att läsaren ska kunna förstå vart inhämtad information härstammar (Göteborgs Universitet, 2023).

Barnmorskans ansvar är att självständigt handha den normala graviditeten, förlossningen och nyföddhetsperioden (Svenska barnmorskeförbundet, 2019). Det förs en diskussion under arbetets gång att barnmorskor borde ha mer talan på förlossningskliniker vad gäller utformandet av riktlinjer för den födande lågrisk kvinnan. Barnmorskan ansvarar för lågrisk kvinnor och borde själva kunna avgöra om vattenförlossning är lämpligt för den födande kvinnan eller inte med hjälp av inklusionskriterierna, som ska vara väl definierade i styrdokumentet med tillhörande vetenskapligt underlag. Det borde därför vara upp till barnmorskan att bestämma om vattenförlossning ska bedrivas på enheten för kvinnor med lågriskprofil. Studier visar att barnmorskor vill fullfölja vattenförlossning men att läkarna är något mer emot och har en kritisk inställning (Úlfsdóttir, 2020). Vilket även styrks utifrån litteraturen att barnmorskor ställer sig generellt mer positivt till vattenförlossning jämfört med läkare vilket kan resultera i confirmation bias om bara en yrkeskategori upprättar ett styrdokument. Detta då personen som utför riktlinjerna kanske hittar forskning som styrker det personen redan tror sig veta.

I den nuvarande förlossningsvården kan det vara en utmaning att förespråka, skydda och stödja den normala förlossningen. Men genom att barnmorskor självständigt handhar den normala förlossningen och ger en evidensbaserad vård genererar det i bättre utfall för mor och barn (Romano & Lothian, 2008). Barnmorskor betonar vikten i att ha tillgång till lämpliga resurser, tydliga principfasta riktlinjer, utbildning och en stödjande kultur kring vattenfödelse från alla professioner som är närvarande runt den födande kvinnan och barnet (Reviriego-Rodrigo m.fl., 2023).

Rätten att själv få välja förlossningssätt

23 av 44 förlossningskliniker erbjuder vattenförlossning. Vilket leder till en orättvis förlossningsvård för kvinnorna i Sverige. I hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) framgår det tydligt att alla människor i Sverige är berättigade lika vård oavsett var personen är bosatt (3 kap. 1 §). I resultatet framgår att så inte är fallet för de födande kvinnorna i Sverige. Vi funderar över hur det kan vara upp till den enskilda förlossningskliniken att bestämma om vattenförlossning ska erbjudas eller inte. Det har forskats mycket på just detta ämne och det har framkommit att vattenförlossning är säkert för både barn och kvinna (HTA-rapport, 2019; Úlfsdóttir, 2018; Burns m.fl., 2022). Trots detta är det många förlossningskliniker som fortsatt inte erbjuder vattenfödelse och vissa som hävdar att vattenförlossning inte är tillräckligt beforskat ännu. Den svenska förlossningsvården är bra men det finns saker som kan förbättras (Socialstyrelsen, 2022b). Om alla jobbar evidensbaserat hur kan det då se olika ut över landet? Borde inte alla styrdokument se likadana ut? Resultatet visar på att det ser olika ut i regionerna, vilket bevisar att det kan vara kliniken själva som bestämmer om vattenfödelse får bedrivas eller inte. Kan svaret på problemet vara att ordna ett nationellt styrdokument som handlar om vattenfödelse för att göra förlossningsvården mer jämlik? Ett nationellt dokument är skapat av Socialstyrelsen (2023) angående riktlinjer inom förlossningsvården som handlar om normalförlossning. Det framgår dock inget om vattenförlossning i dokumentet, vilket vi anser mycket underligt då vattenförlossning har många fördelar med sig för en lågrisk kvinna. Vidare skriver Socialstyrelsen (2023) att skillnader i förlossningsvården till stor del beror på kulturen på kliniken och inte på grund av skillnad i resurser eller förutsättningar, trots att det finns utformade nationella riktlinjer. Det finns ingen information beträffande vilka yrkeskategorier som varit med och producerat rapporten från Socialstyrelsen (2023). Vi anser att det är av vikt att det inte enbart är en yrkesgrupp som utformar riktlinjer utan både barnmorskor och läkare. Anledningen till skapandet av nationella riktlinjer är att det ska vara jämlik vård över hela landet (Socialstyrelsen, 2023). Om inte allt tas med i dokumentet gällande normal förlossning, till exempel vattenförlossning, hur kan det då bli en jämlik vård?

Likheter och skillnader i styrdokumentet

Resultatet visar att det förekommer likheter och skillnader mellan de olika förlossningskliniker i Sverige. De mest påtagliga skillnaderna handlar om induktion, kejsarsnitt, BMI, GBS, sfinkterskada, kontaminering av vatten och temperatur, vilket inkluderar andra delar av arbetets resultat, som diskuteras nedan.

Induktion

I resultatet framkommer att vattenförlossning ihop med induktion inte alltid går att genomföra på alla förlossningskliniker i Sverige, det ser olika ut beroende på vilken förlossningsklinik kvinnan ska föda på. Vad för typ av induktionsmetod som styrdokumentet avser beskrivs oftast inte. Ballongkateter är induktionsmetoden som är undantaget som nämns som kontraindikation hos flera av styrdokumentet. Ett styrdokument skriver dock att ballongkateter och vattenförlossning får ske. Vi kan inte utifrån de refererade artiklarna från styrdokumentet finna information kring induktion i samband vattenförlossning. Vid artikelsökning angående induktion och vattenförlossning fann vi inga med relevant innehåll som kunde ha använts för styrdokumentet. Vilket troligtvis tyder på att förlossningskliniker själva bestämmer hur de vill ha de utefter deras egen bästa förmåga. Vi förstår att kvinnor som blivit inducerade på grund av komplikationer under graviditeten behöver avstå att föda i vatten. Men då det är en lågrisk kvinna som blir inducerad funderar vi på hur det kan bli en kontraindikation i vissa styrdokument. Våra funderingar grundas i att vattenförlossning ses minska användning av oxytocin och att förlossningen fortskrider med god progress (Úlfsdóttir, 2019). Målet är att förlossningen ska fortskrida framåt med så få interventioner som möjligt. För att minska risken att använda fler interventioner än nödvändigt kan induktion med misoprostol och vattenförlossning vara fördelaktigt. Oral tillförsel av läkemedel för induktion kan generera i färre kejsarsnitt än vid användning av oxytocin eller ballongkateter (Kerr m.fl., 2021). Induktion i samband med vattenförlossning behöver studeras mer på för att ta fram evidensbaserade styrdokument.

Kejsarsnitt

Det är viktigt att kvinnan själv får bestämma hur hon vill ha sin förlossning vilket även styrks i patientlagen 7 kap. 1§ (SFS 2014:821). Om kvinnan tidigare genomgått kejsarsnitt finns det vissa styrdokument som inte tillåter vattenfödsel, vilket framgår i resultatet. Kvinnor som tidigare haft en traumatisk förlossning med kejsarsnitt beskriver att de vid kommande förlossning upplever mer kontroll för att de får föda i vatten. De erhåller även en avslappnande effekt av vattenförlossning (Townsend, m.fl., 2018). Ytterligare positiva faktorer av vattenfödsel är minskning av oxytocininfusion och viktavlastning (Úlfsdóttir, 2022). Vi kommer åter tillbaka till att målet är att minimera antalet interventioner under förlossningens gång, till exempel minska risken för att förlossningen slutar i kejsarsnitt. Vid

kejsarsnitt ökar risken för uterusruptur vid nästkommande graviditet hos kvinnan, dock är risken liten (Socialstyrelsen, 2018). Utifrån dessa aspekter är det svårt att se varför kvinnor med tidigare kejsarsnitt är en kontraindikation då det finns många fördelar med vattenförlossning.

BMI och skulderdystoci

Resultatet visar att det är stor spridning på BMI gränser relaterat till vilka som får föda i vatten på de förlossningskliniker som bedriver vattenförlossning. Enligt Otigbah, m.fl. (2000) ses kortare förlossningsförlopp hos lågriskkvinnor som föder i vatten. Det är en positiv fördel för alla kvinnor och även de kvinnor som har ett högre BMI vilket kan ge en möjlighet för minskad risk för komplikationer. Enligt Stubert, m.fl. (2018) ökar risken för instrumentella förlossningar vid högt BMI medans skulderdystoci inte visar signifikant skillnad. Taliento m.fl. (2022) skriver också att risken för skulderdystoci minskar vid vattenförlossning. Vidare tycker vi att forskning på området behövs för en kvinna med högt BMI vid vattenförlossning. Vi anser att BMI är en trubbig skala att använda, de som är vältränade kan hamna på högt BMI fast de inte är överviktiga. Fokus på rörlighet är viktigare, kvinnan ska själv kunna ta sig i och ur badkaret.

GBS

Resultatet visar att de flesta styrdokument som granskades i detta arbete tar ställning till att det inte utgör något hinder att föda i vatten om kvinnan är bärare av GBS, dock är det ett styrdokument som nekar kvinnor till vattenfödsel vid samtidig GBS. Enligt Zanetti-Dällenbach, m.fl. (2006) ses mer av GBS kolonisering i vattnet än vid traditionell födsel. Dock förekommer det mindre GBS kolonisering av det nyfödda barnet som föds i vatten. Vi finner ingen evidens i styrdokumentens referenser som styrker att det är någon ökad risk för infektioner hos det nyfödda barnet vid samtidigt bärande av GBS och vattenförlossning, vilket bekräftas i en studie gjord av Solt, m.fl. (2019). Vi finner det intressant att det är sådan skillnad mellan de olika styrdokument.

Sfinkterskada / grad 3 och 4 bristning

Skiljaktigheter tas fram i resultatet angående om kvinnan tidigare haft en grad tre eller fyra bristningar, vilket ses skilja sig över landet om kvinnan får möjlighet att föda i vatten eller inte. Flera referenser som styrdokumentet refererar till visar att det är minskad eller samma risk för all typ av bristning vid vattenförlossning i jämförelse med traditionell förlossning. Taliento m.fl. (2022) och Holland m.fl. (2022) skriver specifikt att grad tre och fyra bristningar inte ökar vid vattenfödsel. Med denna information tänker vi att det är en fördel att föda i vatten efter tidigare sfinkterskada. Vidare skriver Preston m.fl. (2019) och Bovbjerg

m.fl. (2016) att det finns en ökad risk för sfinkterskada vid vattenförlossning. Detta kan inte bortses ifrån men det finns större andel studier som visar på bättre utfall vad gäller bristning i samband med vattenförlossning (Úlfsdóttir, m.fl., 2018; Lathrop, m.fl., 2018; Henderson, m.fl., 2014; Carlsson & Úlfsdóttir, 2020). Vid vattenförlossning är det en ständig värme mot underlivet som gör att blodcirkulationen stimuleras vilket i sin tur leder till bättre elasticitet och mindre risk för bristning (Carlsson & Úlfsdóttir, 2020).

Kontaminering av vatten

Alla styrdokument beskriver riktlinjer för renhållning i badkaret. Resultatet visar att alla förlossningskliniker är eniga om detta. Vissa kliniker erbjuder klyx eller lavemang innan bad, vilket vi anser har ett sammanhang med att minska kontaminering av vatten. Kvinnor upplever att kontaminering av vattnet med avföring och blod är otrevligt och genant (Carlsson & Úlfsdóttir, 2020). Barnmorskor uttrycker önskan om bättre skyddsklädsel vid vattenförlossning, till exempel långa handskar, för att skydda både sig själva, kvinnan och barnet mot infektioner (Cooper m.fl., 2018). Tillgång till långa handskar vid vattenförlossning borde vara en självklarhet då korta handskar inte utgör ett tillräckligt gott skydd vid användning i vatten.

Temperatur

Resultatet visar på att riktlinjer gällande badtemperatur finns i alla styrdokument, dock är riktlinjerna olika vad gäller badtemperaturen och tidsintervall för kontroller på badvattnet. Kontroll av kvinnans temperatur står också skrivet i flera styrdokument, hur ofta den ska mätas samt temperaturgränser. I styrdokumentens referenser finns en studie som visat att det inte finns risk med att kvinnan själv bestämmer vilken temperatur hon önskar (Geissbuehler, m.fl., 2002). Enligt Ravanelli, m.fl. (2019) visar inte kvinnor som badar i 40 °C värme någon ökad risk för hög inre kroppstemperatur. Vi diskuterar kontroll av temperatur på kvinnan och anser att det kan vara av stor vikt att undersöka detta vidare då det kan leda till stress hos kvinnor samt minskning av kroppseget oxytocin.

Slutsats

Genom granskning av styrdokumenterna framkommer det att förlossningsvården ser olika ut i stora delar av landet gällande tillgång till vattenfödelse. Det är i dagsläget cirka hälften av förlossningskliniker som erbjuder vattenförlossning. Styrdokumenterna gällande vattenförlossning visar sig sakna evidens och behöver uppdateras. Det finns ingen evidens som säger att vattenfödelse inte borde utföras för en lågrisk patient, vilket i sin tur kan leda till att kvinnan nekats det förlossningsalternativ som hon önskar. Det framkommer att förlossningskliniker styrdokument vad gäller vattenfödelse har många likheter, men även många olikheter vilket även detta genererar i att slutsats kan dras om att vården inte ser likadan ut i hela Sverige. Detta arbete kan användas för att se över så kvinnor får en mer rättvis och jämlik vård på Sveriges alla förlossningskliniker och generera i en mer evidensbaserade välarbetade styrdokument.

Referenslista

Barnmorsketeamet. (u.å.). *Mer om oss*. Hämtad 2023-12-20 från <https://barnmorsketeamet.se/om-oss/>

Barry, P. L., McMahon, L. E., Banks, R. A., Fergus, A. M., & Murphy, D. J. (2020). Prospective cohort study of water immersion for labour and birth compared with standard care in an Irish maternity setting. *BMJ open*, 10(12), e038080. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038080>

Björkman, S. (2018/ 15 januari). Färrer bristningar vid vattenförlossningar. *Vårdfokus*. <https://www.vardfokus.se/yrkesroller/barnmorska/farre-bristningar-vid-vattenforlossningar/>

Burns, E., Feeley, C., Hall, P. J., & Vanderlaan, J. (2022). Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions, and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labour and waterbirth. *BMJ open*, 12(7), e056517. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056517>

Bovbjerg, M. L., Cheyney, M., & Everson, C. (2016). Maternal and Newborn Outcomes Following Waterbirth: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 Cohort. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 61(1). <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/jmwh.12394>

Bäckenbottenutbildning. (u.å.). *Klipp Episiotomi*. Hämtad 23-11-27 <https://backenbottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/klipp-episiotomi>

Bäckenbottenutbildning. (u.å.). *Om underlivet efter förlossningen*. Hämtad 23-12-08 https://backenbottenutbildning.se/images/backenbotten/Patientinformation_svenska.pdf?fbclid=IwAR0U8QZ4jjfFW0m0xza79o4QmfS3do39bmdXZh0XXWDCe-Zu0n84rwSAz6E

Bäckenbottenutbildning. (u.å.). *Skydd för perineum*. Hämtad 23-11-10 <https://backenbottenutbildning.se/index.php/utbildningsmaterial/att-forebygga-bristningar/skydd-for-perineum>

Carlsson, T., & Úlfadóttir, H. (2020). Waterbirth in low-risk pregnancy: An exploration experiences. *Wiley Online Journals*, 76(5), 1221–1231. DOI:101111/jan.4336

Cooper, M., McCutcheon, H., & Warland, J. (2017). A critical analysis of Australian policies and guidelines for water immersion during labour and birth. *Women and birth : Journal of the*

Australian College of Midwives, 30(5), 431–441.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.001>

Cooper, M., Warland, J., & McCutcheon, H. (2018). Australian midwives views and experiences of practice and politics related to water immersion for labour and birth: A web based survey. *Women Birth : journal of the Australian College of Midwives*, 31(3), 184–193.
<https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.wombi.2017.09.001>

Dado, M., Smith, V., & Barry, P. (2022). Women´s experiences of water immersion during labour and childbirth in hospital setting in Ireland: A qualitative study. *Midwifery*, 108, 103278. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103278>

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62: 107-115. doi https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.xopen_in_new

Geissbuehler, V., Eberhard, J., & Lebrecht, A. (2002). Waterbirth: water temperature and bathing time - mother knows best! *Journal of Perinatal Medicine*, 30, 371–378. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1515/JPM.2002.058>

Graviditetsregistret. (2022). *Graviditetsregistret årsrapport*.
<https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/Graviditetsregistrets%20A%CC%8Arsrapport%202022.pdf>

Guyatt, G., Oxman, D, A., Aki, E, A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Flack-Ytter, Y., Glasziou, P., deBeer, H., Jaeschke, R., Rind, D., Meerpohl, J., Dahm, P., & Schünemann, J, H. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 338–394. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>

Göteborgs universitet. (2023). *Arbeta med källor och referenser*.
<https://studentportal.gu.se/service-och-stod/akademiskt-sprak-och-studiestrategier/guide-till-att-soka-lasa-och-skriva/arbete-med-kallor-och-referenser>

Harper, B. (2014). Birth, bath, and beyond: the science and safety of water immersion during labor and birth. *The Journal of Perinatal Education*, 23(3), 124–134.
<https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.3.124>

Health Technology Assessment (HTA). (u.å). Så beskrivs begreppet HTA.
<https://www.sbu.se/sv/publikationer/nya-vetenskap-och-praxis/sa-beskrivs-begreppet-hta/?fbclid=IwAR2v8e4ItjA1aj9FITvpA0v3wBrrWqd4qZzJE54iq0G-31wd2UetRC9oiC0>

Health Technology Assessment (HTA). (2019). Vattenförlossning, är det säkert för barn och kvinna?
https://www.chis.regionstockholm.se/globalassets/verksamheter/chis/hta/rapporter/vattenforlossning-ha-rapport-2019_51.pdf

Henderson, J., Burns, E., Regalia, A., Casarico, G., Boulton, M., & Smith, L. (2014). Labouring women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: prospective observational study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 17.
<https://doi.org/10.1186%2F1471-2393-14-17>

Holland, S., Nagle, C., & Smythe, O. W. (2022). O40 - Togs on or Togs off? Perineal outcomes for women who birth in water compared to women who do not. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 35(1), 16–17. <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.ub.gu.se/science/article/pii/S1871519222001755>

Iglesias Casás, S., Pérez-Fernández, M. R., Montenegro-Alonso, M. S., Parada-Cabaleiro, M. E., Sanmartín-Freitas, L., & Mena-Tudela, D. (2023). Neonatal outcomes after water birth: A retrospective cohort study. *Enfermería clínica (English Edition)*, 33(4), 292–302.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2023.05.005>

International Confederation of Midwives (ICM). (2014). *Keeping birth normal*.
<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf>

International Confederation of Midwives (ICM). (2023). *Who we are*.
<https://www.internationalmidwives.org/about-us/international-confederation-of-midwives/>

Kerr, R. S., Kumar, N., Williams, M. J., Cuthbert, A., Aflaifel, N., Haas, D. M., & Weeks, A. D. (2021). Low-dose oral misoprostol for induction of labour. *The Cochrane database of Systematic Reviews*, 6(6), 14484. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014484>

Kjellström, S. (2023). Forskningsetik. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 61–81). Studentlitteratur AB Lund.

Lathrop, A., Bonsack, C. F., & Haas, D. M. (2018). Women's experiences with water birth: A matched groups prospective study. *Birth-Issues in Perinatal Care*, 45(4), 416–423.
<https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/birt.12362>

Lewis, L., Hauck, L. Y., Butt, J., Western, C., Overing, H., Poletti, C., Priest, J., Hudd, D., & Thomson, B. (2018). Midwives`experience of their education, knowledge and practice around immersion in water for labour or birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 249.
<https://doi.org/10.1186%2Fs12884-018-1823-0>

Lord, L. G., Harding, J. E., Crowther, C. A., & Lin, L. (2023). Skin-to-skin contact for the prevention of neonatal hypoglycaemia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 1–744. <https://doi.org/10.1186%2Fs12884-023-06057-8>

Masic, I., Miokovic, M., & Muhamedagic, B. (2008). Evidence based medicine - new approaches and challenges. *Acta informatica medica. Journal of the Society for Medical Informatics of Bosnia & Herzegovina : casopis Drustva za medicinsku informatiku BiH*, 16(4), 219–225. <https://doi.org/10.5455/aim.2008.16.219-225>

Maude, R., & Kim, M. (2020). Getting into the water: a prospective observational study of water immersion for labour and birth at a New Zealand District Health Board. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 312. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03007-6>

Mårtenson, J., & Fridlund, B. (2023). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.473 - 490). Studentlitteratur AB Lund.

Neonatal HLR. (u.å.). *Omställning vid födseln*. <https://neohlrutbildning.se/index.php/hlr-utbildning/fysiologi-under-graviditet-och-foerlossning/omstaellningen-vid-foedseln>

Odent M. (1983). Birth under water. *Lancet (London, England)*, 322(8365–66), 1476–1477. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(83\)90816-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(83)90816-4)

Otigbah, M., Dhanjal, K., Harmsworth, G., & Chard, T. (2000). A retrospective comparison of water births and conventional vaginal deliveries. *Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 91(1), 15–20. <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.ub.gu.se/science/article/pii/S0301211599002389?via%3Dihub>

Pagano, E., De Rota, B., Ferrando, A., Petrinco, M., Merletti, F., & Gregori, D. (2010). An economic evaluation of water birth: the cost-effectiveness of mother well-being. *Journal of evaluation in clinical practice*, 16(5), 916–919. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01220.x>

Pietrzak, J., Medrzycka-Dabrowska, W., Tomaszek, L. & Grybowska, M E. (2022). A Cross-Sectional Survey of Labor Pain Control and Women’s Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1741. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031741>

Poder T. G. (2016). Water immersion during labor and birth: is there an extra cost for hospitals?. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(3), 498–501. <https://doi.org/10.1111/jep.12636>

Preston, H. L., Alfirevic, Z., Fowler, G. E., & Lane, S. (2019). Does water birth affect the risk of obstetric anal sphincter injury? Development of a prognostic model. *International Urogynecology Journal*, 30(6), 909–915. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03879-z>

Priebe, G., Landström, C. (2023). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar. I Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.27 - 44). Studentlitteratur AB Lund.

Ravanelli, N., Casasola, W., English, T., Edwards, M. K., & Jay, O. (2019). Heat stress and fetal risk. Environmental limits for exercise and passive heat stress during pregnancy: a systematic review with best evidence synthesis. *British Journal of sports medicine*, 53(13), 799–805. <https://bjsm-bmj-com.ezproxy.ub.gu.se/content/53/13/799>

Region Stockholm. (2023). *Samverkan och nätverk*. <https://www.chis.regionstockholm.se/hta/om-oss/samverkan-och-natverk/>

Reviriego-Rodrigo, E., Ibarгойen-Roteta, N., Carreguí-Vilar, S., Mediavilla-Serrano, L., Uceira-Rey, S., Iglesias-Casás, S., Martín-Casado, A., Toledo-Chávarri, A., Ares-Mateos, G., Montero-Carcaboso, S., Castelló-Zamora, B., Burgos-Alonso, N., Moreno-Rodríguez, A., Hernández-Tejada, N., & Koetsenruyter, C. (2023). Experiences of water immersion during childbirth: a qualitative thematic synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 395. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05690-7>

Roback, K., & Carlsson, P. (2009). *Evidensgraderingssystemet GRADE: Ett sätt att granska vetenskaplig kunskap om metoder och arbetssätt i hälso- och sjukvården* (CMT- rapport 2009:4). Intuitionen för medicin och hälsa, Linköpings Universitet. <https://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:297894/FULLTEXT01.pdf>

Romano, A. M., & Lothian, J. A. (2008). Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(1), 94–105. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x>

Sackett, D. (1997). Evidence- medicine. *Seminars in Perinatology*, 21(1), 3–5. [https://doi.org/10.1016/S0146-0005\(97\)80013-4](https://doi.org/10.1016/S0146-0005(97)80013-4)

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. (2 uppl.). Studentlitteratur.

SBU:S Metodbok (2023). *Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten*. [Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten \(sbu.se\)](https://www.sbu.se/utvardering-av-insatser-i-halso-och-sjukvarden-och-socialtjansten)

- Schorn, N. M. (2010). Mätning av blodförlust: genomgång av litteraturen. *Journal of Midwifery & Women`s Health*, 55(19), 20–27. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jmwh.2009.02.014>
- Schünemann, H., Broz´ek, J., Guyatt, G. & Oxman, A. (2013). *GRADE Handbok*. [Handbok för GRADE \(gradepro.org\)](http://Handbok_för_GRADE_gradepro.org)
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30/
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/
- Sidebottom, A., Vacquier, M., Simon, K., Wunderlich, W., Fontaine, P., Dahlgren-Roemmich, D., Steinbring, S., Hyer, B., & Saul, L. (2020). Maternal and Neonatal Outcomes in Hospital-Based Deliveries With Water Immersion. *Obstetrics and Gynecology* 136(4), 707–715. doi:10.1097/AOG.00000000000003956.
- Snap, C., Stapleton, S. R., Wright, J., Niemczyk, N. A., & Jolles, D. (2020). The Experience of Land and Water Birth Within the American Association of Birth Centers Perinatal Data Registry, 2012–2017. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 34(1), 16–26. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000450>
- Socialstyrelsen. (2019). *Att arbeta evidensbaserat*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/arbetevidensbaserat/>
- Socialstyrelsen. (2022b, 9 december). *Förlossningsvård*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-kunskapsstod/publicerade-kunskapsstod/forlossningsvard/>
- Socialstyrelsen. (2001). *Handläggning av normal förlossning*. https://www.sfog.se/media/212605/state_of_the_art_pn.pdf
- Socialstyrelsen. (2018). *Komplikationer efter förlossning Riskfaktorer för bristningar, samt direkta och långsiktiga komplikationer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-5-20.pdf>

Socialstyrelsen. (2023). *Normalförlossning, En översikt av praxis vid handläggning och underlag för utveckling av riktlinjer*. [Normalförlossning \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/om-socialstyrelsen/normalforlossning)

Socialstyrelsen. (2022a). *Utveckling av förlossningsvården- kartläggning och analys*. Hämtad 23-11-17 [Utveckling av förlossningsvården – kartläggning och analys \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/om-socialstyrelsen/utveckling-av-forlossningsvarden-kartlaggning-och-analys)

Solt, S., Smith, R., & Pirzadeh, A. (2019). 684: SEVERE INVASIVE GBS AND NEC IN AN INFANT BORN TO A GBS-NEGATIVE MOTHER VIA WATER BIRTH. *Critical Care Medicine*, 47(1), 322. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000551436.73777.ec>

Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z. A., Say, L., Serour, G. I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., & Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *The Lancet (London, England)*, 391(10140), 2642–2692. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)

Stubert, J., Reister, F., Hartmann, S., & Janni, W. (2018) The Risks Associated With Obesity in Pregnancy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(16), 276–283. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0276>

Svenska Barnmorskeförbundet (2019). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Taliento, C., Tormen, M., Sabattani, A., Scutiero, G., Cappadona, R., & Greco, P. (2022). Impact of waterbirth on post-partum hemorrhage, genital trauma, retained placenta and shoulder dystocia: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 276, 26–37. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.06.016>

Townsend, B., Fenwick, J., & Gamle, J. (2018). ‘Water is the answer’ - Women's experiences of seeking a normal birth after a previous caesarean section. *Women and Birth*. 31(1), 32-33. [https://www.sciencedirect-com.ezproxy.ub.gu.se/science/article/pii/S1871519218305316?via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com.ezproxy.ub.gu.se/science/article/pii/S1871519218305316?via%3Dihub)

Úlfsdóttir, H. (2022). Bad under förlossning. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (s. 623–627). Lund: Studentlitteratur.

Úlfsdóttir, H. (2019). *To give birth in water* (Clinical science and education Karolinska institutet, Stockholm, Sweden). [Doktorsavhandling Karolinska institutet]. Published by Karolinska Institutet
https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/46765/Thesis_Hanna_U%cc%81lfsdo%cc%81ttir.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Úlfsdóttir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2020). Testing the waters - A cross-sectional survey of views about waterbirth among Swedish health professionals. *Woman and Birth*. 33(2), 186 – 192. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.04.003>

Úlfsdóttir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2018). Waterbirth in Sweden- a comparative study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 97(3), 314–348. <https://doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/aogs.13286>

Vanderlaan, J., Hall, P. J., & Lewitt, M. (2018). Neonatal outcomes with water birth: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery* 59, 27–38.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.023>

Vårdfokus. (1997/ 10 februari). *Flickebarn avled efter hemförlossning*.
<https://www.vardfokus.se/nyheter/flickebarn-avled-efter-hemforlossning/>

Wiberg Itzel, E. (2023)/ 17 maj). Vattenförlossningar - dess historia och hur det ska gå till. Doktor Eva. <https://www.doktoreva.com/post/vattenforlossningar-dess-historia-och-hur-det-ska-ga-till>

Wilson, A. N., & Homer, C. S. E. (2020). Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 60(2), 175–182. <https://doi.org/10.1111/ajo.13127>

Zanetti-Dällenbach, R., Lapaire, O., Maertens, A., Frei, R., Holzgreve, W., & Hösli, I. (2006). Water birth: is the water an additional reservoir for group B streptococcus? *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 273(4), 236–238. <file:///C:/Users/Mich/Downloads/s00404-005-0067-1.pdf>

