

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2008:81

Barnmorskors bedömning av latensfas och aktiv fas i
samband med förlossning – en viktig faktor för god vård

Karin Andrén
Lena Loubelo
Mia Westerlind



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Barnmorskors bedömning av latensfas och aktiv fas i samband med förlossning – en viktig faktor för god vård

Författare: Karin Andréén Lena Loubelo Mia Westerlind

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Fristående kurs

Handledare: Ingela Lundgren

Examinator: Margareta Mollberg

Sammanfattning

Latensfasen är den första fasen i ett förlossningsarbete och är en normal process, trots detta är den komplex och svårdiagnostiserad. Det finns ingen direkt gräns mellan förvärdar och latensfasens början, däremot finns en tydligare beskrivning av när den aktiva fasen startar. Att latensfasen inte är väl definierad kan innebära problem för barnmorskor i deras möte med dessa kvinnor. En lång latensfas är relaterat till ett antal problem för den födande kvinnan, såsom trötthet, uppgivenhet, smärta, oro och olika förlossningskomplikationer. Även risken för interventioner ökar om kvinnan kommer in i ett tidigt skede till förlossningsavdelningen, och ännu inte är i aktiv fas. Syftet med studien är att belysa hur barnmorskan bedömer att kvinnan är i latensfas respektive aktiv fas. Metoden som använts är en enkätundersökning som har analyserats med kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats. 78 barnmorskor som arbetar inom förlossningsvård i Göteborg samt Borås deltog i studien. De svarade på två öppna frågor om vilka parametrar de väger in i sin bedömning för att definiera latensfas respektive aktiv fas. I resultatet framkom att barnmorskorna beskriver 67 olika kriterier med små variationer för latensfasen som klassificerades i fem huvudkategorier. De definierade aktiv fas med 48 olika kriterier som även delades in i fem huvudkategorier. Huvudkategorierna delades in i underkategorier enligt analysprocess för kvalitativ innehållsanalys. I sammanställningen av resultatet visades sig att flertalet barnmorskor uppgav att oregelbundna värkar och ringa påverkan på livmodertappen är huvudkriterier för latensfasen. Regelbundenhet och progress var huvudkriterier för aktiv fas. Tydligare riktlinjer är nödvändigt för att på allra bästa sätt hjälpa dessa kvinnor.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Historiskt perspektiv	2
Öppningsskedets olika faser	3
Barnmorskans vård under latensfasen	5
Kvinnans upplevelse	9
Internationellt perspektiv.....	10
PROBLEMFÖRMULERING	10
SYFTE	11
METOD	11
RESULTAT	13
Fråga 1	13
Värkar	13
Vaginal undersökning	14
Vattenavgång/Blödning	14
Smärta	14
Övriga fysiska tecken.....	14
Fråga 2	15
Värkar	15
Vaginal undersökning	15
Vattenavgång/Blödning	15
Smärta	15
Övriga fysiska tecken.....	15
Sammanfattning av resultat	16
DISKUSSION	16
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion	17
Konklusion/implementering	19
REFERENSER	21
Bilaga 1	23
Bilaga 2	24

INLEDNING

I vårt yrke som barnmorskor möter vi varje vecka gravida kvinnor som kommer till förlossningsavdelningen med smärtsamma sammandragningar, men som ännu inte är i ett aktivt förlossningsarbete. Dessa kvinnor befinner sig i, vad vi menar, ett tidigt förlossningsarbete eller, med ett annat begrepp, latensfasen. Barnmorskan får lära sig att det är viktigt att skilja mellan förlossningens latensfas och aktiv fas för att säkert veta att kvinnan är igång när hon är på förlossningsavdelningen (Socialstyrelsen, 2001). Anledningen är dels att man vill undvika onödiga ingrepp i tidigt förlossningsarbete och dels att undvika långdragna förlossningar som är relaterat till en ökad risk för komplikationer. Idag diskuteras inom olika förlossningskliniker hur vi skall vårda kvinnan som söker i latensfasen. Många anser att kvinnan oftast inte bör vårdas på förlossningen utan i stället bör hon skickas hem i avvaktan på ett aktivt värkarbete.

I en pågående studie på förlossningen i Borås sker en kartläggning av alla kvinnor som sökt vård under latensfasen under hela år 2005. Vid kartläggningen framkommer, bland annat, att det inte alltid är självklart för barnmorskan att definiera de olika faserna. Gränsdragningen är ibland hårfin och kan vara avgörande för val av smärtlindring och vidare handläggning. Barnmorskors individuella bedömning är också avgörande.

Vad är det som påverkar barnmorskors bedömning? Vi som barnmorskor bör se kvinnan utifrån en helhetssyn, ett ontologiskt antagande att människan är en enhet där kropp, psyke, själ och ande är olika begreppsliga aspekter av denna enhet (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 1997). Vår erfarenhet är att vi inte bara kan bedöma henne utifrån det rent medicinska aspekterna d.v.s. hur mycket livmodermunnen är öppen. Vi blir även påverkade vad gäller psykiska och sociala faktorer samt andra omständigheter runt kvinnan. Om vi nu på bästa sätt ska kunna hjälpa kvinnan är det därför viktigt att bedöma var i förlossningsarbetet hon befinner sig och utifrån den bedömningen ge henne rätt omvårdnad och stöd.

BAKGRUND

Barnmorskan har en viktig roll i handläggningen kring kvinnan som kommer in i ett tidigt förlossningsskede. Oftast är det just barnmorskan som är en nyckelperson som genom kontakten med kvinnan får en helhetssyn. Vidare har barnmorskan den normala förlossningen för ögonen och tror på kvinnans inre förmåga och kraft (Baxter & Garret Andersson, 2007). Då barnmorskan möter kvinnan iakttar hon en rad fysiologiska tecken för att diagnostisera förlossningen. Först och främst bedöms hennes uppträdande, om hon verkar ha ont och hennes reaktion på smärtan. Kvinnans individuella historia är också viktig. Frågan ställs om hon sökt många gånger, hennes stressnivå, rädslor och behov av att bli lugnad (Cheyne, Dowding & Hundley, 2006).

Att skapa ett förtroende mellan kvinnan och barnmorskan är av stor vikt, att försöka bygga en relation. Samtidigt som barnmorskan är professionell så är hon eller han också en "vän" som vill hjälpa kvinnan utifrån hennes behov (Hally McCrea, Wright & Murphy-Black, 1998).

De kvinnor som söker vård i latensfasen har oftast haft en lång period i hemmet med smärtsamma sammandragningar. De är trötta, oroliga, nervösa, spända och smärtpåverkade när de kommer till förlossningen (Andrén, Störholt & Lundgren, 2005). De känner sig osäkra då de inte vet om förlossningen har startat eller ej och väntan kan bli lång innan det börjar hända något. En från början positiv inställning till förlossningen kan därigenom förvandlas till en negativ (Nystedt, Högberg, Wikman & Lundman, 2000). Den mentala styrkan rinner ut och kvinnan upplever ett, i hennes ögon, onödigt lidande (Carlsson, Hallberg & Odberg Pettersson, 2007). Kvinnor upplever ibland att de tappar kontrollen över situationen då de inte blir bekräftade, trots smärtsamma värkar visar den vaginala undersökningen ingen progress. När förlossningen väl är i den aktiva fasen kan kvinnan uppleva att den egna kraften inte räcker till (Nystedt et al., 2000).

Historiskt perspektiv

Barnmorskeyrket är världens äldsta kvinnoyrke och barnmorskehistoria är starkt knuten till kvinnohistoria. För att bli betrodd och anlitad som jordemor, jordgumma under medeltiden skulle hon vara gift eller änka och själv ha fött barn. Men detta räckte inte. Som klok gumma måste hon besitta särskild förmåga och klokskap, något som hon förvärvade men som också var medfött. Man hjälpte, stöttade och utbytte kunskap med varandra då det inte fanns mycket litteratur som beskrev förlossningsvården och, dessutom, få var läskunniga (Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen, 2001).

Genom bildandet av Collegium Medicum år 1663 började också "herrar medici", läkarna i maktposition, få kontroll över jordgummornas hantverk. Drottning Ulrika Eleonora gav sina livläkare Urban Hiärne och Johan von Hoorn i uppdrag att år 1682 utarbeta en plan för förlossningsvården. Deras mål var att varje socken skulle ha en utbildad barnmorska, för att försöka sänka den höga barn- och mödradödligheten. Förlossningar på sjukhus började 100 år senare men det var först på 1900-talet som de förekom i större omfattning (Faxelid et al., 2001).

Helena Malhiem var en examinerad barnmorska som arbetade under 1700-talet. Hon författade en barnmorskebok 1756 och sände den för publicering till Collegium Medicum men fick avslag. Över 200 år senare hittades manuskriptet och blev publicerat av författaren Pia Höjeberg (Berg & Lundgren, 2004). I sin "Barnmorske Lära år 1756" skriver hon om förlossningsvärkar. Här skilde hon mellan "villa värkar", "sved eller krystvärkar" och "blindvärkar". De villa värkarna "flyger" endast över buken och är för det mesta korta, utan att göra nytta, ansåg Helena. Nu för tiden kallar vi dem förvärkar. Hoorn skilde också noga på olika typer av värkar. I "Siphra och Pua", den första läroboken för barnmorskor i Sverige, beskrivs värkarna som "småknåp, sved, kryst och eftervärkar". Där finns även följande oslagbara beskrivning:

Barnvärkar äro ett ångest och pinofullt påträngande utav livmodren, att med tillhjälp av bukens sammandragande utkrysta allt vad som är uti modren, antingen det är stort eller litet. Och kunna bättre genom erfarenhet av en vårdandes ynkeliga låt och åthävor känna läras, en med pennan beskrivas (Höjeberg, 1995, s 99).

Hermansson (2005) beskriver att i ”Churchill’s system of Midwifery, 1851”, får vi råd som är gångbara än i våra dagar. Vikten av god kommunikation, uppmuntran och stöd till den födande kvinnan nämndes som åtgärder för en god vård. Vidare råd var upprättgående, vila, tömning av tarmen samt närings- och vätsketillförsel. Om detta inte lyckades gav Churchill rådet att ge ”full” dos av opium för att ge kvinnan vila och eventuell möjlighet att sova (Walmsley, 1999; Hermansson 2005).

Öppningskedets olika faser

Man måste ha en god förståelse och kunskap om de olika förlossningskedena. Den teknologiska utvecklingen har de senast 50 åren gått framåt med stormsteg, däremot har förlossningsförloppet sett likadant ut (Hunter & Chern-Hughes, 1996).

Förlossningsarbetet är en kontinuerlig fysiologisk process och indelas i tre skeden, öppningskedet, utdrivningskedet och efterbördsskedet. Öppningskedet omfattar alla de förändringar som leder till att modermunnen fullvidgas och föregående fosterdel slutroteras mot bäckenbotten. Öppningskedet delas in i olika förlossningsfaser (Faxelid et al., 2001). Socialstyrelsen (2001) beskriver i handläggningen av normal förlossning att förlossningens öppningskede indelas i en latensfas och en aktiv fas. Latensfasen utmärks av mer eller mindre kraftiga sammandragningar. Under denna fas sker en liten förändring av livmoderhalsens dilatation (Socialstyrelsen, 2001).

I dagens svenska lärobok för barnmorskor definieras latensfasen från förlossningsarbetets start till dess att cervix (livmoderhalsen) dilaterats till ca tre centimeter. Latensfasen tar längst tid och varar i genomsnitt 8,5 timmar för förstföderskor och tre timmar för omföderskor. Starten av latensfasen uppfattas olika av de födande kvinnorna (Faxelid et al., 2001). Vissa kvinnor upplever inte latensfasen på grund av den aldrig finns eller att kvinnan inte upplever sammandragningarna som smärtsamma.

Smärtsamma sammandragningar kan också förekomma före förlossningens start, så kallade Braxton-Hicks kontraktioner. De benämns som förvärkar, falska värkar eller avstannade värkar. Braxton-Hicks kontraktioner medför inte någon cervixpåverkan och kan starta redan under första tredjedelen av graviditeten, trots att graviditetshormonerna framkallar relaxation av livmodern (Socialstyrelsen, 2001).

Det är mycket svårt att bedöma tidpunkten för latensfasens debut. Den är alltid subjektiv då vi måste utgå från kvinnans berättelse och hennes upplevelse av när hon tycker att den startade. Den kan därmed bara med säkerhet bedömas retrospektivt (Greulich & Tarrant, 2006). För att undvika onödiga interventioner är det viktigt att skilja på latensfasen och den aktiva fasen. Det är avgörande att påvisa klara riktlinjer för diagnosstämningen för att på så sätt påverka barnmorskans vidare handläggning. Rekommendationen är att en kvinna som befinner sig i latensfasen bör lämna förlossningsavdelningen för att undvika onödiga interventioner (Socialstyrelsen, 2001). En studie visar att kvinnor som uppmuntras att vara kvar i hemmet under latensfasen visade kortare förlossningstid, minskad mängd smärtstillande medel, minskad mängd väckstimulerande medel samt bättre förlossningsupplevelse än i kontrollgrupp (Maghoma & Buchmann, 2002).

Definitionen av förlängd latensfas är inte enhetlig. Enligt Socialstyrelsens klassifikation för diagnossättning av förlängd latensfas (diagnoskod 062.2) definieras den som "värkarbete mer än 18 timmar till cervixöppning tre centimeter" (SFOG, 2003). Friedman, som är en pionjär inom området, definierade redan 1955 förlängd latensfas för förstföderskor lika med eller mer än 20 timmar och för omföderskor lika med eller mer än 14 timmar (Walmsley, 1999; Greulich & Tarrant, 2006; Austin & Calderon, 1999). Maghoma och Buchmann (2002) bedömer det vara en förlängd latensfas om kvinnan åtta timmar efter en första vaginalundersökning fortfarande har en cervixdilatation på mindre än tre centimeter (Maghoma & Buchmann, 2002). Orsaken till förlängd latensfas är ännu oklar. En fråga är om den är anatomisk, fysiologisk eller psykologisk (Greulich & Tarrant, 2006).

I en studie av Friedman där 17 000 normala förlossningar analyserats fann man att förlängd latensfas, med sina åtta procent, var den vanligaste avvikelser från ett normalt förlossningsförlopp (Austin & Calderon, 1999). En förlängd latensfas är associerad till en ökad risk för obstetriska interventioner med ökade risker för mor och barn. Det kan dock vara svårt att fastställa om det försämrade utfallet är resultatet av den förlängda latensfasen i sig eller om den är orsakad av interventionerna som utförs i handläggandet, såsom amniotomi (tar hål på fosterhinnorna) eller tillförsel av värkstimulerande dropp (Maghoma & Buchmann, 2002). I en tid där man strävar efter att minska kejsarsnittincidensen vore det ett gyllene tillfälle att se över handläggandet av vården för kvinnor i latensfas (Baxter & Garret Andersson, 2007).

Anamnesupptagning är av oerhörd vikt för att fastställa riskfaktorer samt för att säkerställa om latensfasen är förlängd eller ej (Austin & Calderon, 1999).

Enligt Socialstyrelsen (2001) innebär förlossningens övergång från latensfas till aktiv fas att två av följande kriterier uppfylls:

1. regelbundna, smärtsamma sammandragningar (tre-fyra/10minuter)
2. vattenavgång
3. cervixdilatation tre-fyra centimeter.

Kvinnor som inte uppfyller två av dessa kriterier efter några timmars observation är sannolikt i latensfas och bör återvända hem (Socialstyrelsen, 2001).

Det finns dock studier som visar att mindre än hälften av de kvinnorna som har en cervixdilatation på fyra cm verkligen är i ett aktivt förlossningsarbete (Austin & Calderon, 1999).

Barnmorskan måste ha goda kunskaper om förlossningsfaserna och därmed ställa målinriktade frågor till kvinnan samtidigt som hon lyssnar till henne och är lyhörd för hennes behov (Walmsley, 1999). För läkaren eller barnmorskan är det nödvändigt att med så stor säkerhet som möjligt kunna avgöra om förlossningen startat eller inte (Brody, 1982). En korrekt diagnostisering av latensfasen är en av de svåraste uppgifterna inom förlossningsvården (Baxter & Garret Andersson, 2007).

Barnmorskans vård under latensfasen

Vårdandet har förekommit i alla tider och i alla kulturer så länge det har funnits människor. Att bli vårdad är ett mänskligt behov, något livsnödvändigt för människans överlevnad och utveckling. Att vårda är därför en naturlig och nödvändig mellanmänsklig handling (Berg & Lundgren, 2004).

Varje kvinna är i sin övergång till att bli mor mer sårbar men också mer mottaglig för råd och vård. Kvinnan hennes man, partner och familj kan ha stora förväntningar inför mötet med barnmorskan. Denna kan ses som någon slags förmedlare mellan dem själva och barnet. Hon har stor respekt för dessa professionella vårdare (Berg & Lundgren, 2004).

Det är oerhört viktigt att barnmorskan är flexibel och improviserar vid varje vårdtillfälle, därav går det inte att ha några givna mallar för omhändertagandet (Hunter & Chern-Hughes, 1996). Bengtsson (1990, s.19) beskriver detta på följande sätt:

Tanken är ju att vårt etiska handlande skall styras av den aktuella situationen och inte minst av den andra personen... faran finns för att principer och regler blir viktigare än själva de krav som vi erfar och aktningen för den andra människan.

Respekt för och ödmjukhet inför den andra människan är centralt i allt vårdande. Det ideala och äkta vårdandet har därför ett fokus på människan/patienten och inte primärt ett verksamhetsfokus (Berg & Lundgren, 2004).

Förväntningarna på förlossningen har oerhört stor betydelse (Walmsley, 1999). Många kvinnor har orealistiska förväntningar och skildringar av förlossningar i media är ofta missvisande (Cheyne et al., 2006). Kvinnan förväntar sig ofta att förlossningen skall gå fortare än vad den i själva verket gör. Detta negativa avsteg från förväntningarna påverkar hennes förmåga att hantera situationen, hennes motivationsgrad samt hennes förmåga att bibehålla mental styrka (Carlsson et al., 2007). Föräldrautbildningen på mödravårdscentralerna förbereder inte alltid kvinnorna tillräckligt bra på vad de har att förvänta sig under latensfasen. Kvinnorna kommer in till förlossningsavdelningen och tror att förlossningen har startat och en konflikt uppstår mellan de kliniska fynden och förväntningarna från kvinnan och hennes familj (Cheyne et al., 2006).

Varje vårdhändelse innebär ett möte mellan livsvärldar, mellan vårdare och patient (Dahlberg, 1997). I det vårdande mötet bekräftas individens själva existens, vilket är ett grundläggande mänskligt begär och därmed utgör basen för alla hälsobefrämjande åtgärder i en fundamental mening (Dahlberg, 1997). Livsvärldsteorin utvecklades av filosofen Husserl och den utgår från det naturliga erfandet, det vill säga människans naturliga förhållningssätt till livet där allt tas för givet. I livsvärlden älskar, hatar, arbetar, leker och tänker vi. Här söker vi ett innehåll och en mening. Människan finns alltså till i världen via sin livsvärld. Livsvärldsperspektivet betonar att människan är unik och att hennes erfarenhet är unik. I denna livsvärld väntar och föder kvinnan barn.

Här finns också hennes historia, det väntade/nyfödda barnet och hennes relationer (Berg & Lundgren, 2004).

Förlossningens start sker lättast under parasympatisk inverkan medan sympatiska nervsystemets inflytande stör förlossningsstarten. Detta förklarar varför de flesta kvinnor påbörjar sitt öppningsskede under dygnets mörka timmar när det är lugnt omkring dem (Nystedt et al., 2000). Denna kunskap har också en praktisk betydelse då man möter kvinnor i latensfas. En studie påvisar en dygnsvariation av smärta då kulmen nås under kvällen/natten för att sedan minska under morgontimmarna och dagen (Hermansson, 2005).

Barnmorskan har ett professionellt ansvar att vårda och hjälpa kvinnan genom förlossningen. Vidare ska hon ge kvinnan råd och information oavsett vem hon har med sig make, vän eller annan anhörig (Grobman & Simon, 2006). Det finns vetenskapliga studier som påvisar att socialt stöd under förlossningen ger en tendens till en kortare förlossning. Socialt stöd tycks dock ha starkast samband med mindre behov av smärtlindring och en mer positiv förlossningsupplevelse (Walmsley, 1999). I sammanhanget är det också viktigt att påminna om orons inverkan, med ökade katekolaminer och därmed en sänkning av den, för förlossningsprogressen, gynnsamma naturliga oxytocinproduktionen (Forsberg, 2004). I vården av den barnafödande kvinnan ska fokus vara på kvinnan/modern, hennes barn och familj. Med helhetssyn som grund för vårdandet av den barnafödande kvinnan ses hon som en integrerad enhet av kropp, själ och ande med sina olika relationer med människor, natur och tid. Ett vårdande som bygger på en helhetssyn inkluderar alltid ett bejakande av människors livsvärld (Berg & Lundgren, 2004).

Var kvinnan befinner sig i förlossningsarbetet när kvinnan kontaktar förlossningsavdelningen avgör valet av vård. Att komma in till förlossningsavdelningen i ett tidigt skede och i en förlängd latensfas är signifikanta förutsägelser för ett komplicerat förlossningssätt. En studie visar att patienter som kom in när de befann sig i aktiv fas hade en signifikant högre grad spontana förlossningar än de som inkom under latensfas (Gharoro & Enabudoso, 2006). En studie från Storbritannien, som undersökte barnmorskors iakttagelseförmåga när de diagnostiserar förlossning, visar att intaget av kvinnor som inte är i aktiv fas utgör ett väsentligt problem (Cheyne et al., 2006). Efter rekommendationer bör kvinnan kvarstanna i hemmet i väntan på att förlossningen kommer in i en aktiv fas (Socialstyrelsen, 2001).

De kvinnor som har en lång latensfas blir ofta trötta p.g.a. dålig sömn och detta bidrar till att de blir mer smärtintoleranta. Förlossningssmärta beskrivs som komplex och subjektiv och är påverkad av såväl psykologiska som fysiologiska faktorer, även kulturella och individuella faktorer är involverade (Grobman & Simon, 2006). Rädsla, oro, mental förberedelse, självförtroende, kultur, barnstorlek och position, sammandragningarnas mönster, hunger, har betydelse av upplevelsen av smärta samt förmågan för kvinnan att hantera den (Austin & Calderon, 1999).

Efter en natts kämpande då kvinnan på grund av värkar inte kunnat vila och även glömt att äta och dricka vilket gör att hon tappat ännu mer kraft, börjar både mannen och kvinnan att bli oroliga över varför inget händer och oron förstärks med tankar om att

något är fel. När barnmorskan möter kvinnan på förlossningen är hon varm, trött, orolig, har en hög puls, ketoner i urinen och barnet uppvisar tackycardi. Hennes man är rastlös och vill veta vad som är fel och varför inget händer. Paret är nu uppgivet och det är svårt att samarbeta, de vill inget hellre än att ha det ”gjort”. Det är svårt att bygga upp ett psykologiskt stöd och få paret på banan igen (Walmsley, 1999).

Det hör till barnmorskans uppgifter att försöka bedöma om kvinnan är mest betjänt av att vara hemma eller på sjukhus. Bara det faktum att bli inlagd är för många kvinnor ett tecken på progress (Austin & Calderon, 1999). Då kvinnan återvänder till hemmet visar ett flertal studier på nödvändigheten av en fortsatt kontakt via telefon för att på den vägen handleda och stötta kvinnan i hennes latensfas. Därmed stärks hon i det att hon inte är bortglömd även om hon lämnat sjukhuset (Greulich & Tarrant, 2006; Forsberg, 2004). Kvinnan kan känna oro för att bli tvingad att föda hemma på grund av ett långt avstånd till sjukhuset. Möjlighet till transport kan vara ett annat bekymmer. De sociala faktorerna som stöd av anhöriga, oro hos partnern eller patientens mamma är också viktiga i sammanhanget (Cheyne et al., 2006; Carlsson et al., 2007). Det är angeläget att kvinnan förstår hur hon på bästa sätt kan hjälpa sig själv. Det kan vara genom att äta och dricka, tex. kamomillte, samt försöka gå omkring om det är möjligt och vila när hon behöver det. Vidare kan kvinnan ta ett varmt bad eller duscha i smärtstillande syfte, få massage, använda avslappnande musik, och andra avslappnande metoder (Hunter & Chern-Hughes, 1996).

Många kvinnor som blir föreslagna att återvända hem har en stark önskan om att få stanna kvar på förlossningsavdelningen. De upplever en trygghet och kontroll då någon annan tar över ansvaret för förlossningen, det ofödda barnet och sig själva (Carlsson et al., 2007). Även när kvinnan stannar kvar gäller det att skapa en så lugn och ombonad miljö som möjligt, med ett varmt bemötande och värme runt kvinnans kropp för att hon skall kunna slappna av och öppna sig. Livsvärldsperspektivet i vårdandet innefattar därför att se, förstå och beskriva den gravida och födande kvinnans för givet tagna vardagsvärld. Det innefattar också att analysera världen, eller delar av den, så som den erfars av henne och genom detta fokuseras hur kvinnan erfar till exempel sin hälsa, ohälsa, sin smärta, eller den vård hon får. I ett vårdande med ett livsvärldsperspektiv innefattas också att inkludera centrala sociala relationer i kvinnans livsvärld. Mycket viktigt här är kvinnans man/partner, hennes eventuella övriga barn liksom andra sociala relationer (Berg & Lundgren, 2004).

Det är också viktigt att barnmorskan signalerar ett positivt kroppsspråk och förmedlar ett verbalt lugn för att skapa förtroende (Faxelid et al., 2001). Beröring är idag en viktig handling mellan barnmorskan och den födande kvinnan då man både omedvetet och medvetet stryker kvinnan över ryggen eller armen i syfte att visa empati, medmänsklighet, lindra smärta och få patienten mer avslappnad (Andrén et al., 2005). I en studie utförd av Moberg Uvnäs, (2000) där man stimulerat nerver som förmedlar information om beröring och behaglig värme blev resultatet sänkt blodtryck och sänkta koncentrationer av stresshormoner. Samtidigt stiger halterna av flera parasympatiskt styrda mag-tarmkanalhormoner, till exempel insulin och oxytocin. Författaren beskriver fortsättningsvis att om man stimulerade berörings- eller värmereceptorerna aktiverades lugn och ro-systemet (Moberg Uvnäs, 2000). På förlossningsavdelningen i Borås pågår

nu ett projekt där man mäter oxytocin och kortisol hos kvinnor som fått taktill massage under latensfasen.

För de kvinnor som önskar medicinsk smärtlindring kan vi idag på förlossningsavdelningen vid Södra Älvsborgs sjukhus, Borås erbjuda tablett Citodon i kombination med tablett Bricanyl eller morfin i kombination med tablett Bricanyl enligt lokala riktlinjer. Läkemedlen ges till kvinnorna i smärtstillande, värkreducerande och avslappnande syfte. Dessa läkemedel kan ge biverkningar hos såväl mor som barn. Dåsighet, hjärtklappning, illamående, yrsel och koncentrationssvårigheter kan drabba den blivande mamman. Läkemedlen passerar över till barnet och kan ge svårtolkade fosterhjärtljudskurvor, takykardi samt andningsdepression vid födseln. Därför är det nödvändigt med en noggrann övervägning innan dessa läkemedel administreras (Ingemarsson, 2006). Latensfasen kan förlängas av överdriven användning av narkotiska/smärtstillande/lugnande medicinering, samtidigt har man i andra studier funnit att smärta under latensfasen kan förlänga densamma, ett förhållande man inte funnit i aktiv fas. Latensfasens längd påverkas av antal tidigare förlossningar samt initialt cervixstatus (Greulich & Tarrant, 2006; Austin och Calderon, 1999).

Det är viktigt med en noggrann anamnes för att fastställa riskfaktorer samt för att säkerställa om latensfasen är förlängd eller inte (Maghoma & Buchmann, 2002; Greulich & Tarrant, 2006; Austin & Calderon, 1999; Forsberg, 2004). Vid förlängd latensfas är intervention med hinnsprängning och/eller värkförstärkande dropp indikerat vid maternell eller fetal indikation. Vidare vid misslyckad handläggning av latensfas och vid kvinnans uttryckliga önskan (om inga kontraindikationer föreligger). Interventionerna skall baseras på maternellt/fetalt status och inte på tidslängd då man inte kan säkerställa när fasen började. Ett aktivt handläggande kan förkorta latensfasen men påverkar inte den aktiva fasens längd (Greulich & Tarrant, 2006).

Vid ”terapeutisk vila” är syftet att ta bort obehag och tillåta progress i förlossningsarbetet medan kvinnan sover. De morfindoser man föreslår är betydligt högre än de vi vanligtvis använder oss av, 15-20 mg initialt samt ytterligare 10 mg efter 20 minuter om man inte funnit någon cervixprogress och patienten inte blivit andningspåverkad. Enligt en studie av Friedman gick 85 procent av kvinnorna in i en aktiv fas då de vaknade sex till tio timmar efter injektionen. I detta sammanhang är det viktigt att verifiera att kvinnan inte är i en aktiv fas då morfin ges för att därmed förhindra de negativa effekterna med neonatal andningsdepression (Greulich & Tarrant, 2006).

Det är inte bara kvinnans status som avgör handläggandet under latensfasen, barnmorskan måste också arbeta utifrån de ramar som institutionen fastställer. Platsbrist, personalbrist, arbetsbelastning, PM med mera styr den vård barnmorskan bedriver. Behovet av att försvara sina handlingar gentemot andra var en annan faktor som påverkade barnmorskorna att skicka hem patienten av rädsla för att bli bedömd och beskyllt. Det kan vara så att barnmorskorna erfar större svårigheter med att besluta om handläggandet än själva fastställandet av diagnosen (Cheyne et al., 2006).

Kvinnans upplevelse

Kvinnors upplevelser av latensfasen relateras, bland annat, genom direkta citat från olika studier.

I en artikel av Nystedt et al. (2000) beskrivs hur kvinnan väntar på att något skall hända men vet inte vad.

Men det hände aldrig någonting utan jag gick bara med molvärk (s.22).

Så gick de in och kände, då var det inte öppet någonting. Jag var lite besviken för jag tyckte att det känts så bra (s.23).

Upplevelser vid trötthet och smärta när förlossningen inte startat trots smärtsamma värkar.

Oj, oj så ont det kommer att göra och sen på kvällen var ju jag dödstrött för jag hade ju varit vaken i nästan två nätter (s.23).

Då bröt jag ihop, då började jag och grina för jag tyckte att jag hade kämpat så länge (Nystedt et al., 2000 s .24).

I Carlsson et al. (2007) finns beskrivningar av kvinnor som tyckte att barnmorskan inte hade tillräcklig inlevelseförmåga och empati.

De fattade inte att det gjorde fruktansvärt ont och att jag borde varit mer öppen, istället ... Vad gör Du här, du kunde ha stannat kvar hemma istället (s.6).

Jag vill inte gå hem! Vad ni än säger, jag vill inte (s.6).

Då kvinnan tvivlar på sin egen förmåga.

Jag kände mig så hjälplös, snälla hjälp mig, jag är på ett sjukhus. Gör något (s.9).

Sen tänkte du; är det bara en centimeter nu så är det många timmar kvar. Kommer jag verkligen att klara av det och jag började tvivla på min egen styrka (Carlsson et al., 2007 s.8).

Andrén et al. (2005) skriver i en studie där man utvärderat taktil massage under förlossningens latensfas att kvinnor kände sig trötta, oroliga, spända efter att ha haft värkar under många timmar och inte fått någon möjlighet till vila. Kvinnorna blev erbjudna taktil massage och följande citat beskrivs i resultatet.

Svårt att slappna av så jag låg där och väntade på att snart kommer nästa värk, snart gör det ont, snart får jag nog jätteont, men när jag fick massagen så glömde man liksom av att tänka på det (s.12).

Att jag mådde så bra psykiskt och då menar jag att det var så skönt när någon brydde sig om mig (Andrén et al., 2005 s.12).

Internationellt perspektiv

I Sverige har vi idag ingen egentlig möjlighet att vårda kvinnan i latensfas utanför förlossningsavdelningen. När kvinnor kommer till förlossningsavdelningen under latensfas, kommer de många gånger för att få lämna över ansvaret för förlossningen, det ofödda barnet och dem själva enligt Carlsson et al (2007). Det ger trygghet och kontroll att vara på sjukhuset och när de inte känner valfrihet i detta upplever de en känsla av ensamhet och hjälplöshet. Latensfasen upplevdes av många som den tuffaste delen av förlossningen och upplevda hjälplöshetskänslor under latensfasen överskuggade hela förlossningsupplevelsen (Carlsson et al., 2007).

I Kanada konstaterar man i en studie att telefonkontakten är en viktig länk mellan förlossningsavdelningen och hemmet, en kontakt där barnmorskan är lyhörd för varje enskild kvinnas önsningar så att de inte känner sig bortmotade. Det är också viktigt med stöttning av anhöriga, att de också är delaktiga i beslutsprocessen (Janssen, Iker & Carty, 2003). Genom att fatta beslut om tid för förnyad kontakt känner kvinnan en trygghet i att hon inte är bortglömd och övergiven visar en amerikansk studie (Greulich & Tarrant, 2006).

Med uppgift att undersöka samt ge råd erbjuder vissa länder hembesök av barnmorskor (Forsberg, 2004). Kanada har speciella enheter för kvinnor som kommer in för vård under latensfasen och i England har man skapat barnmorskeledda födelsecenter där man lägger stor vikt vid omsorgen av kvinnor i latensfas. I samma artikel beskriver man också om hur de gravida kvinnorna i Nepal vandrar ned från Himalayas sluttningar för att i sjukhusets närhet invänta förlossningsstarten (Baxter & Garret Andersson, 2007). Detta fenomen gäller nog på landsbygden i flertalet av våra utvecklingsländer.

Inställningen till smärtlindring under förlossningen är påverkad av kulturella olikheter. I en del länder i tredje världen finns ingen smärtlindring att tillgå och i vissa länder har man en naturlig inställning till förlossningssmärta och utgår från att föda utan smärtlindring. En del icke-farmakologisk smärtlindring saknar utvärdering som påvisar dess effekter och hur de påverkar förlossningsförloppet. Därför anser man dem vara suspekta och valet blir att avstå. Några av dessa icke-farmakologiska metoder som är beskrivna är hypnos, akupunktur och aromaterapi. Effekten på kvinnan som använder sig av dessa metoder beror till stor del på hennes förtroende för sin partner, eller till den som hjälper henne under förlossningen, och även hennes förtroende och relation till barnmorskan (Yerby, 1996).

PROBLEMFORMULERING

En begränsad latensfas är i sig en normal process i förlossningsarbetet men trots detta är den komplex och svårdiagnostiserad. Det finns ingen direkt gräns mellan Braxton Hicks kontraktioner, förvärkar och latensfasens början. Däremot finns det tydligare beskrivningar av när ett etablerat värkarbete startar. I svenska nationella riktlinjer definieras latensfasen som den fas som föregår ett etablerat värkarbete (Socialstyrelsen,

2001). Tydliga kriterier finns därmed för aktiv förlossning men inte för latensfasen. Kvinnan bedöms vara i latensfasen om kriterierna för aktiv förlossning inte har uppnåtts. Att latensfasen inte är enhetligt definierad kan innebära problem för barnmorskor att möta dessa kvinnor på bästa sätt. En lång latensfas är relaterat till ett antal problem för den födande kvinnan såsom trötthet, uppgivenhet, smärta, oro och olika förlossningskomplikationer. En strategi som många förlossningsavdelningar tillämpar är att skicka hem kvinnan i väntan på ett aktivt värkarbete för att på så sätt undvika långdragna förlossningar. Kvinnor beskriver att de upplever sin förlossning lika lång även om de spenderat lång tid i hemmet, men själva tiden på sjukhuset elimineras och därmed riskerna för interventioner. Dock är det som barnmorska svårt att bara se kvinnan utifrån det medicinska, dvs. hur mycket livmodermunnen är öppen. Utifrån en helhetssyn måste en bedömning också ske när det gäller psykologiska faktorer och andra omständigheter hos kvinnan. Ur detta framstår följande fråga som central:

Hur bedömer barnmorskan latensfas och aktivt värkarbete i samband med förlossning?

SYFTE

Syftet är att belysa hur förlossningsbarnmorskor bedömer latensfas och aktivt förlossningsarbete.

METOD

En enkätstudie som analyserats med kvalitativ innehållsanalys (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Enkäten var konstruerad av författarna och bestod av två öppna frågor:

1. Vilka kriterier går du efter när du definierar latensfasen?
2. Hur bedömer du att kvinnan är i ett etablerat värkarbete?

I studien deltog 78 barnmorskor verksamma inom förlossningsvård i Göteborg och i Borås. Enkäterna delades ut till 60 barnmorskor under två utbildningsdagar i maj 2005 i Göteborg. Alla barnmorskor arbetade inom förlossningsvård i Göteborg och samtliga svarade på enkäten. 28 enkäter delades ut på förlossningsavdelningen i Borås under januari till februari 2008 till de barnmorskor som arbetar där. Enkäten besvarades under deras normala arbetspass under denna tid. 18 barnmorskor svarade på enkäten, vilket motsvarade ett bortfall på 10 obesvarade enkäter.

Vid analys av enkäten använde vi oss av kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats då det är en analysform som används för att identifiera variationer med avseende på skillnader och likheter i en text, något vi ansåg lämpligt för vårt arbete (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Innehållsanalys som vetenskaplig metod utvecklades för att hantera stora mängder data och användes till en början främst av massmedieforskare och då med en kvantitativ ansats. Den kvalitativa innehållsanalysen används framför allt inom beteendevetenskap,

humanvetenskap och vårdvetenskap. Att metoden är applicerbar på olika texter och att tolkningen kan ske på olika nivåer gör den användbar inom olika forskningsområden.

Den kvalitativa innehållsanalysens ontologiska och epistemologiska grund är oklar. Uppfattningen att "sanningen" finns i betraktarens ögon är vägledande inom den kvalitativa traditionen.

I studier med kvalitativ ansats växlar forskaren mellan närhet och distans. Deduktiv ansats innebär analys utifrån en i förväg utarbetad mall. För att uppnå syftet att distansera sig kan det vara av värde att använda sig av till exempel en enkät där forskaren i förväg formulerat frågor som ställs på samma sätt till alla deltagare.

Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehållet. Skillnader och likheter uttrycks i kategorier på olika nivåer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Analysprocessens begrepp

Till varje vetenskaplig metod hör etablerade begrepp. Nedan redogörs för centrala begrepp vars syfte är att beskriva analysprocessen vid kvalitativ innehållsanalys. (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Analysenhet Bör vara tillräckligt stor för att utgöra en helhet och tillräckligt liten för att vara hanterbar i analysprocessen. I vår analys utgörs analysenheten av den enkätundersökning vi genomfört.

Domän Delar av texten som utgör ett specifikt område och utgör en grov struktur. Om arbetet behandlar olika faser i en process kan dessa faser utgöra naturliga domäner. Latensfas och Aktiv fas utgör vår studies två domäner.

Meningsenhet Är en meningsbärande del av texten som utgörs av ord, meningar och stycken av text som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang.

Kondensering En process som gör texten kortare och mer lätthanterlig samtidigt som det centrala innehållet bevaras och inget väsentligt försvinner.

Kategorier Innehållet i en kategori är närbesläktat och skiljer sig från innehållet i andra kategorier. Kategorier byggs logiskt upp i huvudkategorier, kategorier och underkategorier.

RESULTAT

I fråga ett som handlar om vilka kriterier barnmorskan har när hon definierar latensfasen har barnmorskorna angett totalt 67 olika kriterier med små variationer. Dessa kriterier har utifrån de angivna meningsenheterna analyserats och sorterats in i underkategorier som slutligen mynnar ut i fem huvudkategorier. Dessa huvudkategorier är; värkar, vaginal undersökning, vattenavgång/blödning, smärta och övriga fysiska tecken. I fråga två som handlar om hur barnmorskan bedömer att kvinnan är i etablerat värkarbete framkom 48 olika bedömningar, även dessa med små variationer. De olika bedömningskriterierna har sorterats in i fem huvudkategorier identiska med de som framkom i första frågan. Här följer en beskrivning av de olika kategorierna.

Fråga 1

Vilka kriterier går du efter när du definierar latensfasen?

Här framkom följande huvudkategorier som var och en beskriver vad som framkom i resultatet (Se bilaga 1).

Värkar

I *huvudkategorin* värkar framkom 29 olika kriterier med små variationer som beskriver värkar eller sammandragningar. Barnmorskorna beskriver att värkar i latensfasen kan vara både regelbundna och oregelbundna. Flertalet av barnmorskorna ansåg att värkarna var oregelbundna i latensfasen och endast ett fåtal ansåg att de var regelbundna. De beskriver att kvinnan har haft mer eller mindre regelbundna sammandragningar under flera timmar. Värkarna kan vara av olika karaktär och styrka, långa eller korta. Man tar hänsyn till värkarna och vilken progress det har på livmodermunnen och livmoderhalsen. Någon barnmorska definierar latensfasen utifrån patientens beskrivning, vad som innefattar "beskrivning" framkom inte. Hur länge kvinnan haft sammandragningar och om hon är förstföderska eller omföderska tyckte barnmorskorna ha en avgörande betydelse. Däremot framkom inte vad betydelsen kunde innebära.

I *huvudkategorin* värkar framkom två *kategorier* tid och styrka. Här anges värkarnas längd och intervallet, samt hur länge värkarna varat. Värkarna beskrivs vara tre-fyra per minut alternativt fyra-fem per minut, de kan vara med mer än fem minuters intervall eller färre än tre på 10 minuter. Värkarna beskrivs som extremt långa som kan sitta i flera minuter eller väldigt korta. Några barnmorskor beskriver att kvinnan har värkar utan att då ange någon tydligare definition och förklaring. Någon ansåg att det är barnmorskans upplevelse och iakttagelse av kvinnan som avgör hur ofta värkarna kommer och då kan man undra om det är mer avgörande än kvinnans egen beskrivning.

Vaginal undersökning

Följande resultat framkom i *huvudkategorin* vaginal undersökning där det angetts 15 olika kriterier att bedöma livmoderhalsen och livmodermunnens påverkan. Trots sammandragningar under flera timmar har ingen öppning av livmoderhalsen skett. Barnmorskorna ansåg att oftast är sammandragningarna i latensfasen korta och ger därför ingen effekt på livmoderhalsen. Här framkom två *kategorier* livmoderhalsen och livmodermunnen. Barnmorskorna bedömer livmoderhalsens utplåningsgrad vilket framkommer att den är delvis eller inte utplånad. Livmodermunnens öppningsgrad beskrivs vara från noll centimeter till fyra centimeter, med en variation där emellan. I bedömningen finns också livmoderhalsens riktning och konsistens med som avgörande betydelse och med det menas att det skulle vara mer eller mindre gynnsamt. Är det så att livmoderhalsen är fast och bakåtriktad kännetecknar det ytterligare att kvinnan är i latensfasen.

Vattenavgång/Blödning

Kvinnan bedöms av barnmorskorna att vara i latensfasen oavsett om det är vattenavgång eller inte. Samma gäller för blödning, kvinnan bedöms vara i latensfasen om hon har en teckningsblödning eller om hon inte har det.

Smärta

I *huvudkategorin* smärta framkom 13 olika kriterier i barnmorskans bedömning. I denna *huvudkategori* framkom tre *kategorier*; kvinnans upplevelse, molande smärta samt intervallsmärta. Det måste för barnmorskan vara den sammanlagda informationen som är viktig; hur länge kvinnan haft sina sammandragningar, hur ofta de kommer och hur länge de håller i sig. Hur påverkad kvinnan är och hennes egen upplevelse av smärta och hur hon kan hantera smärtan är också betydelsefullt. Behovet av smärtlindring är avgörande om hon befinner sig i latensfasen. En del kvinnor beskriver sammandragningarna som mensvärk och tolkas då vara i latensfasen. Sammandragningar är olika beroende på om man ligger, sitter eller ändrar ställning. Ofta kan man "slå ut" eller förleda sammandragningarna i latensfasen med hjälp av bad och massage. Andra barnmorskor beskriver att sammandragningarna kan sitta i flera minuter för att sedan släppa och kvar är en molande värk ovanför blygdbenet. Två barnmorskor anser att det är kvinnans beskrivning och upplevelsen av smärtsamma sammandragningar som är avgörande för om hon är i latensfasen och att det skulle vara det främsta kriteriet i bedömningen.

Övriga fysiska tecken

I denna *huvudkategori* framkom följande resultat. Barnmorskor bedömer värkarbetets progress genom yttre palpation av barnets huvuds nedträngning i bäckenkanalen. Kvinnans andning kan vara avgörande för barnmorskornas handläggning. En barnmorska uppger att latensfasen bara finns hos förstföderskor.

Fråga 2

Hur bedömer du att kvinnan är i ett etablerat värkarbete?

I sammanställningen av analysen framkom i denna fråga 48 olika definitioner med olika variationer. De analyserade svaren sorterades in i fem huvudkategorier vilka är värkar, vaginal undersökning, vattenavgång/blödning, smärta och övriga fysiska tecken (Se bilaga 2).

Värkar

Barnmorskorna bedömer aktiv fas när det sker en ökning av sammandragningarna genom att de blir kraftigare och tätare. De allra flesta skriver att regelbundna värkar definierar etablerat värkarbete. Värkarna delades in i två *kategorier*, tid och styrka. Värkarna bör vara med tre-fyra minuters intervall eller med fem-10 minuters intervall, de kan också vara från två-fyra per 10 minuter. Längden på värkarna beskrivs av barnmorskorna vara mellan 40-80 sekunder. Värkarna bedöms öka i intensitet allt eftersom tiden går.

Vaginal undersökning

När det gäller vaginal undersökning framkom 13 olika definitioner. Barnmorskorna bedömer att livmoderhalsen skall vara utplånad. Riktning och konsistens inkluderas också i bedömningen. Livmodermunnen skall vara öppen två-fyra centimeter och det skall ske en progress av en centimeter per timma för att kvinnan skall räknas vara i etablerat värkarbete. Buktande hinnblåsa som palperas är också en definition. Någon barnmorska anser att det är kombinationen av den vaginala undersökningen och värkarnas utseende som har avgörande betydelse för om kvinnan är i aktivt värkarbete eller inte.

Vattenavgång/Blödning

Här framkom tre kriterier för etablerat värkarbete. Barnmorskorna bedömde att kvinnan var i aktivt värkarbete oavsett om det var vattenavgång eller inte. Om kvinnan hade teckningsblödning kunde det vara avgörande för barnmorskan i sin bedömning.

Smärta

I *huvudkategorin* smärta framkom två *kategorier*, dessa är kvinnans upplevelse och smärtsamma sammandragningar. Några barnmorskor anger att kvinnans upplevelse borde vara avgörande för om hon är i etablerat värkarbete samt hur påverkad hon är av sina värkar. Dock är det svårt att tolka kvinnan då det ibland finns kvinnor som inte visar att de har ont och andra kvinnor är hysteriska. Kvinnans upplevelse måste tolkas i kombination med andra kliniska fynd som är avgörande för etablerat värkarbete.

Övriga fysiska tecken

Här framkommer att man enligt barnmorskorna bör ta hänsyn till om kvinnan börjar känna frossa och illamående. Kvinnan är så påverkad av sina värkar att hon inte kan prata utan måste bara koncentrera sig på att andas. Flera barnmorskor anger att andningsmönster och graden av hur allmänpåverkad kvinnan är, är avgörande för barnmorskan i sin bedömning av aktiv fas.

Sammanfattning av resultat

I resultatet för de två frågorna framkom en variation av olika definitioner av latensfas och aktiv fas. De flesta variationerna uppvisade små olikheter. Barnmorskorna beskriver latensfasen utifrån 67 olika definitioner, där svaren skilde sig huruvida tätt sammandragningarna bör komma och hur länge de bör hålla i sig. Den aktiva fasen definierades utifrån 48 olika kriterier även här med en variation av hur tätt sammandragningarna kommer och hur länge de håller i sig. Trots att barnmorskan arbetar utifrån nationella riktlinjer (Socialstyrelsens, 2001) för handläggning av normal förlossning i definitionen av aktiv fas, framkom det svårigheter för barnmorskorna att tydliggöra de olika definitionerna. För att definiera den aktiva fasen använde 32 procent av barnmorskorna endast ett kriterie för den aktiva fasen och endast 13 procent använde sig av två kriterier. Vilket kriterie som barnmorskorna använde sig av skilde dem åt. Men 57 barnmorskor ansåg att regelbundna sammandragningar var det mest avgörande för att bedöma om kvinnan var i aktivt värkarbete. Enligt Socialstyrelsens (2001) x ujj, riktlinjer skall minst två av tre kriterier vara uppfyllda; 1/Smärtsamma regelbundna sammandragningar (tre-fyra per 10 min) 2/Vattenavgång 3/Cervixdilatation tre-fyra centimeter.

Det som framkommer som en otydlighet är att så många olika definitioner finns beskrivna under varje fas men att varje enskild barnmorska endast uppger ett par. Det är således inte helt enkelt för barnmorskor att definiera de olika förlossningsfaserna. I resultatet framkommer att endast ett fåtal barnmorskor tagit med kvinnans upplevelse och hennes beskrivning av smärta i de två frågorna. Barnmorskorna är mer tydliga i sin beskrivning av sammandragningar och dess olika karaktärer. Här beskriver barnmorskorna hur ofta sammandragningarna kommer och hur länge de håller i sig även om svaren även här skiljer sig åt med olika variationer.

DISKUSSION

Det framkommer i resultatet att barnmorskorna inte på ett enhetligt sätt definierar latensfasen. Att det inte finns enkla, entydiga definitioner av förlossningsfaserna stärks även av annan forskning som visar att en korrekt diagnostisering av förlossning är en av de svåraste delarna inom förlossningsvården (Baxter, 2007).

Arbetet på förlossningsavdelning är inte statiskt. Vi utbyter erfarenheter både nationellt och internationellt genom, till exempel, studiebesök, seminarier och barnmorskekongresser. Vi värderar vår kunskap och tillämpar den på bästa sätt utifrån evidens. Vårdvetenskap är förhållandevis ny som vetenskap vilket gör att det finns ett otal ämnen att fördjupa sig i, däribland hur vi som barnmorskor bedömer de olika förlossningsfaserna. Det är många olika saker som påverkar vår bedömning när kvinnan kommer till förlossningsavdelningen. Det som borde vara en självklar bedömning är inte alltid det. Vi blir påverkade av kvinnans sätt att uttrycka sin smärta och oro och många gånger finns andra avgörande iakttagelser med i vår bedömning. Som vi skrivit i vår bakgrund att vara professionell och samtidigt en vän och vårdare, inte heller det är alltid en självklarhet (Haley McCrea et al., 1998). Det känns därför viktigt att försöka arbeta fram tydliga riktlinjer för vården kring kvinnan när hon kommer till

förlossningen. Detta gäller i första hand de kvinnor som söker vård i latensfasen. Trots allt har vi lättare att vårda de kvinnor som kommer in och är i aktiv fas även om denna fas inte heller alltid är självklar att diagnostisera eftersom gränsdragningarna är hårfina.

Metoddiskussion

Syftet med vårt arbete var att belysa hur förlossningsbarnmorskor definierar latensfas och aktiv fas. Vilka parametrar väger barnmorskan in i sin bedömning? Vår målsättning var att ställa dessa frågor till de barnmorskor som vid tiden för studien arbetade på förlossningsavdelningarna i Göteborg och Borås. Omfattningen av informanter var av en sådan art att en intervjuundersökning blivit alltför omfattande i relation till uppsatsens nivå, något som annars varit intressant och kanske blivit mer uttömmande.

Vi valde istället att ställa våra två frågor i enkätform. Frågorna var öppna och utrymmet tillät endast korta svar, något som kan vara gynnsamt på en förlossningsavdelning där man arbetar under tidspress. Samtidigt blev svaren i vissa fall väldigt summariska och svårtolkade vilket försvårat analysen.

Vid val av analysmetod vacklade vi mellan att göra en kvantitativ eller en kvalitativ innehållsanalys. Genom att göra en kvantitativ analys skulle vi analysera frekvenser och proportioner (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). och därmed kunna "sätta siffror" på barnmorskornas bedömningar. Denna metod skulle ha kunnat komma väl till pass om vi valt en enkätform med slutna frågor.

Då vi nu valt en enkät med öppna frågor föll istället valet på en kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats. Med i förväg formulerade frågor som ställs på samma sätt till alla deltagare uppnår forskaren syftet att distansera sig "göra sig så osynlig som möjligt för att inte påverka händelseförloppet". Viss grad av abstraktion och tolkning behövs dock för att resultatet skall bli begripligt och meningsfullt (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Kvalitativ innehållsanalys används för att identifiera variationer med avseende på skillnader och likheter, något som var värdefullt i vårt arbete.

Resultatdiskussion

Barnmorskornas svar var i många fall summariska och svårtolkade, frågan man ställer sig är vad det beror på. Mycket avstår man kanske från att skriva ned då det upplevs som självklart i sammanhanget. Dahlberg (1997) beskriver den dolda och tysta kunskapen som att den "sitter i ryggmärgen". Exempelvis har flertalet av barnmorskorna ej nämnt om sammandragningarna varit smärtsamma eller ej och under den aktiva fasen poängteras regelbundenheten men sällan intervallet. En annan möjlig förklaring, till de summariska svaren, kan vara ovanan att med ord formulera sina iakttagelser. Det kanske rent av upplevs omöjligt att sätta på pränt, det som man som barnmorska upplever med alla sina sinnen. Ibland kanske dessa iakttagelser även upplevs, av vissa, som mindre viktiga än de rent medicinska parametrarna.

Den stora mångfalden av svar kan möjligen delvis härledas till ovan beskrivna samtidigt som det också säger något om svårigheten vid definitionen av, framförallt, latensfasen. I

Diagnoshandbok för Kvinnosjukvård (2003) finns ingen specifik diagnos för latensfas. Däremot finns en specifik diagnos för förlängd latensfas vilket definieras med ”mer än 18 tim till cervixöppning tre centimeter” (diagnoskod O62.2). Då man inte har fastställda kriterier för när latensfasen börjar torde det vara svårt att bedöma när de 18 timmarna passerats och diagnosen ”förlängd latensfas” är indikerad. Denna diagnos kan bara sättas såvida kvinnan vårdats på förlossningen under hennes latensfas.

I enkäten beskriver barnmorskorna att kvinnan ofta har ”molmensvärk” och pinvärkar. Sammandragningarna är för det mesta oregelbundna och de kan vara både extremt korta och extremt långa. Det är lätt att ”förleda” smärtan med hjälp av lägesändring, värme, massage och bad. Några barnmorskor nämner kvinnans egen upplevelse och hennes förmåga att hantera smärtan samt eventuellt behov av smärtlindring.

Utifrån det stora flertalet av barnmorskornas svar angående bedömningsgrunder för latensfasen framkommer det att oregelbundna sammandragningar i kombination med obetydlig påverkan på livmodertappen/livmodermunnen är de huvudsakliga tecknen på latensfasen.

Barnmorskornas uppfattning om vilka kriterier som skall uppfyllas för att bedöma att kvinnan är i en aktiv fas är, utifrån Socialstyrelsens kriterier, bristfällig. Några utgår ifrån dessa kriterier i sin bedömning men det stora flertalet uppger inte mer än ett av de tre kriterierna, varav minst två skall vara uppfyllda för att man enligt Socialstyrelsen skall kunna anse kvinnan vara i en aktiv fas (Socialstyrelsen, 2001). Det kriterie som anges mest frekvent är en cervixdilatation på tre-fyra centimeter, vattenavgång nämns i vissa svar. Vad sammandragningarnas intervall beträffar har redan beskrivits tänkbara orsaker till svarens bristfällighet. Det kan dock vara så att barnmorskan anser kriteriet vara uppfyllt om kvinnan har regelbundna, smärtsamma sammandragningar men med ett glesare intervall än det Socialstyrelsen angivit. Tre till fyra sammandragningar per 10 minuter innebär att sammandragningarna kommer med ett intervall av 2,5 – tre minuter, vilket säkerligen upplevs av många barnmorskor som mycket tätt.

De barnmorskor som besvarat enkäten bär på ett, ej försumbart, antal års erfarenhet som förlossningsbarnmorskor. Hur tydlig Socialstyrelsen än är i sina direktiv föder mängder av kvinnor, lyckligt ovetandes om dessa direktiv, sina barn. Många barnmorskor har fått uppleva förlossningar där kvinnan med glest intervall mellan värkarna föder sitt barn med segerhuva, det vill säga, där vattnet först går i samband med barnets framfödande. Å andra sidan är mer än hälften av kvinnorna med en cervixdilatation på fyra centimeter fortfarande i latensfasen (Austin & Calderon, 1999). Detta stämmer till eftertanke. En kvinna och hennes förlossning kan svårligen med ord beskrivas eller som Helena Malheims skrev i mitten av 1700-talet ”...kunna bättre genom erfarenhet av en våndas ynkeliga låt och åthävor kännas läras, en med pennan beskrivas” (Höjeberg, 1995, s 99).

Många barnmorskor har också skrivit att en progress i värkarbetet är av stor betydelse, något som även Socialstyrelsen väger in då de skriver att kvinnor som inte uppfyller två av dessa kriterier efter några timmars observation är sannolikt i latensfasen (Socialstyrelsen, 2001).

Med resultatet som bakgrund bör vi också ställa oss frågan huruvida barnmorskor kan bedöma om kvinnan hon har framför sig befinner sig i aktiv fas eller om hon ännu är i latensfasen, för att därmed kunna handlägga på ett korrekt sätt. I vissa enkäter talar man om kvinnans upplevelse även om det också nämns att det kan vara svårtolkat då kvinnor uttrycker sin smärta på olika vis.

De flesta barnmorskor väljer att svara på enkäten utifrån en medicinsk infallsvinkel. De medicinska parametrarna är oftast lättare att klassificera och värderas ofta, inom sjukvården, som viktigare än de mer sublima vårdvetenskapliga. När man dokumenterar är det de medicinska realiteterna som efterfrågas medan de vårdvetenskapliga får stå tillbaka. En del av förklaringen kan ligga i att våra förlossningskliniker styrs av läkare. Det åligger dock barnmorskan att handlägga den normala förlossningen och det är hennes ansvar att värna om hela kvinnan, att ha en vårdande helhetssyn. Dahlberg (1997) skriver om det intersubjektiva mötet, mötet mellan barnmorska och kvinna, där kvinnans själva existens bekräftas och där hon får möta empati, värme, närhet och förmedlas tillit och hopp.

Konklusion/implementering

Födandet är ett skeende och det är oerhört viktigt att barnmorskan är följsam i dess progress. Vår erfarenhet är att barnmorskor ofta är alltför snabba i sin bedömning och ger inte kvinnorna tid för att se om de kommer in i en aktiv fas. Beslut tas snabbt om kvinnan skall skickas hem eller läggas in på förlossningsavdelningen för att sova. Vid oklarhet om var i förlossningsförloppet hon befinner sig kan det vara värdefullt att vänta ett par timmar för att se hur sammandragningarna utvecklas, eventuellt göra en ny vaginal undersökning, innan man beslutar om den fortsatta handläggningen.

För att förbereda kvinnan och partnern på bästa sätt inför förlossningen och för att öka förutsättningarna för en positiv förlossningsupplevelse är det oerhört angeläget att de är förberedda och införstådda med vad en latensfas kan innebära (Walmsley, 1994; Carlsson et al., 2007). Största ansvaret för denna förberedelse ligger på barnmorskemottagningarna.

Då en kvinna i latensfasen kontaktar förlossningsavdelningen kan det, när hon önskar, vara av stort värde att hon och hennes partner kommer in till förlossningsavdelningen för en kontroll. Genom detta förfarande når man inte bara kvinnan med information och råd utan också hennes partner som skall stötta och lugna (Janssen, Iker & Carty, 2003). Paret får en bekräftelse på att allt är normalt och bra och kan känna trygghet i att ha etablerat en kontakt med förlossningsavdelningen även om de efter besöket återvänder hem. När en kvinna återvänt hem är det av stor betydelse att man upprätthåller en telefonkontakt för att hjälpa och stötta henne. Detta är också ett uttryck för att hon inte är bortglömd även om hon är i hemmet istället för på sjukhus (Greulich & Tarrant, 2006; Forsberg, 2004). Maximalt tålmod och minimalt ingripande skall vara en hörnsten i handläggandet av latensfasen (Greulich & Tarrant, 2006), en synpunkt som gäller både kvinna, partner och barnmorska.

Det är barnmorskans uppgift att göra en bedömning om kvinnan bör vara hemma eller på sjukhus (Austin & Calderon, 1999). Bedömningen sker utifrån en helhetssyn där många aspekter väves in; Hur upplever kvinnan sin situation? Vilken stöttning har hon?

Är det praktiskt möjligt att åka hem? Vilken tid på dygnet är det möjligt att åka hem? Vad visar de medicinska parametrarna? Detta och mycket annat måste barnmorskan beakta i sitt ställningstagande

Enligt Socialstyrelsen är hemmet den bästa och säkraste platsen för en kvinna i latensfas. Carlssons studie (2007) visar dock att många kvinnor vill vara på sjukhus då de känner att de får lämna över ansvaret både för sig själva, barnet och hela förlossningsförloppet. Ett av grundmotiven till varför kvinnan i latensfasen bör vara hemma är den ökade risken för interventioner (Socialstyrelsen, 2001), men det handlar också om en resursproblematik. På våra förlossningsavdelningar har vi oftast inte plats för dessa kvinnor och vi har heller inte de personella resurserna. Är det så att en barnmorska trots detta ändå överväger att kvinnan bör få kvarstanna på förlossningen får man en känsla av att barnmorskan måste försvara sitt beslut. Barnmorskor kan välja att skicka hem patienter av rädsla för att bli bedömda och beskyllda av kollegor och överordnade (Cheyne et al., 2006). Som barnmorska upplever man ofta en maktlöshet inför mötet med dessa kvinnor. Vi upplever att vi inte har mycket mer än läkemedel att erbjuda då möjligheten att vara närvarande hos kvinnan, kanske ge henne massage, och omsorg är begränsad. Vi de tillfällen man bedömer att kvinnan är i behov av medicinsk smärtlindring kan man reflektera över de läkemedel och doser vi använder oss av. I de artiklar vi läst nämner man enbart morfin och då i betydligt högre doser än de vi ger. Syftet är att ta bort obehag och tillåta progress i förlossningsarbetet medan patienten sover (Greulich & Tarrant, 2006).

Medan vissa frågar sig om det finns en distinkt latensfas, kvarstår ändå uppgiften att hjälpa och lotsa kvinnan genom denna fas (Carlsson et.al., 2007). En korrekt diagnostisering av förlossning är en av de svåraste delarna inom förlossningsvården och handläggningen av latensfasen är en svår uppgift för barnmorskan (Baxter, 2007). I vår studie har det framkommit att barnmorskor inte alltid lyckas avgöra var i förlossningen kvinnan befinner sig för att därmed också kunna ge henne den vård hon behöver. Barnmorskor måste använda de redskap de har tillgång till för att kunna göra en så korrekt bedömning som möjligt. Studier visar att det föreligger en stor risk för komplikationer i gruppen kvinnor med förlängd latensfas (Gharoro & Enabudoso, 2006; Maghoma & Buchmann, 2002). I en tid där stor möda läggs på att minska kejsarsnittsfrekvenser känns det därför oerhört angeläget att diagnostisera denna grupp av kvinnor samt att utarbeta en handlingsplan för att undvika onödiga komplikationer. Idag finns en diagnos för förlängd latensfas men tyvärr används den alltför sällan.

En fortsatt diskussion i ämnet är nödvändig så vi lär oss att förbättra våra bedömningsmetoder för att därmed också kunna ge kvinnan den allra bästa vård och omsorg. För att möjliggöra denna förbättring krävs ytterligare forskning kring latensfas, dess definition och handläggning.

REFERENSER

- Andrén, K., Störholt, L., & Lundgren, I. (2005). Kvinnors upplevelser av taktill massage under förlossningens latensfas. *Vård i norden*, 78(25), 10-14.
- Austin, D. A., & Calderon, L. (1999). Triaging patients in the latent phase of labour. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(6), 585-591.
- Baxter, J., & Garret Andersson, E. (2007). Care during the latent phase of labour: supporting normal birth. *British journal of midwifery*, 15(12), 765-767.
- Bengtsson, J. (1990). Det högsta praktiska goda och det etiska kravet. Några utvecklingslinjer i fenomenologisk etik. *Philosophia*, 19, 1-2, 75-106.
- Berg, M., & Lundgren, I. (2004). *Att stödja och stärka vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.
- Brody, S. (1982). *Obstetrik gynekologi*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB.
- Carlsson, I-M., Hallberg, L.R-M., & Odberg Pettersson, K. (2007). Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour: A grounded theory study. *Midwifery*, 003 2-9.
- Cheyne, H., Dowding, D.W., & Hundley, V. (2006). Making the diagnosis of labour: midwives' diagnostic judgment and management decisions. *Journal compilation* (14), 625-635.
- Dahlberg, K. Segesten, K. Nyström, M., Suserud, B O., & Fagerberg, I. (1997) *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (1997) *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A., & Nissen, E., (2001). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, A. (2004). *Omvårdnad och handläggning av förlossningens latensfas en systematisk litteraturstudie*. Kandidatuppsats, Karolinska Institutet. Institutionen för omvårdnad.
- Gharoro,E.P., & Enabudoso, E.J (2006). Journal Labour managment: An appraisal of the role of false labour and latent phase on the delivery mode. *Journal of obstetrics and gynaecology*, 26(6), 534-537.
- Greulich, B., & Tarrant, B. (2006). The latent phase of labour: Diagnosis and managment. *Journal of Midwifery & Women's health*, 52(3), 190-198.
- Grobman, W.A., & Simon, C. (2006). Factors associated with the length of the latent

- phase during labor induction. *European journal of obstetrics and gynecology and reproductive biology*, 132(2), 163-166.
- Hally McCrea, B., Wright, M.E., & Murphy-Black, T. (1998). Differences in midwives' approaches to pain relief in labour. *Midwifery*, 14, 174-180.
- Hermansson, K. (2005). *Sammandragningar före förlossningens aktiva fas - en oreda möjlig att utreda?* Magisteruppsats. Lunds universitet, Institutionen för hälsa och samhälle.
- Hunter, L.P., & Chern-Hughes, B. (1996). Management of prolonged latent phase labor. *Journal of Nurse-Midwifery*, 41(5), 383-388
- Höjeberg, P. (1995). *Helena Malhiems Barnmorske lära år 1756*. Stockholm Hälso pedagogik HB.
- Ingemarsson, I. (2006). *Fosterövervakning med CTG*. Lund: Studentlitteratur.
- Janssen, P.A., Iker, C.E., & Carty, E.A. (2003). Early labour assesment and support at home: A randomized controlled trial. *Obstetric Gynaecol Can*, 25(9), 734-741.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård*. (s.159-172). Lund Studentlitteratur.
- Maghoma, J., & Buchmann, E.J. (2002). Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(1), 16-19.
- Moberg Uvnäs, K. (2000). *Lugn och beröring*. Stockholm Kerstin Uvnäs Moberg och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Nystedt, A., Högberg, U., Wikman, M., & Lundman, B. (2000). Förlångsammad förlossning En kvalitativ pilotstudie av kvinnors upplevelser. *Vård i Norden*, 55(20), 22-26.
- Socialstyrelsen. (2001). Stockholm: *Handläggning av normal förlossning: State of the Art*: Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (2003). *Diagnoshandbok för kvinnosjukvården 2003*.
- Walmsley, K. (1999). Caring for women during the latent phase of labour. *The practicing midwife*, 2(2), 12-13
- Yerby, M. (1996) Managing pain in labor. *Modern midwife*, April 1996, 16-18

Bilaga 1

Latensfas

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Underkategori	Kategori	Huvudkategori
Kvinnan har haft mer eller mindre regelbundna Sdr under många timmar	regelbundna/ oregelbundna	Regelbundenhet		Värkar
Sdr med mer än 5 min intervall.	Glesa < 3 sdr/10 min sdr 3-4/10 min	Intervall	Tid	
Latensfasens värkar är ofta kortare. Sdr som sitter i flera minuter.	Korta sdr, extremt långa sdr.	Duration		
Värkar som inte är lika när man ligger/ sitter och ändrar till ny ställning. Värkar som lätt "slås ut" av tex. värme eller massage.	Olika karaktär av sdr. Svaga/ ineffektiva		Styrka	
Fastheten och värme eller massage. Mjukheten samt de övriga parametrarna.	Delvis utplånad, ej nämvärt påverkad, fast halvfast, utplåningsgrad, riktning, konsistens		Livmoderhalsen	Vaginal undersökning
Livmodermunnen ej öppen >3cm	Livmodermunnen öppen 2-3 cm, öppen <4 cm, Öppningsgrad och konsistens		Livmodermunnen	
Kan vara i latensfas trots vattenavgång	Vattenavgång eller ej vattenavgång		Vattenavgång	Vattenavgång/ blödning
Ingen teckningsblödning	Teckningsblödning eller ej		Blödning	
Kvinnans upplevelse borde vara avgörande	Kvinnan beskriver smärtan och var den förläggs		Kvinnans upplevelse	Smärta
Molande värk ovanför symfysen	"Mensvärk"		Molande smärta	
Oregelbundna sdr, pinvärkar. Kvinnans behov av smärtlindring	Smärtsamma sdr Pinvärkar		Intervall smärta	
Barnmorskans upplevelse av hur tätt sdr kommer.	Palperar segment och nedträngning		Yttre palpation	Övriga fysiska tecken
	Kvinnans andning		Andningen	

Bilaga 2

Aktiv fas

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Underkategori	Kategori	Huvudkategori
Smärtsamma regelbundna sdr med 3-4 min intervall	Regelbundna	Regelbundenhet	Tid	Värkar
Täta sammandragningar	Täta 3-4 min, minst 2-3/10 min	Intervall		
Värkarna håller oftast i sig 45-80 sekunder	40-80 sek >60 sek	Duration		
Stegvis ökning av sdr så de blir tätare och kraftigare. Tryck under värk vid vaginal unders.			Styrka	
Värkar som ger progress på livmodertappen	Utplånad eller så gott som utplånad beroende på först eller omföderska		Livmodertappen	Vaginal undersökning
Öppnar sig 1cm/timme	Öppet 3-4 cm		Livmodermunnen	
Buktande hinnblåsa	Vattenavgång/ ej vattenavgång		Vattenavgång	Vattenavgång/ blödning
Teckningsblödning	Teckningsblödning		Teckningsblödning	
Kvinnans upplevelse borde vara kriterie ett. Kvinnans upplevelse i kombination av kliniska fynd.	Smärtpåverkad kvinna		Kvinnans upplevelse	Smärta
Smärtsamma sammandragningar	Smärtsamma sammandragningar		Smärtsamma sammandragningar	
Kvinnans andning och påverkan Kvinnan börjar känna frossa och kräkas. Kvinnan påverkad av sina värkar, kan ej prata måste andas	Klinisk bild			Övriga fysiska tecken