



Vatten som smärtlindring under förlossning

En kartläggning av förutsättningarna för dusch och bad på samtliga förlossningsavdelningar i Sverige

Tiina Salonen
Agneta Westergren

ABSTRAKT

Syfte: Att kartlägga förutsättningarna för gravida kvinnor att använda dusch och bad som smärtlindring på Sveriges förlossningsavdelningar.

Metod: Deskriptiv tvärsnittsstudie genomfördes med telefonintervjuer utifrån ett frågeformulär.

Deltagare: Alla 48 Sveriges förlossningsavdelningar deltog i studien. Respondenter var chef för förlossningsavdelning alternativt barnmorska som arbetar på förlossningsavdelning.

Resultat: Förutsättningarna för att nyttja dusch och bad som smärtlindring varierar i Sverige. Många undantag finns för vem som får bada. Dusch och bad används tämligen frekvent. Information om denna smärtlindringsmetod ges mestadels muntligt. Detta har ändå inträffat senaste året. Riktlinjer för dusch och bad som smärtlindring finns på färre än hälften av förlossningsavdelningarna och enbart fem av dessa riktlinjer har referenser till forskning. Ingen förlossningsavdelning bedriver vård med vattenförlossningar men detta har ändå skett på tio förlossningsavdelningar senaste året. Ingen avdelning har riktlinjer för hur vattenförlossning ska handläggas. *Slutsats:* Möjligheterna till dusch och bad som smärtlindring är mycket olika i landet. Eftersom vården ska vara lika oavsett hemort bör detta ses över. Riktlinjer bör utarbetas för ett gemensamt arbetssätt baserad på aktuell forskning.

Nyckelord: Förlossning, icke-medicinsk smärtlindring, dusch, bad, riktlinjer

ABSTRACT

Objective: To chart the possibilities for hydrotherapy, i.e. bathing or showering, during labour in Swedish labour wards.

Design: Descriptive, cross-sectional interview study involving short phone interviews based on an interview schedule.

Participants: All 48 labour wards in Sweden participated. Head of labour ward or midwife working in labour ward was interviewed.

Findings: The possibilities for hydrotherapy varied. Many women are for various reasons not allowed to bathe. Hydrotherapy is relatively commonly used in Sweden. Information about hydrotherapy is mostly given verbally. Less than half of the labour wards have guidelines for hydrotherapy, only five have references to current research. Water births are not allowed but have despite this occurred in ten labour wards during the last twelve months. None of the labour wards have guidelines for management of water birth.

Key conclusions and implications for practice: The Swedish government has decided that all individuals should receive equal care. There is much to be done to nationally achieve equal possibilities for hydrotherapy during childbirth. Guidelines based on current research for handling hydrotherapy and water birth are needed.

Keywords: Childbirth, non-medical pain relief, hydrotherapy, guidelines

Vald tidskrift: Midwifery

Länk till Guide for Authors: <http://www.elsevier.com/journals/midwifery/0266-6138/guide-for-authors>

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Historik	1
Vatten som smärtlindring under förlossning	3
Bruket av icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder minskar	6
SYFTE	7
Frågeställningar	7
METOD	7
Design	7
Datainsamling	7
Analys	9
Etiska överväganden	9
RESULTAT	10
Förlossningsavdelningarna	10
Förutsättningar för dusch och bad	10
Vilka får/får inte duscha/bada?	13
Frekvens	15
Information	15
Beredskap	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
SLUTSATS	23
REFERENSER	25
BILAGOR	
Bilaga 1 Informationsbrev	
Bilaga 2 Frågeformulär	

BAKGRUND

Historik

Att bruka vatten för att öka sitt välbefinnande, till exempel i avslappnande och smärtlindrande syfte, är inget nytt påfund. Vatten har i många kulturer världen över setts som en symbol för andlig rening och pånyttfödelse. Det finns väl beskrivet hur man redan i forna Egypten, Grekland och i Romarriket använde vatten i syfte både att behandla sjukdomar och för själslig och kroppslig rening och njutning (Moss, 2010).

Att vatten använts som smärtlindring under förlossning finns också beskrivet i historien. Det finns berättelser om hur kvinnor från Skottland uppsökte speciella naturliga pooler i bergen som sades underlätta förlossningsarbetet, hur kvinnor i Panama födde i vattenfyllda hammockar och hur kvinnor på Samoaöarna hade sitt värkarbete och/eller födde i grunda havsvikar och floder (Garland, 2011, s 11-12).

Vad gäller vår nutida historia så börjar det dokumenterade intresset för att bruka vatten under förlossning på 1960-talet i dåvarande Sovjetunionen. Igor Tjarkovskij, båtbyggare, barnmorska och visionär, intresserade sig för hur vatten påverkade inte bara den födande kvinnan utan även det nyfödda barnet. Han menade att vatten ökar vår fysiska potential och att det är mycket gynnsamt för barnen att födas i vatten (Sidenbladh, 1982, s 53-54).

Idén med bad och nyfödda spred sig sedan till Frankrike där den franske läkaren Frédéric Leboyer på 1970-talet myntade begreppet ”Födas utan våld” som även är titel på hans bok där han beskriver hur mottagandet av det nyfödda barnet bör vara: lugnt, stillsamt, kärleksfullt, med dämpad belysning och låga röster. Barnet skulle direkt det fötts läggas upp på mammans mage och så fort avnavlingen var gjord varsamt sänkas ned i ett varmt bad för att underlätta övergången från livmodern till jordelivet genom ett för barnet redan välkänt medium – vatten (Leboyer, 2002).

Ytterligare en fransman inspirerades av vatten som smärtlindrande och avslappnande metod, men nu utifrån de födande kvinnornas perspektiv. Obstetrikern Michel Odent införskaffade på sent 1970-tal på sin förlossningsklinik i Pithiviers utanför Paris en förlossningspool som kvinnorna kunde sänka ned sig i, särskilt om värkarbetet stannat av (Odent, 1994, s 46). Den ursprungliga tanken var inte att kvinnorna faktiskt skulle föda i vattnet, men ibland föll det sig så ändå. Enligt Odent lade man på kliniken inte så stor vikt vid om kvinnan ville föda i vatten eller inte, antingen gjorde hon det eller så gjorde hon det inte. Det viktiga var att lyssna in kvinnan och låta henne själv göra sitt val av födelseplats (Ibid., s 50-53). Odent ville på sin förlossningsklinik komma ifrån den alltmer tekniska och mekaniska synen på födandet och visa på att det fanns alternativ till att under skarpa lampor föda på rygg på en smal brits, och istället uppmuntra kvinnorna att återerövra födandet, med lika goda utkomster av förlossningarna. Ett sätt att göra det var att låta kvinnor röra sig som de ville under värkarbetet och att bada som avslappning och smärtlindring (Ibid., s xvii, 10). År 1983 publicerade Odent en artikel i *The Lancet*, "Birth under water", som rörde viss uppmärksamhet och startade en diskussion gällande vattenförlossningarnas vara eller icke-vara (Odent, 1983).

Vad gäller vattenförlossning praktiseras det idag på många sjukhus i Västeuropa, däribland i Storbritannien, Belgien, Schweiz, Italien, Spanien, Portugal, Malta, Danmark, Norge och Finland (Kitzinger, 2009). Tvärtemot vad många tror är det inte förbjudet att föda barn i vatten i Sverige. Efter att ett barn 1993 avlidit efter en vattenförlossning i hemmet utfärdade Socialstyrelsen ett tillfälligt förbud, vilket senare kom att hävas när man fastställt att själva vattenförlossningen inte kunde sägas ha orsakat barnets död. I det aktuella fallet var graviditeten, förlossningen och hjärtljuden normala, fostervattnet var klart, lungröntgen visade på normala lungor direkt efter förlossningen och man kunde inte påvisa vare sig vatten eller bakterier i barnets lungor. Asfyxi fastställdes som dödsorsak (Grahn, 2010, s 128). Enligt Margareta Bondestam, sakkunnig på Socialstyrelsen, finns inget förbud mot vattenförlossning i Sverige utan det är upp till vårdgivaren att trygga patientsäkerheten och följa allmänna säkerhetsföreskrifter utifrån rådande kunskapsläge (Bondestam, 2013).

Vatten som smärtlindring under förlossning

Att föda barn kan innebära stora fysiska och psykiska utmaningar för kvinnan. Grantly Dick-Read myntade redan på 1950-talet "fear-tension-pain"-begreppet där han menade att dessa faktorer tillsammans med insocialiserade förväntningar samverkar och påverkar i högsta grad kvinnans upplevelse av förlossningen. Om kvinnan redan vid värkstart är rädd och orolig spänner hon sig vilket leder till att värkarna upplevs mer smärtsamma vilket i sin tur ökar rädslan och oron och så är en negativ trend igång. (Dick-Read, 2004, s 45).

Michel Odent beskriver hur förutsättningen för att förlossningen ska få ett så effektivt fysiologiskt förlopp som möjligt genom att kvinnan uppnår en optimal hormonbalans, är att hon uppmuntras ge sig hän i födandet, gå in i sig själv och inte störas av yttre oväsentligheter. Under en förlossning är det den primitiva delen av hjärnan som arbetar, hypotalamus och hypofysen, som ser till att precis rätt nivåer av de nödvändiga förlossningshormonerna utsöndras, däribland oxytocin, endorfin, prolaktin och katekolaminer. Om kvinnan under värkarbetet blir störd tar den rationella delen av hjärnan över, neocortex, vilket kan rubba balansen mellan förlossningshormonerna med ineffektiva värkar eller helt avstannat värkarbete som följd. Sådant som kan stimulera neocortex är tal, särskilt logiskt grundat sådant, starkt ljus och en känsla av att vara observerad, samt allt som gör att kvinnan måste resonera intellektuellt och logiskt (Odent, 2001, s 30-31).

Att använda sig av vatten i form av dusch och/eller bad som smärtlindring under förlossningen kan minska spänningar och oro och uppmuntra kvinnan att avskärma sig mot omgivningen och "gå in i" sig själv. Nedan följer en genomgång av några effekter av att bada under förlossningen. Då det vetenskapliga bevisläget för effekten av dusch under förlossningen är bristfälligt fokuserar vi i första hand på bad. Med bad avses nedsänkning i en pool som är så pass djup och rymlig att kvinnan med lätthet kan flyta och ändra ställning i den takt hon behagar. Som tumregel anges ofta att om kvinnan sitter på botten ska vattnet nå henne till bröstet. Vattentemperaturen är så varm eller kall som kvinnan själv önskar, med vissa förbehåll. Vid temperaturer under +34° C eller över +37° C har man sett att värkarbetet kan avstanna då kroppen tar energi från värkarbetet

för att hålla kvinnan varm eller kall. Det är för övrigt mycket viktigt att noggrant följa rummets, vattnets och kvinnans temperatur för att undvika hypertermi hos barnet (Garland, 2011, s 80).

Bland de psykologiska fördelarna med att bada kan nämnas upplevd viktlöshet (ökad rörlighet), njutbar och avslappnande miljö, högre smärtröskel, minskad rädsla och ilska, minskat behov av farmakologisk smärtlindring, valfrihet och kontroll över sin förlossning, bättre förlossningsupplevelse, bättre anknytning mor-barn, ett sätt att närma sig födandet som en naturlig och fysiologisk process, dvs. att normalisera födandet, en avvaktande hållning från barnmorskans sida där hon i möjligaste mån försöker undvika interventioner Garland (2011, s 17, 22-25).

De fysiologiska fördelarna är avslappnande effekt på spända muskler och perinealvävnad, minskat tryck på muskler, leder och ligament, ökat bäckenmått, mer effektiva värkar, ökade halter av endorfin och oxytocin, minskad smärta, mindre tryck på vena cava, mindre påverkan av gravitationen, kanske särskilt bra för kvinnor med högt Body Mass Index (BMI), som ofta är undantagna kriterierna för bad under förlossningen (Garland, 2011, s 25).

Stark et al. (2008) observerade kvinnor under öppningsskedet och fann att de hade mer värkar, bytte ställning oftare, gungade mer på bäckenet och rörde sig i allmänhet mer rytmiskt i vatten än på land. Då vatten ger en känsla av viktlöshet samtidigt som det hydrostatiska trycket skänker kroppen stadga, så drar artikelförfattarna slutsatsen att bad under öppningsskedet underlättar för kvinnan att prova olika positioner och rörelser. Detta kan i sin tur ses som en copingstrategi för att hantera smärtan samtidigt som det underlättar barnets nedträngande i förlossningskanalen.

En review av Cluett och Burns (2009) som inkluderade 12 studier och 3243 kvinnor visade en signifikant skillnad med färre epidural-, spinal- och paracervikalblockader och ett kortare öppningsskede för de kvinnor som badade under öppningsskedet jämfört med de som inte gjorde det. Man fann ingen skillnad mellan vaginala förlossningar, kejsarsnitt, bruket av värkstimulerande medel, perinealbristningar eller maternell infektion. Det fanns inte heller någon skillnad i Apgarpoäng <7 efter 5 min, barn till barnklinik eller neonatala infektioner mellan badande och ickebadande kvinnor. Cluett och Burns slutsats är att bad under öppningsskedet ger ett minskat behov av farmakologisk smärtlindring utan att öka operativa ingrepp eller ha några negativa konsekvenser på värkarbetets längd eller på kvinnans eller det nyfödda barnets hälsa.

Maude och Foureur (2007) intervjuade kvinnor som använde sig av bad under förlossningen, och de beskrev hur badet blev deras egen privata fristad där det varma vattnet gav en omhuldande effekt som ökade kvinnornas trygghet. Miljön i badrummet underlättade avslappning, fokusering och hantering av smärtan för kvinnorna. Sammantaget gav det kvinnorna en känsla av kontroll och empowerment. Walsh (2012, s 144) skriver att kvinnor ofta upplever att de får vara mer ostörda i badet än på vanlig förlossningssal och han spekulerar i om anledningen till att personalen undviker "onödigt" spring i badrummet har att göra med att kvinnan är naken, ljusen dämpade samt att bad allmänt ses som något privat. För övrigt kan ett litet badrum med dämpad belysning vara en optimal miljö för att skärma av yttre stimuli enligt ovan.

Garland (2011, s 25) menar att även kvinnor med någon form av graviditetsrelaterad komplikation kan vara behjälpta av att bada under förlossningen. Man har sett att bad sänker blodtrycket, ökar diuresen och minskar halterna av katekolaminer, något som skulle kunna vara intressant vid essentiell hypertoni eller graviditetsinducerad hypertoni, förutsatt att man följer kvinnans blodtryck regelbundet. Bad kan också användas av kvinnor som tidigare genomgått kejsarsnitt då vattnet underlättar blodgenomströmningen till livmodern, minskar smärtupplevelsen, ger ett kortare öppningsskede och minskar kvinnans oro och rädsla, något som kan öka chanserna för en ärrad livmoder att arbeta effektivt (Ibid., s 33). Även kvinnor med grupp B-streptokocker i urin kan bada förutsatt att de får antibiotikaproylax (Ibid., s 36).

Några nackdelar med bad kan vara pool- och vattenkostnader, kostnader för att utbilda barnmorskorna, exkludering av en del kvinnor som inte uppfyller kriterierna för att bada, och att det är elitistiskt i den bemärkelsen att bara kvinnor som kan tala för sig får tillgång till det, samt att man sätter en standard för vad som anses vara normalt i barnafödandet (Garland, 2011, s 17).

Vad gäller dusch som smärtlindring under förlossningen är det ett relativt utforskat område. Vid en artikelsökning fann vi endast två relevanta artiklar på engelska. Davim et al. (2007) utforskade effekten av icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder under förlossningen inför en större avhandling på området och fann att dusch gav god smärtlindring. Lee et al. (2013) visade att kvinnor som duschade under öppningsskedet skattade signifikant lägre visuell analog

smärtskattnings-värde vid 4 cm och 7 cm cervixdilatation än de kvinnor som inte duschade. De förstnämnda skattade också sin förlossningsupplevelse högre.

Bruket av icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder minskar

I Storbritannien är Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) och Royal College of Midwives (RCM) för bruket av dusch och bad under förlossningen och även för vattenförlossning om riktlinjer och kriterier för vilka kvinnor som får bada/föda i vatten följs (Garland, 2011, s 43). I Storbritannien uppskattas 95 % av alla förlossningsavdelningar ha en förlossningspool men endast 11 % av kvinnorna använder sig av vatten som smärtlindring. Garland (2011, s 7, 19) resonerar om svårigheten att införa bad som allmänt accepterad smärtlindringsmetod har att göra med att badandet har blivit upphaussat med så mycket för barnmorskan att ta hänsyn till att man hellre låter bli. En annan förklaring tros vara att det inte finns tid och personal till att assistera en födande kvinna i badet.

Statistik från Sverige visar från slutet av 1980-talet ett uppsving av bruket av bad under förlossning. Nästan 19 % av förstföderna och 8 % av omföderna badade år 2003 men därefter kan en negativ trend ses och 2010 badade ca 14 % av förstföderna och 6 % av omföderna. Precis som för bad följer övriga icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder som akupunktur, kvaddlar och TENS samma nedgång. Epiduralbedövningarna har däremot stigit från ca 3 % 1975 till nära 50 % 2010 för förstföderna och från 1 % 1975 till 19 % 2010 för omföderna (Nordström & Waldenström, 2001; Socialstyrelsen, 2012).

Det är vetenskapligt belagt att bad kan ha mycket goda smärtlindrande och avslappnande effekter, även om det i Sverige i nuläget inte finns några gemensamma nationella riktlinjer från Socialstyrelsen som grundas på aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet gällande vatten som smärtlindring under förlossningen. Då den svenska sjukvården ska vara likvärdig för alla på alla håll i landet vill vi med vår uppsats undersöka om så är fallet vad gäller dusch och bad under förlossningen.

SYFTE

Syftet är att kartlägga förutsättningarna för gravida kvinnor att använda dusch och bad som smärtlindring på Sveriges förlossningsavdelningar.

Frågeställningar

Hur ser de miljömässiga förutsättningarna ut för kvinnor att få duscha/bada under förlossningen? Vilka kvinnor får/får inte duscha/bada? Hur får kvinnor information om dusch/bad? Finns PM/riktlinjer för dusch/bad? Får kvinnor föda i vatten på de olika förlossningsavdelningarna i Sverige?

METOD

Design

Studien är en deskriptiv tvärsnittsstudie baserad på en nationell kartläggning av bruket av dusch och bad på samtliga förlossningsavdelningar i Sverige. En tvärsnittsstudie ger en ögonblicksbild av en population vid en viss tidpunkt eller under ett kort tidsintervall (Polit & Beck, 2010, s 239).

Datainsamling

För att kunna inkludera så många förlossningsavdelningar som möjligt valde vi att samla data via telefonintervjuer då utskick av enkäter visat sig ha lägre svarsfrekvens. Att intervjua på telefon kan också vara en effektiv metod om intervjun hålls kort och inte för personlig (Polit & Beck, 2010, s 295, 345-346). För att få reda på vilka förlossningsavdelningar som finns i Sverige vände vi oss till Barnmorskeförbundets kansli i Stockholm som försåg oss med en lista över samtliga avdelningar. Genom telefonsamtal kontaktades via sjukhusets växel ansvarig chefsbarnmorska, avdelningschef eller verksamhetschef beroende på hur den aktuella organisationen var uppbyggd

och vem som kunde nås via telefon. Denna person i chefsposition informerades om studiens syfte, utformning och att medverkan var frivillig. Därefter frågade vi om medgivande till avdelningens deltagande i studien. På detta vis var våra intervjuer sanktionerade av ledningen. Sedan genomfördes en kort telefonintervju med antingen personen i chefsposition eller med barnmorska som arbetade på förlossningsavdelningen. I vissa fall genomfördes intervjuerna vid annat tillfälle än första telefonsamtalet men de flesta intervjuer genomfördes redan vid första telefonkontakten. I de fall där barnmorska på förlossningsavdelning intervjuades, informerades även barnmorskans om studiens syfte, utformning samt att deltagandet var frivilligt. Den person som samtyckt till intervju fick svara på 13 frågor som vi utarbetat i ett frågeformulär. Ett frågeformulär kan innehålla både slutna och öppna frågor. De slutna frågorna är snabbare och enklare att besvara, jämföra och analysera medan de öppna frågorna kan vara mer omfattande och svårtolkade. Å andra sidan kan slutna frågor vara begränsade och svårare att formulera och det finns risk att viktig information inte kommer fram (Polit och Beck, 2010, s 343.) Vi har i vår studie inkluderat både slutna och öppna frågor för ett mer tillförlitligt resultat. Formuläret ifylldes av intervjuaren under telefonintervjuns gång, ett för varje förlossningsavdelning (Bilaga 2). Intervjuaren har mailat informationsbrev till respondenter som önskat detta (Bilaga 1).

Datansamlingen utfördes mellan 9 april – 8 maj 2013. Telefonsamtalen tog mellan femton och trettio minuter beroende på hur mycket respondenten ville berätta. Alla intervjuer gjordes av en av oss för att på så sätt kunna borga för att alla frågor ställdes på liknande sätt till alla respondenter. Bearbetning av data och sammanställning av resultatet har sedan gjorts av oss båda.

Den lista vi erhöll från Barnmorskeförbundet innehöll 47 förlossningsavdelningar. Vid rundringningen upptäcktes att en klinik omorganiserat sin förlossningsverksamhet och öppnat ytterligare en avdelning varför det slutliga antalet intervjuade avdelningar blev 48. Således har samtliga förlossningsavdelningar i Sverige besvarat våra frågor. I förekommande fall har vi även tagit del av avdelningarnas PM och riktlinjer gällande dusch och bad under förlossningen, förutom två fall där respondenterna önskade avstå.

Redan vid första intervjun framkom att de frågor vi utarbetat var ställda utifrån vår idé om hur tillgången till dusch och bad såg ut. Ursprungligen frågade vi om det fanns tillgång till dusch/bad

på varje förlossningssal och om det fanns gemensamt dusch/badrum på avdelningen. Det visade sig omgående att detta inte gav en verklig bild av hur dessa miljöer var organiserade och att det inte alltid gick att svara enkelt ja eller nej på frågor 2 och 3 (Bilaga 2). Därför frågades istället hur många förlossningssalar som finns på avdelningen och hur många badkar som finns.

En justering gjordes för svaralternativen till fråga 9. I vårt ursprungliga frågeformulär finns inte svarsalternativet ”Storföreläsning eller visning av förlossning” med. Det visade sig vid första intervjutillfället att vi förbiset detta alternativ varför det lades till i frågeformuläret.

Vid intervjuerna bidrog respondenterna ofta med mer information än vad som efterfrågades i frågeformuläret. Denna information uttryckte respondenternas åsikter och professionella erfarenheter. Informationen bidrar med bifynd och ökar förståelsen för vissa fynd. Vi har därför valt att redovisa en del av dessa kommentarer i resultatet.

Analys

Svaren som registrerats på frågeformulären sammanställdes och kodades i kalkylprogrammet Excel och fördes därefter över till statistikprogrammet SPSS för att redovisas med beskrivande statistik. Resultatet ses nedan under rubriken resultat och redovisas både i löpande text och i tabeller och diagram i antal och procent.

Etiska överväganden

Eftersom våra data insamlats via kontakt med chefer och barnmorskor har inga patienter berörts. Vi har dock utgått ifrån Lag (2003:460) om etikprövning av forskning gällande informerat samtycke som ska vara frivilligt, uttryckligt och preciserat till viss forskning, samt att det endast kan inhämtas efter att information om studien givits (CODEX, 2013). Respondenterna har informerats om syftet med vår studie, vilken metod som använts, vem som är forskningshuvudman samt om att deras deltagande är frivilligt och att de närsomhelst kan avbryta sin medverkan, allt i enlighet med etikprövningslagen. För att värna respondenternas och deras

respektive avdelningars anonymitet har de avidentifierats och kommer inte redovisas eller röjas i arbetet.

RESULTAT

Förlossningsavdelningarna

Storleken på Sveriges förlossningsavdelningar redovisas enligt antal förlossningar per år på varje avdelning (Tabell 1). Vanligast förekommande i Sverige är förlossningsavdelningar i storleksklassen 1100-2100 förlossningar per år. De minsta förlossningsavdelningarna har uppgett cirka 300 förlossningar per år och de största betydligt fler än 4200 förlossningar per år. Antalet förlossningssalar på avdelningarna varierar från två förlossningssalar på de allra minsta avdelningarna till 15 på de allra största.

Tabell 1 Fördelning förlossningsavdelningar enligt antal förlossningar/år

Antal förlossningar/år	Antal förlossningsavdelningar (%)
< 1000	11 (22,9)
1100 - 2100	17 (35,4)
2200 - 3100	9 (18,8)
3200 - 4100	4 (8,3)
> 4200	7 (14,6)
Totalt	48 (100)

Förutsättningar för dusch och bad

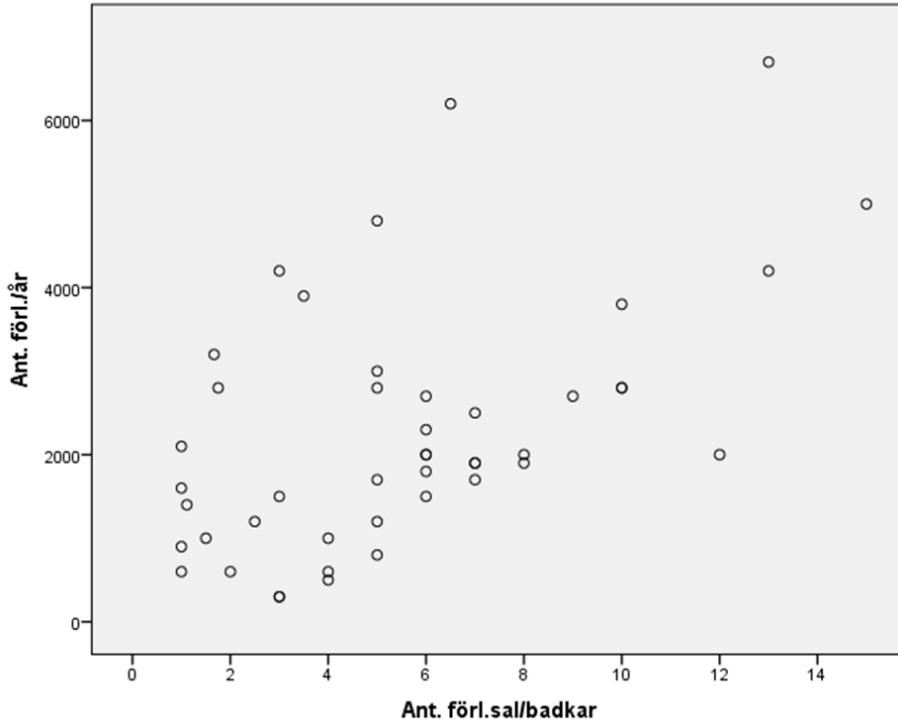
På hälften av förlossningsavdelningarna finns dusch inne på varje förlossningssal (Tabell 2). På fyra avdelningar finns badkar på varje förlossningssal. På de övriga finns antingen en eller flera duschar och badkar ute på avdelningen så att de delas av flera förlossningssalar. Alternativt till delat badrum finns dusch eller badkar på någon enstaka förlossningssal. På tre förlossningsavdelningar fanns inget badkar. Två av dessa avdelningar har mer än 4200 förlossningar per år.

Tabell 2 Tillgång dusch och bad

	Antal (%)
Dusch på varje förlossningssal	
Ja	24 (50)
Nej	24 (50)
Totalt	48 (100)
Badkar på varje förlossningssal	
Ja	4 (8,3)
Nej	44 (91,7)
Totalt	48 (100)
Delad/enstaka dusch på avd.	
Ja	43 (89,6)
Nej	5 (10,4)
Totalt	48 (100)
Delat/enstaka badkar på avd.	
Ja	41 (85,4)
Nej	7 (14,6)
Totalt	48 (100)

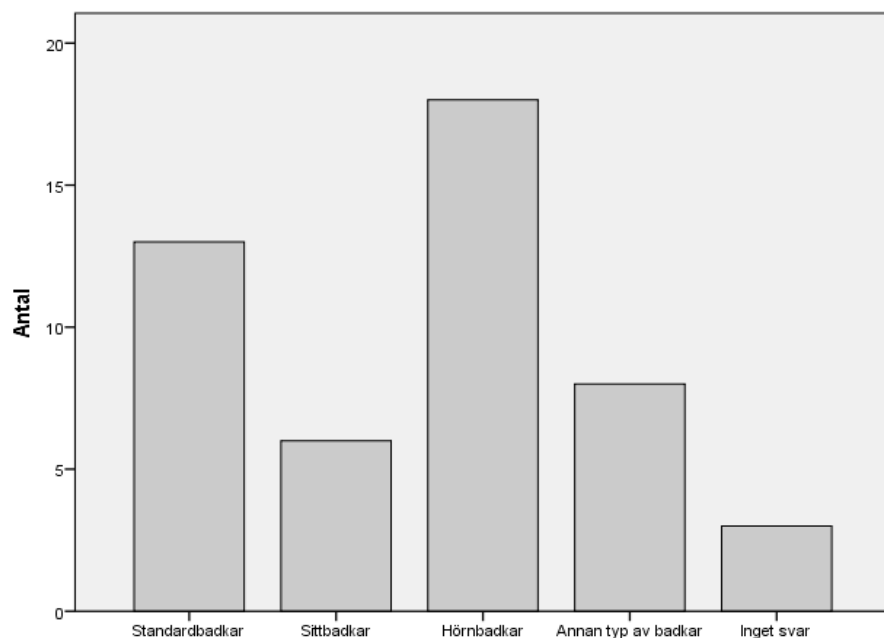
Vi tittade även på förhållandet mellan antal förlossningssalar och antal badkar på avdelningarna och fann att kvoten förlossningssalar per badkar varierar kraftigt eftersom antalet badkar per förlossningsavdelning varierar från inga alls till att det finns ett badkar per förlossningssal.

Jämförande statistik visade inte signifikant skillnad i hur många förlossningssalar som delar på varje badkar på stora avdelningar jämfört med små. Däremot kan en viss tendens ses (Figur 1): ju mindre förlossningsavdelningar, desto färre förlossningssalar per badkar.



Figur 1. Fördelning av antal förlossningssalar per badkar i relation till antal förlossningar per år på respektive förlossningsavdelning.

Vilken typ av badkar som tillhandahålls av förlossningsavdelningarna redovisas i ett stapeldiagram (Figur 2). Allra vanligast förekommande är hörnbadkar och vanliga standardbadkar. Annan typ av badkar är exempelvis extra djupt badkar med yttermått som liknar standardbadkar eller mobilt badkar, till exempel en uppblåsbar pool som går att flytta mellan förlossningssalarna. Observera att förlossningspool/förlossningsbassäng inte finns på någon avdelning i Sverige varför detta alternativ ej redovisas i diagrammet.



Figur 2 Typ av badkar.

Kommentarer som respondenterna nämnde i samband med redovisning av typen av badkar var ofta olika reflektioner av fördelar och nackdelar med just det badkaret. Exempel på detta kan vara att sittbadkar är bra då vattnet kan täcka hela magen, att ett längre badkar är bra för då kan kvinnan sträcka ut sig mer och att hörnbadkar är svåra att rengöra för barnmorskan. Fyra respondenter nämnde att de hade tillgång till lustgas i badrummet och en femte berättade att de snart skulle få tillgång till det. En respondent nämnde som ett skäl till att avbryta badet ett behov av lustgas och några fler uttryckte önskemål om att ha tillgång till lustgas i bad.

Vilka kvinnor får/får inte duscha/bada?

Vi sökte utröna andra faktorer än de rent praktiska miljömässiga som kan påverka kvinnors möjlighet att få tillgång till dusch och/eller bad under förlossning. Därav frågan om alla kvinnor under förlossning fick duscha och vilka undantag som kunde finnas till att de inte fick det, analogt bada och undantag till det. De avdelningar som angav att alla kvinnor fick bada men trots detta hade kriterier som skulle uppfyllas för att kvinnor skulle få bada eller duscha registrerades som nekande svar. Enligt tabellen nedan visas att på fler än hälften av förlossningsavdelningarna

får alla kvinnor duscha under förlossning (Tabell 3). Tre förlossningsavdelningar uppgav att alla kvinnor fick bada under förlossning. En respondent kommenterade att de hade en liten förlossningsavdelning utan beredskap med obstetiker eller neonatolog på plats. Därför fick enbart kvinnor med förväntad normalförlossning föda där. Respondenten ansåg att det kanske var urvalet av kvinnor på den förlossningsavdelningen som var skälet till att de inte hade några undantag till vem som får bada.

Tabell 3 Får alla duscha/bada

	Antal (%)
Får alla duscha?	
Ja	27 (56,3)
Nej	21 (43,8)
Totalt	48 (100)
Får alla bada?	
Ja	3 (6,3)
Nej	42 (87,5)
Inget svar	3 (6,3)
Totalt	48 (100)

Varje respondent fick på en öppen fråga uppge ett eller flera skäl som ansågs vara förhindrande för dusch och bad. Efter varje redovisat skäl anges inom parentes hur många respondenter som har uppgett just detta som ett förhindrande skäl. De vanligaste skälen till att inte få duscha var epiduralbedövning (EDA) (11), kontinuerlig kardiotokografiskövervakning (CTG) (9) och inredningsmässiga skäl (3), exempelvis för få duschar eller dusch belägen långt bort i korridor.

De vanligaste skälen till varför kvinnor inte fick bada under förlossning var EDA (17), mekoniumfärgat fostervatten eller tjockt mekoniumfärgat fostervatten (11), långvarig vattenavgång utan etablerade värkar (7), långvarig vattenavgång (6), vattenavgång (5) och tecken på infektion (5). Vissa avdelningar (4) hade som premisser för bad att kvinnan hade haft en normal graviditet. Likaså kunde olika avvikelser från normalgraviditet vara skäl till att kvinnan inte får bada, exempelvis preeklampsi (4), oxytocininfusion (3) och om barnet ligger i sätesbjudning (1).

Partner får bada tillsammans med den födande kvinnan på 26 förlossningsavdelningar (54,2 %) och på 19 avdelningar (39,6 %) får partner inte bada med kvinnan. Tre förlossningsavdelningar har inte svarat på denna fråga eftersom de inte har badkar. Kommentarer som nämndes i samband med frågan var att det inte varit aktuellt eller efterfrågats, att badkaret är för trångt för två personer, att partner bör ha badkläder på sig och en respondent nämnde att det var vanligare att paret duschade tillsammans.

Frekvens

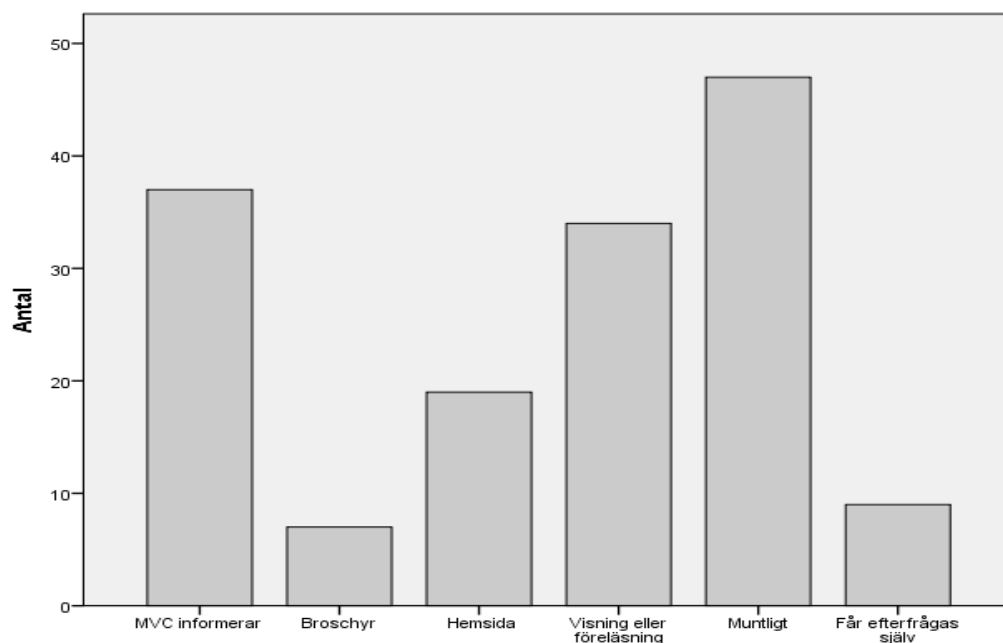
På frågan hur ofta dusch eller bad används som smärtlindring svarade en klar majoritet, 32 st respondenter (66,7 %) att det användes dagligen eller varje pass och 14 stycken (29,2 %) uppgav att det användes varje vecka. Enbart två (4,2 %) uppgav att det användes någon gång i månaden (Tabell 4). Ingen svarade att det användes någon gång per år.

Tabell 4 Hur ofta används dusch eller bad som smärtlindring på er avdelning?

	Antal (%)
Dagligen/varje pass	32 (66,7)
Varje vecka	14 (29,2)
Varje månad	2 (4,2)
Totalt	100,0

Information

Respondenterna tillfrågades hur de blivande föräldrarna fick information om dusch och bad som smärtlindring under förlossningen. Information ges i mycket stor omfattning muntligt av barnmorskan på förlossningsavdelningen och många respondenter uppger också att mödravårdsbarnmorskorna ger information (Figur 3). På fler än hälften av förlossningsavdelningarna erbjuds föräldrarna antingen visning av förlossningen eller aulaföreläsning. Nio respondenter svarade jakande på svarsalternativet "Får efterfrågas själv".



Figur 3 Information om dusch/bad som smärtlindring.

Beredskap

På 23 avdelningar av 48 finns skriftliga riktlinjer om dusch och bad som smärtlindring under förlossning. På fem av dessa finns referenser till aktuell forskning.

På frågan om kvinnor fick föda i vatten svarade samtliga respondenter nej - att de inte bedriver verksamhet med vattenförlossning. På frågan om förlossning i bad trots allt har skett senaste året svarade tio respondenter ja. Skriftliga PM eller riktlinjer angående förlossning i badkar finns inte på någon förlossningsavdelning i Sverige. Minst sju respondenter kommenterade frågan med att Socialstyrelsen ej tillåter förlossning i vatten.

Antal förlossningsavdelningar som för statistik över hur ofta dusch och bad används som smärtlindring är fyra. Fler svarade jakande på fråga 10 men uppgav samtidigt att de enbart fyllde i journalbladet FV1 i journalsystemet Obstetrix och att avdelningen inte återkopplar till denna statistik. Dessa fylldes därför i som ett nej på frågeformuläret. En respondent kommenterade att hon inte var helt säker på om det verkligen dokumenterades i FV1 varje gång som en kvinna

badat. En annan kommenterade att dusch inte noterades på FV1 och att det inte framkom om kvinnan hade badat i hemmet förutom om barnmorskan skriver det i journaltexten.

DISKUSSION

Våra resultat av den kartläggning som genomförts visar att förutsättningarna för att nyttja dusch och bad som smärtlindring under förlossning varierar kraftigt mellan Sveriges 48 förlossningsavdelningar. Det finns också många undantag för vem som får bada. Förlossningsavdelningarna uppger i huvudsak att bad används dagligen eller varje vecka. Information om denna smärtlindring ges huvudsakligen muntligt av barnmorskan, via MVC och på förlossningsvisning eller föreläsningar. Färre än hälften har riktlinjer angående dusch och bad som smärtlindring och på endast en handfull av dessa finns referenser till forskning. Ingen förlossningsavdelning bedriver förlossningsvård med vattenförlossningar och ingen har heller riktlinjer angående vattenförlossning. Detta har ändå inträffat det senaste året.

Metoddiskussion

Med validitet menas att man mäter det man avser mäta och reliabilitet innebär tillförlitlighet i mätningen. Vid intervjuer minskar risken för att respondenter ska missförstå frågor eftersom den som intervjuar hör på hur frågorna besvaras om respondenten verkligen har förstått frågorna. Andra fördelar med intervjuer är att respondenter ofta kan bidra med mer information än det som efterfrågas på ett frågeformulär och att telefonintervjuer som är korta har hög svarsfrekvens jämfört med enkäter. I jämförelse kan nämnas att enkäter via mail beräknas ha en svarsfrekvens på 47 % (Polit & Beck, 2010, s 346).

Eftersom detta var vårt första försök att utforma ett frågeformulär och då en kartläggning på just detta ämnesområde inte genomförts tidigare kan det finnas brister i validiteten. Kanske har vi förbisett aspekter som egentligen är väsentliga vid denna kartläggning. För att försöka undvika detta har vi även ställt öppna frågor och dokumenterat kommentarer så att fler aspekter på ämnet kan framkomma.

Den stora styrkan i denna studie ligger i att den är en komplett nationell kartläggning inom valt område utan något bortfall. Alla förlossningsavdelningar i Sverige deltog i undersökningen och följaktligen kan vi med säkerhet uttala oss om det aktuella läget för gravidas möjligheter att använda sig av dusch och bad under förlossningen. Ytterligare en styrka med studien är att en av oss genomförde alla intervjuerna för att på detta vis utföra dem på så likvärdigt sätt som möjligt.

Svagheter i studien har främst med frågeformulärets utformning att göra. Som exempel kan nämnas fråga 11 där vi samlade användning av dusch och bad under samma fråga. Efter ett antal intervjuer insåg vi att dessa borde ha efterfrågats separat för att kunna ge en rättvis bild av frekvensen dusch/bad, då många respondenter uttryckte att dusch och bad användes olika mycket. Polit & Beck (2010, s 345) skriver att ett frågeformulär bör prövas på kolleger och ett mindre antal respondenter innan det tas i fullt bruk och att det kan ta många månader innan instrumentet har den utformning den aktuella studien kräver. På denna akademiska nivå har detta inte varit möjligt på grund av redan satta tidsramar men vi konstaterar att vi under arbetets gång fått fördjupad kunskap i utformande av instrument samt i intervjuteknik.

Som ytterligare möjlig svaghet kan nämnas vårt val att i merparten av intervjuerna göra direktintervjuer. Detta gav inte respondenten någon tid för förberedelse, vilket skulle kunna ha påverkat svaren att bli mindre detaljerade. De fall då respondenterna var osäkra på svaren konsulterade de dock en kollega eller tog fram tillgängliga riktlinjer. Vårt val att antingen intervjua person i chefsposition eller barnmorska verksam på förlossningsavdelningen kanske också har påverkat svaren i någon riktning. Vi får dock förutsätta att den person som samtyckt till att bli intervjuad är väl förtrogen med den verksamhet han/hon företräder.

På frågan om hur information om dusch och bad gav svarade överraskande få respondenter jakande på att kvinnorna själva fick efterfråga dusch och bad. Detta resultat ska nog inte ses som att kvinnor inte *får* efterfråga dusch/bad själv. Respondenterna kanske upplevde detta svarsalternativ stå i motsats till de andra svarsalternativen; som att detta skulle innebära att kvinnorna är hänvisade till att efterfråga dusch och bad själva eftersom inte information ges. Vi kan nu i efterhand se att detta blev ett något otydligt formulerat svarsalternativ.

Resultatdiskussion

Utifrån att skillnaderna i antal förlossningssalar per badkar varierar så kraftigt i landet drar vi slutsatsen att förutsättningarna för bad är olika på olika förlossningsavdelningar. Om endast ett fåtal badkar finns kan kö uppstå och alla som önskar bada kanske inte får det. Detsamma kan sägas om för få duschar. Kanske kan också de födande kvinnorna med sitt behov av avskärmning och en trygg och stilla miljö känna motvilja till att bada om badrummet är beläget utanför förlossningssalen, och önskan om bad innebär att hon måste lämna salen.

Det är viktigt att notera att det vetenskapliga stödet för att dusch fungerar som god smärtlindring är ytterst begränsat medan evidensen för badets smärtlindrande effekter är stark. Det vore önskvärt att se mer forskning på vilka effekter dusch kan ha under förlossning. Kanske finns här mer effekt än vi känner till idag eftersom forskningen är så bristfällig. Än mer intressant att notera är att medan bad är väl belagt som källa till god smärtlindring och det inte finns tillnärmelsevis samma evidensmängd vad gäller dusch, så finns det på tre förlossningsavdelningar inget badkar alls, medan alla förlossningsavdelningar har tillgång till dusch.

Flera respondenter kommenterade att hörnbadkar var mödosamma att rengöra. Det är av största vikt att barnmorskan har en god arbetsmiljö där hon kan arbeta ett helt yrkesliv. Kanske kan också vetskapen om att kvinnans badande innebär ansträngande rengöring för barnmorskan bli ett hinder (för barnmorskan) eller åtminstone minska lusten till att uppmuntra till bruk av bad lika ofta eftersom barnmorskans arbete redan kan vara både fysiskt och psykiskt krävande.

Respondenter kommenterade också att sittbadkarens stora fördel var att hela magen kunde täckas i vatten. Vissa däremot sa att det var bättre med mer avlånga badkar så att kvinnan kan sträcka ut sig bättre. Ingen avdelning har förlossningsbassäng eller förlossningspool där kvinnan fritt kan ändra ställning och magen är täckt. Då valet av badkar fallit på ett förhållandevis litet kar försvinner alltså en av de stora fördelarna med att bada: att kvinnan i vattnet upplever viktlöshet och därmed kan vara mer rörlig under sin förlossning, något som både smärtlindrar och underlättar barnets nedträngande i förlossningskanalen (Stark et al., 2008). Ett vanligt standardbadkar, som är den näst vanligaste gruppen badkar, uppmuntrar till rygggläde som kan vara kontraproduktivt under en förlossning (Lawrence et al., 2009). Att friare kunna röra sig skulle också gagna

kvinnor med högre BMI och kvinnor som har besvär med smärtsam foglossning som kan ha än svårare att ändra läge och hitta en bekväm ställning. Det vore intressant att veta hur valet av badkar har gjorts ute på landets olika förlossningsavdelningar och önskvärt att finna badkaralternativ som både är ergonomiska att arbeta vid för barnmorskan på samma gång som de ger kvinnorna alla de fördelar som bad kan innebära.

Genom att välja små badkar exkluderas också partner som önskar stödja den födande kvinnan i badet. Och genom att inte informera om gemensamt bad som ett alternativ kan barnmorskan osynliggöra och förhindra denna möjlighet till närhet och stöd från partner.

De respondenter som rapporterade att de hade tillgång till lustgas i badet var mycket nöjda med att kunna erbjuda denna kombination av två olika smärtlindringsmetoder. Kanske kan avsaknad av denna möjlighet minska bruket av bad för en del kvinnor. Å andra sidan kan det finnas nackdelar med lustgas i badrum. Kanske kan de kvinnor som upplever sjukhusmiljö som skrämmande eller obehaglig tvärtom uppleva badmiljön som mindre tilltalande då lustgasslangar och -masker finns där? Om dessa kvinnor har förhoppningar om badrummet som ett rum för avslappning i en spalig miljö kan de eventuellt bli besvikna om de möts av ett rum med lika mycket medicinsk-teknisk utrustning som på en vanlig förlossningssal. Ett enkelt sätt att komma ifrån detta är att utforma en miljö där den medicinsk-tekniska utrustningen döljs bakom skärmar eller jalousier samtidigt som den finns lättillgänglig om den skulle behövas.

Som enskilt största orsak till att inte få bada eller duscha angavs att en kvinna har EDA. Många respondenter uppgav spontant att kvinnor som har EDA har kommit så långt i förlossningsarbetet att de inte önskar bada eller att ingen kvinna som har fått en EDA har efterfrågat bad. Om EDA, med sina för- och nackdelar, introduceras tidigt i förlossningen utesluts alltså möjligheten att duscha eller bada senare under förlossningen. Anledningen till att EDA ses som ett förhindrande skäl till bad kan vara en potentiell infektionsrisk (Zanetti-Dällenbach, 2007), att plåstret kan lossna och att EDA-katetern kan hamna ur korrekt läge. Numera har nära hälften av förstföderna EDA, medan de icke-farmakologiska smärtlindringsmetoderna minskar i användning (Socialstyrelsen, 2012). En förlossningsavdelning med en välfungerande

badverksamhet kanske rent krasst kan spara in på behovet av narkosläkare och epiduralbedövningar och därmed göra en ekonomisk vinst.

Den näst vanligaste anledningen efter EDA till att inte få bada var mekoniumfärgat fostervatten. Mekoniumfärgat fostervatten förekommer i upp till 25 % av alla normala graviditeter (Glantz & Mattson, 2008, s 423) och i upp till en tredjedel hos alla överburna i förlossningsarbete (Olofsson, 2008, s 507). Tömningen av mekonium kan vara resultat av normal tarmperistaltik hos fostret eller resultat av vagal stimulering vid navelsträngskompression (Maršál et al., 2008, s 50). Förekomst av tjockt mekonium kan utgöra en ökad risk för fosterasfyxi och mekoniumaspiration, varför ett sådant fynd föranleder noggrann övervakning (Nordström & Wiklund, 2008, s 115). Förutsatt ett normalt CTG finner vi inget vetenskapligt stöd för att kvinnor med lätt mekoniumfärgat fostervatten inte ska få använda sig av bad i smärtlindrande syfte.

Många förlossningsavdelningar hade som premiss att ”allt skulle vara normalt” för att kvinnan skulle få bada. Detta blir tolkningsbart till exempelvis den överviktiga kvinnans nackdel just i fråga om bad. En respondent uppgav att högt BMI i sig var skäl att inte få bada. Annat skäl till varför kvinnor inte tilläts bada under förlossning uppgavs från flera respondenter vara långvarig vattenavgång (LVA). Då det numera är praxis på många förlossningsavdelningar att ge alla med LVA antibiotikaproylax finns inga faktiska behov att inskränka möjlighet att bada. På fem avdelningar var vattenavgång överhuvudtaget ett skäl till att inte få bada.

Frågan om hur ofta dusch och bad används var otydligt formulerad i vårt frågeformulär men ger trots allt en fingervisning om att vatten är en form av smärtlindring som används relativt ofta i Sverige. Det skulle dock sannolikt vara svårt att få fram mer exakta siffror på detta då enbart ett ytterst fåtal för statistik på hur ofta dusch/bad används. Trots sina svagheter belyser vår studie bristen av återkoppling från statistik. En tydligare statistik över hur utbrett bruket av vatten är skulle kunna fungera som ett underlag för ett ökat ekonomiskt stöd till en mer optimalt fungerande verksamhet.

Vi fann att information om dusch och bad i störst utsträckning ges muntligt av varje enskild barnmorska. Här finns risk att informationen uteblir eller att enbart den välinformerade kvinnan får ett tydligt erbjudande. Vi fann också att det finns ett stort förtroende för att mödravårdsbarn-

morskorna tar upp dusch och bad som smärtlindring under sina föräldrautbildningar. Waldenström et al. (2011) visade att de som inte nås av föräldrautbildningar är de mer psykosocialt utsatta, t ex invandrare, arbetslösa, kvinnor med oönskad graviditet och kvinnor med förlossningsrädsla. Det kan vara ett rimligt antagande att mer utsatta grupper av kvinnor som inte deltagit i föräldrautbildningar inte heller efterfrågar vatten som alternativ smärtlindring. Därmed ligger ett stort ansvar hos barnmorskan på förlossningen att informera samtliga blivande föräldrar om tillgänglighet till dusch och bad.

Av 48 förlossningsavdelningar har 23 stycken PM eller riktlinjer gällande bad under förlossningen. Om dusch/bad används så frekvent som vi visat hur kan det då vara så att 25 avdelningar inte ens har riktlinjer angående hur det ska genomföras och vad man bör vara uppmärksam på? Av dem som hade PM fanns referenser till aktuell forskning endast på fem. Vi undrar på vilken vetenskaplig basis övriga PM är grundade och finner det högst anmärkningsvärt att mer än hälften av alla förlossningsavdelningar i Sverige inte har gällande riktlinjer över en smärtlindringsmetod som är så frekvent använd. Innan barnmorskan bestämmer sig för att föreslå en kvinna att bada i smärtlindrande och avslappnande syfte finns en mängd olika aspekter att överväga, till exempel anamnes, när/vid vilken öppningsgrad kvinnan kan bada, vattenavgång, infektionsrisk, fosterövervakning och tillgång till personal för att nämna några. Barnmorskan bör även vara väl förberedd på alla eventualiteter som kan inträffa i badet såväl som på land. Hon måste till exempel veta hur man identifierar en större blödning i vatten, vad man gör vid skulderdystoci, om navelsträngen går av eller om barnet föds i vattnet. Det är viktigt att ha tänkt efter före utan att för den skull fastna i ett risktänkande.

Ingen av avdelningarna tillåter vattenförlossningar och det finns inte heller PM eller riktlinjer specifikt angående detta. Många uppgav att det i Sverige inte är tillåtet att föda i vatten trots att det de facto inte finns något förbud från Socialstyrelsen. Förlossning i badkar har trots detta skett på tio olika avdelningar det senaste året. Då inga riktlinjer finns och vattenförlossning inte uppmuntras/tillåts utgår vi från att de flesta barnmorskor har begränsad eller ingen praktisk kunskap om detta. Om en kvinna ändå föder i vatten är det nära till hands att anta att barnmorskan inte har erfarenhet och/eller kunskap att bistå vid en vattenförlossning. Kanske vore det värdefullt att ha riktlinjer att agera utifrån i dessa situationer? Eller skulle riktlinjer angående

förlossning i badkar ses som uppmuntran av vattenförlossning? Man bör komma ihåg att med väl utarbetade riktlinjer, noggrann övervakning av både kvinna och foster kan även vattenförlossning för en kvinna som bedömts vara i lågriskzonen för komplikationer anses vara ett säkert alternativ för både mor och barn (Zanetti-Dällenbach et al., 2006).

SLUTSATS

Vi vet att icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder minskar och att nära hälften av alla förstföderskor använder EDA, med de risker den kan medföra i form av påverkat barn, avstannat värkarbete, värkstimulerande medel och forcerad krystning med ökad risk för sugklocka och sfinkterruptur som följd (Kierkegaard, 2011). En del barnmorskor som arbetat mycket med bad under förlossningen ser det som ett sätt att återerövra förlossningskonsten och barnmorskeyrket. Även om det är svårt att avgöra om det är badet i sig som står för den smärtlindrande effekten eller om det är barnmorskans närvaro som gör att kvinnan kan ge sig hän; att assistera en kvinna i badet handlar ofta om att stötta den fysiologiska processen, att aktivt vaka över kvinnan men att i möjligaste mån undvika ingrepp (Garland, 2011, s 26-27). Eller som Walsh (2012, s 148) uttrycker det: "For midwives steeped exclusively in an industrial model of birthing in large maternity hospitals, attendance at waterbirth (med detta avses även bad under öppningsskedet, vår anm.) is about unlearning "doing" and relearning "being"."

Vi har med vår undersökning påvisat stora skillnader mellan Sveriges olika förlossningsavdelningar gällande förutsättningar för dusch och bad som smärtlindring under förlossningen. Vården ska vara jämlik för alla oavsett kön, etnicitet, bostadsort, utbildningsnivå eller ekonomiska förutsättningar och utföras kostnadseffektivt (Regeringen, 2011). Mot bakgrund av våra fynd konstaterar vi att så är inte fallet. Det är av stor vikt att blivande föräldrar har möjlighet att göra informerade val och det är lika viktigt att förlossningsvårdens företrädare vet vad det är de erbjuder. Idag finns inga gemensamma nationella riktlinjer gällande dusch, bad och vattenförlossning och det State of the Art-dokument som sammanfattar kunskapsläget inom olika delar av förlossningsvården är från 2001 och har bokstavligen en "Inaktuellt"-stämpel på sig (Nordström & Waldenström, 2001).

Som företrädare för den normala förlossningen måste barnmorskan värna sin profession och se till att vara ständigt uppdaterad om ny forskning för att kunna hävda förlossningskonst som sitt område. Vi förordar därför att barnmorskor och obstetriker tillsammans utformar de PM och riktlinjer som ska ligga till grund för den verksamhet båda yrkeskategorier arbetar i. För att kunna hävda värdet av sitt yrkeskunnande är det av yttersta vikt att det finns en stark barnmorskekultur tillika barnmorskeforskning. Bevisläget för fördelar av bad under förlossningen är gott men mer forskning krävs angående dusch under förlossningen. Nya riktlinjer bör utarbetas baserade på det aktuella kunskapsläget angående vatten som smärtlindringsmetod under förlossning.

Conflict of interest

No conflict of interest has been declared by the authors.

REFERENSER

Bondekam, M., 2013. Sakkunnig på Socialstyrelsen. Personlig kommunikation 2013-05-23.

Cluett, E. R., Pickering, R. M., Getliffe, K., St George Saunders, N. J., 2004. Randomised controlled trial of laboring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.37963.606412.EE

Cluett, E. R., Burns, E., 2009. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2.

CODEX - regler och riktlinjer för forskning., 2013. Om forskningsetik/Informerat samtycke. Hämtat 2013-06-10 från: <http://codex.vr.se/manniska2.shtml>

Dick-Read, G., 2004. *Childbirth without fear*. Creative Print & Design, Ebbw Vale, Wales, UK.

Davim, R.M.B., de Vasconcelos Torres, G., de Melo, E.S., 2007. Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: Pre-testing of an instrument. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (6), 1150-1156.

Garland, D., 2011. *Revisiting Waterbirth. An Attitude to Care* Palgrave Macmillan, Houndmills, Basingstoke, Hampshire, RG21 6XS, England, UK.

Glantz, A., Mattson, L-Å., 2008. Intrahepatisk kolestas under graviditet. I Hagberg, H., Marsål, K., Westgren, M. (Red.), *Obstetrik*. Studentlitteratur, Lund, s 419-425.

Grahn, K., 2010. ...i dina spår... Duo Dito Förlag, Forserum.

Kierkegaard, A., 2011. Ryggbedövning vid förlossning. *Vårdguiden.se*. Hämtat 2013-06-16 från: <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Behandlingar/Ryggbedovning-vid-forlossning/>

Kitzinger, S., 2009. Letter from Europe: Water Birth: Just a Fad? *Birth*, 36 (3), 258-260.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., Dowswell, T., Styles, C., 2009. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2.

Leboyer, F., 2002. *Birth without Violence*. Healing Arts Press, Rochester, VT, USA.

Lee, S-L., Liu, C-Y., Lu, Y-Y., Gau, M-L., 2013. Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42, 19-28.

- Marsál, K., Hagberg, H., Westgren, M., 2008. Fostrets utveckling och fysiologi. I Hagberg, H., Marsál, K., Westgren, M. (Red.), *Obstetrik*. Studentlitteratur, Lund, s 39-55.
- Maude, R. M. & Foureur, M. J., 2007. It's beyond water: Stories of women's experience of using water for labour and birth. *Women and Birth*, 20, 17-24.
- Moss, G. A., 2010. Water and health: A forgotten connection? *Perspectives in Public Health*, 130 (5), 227-232.
- Nordström, L., Waldenström, U., 2001. Handläggning av normal förlossning. State of the Art. Socialstyrelsen.
- Nordström, L., Wiklund, I., 2008. Förlossningens fysiologi och handläggning. I Hagberg, H., Marsál, K., Westgren, M. (Red.), *Obstetrik*. Studentlitteratur, Lund, s 101-129.
- Odent, M., 1983. Birth under water. *The Lancet*, 322 (8365), 1476-1477.
- Odent, M., 1994. *Birth reborn*. Birth Works Press, Medford, NJ, USA.
- Odent, M., 2001. *The Scientification of Love*. Revised edition. Free Association Books, London, UK.
- Olofsson, P., 2008. Överburenhet. I Hagberg, H., Marsál, K., Westgren, M. (Red.), *Obstetrik*. Studentlitteratur, Lund, s 501-508.
- Polit, D. F., Beck, C. T., 2010. *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Seventh edition. Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, USA.
- Regeringen., 2011. Socialdepartementet, Protokoll 1:5, 2011-12-15, Regeringens beslut. Hämtat 2013-05-31 från: <http://regeringen.se/content/1/c6/18/32/53/cbdcfe00.pdf>
- Sidenbladh, E., 1982. *Vattenbarn*. Akademilitteratur AB, Stockholm.
- Socialstyrelsen., 2012. *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. Medicinska födelseregistret 1973-2010, Assisterad befruktning 1991-2009.
- Stark, M. A., Rudell, B., Haus, G., 2008. Observing Position and Movements in Hydrotherapy: A Pilot Study. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37 (1), 116-122.
- Waldenström, U., Bergström, M., Fabian, H., 2011. Föräldrautbildning under graviditet måste omprövas. När inte de utsatta - effekten tycks begränsad. *Läkartidningen*, 18 (108), 979-983.

Walsh, D., 2012. Evidence and Skills for Normal Labour and Birth. A guide for midwives. Second Edition. Routledge, Taylor & Francis Group, London, UK och New York, USA.

Zanetti-Dällenbach, R., Lapaire, O., Maertens, A., Holzgreve, W., Hösli, I., 2006. Water birth, more than a trendy alternative: a prospective observational study. Archives of Gynecology and Obstetrics, 274, 355-365.

Zanetti-Dällenbach, R.A., Tschudin, S., Zhong, X.Y., Holzgreve, W., Lapaire, O., Hösli, I., 2007. Maternal and neonatal infections and obstetrical outcome in water birth. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 134, 37-43.

Umeå universitet
Institutionen för omvårdnad



Umeå 2013-04-09

Förfrågan om medverkan i undersökning

Vi är två barnmorskestudenter som läser sista terminen på barnmorskeutbildningen vid Umeå universitet och ska genomföra en studie som grund för vår magisteruppsats. Syftet med studien är att kartlägga möjligheterna till och användningen av bad och dusch som smärtlindring under förlossning i Sverige. Vår förhoppning är att inkludera samtliga 48 förlossningsavdelningar i Sverige. Vi skulle därför uppskatta er medverkan och vore tacksamma för en möjlighet att intervjua avdelningschef, chefsbarnmorska eller annan erfaren barnmorska på er förlossningsavdelning.

Deltagandet innebär en kort telefonintervju på cirka fem minuter med frågor av typen: "Finns det tillgång till badrum i varje förlossningssal? Vad har ni för slags badkar? I vilken utsträckning används bad och dusch som smärtlindring?"

Er medverkan är självklart frivillig och ni har rätt att när som helst avbryta ert deltagande. Allt material kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt.

Vänligen,

Tiina Salonen, leg. sjuksköterska och barnmorskestudent, tiasan01@student.umu.se
Agneta Westergren, leg. sjuksköterska och barnmorskestudent, agawen89@student.umu.se

Handledare Monica Jonsson, lektor, monica.k.jonsson@nurs.umu.se, 090-786 91 29

Förlossningsklinik:

Datum:

Bilaga 2

Informant:

Antal förlossningar:

Frågeformulär

1. a) Finns det dusch/badmöjlighet inne på varje förlossningssal? Ja Nej
b) Finns där dusch? Ja Nej
c) Finns där badkar? Ja Nej

2. a) Finns det tillgång till gemensamt badrum på förlossningsavdelningen? Ja Nej
b) Finns där dusch? Ja Nej
c) Finns där badkar? Ja Nej

3. Hur många förlossningssalar delar på det gemensamma badrummet?.....

4. Om det finns badkar, av vilken typ är det?
 Vanligt standardbadkar
 Sittbadkar
 Stort hörnbadkar
 Förlossningsbassäng/uppblåsbar förlossningspool
 Annat

5. Får partner bada med kvinnan? Ja Nej

6. a) Får alla kvinnor duscha under förlossning? Ja Nej
b) Om nej, vilka är undantagen?.....

7. a) Får alla kvinnor bada under förlossning? Ja Nej
b) Om nej, vilka är undantagen?.....

8. a) Finns skriftliga PM/riktlinjer på kliniken angående dusch/bad som smärtlindring?
 Ja Nej Vet ej
b) Om ja, finns det referenser till aktuell forskning på riktlinjerna?
 Ja Nej Vet ej

Förlossningsklinik:

Datum:

Bilaga 2

Informant:

Antal förlossningar:

9. Hur ges information om dusch/bad som smärtlindring?

- På MVC
- Informationsbroschyr på förlossningsavdelningen
- På förlossningsavdelningens hemsida
- Storföreläsning eller visning av förlossning
- Muntligt från barnmorska
- Får efterfrågas själv
- Vet ej

10. För ni statistik över hur frekvent bad/dusch används?

- Ja
- Nej
- Vet ej

11. Kan du uppskatta hur ofta du uppfattar att dusch/bad används som smärtlindring?

- Dagligen/varje pass
- Varje vecka
- Varje månad
- Någon gång per år
- Inte alls
- Vet ej

12. a) Tillåter ni kvinnor att föda i badet?

- Ja
- Nej
- Vet ej

b) Har detta ändå inträffat senaste året?

- Ja
- Nej
- Vet ej

c) Finns skriftliga PM/riktlinjer på kliniken angående att föda i badkar?

- Ja
- Nej
- Vet ej

d) Om ja, finns det referenser till aktuell forskning på riktlinjerna?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Något du vill tillägga? Övriga kommentarer: