

# Orsaker till att föräldrar inte är nöjda med stödet och bemötandet från förlossningspersonalen

En analys av enkätsvar vid förlossningsenhet, Sahlgrenska universitetssjukhuset 2010

<b>FÖRFATTARE</b>	Eva Larsson Nina Söderlund
<b>PROGRAM/KURS</b>	Barnmorskeprogrammet 90 p/ Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa HK2010
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Anna Dencker
<b>EXAMINATOR</b>	Marie Berg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



## **FÖRORD**

Tack till Anna Dencker som handlett oss under uppsatsskrivandet. Även tack till Anna-Karin Ringqvist (FOU barnmorska) och sekreteraren på Specialförlossningen, Östra sjukhuset, som hjälpt oss med information om enkäten samt enkätsvaren. Vi vill även tacka Magnus Sjöbäck (journalist) för hjälp med korrekturläsning och layout.

Titel (svensk):	Orsaker till att föräldrar inte är nöjda med stödet och bemötandet från förlossningspersonalen
Titel (engelsk):	Reasons why parents are not happy with the support and how they were approached of obstetric staff
Arbetets art:	Självständigt arbete - magisterexamen
Program/kurskod/kurs:	Barnmorskeprogrammet 90 p/RPH100/ Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	48 sidor
Författare:	Eva Larsson Nina Söderlund
Handledare:	Anna Dencker
Examinator:	Marie Berg

---

## SAMMANFATTNING

**Introduktion:** Upplevelsen av en förlossning beskrivs som en individuell och komplex livshändelse och är relaterad till subjektiva, psykologiska och fysiologiska processer hos varje kvinna. Kvinnans upplevelse av förlossningen har omedelbara och långvariga effekter på kvinnans hälsa och relation till sitt barn.

**Syfte:** Syftet är att beskriva orsaker till att föräldrar inte är nöjda med stödet och bemötandet från förlossningspersonalen.

**Metod:** Datamaterialet bestod av enkätsvar besvarade av nyblivna föräldrar postpartum. Enkäten berörde upplevelsen av vården under hela vårdkedjan. Denna magisteruppsats utgjordes av en gemensam analys av två slutna och två öppna frågor rörande förlossningsvården. De slutna frågorna var: ”Är du nöjd med bemötandet under förlossningen?” och ”Fick du det stöd du önskade av förlossningspersonalen under förlossningen?” och de öppna frågorna var: ”Beskriv varför du inte är helt nöjd med bemötandet/stödet”. Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Enkäterna som analyserats på uppdrag av förlossningsenheten, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, var besvarade mellan januari och september 2010. Frågan om bemötande besvarades av 3481 respondenter, varav 174 svarade på den öppna frågan. Frågan om stöd besvarades av 2950 respondenter, varav 124 svarade på den öppna frågan. Analysen gav fyra huvudkategorier samt 15 underkategorier. Huvudkategorierna var: Bristande närvaro, Otillräcklig fokus på kvinnan, Bristande kommunikation och Missnöje med personalens förhållningssätt.

**Diskussion & slutsats:** En central orsak till att föräldrarna inte var nöjda med stödet på förlossningsavdelningen var bristande närvaro som oftast verkade ha berott på underbemannad avdelning. En annan framträdande orsak till missnöje med stödet var otillräcklig fokus på kvinnan, genom avsaknad av coaching och uppmuntran, vilket även framkommit i tidigare studier. Bristande kommunikation var en annan orsak som framträtt, då flera föräldrar upplevt att de inte blivit tagna på allvar eller lyssnade på och därmed inte känt sig delaktiga. Främjande av delaktighet var enligt flera tidigare studier en viktig faktor för positiv förlossningsupplevelse. En orsak till att föräldrar inte var nöjda med bemötandet var att de upplevde ett empatilöst bemötande i form av attityder och kommentarer. Bemötandet påverkas av barnmorskans personlighet och erfarenhet, vilket går i linje med tidigare studier. Stödet och bemötandet måste förbättras för att alla ska få en positiv förlossningsupplevelse.

**Nyckelord:** Stöd, bemötande och förlossningsupplevelse.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The experience of childbirth is described as an individual and complex life event and is related to the subjective, psychological and physiological processes of every woman. The woman's experience of childbirth has immediate and long-lasting effects on women's health and relationship with their children.

**Objective:** The objective is to describe the reasons for parental dissatisfaction with support and how they were approached by obstetric staff.

**Method:** The data material consisted of questionnaires filled out by new parents postpartum. The inquiry concerned the experience of care throughout the continuum of care. This master's thesis consisted of a joint analysis of two closed and two open questions, about the maternity ward. The closed question was: "Are you satisfied with the support and the way you were approached during labor?" and the open question was: "Describe why you are not completely satisfied?" The data sets were analyzed using qualitative content analysis.

**Results:** The questionnaires were analyzed on behalf of the obstetric unit, Sahlgrenska University Hospital, were responded between January and September 2010. The question about the treatment in the birth clinic were answered by 3481 respondents, of whom 174 responded to the open question. The question of support was answered by 2950 respondents, of whom 124 responded to the open question. The analysis revealed four main categories and 15 subcategories. The main categories were: Lack of attendance, Lack of focus on the women, Lack of communication and Poor staff attitude.

**Discussion & Conclusion:** A central reason why parents were not satisfied with the support from obstetric staff was a lack of presence that often seemed to have been due to the understaffed maternity ward. Another reason for dissatisfaction with the support was insufficient focus on the woman, by lack of coaching and encouragement, which also emerged in previous studies. Lack of communication was another cause, as several parents felt that they had not been taken seriously or been listened to, and therefore not felt participation. Promotion of participation was according to several previous studies an important factor for a positive childbirth experience. One reason why parents were not satisfied with how they were approached was that they felt an empathy dissolved treatment in form of attitudes and comments. The response is influenced by the midwife's personality and experience, which is in line with previous studies.

**Keywords:** Support, treatment and birth experience.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION</b> .....	<b>1</b>
INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
<b>Stöd</b> .....	1
<i>Stödets betydelse</i> .....	3
<b>Bemötande</b> .....	3
<b>Förlossningsupplevelse</b> .....	5
<i>Betydelsen av förlossningsupplevelse</i> .....	9
<b>Barnmorskans profession</b> .....	10
<b>SYFTE</b> .....	<b>11</b>
<b>METOD</b> .....	111
DATAINSAMLING.....	111
DATAANALYS.....	12
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN.....	14
<b>RESULTAT</b> .....	15
BRISTANDE NÄRVARO.....	17
OTILLRÄCKLIG FOKUS PÅ KVINNAN.....	20
BRISTANDE KOMMUNIKATION.....	21
MISSNÖJE MED PERSONALENS FÖRHÅLLNINGSSÄTT.....	27
SAMMANFATTNING AV RESULTATET.....	30
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>31</b>
METODDISKUSSION.....	31
RESULTATDISKUSSION.....	33
<b>Slutsats</b> .....	42
<b>Fördelning av arbetet</b> .....	42
<b>REFERENSER</b> .....	43

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Ett av förlossningsvårdens mål är att föräldrar skall få en positiv förlossningsupplevelse (Socialstyrelsen, 2001). Många studier är gjorda på kvinnors förlossningsupplevelse och faktorer som påverkar den, men trots detta upplever fortfarande vissa föräldrar missnöje med förlossningsvården. Inom perinatalvården i Göteborgs stad erbjuds de nyblivna föräldrarna att besvara en enkät med frågor om upplevelsen av mödravården, förlossningsvården, BB och barnavårdscentralen. Vi har valt att analysera en del av detta material och inrikta oss på orsaker till att föräldrar inte är nöjda med stödet och bemötandet från förlossningspersonalen. Vad är det som orsakar att föräldrar inte är nöjda, då det finns mycket evidensbaserad kunskap tillgänglig om förlossningsupplevelsen?

## BAKGRUND

Då orsaker till varför föräldrar inte är nöjda med stödet och bemötandet från förlossningsvården ska undersökas ses stöd, bemötande och förlossningsupplevelse som centrala begrepp. Dessa begrepp valdes därför som teoretisk referensram.

### **Stöd**

Socialt stöd definieras som ”den hjälp och det skydd som ges till andra individer”. Hjälpen kan bestå av något konkret som finansiell hjälp eller något abstrakt som emotionell hjälp (Langford, Bowsher, Maloney & Lillis, 1997). Stöd delas upp i socialt stöd som ges av någon som har en relation till mottagaren och stöd som ges av en professionell yrkesutövare. Socialt stöd finns mellan människor som har en ömsesidig personlig relation och karakteriseras av öppenhet, att den stöttande relationen tar tid att utveckla samt att stödet är delat, ömsesidigt och inte tidsbegränsat. Det bygger på en vänskap och mottagaren har oftast förväntningar på att stöd ska ges från givaren. Professionellt stöd som ges av vårdare skiljer sig från

det sociala stödet genom att det inte är obegränsat. Det är dessutom i de flesta fall tidsbegränsat till vårdtiden och baseras på förväntningar från mottagaren och vårdarens yrkesroll. Det professionella stödet mellan patient och vårdgivare är inte ömsesidigt och återgäldas inte utan vårdaren får istället betalt för sina tjänster. Den sårbara mottagaren måste kunna lita på vårdarens kompetens och tro att han eller hon kommer sörja för patientens bästa. Vårdaren kan också gå in och ge socialt stöd som en surrogatperson om patienten inte har tillgänglighet till tillräckligt med riktigt socialt stöd (Hupcey & Morse, 1997).

Langford, et al., (1997) identifierade genom begreppsanalys olika sorters stöd. Stöd, oavsett om det är socialt eller professionellt kan indelas i: känslomässigt, instrumentellt, informativt och uppskattande stöd. Det känslomässiga stödet som även är det viktigaste ges främst av anhöriga och inkluderar: omsorg, empati, kärlek och trygghet. Barnmorskan kan även ge delar av detta stöd genom att förmedla omsorg, trygghet och empati. Det känslomässiga stödet ger en känsla av att få omsorg, vara uppskattad och värdefull, accepterad och att tillhöra gemenskapen. Det instrumentella stödet innebär att fysiskt och med materiella verktyg stötta en annan, till exempel kroppsligt eller finansiellt. Det informativa stödet innebär att ge kontinuerlig information som hjälp till problemlösning vid stress och problem. Uppskattande stöd ges för att främja och stödja utveckling av självkänsla och självförtroende, genom att stödja personalens handlade och åsikter (a a).

Stöd och hjälp från barnmorskan beskriver Lundgren (2009) som centralt för kvinnans möjlighet att hantera situationen under förlossningen. Barnmorskor utför utöver sitt praktiska arbete även mycket emotionellt arbete eftersom de identifierar sig med kvinnan och delar förlossningsupplevelsen enligt Kennedy, Shannon och Chuahorm, (2004). Barnmorskans centrala arbetsuppgifter innebär att se kvinnan och hennes behov samt att stödja kvinnans egen kapacitet genom att förmedla trygghet och lugn enligt Lundgren, (2005); Heli, (2010). Detta kan göras genom att leda kvinnan till att ha en lugn och ljudlös andning, ha slutna ögon eller fokuserad blick, ha en avslappnad och tung kropp mellan värkarna samt genom att beröra kvinnan och använda en mörk och lugn röst (Heli, 2010).

### ***Stödets betydelse***

Kontinuerligt stöd under aktivt förlossningsarbete är något som förlossningsvården bör sträva efter då det ger flera positiva effekter. Kvinnor som fått kontinuerligt stöd under förlossningen får i mindre utsträckning en instrumentell förlossning med sugklocka, tång eller kejsarsnitt. Värkarbetet är i genomsnitt något kortare tidsmässigt och mindre analgetika används. Kvinnorna som fått kontinuerligt stöd har även i större utsträckning en mer positiv förlossningsupplevelse (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2007), då de känt sig lugna och trygga. Detta kan förklaras med att stress, rädsla och oro hos den blivande mamman orsakar frisättning av stresshormonet – adrenalin, vilket hämmar oxytocinfrisättningen under förlossningen (Nissen & Mårtensson, 2009). Oxytocin är kroppens lugn och ro hormon som är nödvändig för att kvinnan ska kunna slappna av och att förlossningen ska framskrida. Det har även en värkstimulerande effekt. Känslan av trygghet upplevs när kvinnan känner tillit till personalen genom gott stöd, vilket då stimulerar det parasympatiska (lugn och ro) systemet (Heli, 2010).

### **Bemötande**

I ett pedagogiskt vårdmöte har bemötandet en betydande roll i det sociala växelspelet. För vårdaren handlar det om att inneha en medvetenhet om patientens situation och förmåga att leva sig in i denna. För ett gott bemötande krävs det enligt Bergh (2002) att vårdaren kan se situationen utifrån patientens perspektiv och behov, och på så sätt förstå patientens attityder och reaktioner. En professionell hållning innefattar empati, vilket innebär förmåga att sätta sig in i och förstå en annan persons känslor och situation (Holm, 2001). Bemötandet skall präglas av lyhördhet för de psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov hos kvinnor som söker hälsovård oberoende av deras omständigheter (ICM, 2011).

Inför mötet mellan vårdare och patienter finns flera förväntningar hos båda parterna. Förväntningarna är relaterade till den specifika situationen, tidigare erfarenheter hos båda och positioner/roller som personerna innehar (Holm, 2001). Vårdaren bekräftar patienten genom att våga möta henne i både glädje och lidande (Eriksson, 1995). Överfört till perinatalvården är det viktigt att barnmorskan möter



paret utifrån en humanistisk människo- och jämställdhetssyn samt ger stöd under den perinatale perioden (Socialstyrelsen, 2006). Enligt Eriksson (1990) innebär en humanistisk hållning eller människosyn att vi närmar oss en annan människa ödmjukt, försiktigt och icke-forcerat, med en öppen syn för att kunna ge och ta. Berg, Lundgren, Hermansson och Wahlberg (1996) menar att mötet mellan barnmorskan och det blivande föräldraparet är bland det viktigaste för en positiv förlossningsupplevelse för paret och en förutsättning för ett bra möte är en god relation.

Det är viktigt att paret känner sig välkommet till förlossningsavdelningen. Vårdaren ska ha ett vänligt och icke-dömande bemötande samt använda ett lättförståeligt språk. Paret informeras om förlossningsprogressen och uppmuntras till att ställa frågor. Det är även viktigt att vårdaren förklarar alla procedurer, söker tillåtelse, diskuterar undersökningsfynd, uppmuntrar och berömmar kvinnan samt försäkrar henne om att allt går som det ska (WHO, 2006).

Barnmorskan är enligt Lothian (2006) alltid i en maktposition i förhållande till föräldraparet under förlossningen och påverkar förlossningsupplevelsen i hög grad. Ett positivt första möte mellan barnmorskan och föräldraparet tycker Magnusson (1998) är betydelsefullt för att etablera en god vårdrelation och en förtroendefull kontakt. Kvinnor betonar vikten av att bli sedda som en viktig person och inte som en i mängden som barnmorskan vårdar (Berg et al., 1996; Hildingsson & Thomas, 2007). Främjande av delaktighet genom kontinuerlig information, att tillfredsställa behov, vara stöttande, ge bekräftelse genom att visa respekt och att bli engagerad beskriver Hildingsson och Thomas (2007) som viktiga faktorer för att kvinnan skall uppleva trygghet. För att barnmorskans guidande roll skall ge goda resultat är det enligt Berg et al., (1996) viktigt att kvinnan får tid till att exempelvis testa en ny strategi i förlossningsarbetet och att information ges när kvinnan är redo att lyssna.

Enligt Socialstyrelsen (2006) skall barnmorskan se till parets kunskaper och erfarenheter samt visa omsorg och respekt för deras värdighet, integritet och autonomi. Barnmorskan visar respekt för kvinnan genom att försöka förstå vem hon är, hennes personlighet, bakgrund och livserfarenheter menar Berg et al., (1996); Hildingsson och Thomas (2007). Andra viktiga egenskaper hos barnmorskan beskriver Hildingsson och Thomas (2007) som att vara: stöttande och

tillmötesgående. Barnmorskan visar sig kompetent genom att inneha kunskaper om psykologiska och emotionella behov hos de blivande föräldrarna. Detta visas genom att vara en god lyssnare och behandla dem som unika, enskilda individer samt att låta dem vara delaktiga i diskussioner om vården. Kvinnan ska kunna känna trygghet, tillit och respekt (a a).

### **Förlossningsupplevelse**

Att föda barn är enligt Abascal (2009) bland det mest krävande en kvinna kan göra i livet och att få barn är en av de största livshändelserna. Upplevelsen av en förlossning beskrivs som en individuell och komplex livshändelse och är relaterad till subjektiva, psykologiska och fysiologiska processer hos kvinnan (Larkin, Begley & Devane, 2009).

Mödravården syftar bland annat till att förbereda paret på föräldraskapet genom föräldrautbildning. Förberedelse utgör en viktig bidragande faktor för hur förlossningsupplevelsen blir samt påverkar framtida relationen mellan förälder och barn (Berg & Premberg, 2010). Förlossningen beskrivs av kvinnor som att ha ett mål att sträva mot, att följa strömmen i en naturlig process, vara självbehärskad, underordna sig personalen, vara i andras omtankar och möta nya sidor av sig själv (Olsson, Jansson & Norberg, 2000). I en studie av Lundgren (2005) beskrevs upplevelsen av barnafödande två år efter förlossningen. Kvinnorna beskrev förlossningsupplevelsen som en oundviklig situation som innebar att ta emot hjälp och att bli förändrad, som en annorlunda upplevelse och att upplevelsen inte stämde överens med förväntningarna.

För blivande pappor upplevs ofta förlossningen som mer kvävande än väntat och de känner sig inte tillräckligt förberedda. Föräldrautbildning är en hjälp för att få en blivande pappa att vilja närvara vid förlossningen och stå ut med känslor av menings- och hjälplöshet (Berg & Premberg, 2010). Pappor har stort behov av eget stöd, men deras roll som en stöttande person för kvinnan dominerar (Berg & Premberg, 2010; Somers-Smith, 1999). De lever med i förlossningsförloppet, förmedlar trygghet och säkerhet samt vårdar kvinnan. Den unika kunskapen som blivande pappan har om kvinnan och hennes behov bidrar till känslan av

betydelsefullhet. Partnern lider av att se kvinnans smärtor, men detta kan lindras av ett aktivt deltagande i förlossningen och stöd från personalen. Den födande kvinnan ses som huvudpersonen som behöver stödjas och stärkas i första hand, vilket gör att partnerns behov och upplevelser sätts åt sidan och kan medföra känslor av att vara betydelselös och utlämnad (Berg & Premberg, 2010). Många pappor upplever att de inte får samma uppmärksamhet och bemötande av förlossningspersonalen som mamman (de Montigny & Lacharité, 2004; Fägerskiöld, 2006).

I dag har mödra- och barnadödligheten minskat dramatiskt i västvärlden tack vare den medicinska säkerheten, hög utbildningsnivå samt goda ekonomiska, sociala och sanitära förhållanden. Dessa omständigheter gör att fokus nu kan läggas mer på själva förlossningsupplevelsen. På andra platser i världen där barnafödande är förenat med stora risker för mor och barn, har kvinnans upplevelse av förlossning inte tillmätts samma betydelse. Således kan man säga att förlossningsupplevelsens betydelse är beroende av sammanhanget (Waldenström, 2007).

Förlossningsupplevelsen är svår att mäta på ett objektivt sätt då det är en subjektiv känsla hos kvinnan. Upplevelsen varierar också beroende på när frågan ställs: under förlossningen, direkt efter förlossningen eller längre fram. I en rikstäckande svensk studie gjord (vid Karolinska Institutet) om Kvinnans Upplevelse av Barnafödande (KUB), ställdes frågor om hur kvinnan upplevt förlossningen två månader efter förlossningen. Resultaten visar att de flesta hade positiva känslor under hela eller större delar av förlossningen. En majoritet (86 %) av kvinnorna hade dock någon gång under förlossningen upplevt outhärdlig smärta och nästan hälften (46 %) upplevde att de saknade kontroll under mer än halva förlossningen. Kvinnorna blev tillfrågade att skatta upplevelsen av förlossningen på en fem-gradig skala från ”mycket positivt” till ”mycket negativt”. En majoritet på 60 % hade enbart en positiv upplevelse och endast 6 % av kvinnorna hade enbart en negativ förlossningsupplevelse. Resterande 34 % hade både en negativ och en positiv upplevelse. Omfödernskorna hade en mer positiv upplevelse än förstfödernskorna (Waldenström, 2003).

Waldenström, Hildingsson, Rubertsson och Rådestad (2004) har beskrivit faktorer som påverkar förlossningsupplevelsen i en studie, där det framkom faktorer som påverkade i olika grad utifrån fallande ordning: stöd från barnmorskan, stöd från

partnern, den personliga känslan, smärtan, förlossningens längd, förberedelse inför förlossningen, delaktighet, upplevelse av kontroll, barnet och smärtlindringen.

Det har visat sig även i andra studier att stöd är den mest avgörande faktorn för förlossningsutfallet, framför allt gällande kvinnans upplevelse av förlossningen (Hodnett et al., 2007). I en studie av Hodnett (2002) framgick en annan klassificering med fyra faktorer som kvinnor uppgett som avgörande för en positiv förlossningsupplevelse: personliga förväntningar på förlossningen, mängden stöd från vårdgivaren, kvaliteten i vårdgivarrelationen och deltagande i beslutsfattandet. Varken smärta eller smärtlindring var av lika stor betydelse för en positiv förlossningsupplevelse som attityden och beteendet hos vårdgivaren, men viktigaste var förhållandet mellan kvinnan och barnmorskan (a a).

I en studie av Goodman, Mackey och Tavakoli (2003) visade sig personlig kontroll hos kvinnan vara den största statistisk signifikanta faktorn för en positiv förlossningsupplevelse. Att hjälpa kvinnan till en starkare kontroll under förlossningsskedet ökade chanserna till en positiv förlossningsupplevelse. Kvinnor vars föreställningar av förlossningen stämde överens med förlossningsutfallet, upplevde också i högre grad förlossningen positivt. Andra faktorer som negativt påverkade förlossningsupplevelsen var nivån av utbildning hos kvinnan och om kvinnan var arbetslös (a a). Enligt Bryanton, Gagnon, Johnston och Hatem (2008) påverkas förlossningsupplevelsen av förlossningssätt, graden av medvetande och uppmärksamhet hos kvinnan under förlossningen, hur avslappnad kvinnan var, nivån av hjälp och stöd från partnern och om kvinnan fick vara med sin bebis efter förlossningen.

Förväntningarna på graviditeten och förlossningen är ofta höga hos kvinnorna. Abascal (2009) har utifrån sin egen erfarenhet förstått att förväntningarna inte alltid utgår från verkligheten och kvinnans egen situation. Det är bra för kvinnan att ha en bild av förlossningsförloppet, men lika viktigt med en realistisk syn på att allt inte kan kontrolleras fullt ut. Förväntningarna och tankarna kring hur förlossningen ska bli har stor betydelse för hur den faktiskt blir och upplevs (a a).

I en studie gjord av Nilsson, Bondas och Lundgren (2010) upplevde kvinnor som haft en negativ förlossningsupplevelse att barnmorskan inte var närvarande och inte gav nödvändigt stöd med uppmuntran samt saknade engagemang. Kvinnorna kände

att de själva inte var närvarande, de kände sig ensamma, tomma och att de fick barnen förlösta men inte födde själva (a a). En dominerande attityd hos barnmorskan kan leda till att kvinnan upplever bristande kontroll och inflytande samt minskade valmöjligheter. Detta ger i sin tur en negativ effekt för kvinnan i form av rädsla, oro, stress och aggression (Waldenström et al., 2004).

I KUB-studien var akut kejsarsnitt den största riskfaktorn för en negativ förlossningsupplevelse. Upplevelse av värsta tänkbara smärta hade också samband med en negativ förlossningsupplevelse. Ovälkommen graviditet var en bakgrundsfaktor hos kvinnan som påverkade förlossningsupplevelsen negativt (Waldenström, 2007). Bristande stöd från förlossningsläkaren eller barnmorskan gav också en sämre förlossningsupplevelse. Andra riskfaktorer för en negativ förlossningsupplevelse var: instrumentella förlossningar, överflyttning av barnet till barnklinik, induktion, upplevelse av att förlora kontrollen, mindre delaktighet i beslutstagande under förlossningen och otillräckligt med tid för att ställa egna frågor på mödravårdcentralen (Waldenström, 2004).

Upplevelsen av vården under graviditet, förlossning och på BB undersöktes i KUB-studien. Kvinnorna var mest positiva till förlossningsvården och minst positiva till BB-tiden. Hälften (53 %) var ”mycket positiva” med förlossningsvården och 37 % var ”positiva”, 7 % var ”varken eller”, 2 % var ”negativa” och 1 % var ”mycket negativa” (Waldenström et al., 2006). I en annan studie i KUB undersöktes tillfredsställelsen av intrapartumvården. Olika dimensioner undersöktes; tillfredsställelsen av den intrapersonellavården, information och delaktighet i beslutsfattande och fysisk förlossningsmiljö. Drygt hälften (67 %) av kvinnorna rapporterade att de var nöjda med intrapartumvården. Av dessa var 47 % mycket nöjda, 20 % nöjda och 33 % missnöjda. Missnöjet var störst med den fysiska förlossningsmiljön. Efter detta kom missnöje med information och delaktighet inom beslutsfattande (Rudman, El-Khoury & Waldenström, 2006).

Kvinnorna i KUB-studien blev även tillfrågade om sin upplevelse av det medicinska- och känslomässiga omhändertagandet under graviditet, förlossning och BB. På förlossningen var 87 % nöjda med det medicinska omhändertagandet och 82 % med det känslomässiga omhändertagandet (Hildingsson & Rådestad, 2005).

### ***Betydelsen av förlossningsupplevelsen***

Det är viktigt för moderns identitet med en så positiv upplevelse som möjligt av graviditeten, förlossningen och nyföddhetsperioden (Berg & Premberg, 2010). En positiv upplevelse av barnafödande tror Abascal (2009) utifrån egen erfarenhet stärker självkänslan, vilket kvinnan har nytta av resten av livet. Kvinnor med en positiv förlossningsupplevelse har berättat om en känsla av personlig styrka genom att ha klarat av att möta värkarna och förlossningens olika skeden (a a). Det beskrivs som en känsla av upprymdhet och lycka (Callister, 2004). Kvinnans upplevelse av förlossningen har omedelbara och långvariga effekter på kvinnans hälsa (Goodman et al., 2003).

En negativ förlossningsupplevelse kan ha både omedelbara och långvariga effekter på kvinnans hälsa och relation till sitt barn. Relationen till spädbarnet kan påverkas genom att anknytningen försvåras, vilket kan leda till känslomässiga blockeringar och likgiltighet inför barnet. Förmågan att amma sitt barn minskar också efter en traumatisk förlossning (Laurence, 1997).

Kvinnor har beskrivit sig själva som misslyckade (Callister, 2004), då de haft en negativ förlossningsupplevelse vilket kan leda till negativa effekter på självförtroende, självkänsla och mental hälsa. Kvinnan kan komma ihåg förlossningen enbart i kombination med känslor av smärta, ilska, rädsla, ångest över att ha misslyckats och sorgsenhet. Det finns även fall med total minnesförlust. En traumatisk förlossningsupplevelse kan leda till postpartum depression och även PTSD (Post Traumatiskt Stress Syndrom), där kvinnan återupplever sin förlossning i drömmar och flashbacks, vilket orsakar svår stress (Laurence, 1997). En traumatisk förlossningsupplevelse kan leda till svårigheter att återuppta sexuallivet med sin partner och orsaka framtida kejsarsnitt (Bailham & Joseph, 2003). År 2006 utfördes 12 % av alla kejsarsnitt i Sverige på grund av icke medicinsk orsak och 76 % av dessa kvinnor var omföderskor. För att minska antalet kejsarsnitt är det viktigt att fånga upp kvinnor med negativa förlossningsupplevelser och att erbjuda bearbetning och stöd (Socialstyrelsen, 2009).

## **Barnmorskans profession**

Kompetensbeskrivningen för barnmorskor innefattar många olika delkompetenser. För en barnmorska som arbetar på förlossningen gäller bland annat att ge stöd, trygghet och upprätthålla kontinuitet vid förlossning, självständigt handlägga normal förlossning och eftervård, samtalsstöd efter förlossning, samt leda, prioritera, samordna och fördela vårdarbetet utifrån patientens behov (Socialstyrelsen, 2006). Under ett arbetspass vårdar ofta barnmorskan flera kvinnor samtidigt, samt har skyldighet att dokumentera, ge rapport och sköta teknisk utrustning. Tiden som barnmorskan är närvarande i förlossningsrummet och ger stöd är ibland så liten som 10-15 % av arbetsdagen (Lundgren, 2009).

Inom hälso- och sjukvården präglas arbetet av en stor arbetsmängd, högt tempo och splittrade arbetsuppgifter under tidspress. Ökade krav från omvärlden gällande kvalitet och effektivitet ökar arbetsbördan. Inom hälso- och sjukvården är det svårt att få tid för reflektion och återhämtning. Risken att drabbas av arbetsrelaterade sjukdomar är hög. Den vanligaste anledningen till anmälning till miljöarbetsverket för barnmorskor är problem med sociala eller organisatoriska faktorer (Arbetsverket, 2010).

Barnmorskans juridiska ansvar på förlossningsavdelning styrs i första hand av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Det förebyggande och sjukvårdande arbetet som barnmorskan utför skall spegla en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. Det ska bygga på beprövad erfarenhet och vetenskap som grund samt styras av författningar och riktlinjer (Socialstyrelsen, 2006). Barnmorskeyrket kräver förmåga till självständigt arbete, mångkulturellt kunnande, vetenskapligt förhållningssätt samt professionellt ansvar. Enligt kompetensbeskrivningen för barnmorskor skall barnmorskan se till parets kunskaper och erfarenheter samt visa omsorg och respekt för deras värdighet, integritet och autonomi (Socialstyrelsen, 2006).

I barnmorskans yrke ingår att fortlöpande initiera, medverka i samt utvärdera utvecklingsarbete och förbättringsarbete. Kvalitetsarbetets mål och resultat ska följas upp (Socialstyrelsen, 2006). Inom förlossningsvården studeras kvaliteten främst genom att studera det medicinska utfallet med antal kejsarsnitt,

instrumentella förlossningar och perinatalbristningar. Siffror om förlossningsutfall från hela Sverige sammanställs årligen av Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2009).

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva orsaker till att föräldrar inte är nöjda med stödet och bemötandet från förlossningspersonalen.

## **METOD**

### **DATAINSAMLING**

Datamaterialet utgjordes av enkäter som var besvarade av i första hand nyblivna mammor, men även nyblivna pappor tidigast en månad postpartum och därefter utan tidsbegränsad svarsperiod. Alla nyblivna och svensktalande föräldrar, som fött barn på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset) blev erbjudna i samband med hörselundersökningen att anonymt fylla i en webbaserad enkät. De som valde att delta fick lämna sin mailadress och fick då enkäten mailad till sig en månad senare. Utifrån information som vi fått från (FOU) forsknings- och utvecklingsbarnmorskan skrev inte föräldrarna på något papper för samtycke utan de lämnade enbart sin mailadress. Denna enkätundersökning utformades för att kvalitetssäkra vården som ett led i klinikkens förbättringsarbete och pågår fortlöpande, sedan år 2009. Utvalda svar på enkäten redovisas och diskuteras inom personalgruppen på obstetrik i Göteborg var tredje månad. Enkätfrågorna rörde upplevelsen av vården under hela vårdkedjan från inskrivning på mödravården, förlossningsavdelningen och BB samt efterkontroll på mödravården postpartum. Enkäten bestod av 120 frågor med fyra svarsalternativ per fråga till exempel: ”mycket nöjd”, ”nöjd”, ”mindre nöjd” eller ”missnöjd”, samt ett svarsalternativ som var: ”vet ej/kan inte svara” utifrån Lickert skala. Efter varje fråga fanns en öppen fråga till dem som inte var nöjda.

För att få ett hanterbart material valdes det att analysera enkäter besvarade i perioden januari till september 2010. Under denna period föddes 8 475 barn. Dock



fick inte alla föräldrar till dessa barn erbjudande om deltagande i enkäten grund av bristande svenska samt andra oklara orsaker. 66 % av de som blev tilldelade enkäten fullföljde denna. Under tidsperioden svarade 3586 föräldrar på enkäten.

Vi gavs möjlighet att ta del av enkätsvar som rörde förlossning och BB. Intresse fanns för att analysera antingen den öppna frågan om stöd eller bemötande under förlossningsvistelsen. Då båda områdena var intressanta och gick mycket ihop valdes att göra analys av svaren på båda frågorna. Tillgång gavs även då till svarsfrekvens av de slutna frågorna gällande grad av nöjdhet/missnöje med stödet och bemötandet. I analysens start skiljdes dokumenten åt och analyserades var för sig. Under analysens gång beslutades att analysera svaren från båda frågorna tillsammans då de gick mycket hand i hand.

Frågorna som valdes var:

*Är Du nöjd med bemötandet under förlossningen? Vår ambition är att du ska vara mycket nöjd med bemötandet på förlossningen. Beskriv varför du inte är helt nöjd?*

*Fick Du det stöd Du önskade av förlossningspersonalen under förlossningen? Vår ambition är att du ska vara mycket nöjd med stödet på förlossningen. Beskriv varför du inte är helt nöjd?*

## DATAANALYS

Kvalitativ innehållsanalys valdes då den håller sig nära den ursprungliga texten. Utifrån individuella perspektiv och berättelser ger det en bättre förståelse för hur föräldrarna upplevt bemötandet och stödet på förlossningen. Innehållsanalys erbjuder forskaren en flexibel och pragmatisk metod, för att utveckla utvidgad kunskap av människors upplevelser av hälsa och sjukdom. Kvalitativ innehållsanalys är en forskningsmetod med induktiv ansats som fokuserar på tolkning av texter och används ofta inom vårdvetenskap. Texterna kan vara transkriptioner av till exempel intervjuer, dagböcker, öppna enkätfrågor, fokusgrupper och observationsjournaler (Hsieh & Shannon, 2005). Kvalitativa metoder belyser teorier i vilka mänskliga perspektiv och erfarenhet tolkas och bearbetas. Forskaren är delaktig inom kvalitativ forskning, då han/hon pendlar

mellan närhet och distans i forskningsprocessen. Detta till skillnad från kvantitativ forskning, då forskaren ställs utanför (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008).

Texten bör ses i sitt sammanhang med medvetenhet om personens historia, livsvillkor och kultur. Vid kvalitativ innehållsanalys läggs fokus på att beskriva variationer genom att identifiera likheter och skillnader i texten. Likheter och skillnader visas i kategorier och teman. Analysenhet utgör det som ska analyseras, till exempel hela intervjumaterialet. Meningsenhet är den meningsbärande delen av texten, det kan vara ord, meningar och stycken. Under analysprocessen sker en kondensering, vilket innebär att texten förkortas till det centrala innehållet och blir mer lätthanterlig. Efter detta abstraheras texten och förses med koder, vilket innebär att texten lyfts till en högre logisk nivå. En kategori bildas av koder med liknade innebörd. Inget material ska falla mellan två kategorier, eller passa in i flera. En kategori svarar på frågan vad (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2004).

Analysen påbörjades när vi fått de aidentifierade enkätsvaren mailade från FOU - barnmorskan på förlossningen, Östra sjukhuset. Vi har genomfört analysen tillsammans i alla steg.

*Steg 1.* Materialet genomlästes för att få en överblick. Då upptäckte vi att svaren på frågorna kring missnöje med bemötande och stöd i många fall var svåra att skilja på. Till exempel flera svar handlade om bemötande under stödfrågan.

*Steg 2.* Meningsbärande enheter markerades från hela materialet och togs ut i de två domänerna, stöd och bemötande. En uppdelning gjordes av de meningsbärande enheterna av vad vi upplevde handlade om stöd respektive bemötande.

*Steg 3.* I samråd och övervägning med handledare bestämde vi oss för att analysera bemötande och stöd som en gemensam domän.

*Steg 4.* De meningsbärande enheterna kortades ner till kondensat. Vi hade först svårigheter att begränsa oss till korta kondensat. Gjorde därför om steget en gång extra för att få mer lätthanterliga kondensat.

*Steg 5.* Kondensaten kodades efter innehåll.

*Steg 6.* Koder och kondensat jämfördes och grupperades efter innehåll.

*Steg 7.* Koderna med liknande innehåll delades in i underkategorier, som sedan indelades i kategorier.

#### ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

Studien är genomförd enligt riktlinjer för uppsats på avancerad nivå och faller då inte under lagen om etikprövning för forskning. Etik tillstånd har därför inte sökts (SFS 2003:460). I Helsingforsdeklarationen beskrivs de forskningsetiska principerna, vilka är: autonomi-, godhets-, rättvise- och icke-skada principen. Kortfattat innebär dessa principer att en persons själv- och medbestämmande samt integritet skall respekteras. Forskaren ska under sitt arbete värna för att göra gott och förebygga skada. Studien har gjorts utifrån informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet som bygger på de forskningsetiska principerna (Vetenskapsrådet, 2002). Enkätundersökningen var frivillig och föräldrarna hade rätt att avbryta sin medverkan. Konfidentialitetskravet uppfylldes då materialet avkodades från personuppgifter och datum innan vi fick tillgång till det. Materialet har bevarats med respekt för respondenterna.

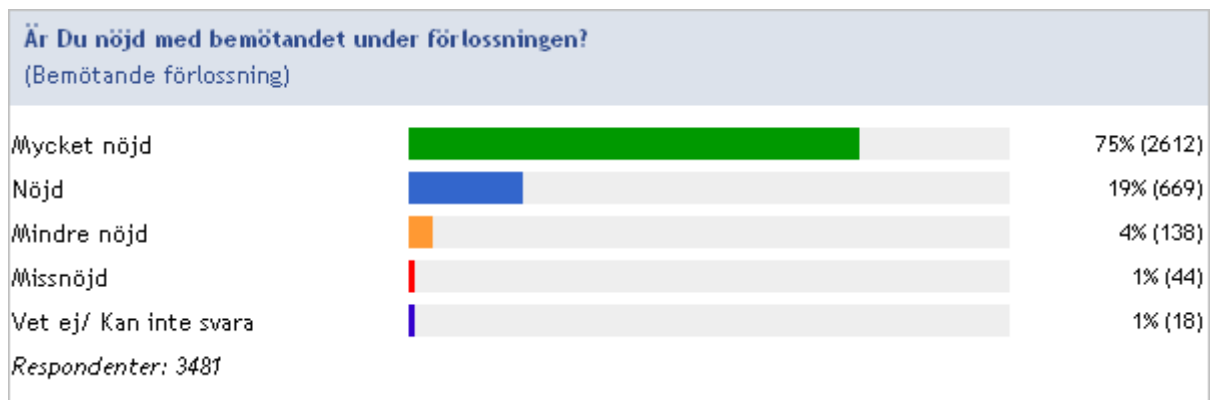
Ett etiskt dilemma är att det finns en liten risk att någon av respondenterna läser uppsatsen och känner igen citat och upplever detta som kränkande. Detta då information inte har getts till respondenterna innan deltagande, om att materialet kan användas i en magisteruppsats. Nyttan med kvalitetssäkringen är att ge en återkoppling till personalen om vad missnöjet beror på, vilket kan leda till en ökad medvetenhet och kvalitet av förlossningsvården.

## RESULTAT

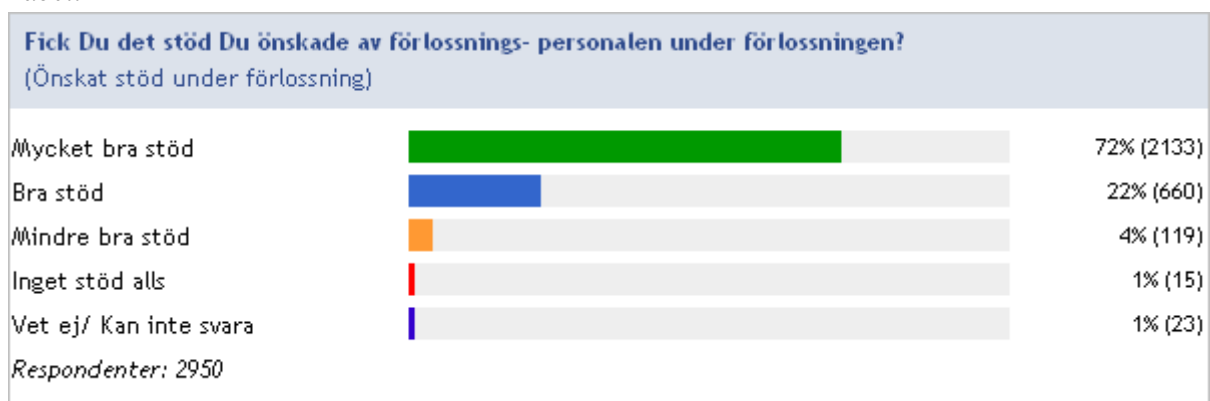
I resultatet redovisas frågorna som använts i enkäten samt svarsfrekvens på dessa genom tabell 1 och 2.

En stor del av föräldraren som svarat på enkäten är nöjda eller mycket nöjda med bemötandet och har upplevt ett bra till mycket bra stöd under förlossningen. På bemötande-frågan (tabell 1) svarade 3481 respondenter och 2950 respondenter svarade på stöd-frågan (tabell 2). Det är totalt 182 av 3481 (5 %) respondenter som svarat att de är ”mindre nöjda” och ”missnöjda med bemötandet”. Gällande stödet erhöll 134 av 2950 (5 %) respondenterna mindre bra stöd till inget stöd alls (se tabell 1 och 2). Respondenterna utvecklade i kommentarer, orsaker till missnöjet.

Tabell 1



Tabell 2



I analysen av materialet från båda frågorna framkom 4 kategorier, vilka var: **bristande närvaro, otillräcklig fokus på kvinnan, bristande kommunikation och missnöje med personalens förhållningssätt** samt 15 underkategorier. I tabell 3 anges utvalda meningsbärande kondensat, koder, underkategorier samt kategorier. I löpande text används citat för att tydliggöra resultaten.

Tabell 3. Kategorier, underkategorier med exempel av koder och meningskondensat.

Meningskondensering	Koder	Underkategorier	Kategorier
Kom till förlossningen kl 09 och födde 11.47 efter induktion. 4 barnmorskor varav 2 hade inte läst journalen.	För många barnmorskor	Ingen ansvarig barnmorska	Bristande närvaro
Barnmorskan gjorde inget konstruktivt och drev inte förlossningen framåt.	Barnmorskan gjorde inget		
Personalen hade mycket att göra. Hann inte med mig. Fick klara oss själva.	Hann inte med mig	Stressad personal	
Barnmorskan upplevdes stressad, skyndade på förloppet utan motivering.	Stressad barnmorska		
Lämnades ensamma i rummet under latensfasen.	Ensamma under latensfas	Bristande fysisk och mental närvaro	
Barnmorskan var med i rummet men inte närvarande och inget stöd	Mental frånvaro		
Barnmorskan somnade i besöksstolen	Oengagerad barnmorska		
Lämnades "ensam" med min rädsla under operationen.	Ensam med rädsla	Otrygghet	
Sa inget värmande eller lugnande.	Lugnade ej		
Personalen var inte alls "med på noterna"	Ouppmärksam personal		
Frågade flera gånger om hon kunde hjälpa mig att andas genom värkarna	Önskade andningscoaching	Saknade coaching	Otillräcklig fokus på kvinnan
Konkreta tips på smärtlindring och ställningar	Konkreta tips		
Under utdrivningsskedet var fokus på barnet istället för mig	Fick ej uppmärksamhet		
Önskar mer mänskligt stöd och mindre fokus på det tekniska	Mindre fokus på teknik	Missnöje med ingiven kraft och styrka	
Glömde prata med mig och stötta verbalt.	Verbalt stöd		
Försöka stärka kvinnan mer, mer ögonkontakt, peppning och fokus på att man klarar det	Ge ögonkontakt		
Lyssna på mig! När jag sa att ungen kommer ska inte BM stå och ge mig spruta utan ta emot ungen.	Lyssna på kvinnan	Bristande lyhörddhet för behov	Bristande kommunikation
Önskar större lyhörddhet och förståelse för att landa med barnet innan suturering samt ödmjukare handlag och känslighet	Lyhörddhet under suturering		
Barnmorskan verkade tro att jag simulerade/var där i onödan.	Bli tagen på allvar		
Oförstående barnmorska för önskan om naturlig smärtlindring, propagerade för medicinsk smärtlindring.	Önskemål om smärtlindring	Bristande lyhörddhet för smärtlindring	
Jag hade skrivit ett förlossningsbrev som ingen tyckte ha läst.	Inte uppmärksamma t förlossningsbrev	Bristande information om kvinnan	
Slippa upprepa samma sak till ny barnmorska vid varje pass.	Slippa upprepa sig		
Ville styra min förlossning och inte bli tillsagd vad jag skulle göra.	Önskade styra min förlossning	Otilltäcklig delaktighet	
Lättare att hantera förlossningssmärtan genom delaktighet och förståelse.	Mer delaktighet och förståelse		
Fick fråga för att få information om förloppet	Önskat mer info om förloppet	Bristande information till paret	
Fick ingen information om förloppet pga personalen inte ville göra saken värre.	Fick ingen information		
Mycket ryck och slit i mig som föderska utan info om varför.	Ingen förklaring		
Önskade information om varför ingen EDA	Information om EDA		
Barnmorskan uppmärksammade inte min smärta och öppningsgrad	Undersöka öppningsgrad	Ingen kontroll av status	
Mer gemensamma riktlinjer och inte att barnmorskans erfarenhet eller personlighet styr.	Bör finnas gemensamma riktlinjer	Missnöje med barnmorskans erfarenhet och personlighet	Missnöje med personalens förhållningssätt
Olika barnmorskor ger olika grad av stöd.	Ge stöd oavsett barnmorska		
Barnmorska och läkare var ej överens, vilket kändes otryggt	Personalen var oense	Oenig personal	
Dåligt samarbetet mellan undersköterskan och barnmorskan	Dåligt samarbete		
Bm var kylig, oempatisk och fick mig att skämmas över att jag beklagade mig	Kylig och oempatisk barnmorska	Empatiskt bemötande	
Otrevliga läkare, hårdhänta och ignoranta	Otrevliga läkare		
Önskar att maken bemöts med samma respekt som för mig	Respektlös mot partner		
Ingen förtröstan och trygghet utan kände skam skuld och osäkerhet. Stor lättnad att komma hem.	Förmedlande av otrygghet och skuld		
Förstår att det var bråttom men allt hände över mitt huvud, kändes som ett övergrepp	Övergrepp		

## BRISTANDE NÄRVARO

I kategorin ”Bristande närvaro” ingick underkategorierna ingen ansvarig barnmorska, stressad personal, bristande fysisk och mental närvaro och otrygghet.

### **Ingen ansvarig barnmorska**

En aspekt som framträdde var att kvinnan eller paret i flera fall saknade att en barnmorska tog ansvar för dem. Antingen var det flera barnmorskor under en kort tid eller ingen som riktigt tog ansvar för paret. Det var i flera fall oklart vem som var ansvarig för förlossningen, fyra barnmorskor kunde vara inne under en timma. Detta ledde till svårigheter att få förtroende för någon barnmorska och föräldrarna blev stressade.

*Allt tog tid och ingen hade ansvaret för mig.*

*Folk kom och gick. Förlossningen tog ca 20 min, ändå hann folk komma och gå.  
Mycket dåligt tycker jag!!*

*Jag hade en som tog hand om mig första timmen och sen gick hon på lunch.  
Kommande timmen hade jag ingen och efter det kom en och bytte av den första.  
Efter en timme var det dags för mig att föda och precis när jag skulle börja krysta  
byttes hon ut av ytterligare en.*

*Rörigt vid ankomst. Personalen visste inte att jag skulle komma, trots att jag ringt  
flera gånger innan. Fick träffa fyra, fem olika undersköterskor och barnmorskor  
under den första timmen och alla frågade samma sak, ingen verkade riktigt vara  
ansvarig. Jag blev inte id-märkt förrän efter flera timmar och det verkade vara fel  
journal framme.*

Några beskrev det som frustrerande med personalbyte under utdrivningsfasen. Det uppkom även missnöje över passivitet av barnmorskor som inte drev förloppet framåt. I enstaka fall uteblev postpartum-samtalet som var lovat, vilket ledde till besvikelse hos kvinnan.

*Personalen gjorde ingenting och väntade att lämna mig till andra skiftet.*

*Hon som förlöste skulle höra av sej, vilket inte skett.*

## **Stressad personal**

Att avdelningen var fullbelagd eller att personalen var underbemannade gjorde att personalen var stressad och föräldrarna kände sig bortglömda, undanskuffade och stressade som följd av den bristande närvaron. Vården påverkades av att de lämnades ensam, fick klara sig själva, att förloppet skyndades på utan motivering och långa väntetider. Föräldrarna kunde även känna att barnmorskan var stressad och jäktad, vilket vården blev lidande av. Många hade önskat en bättre bemanning på förlossningen samt att det anpassades efter beläggning och belastning.

*Personalen hade för mycket att göra. Vi fick klara oss för mycket själva.*

*Överlag så gick allt otroligt fort och man märkte att alla i personalen var stressade. Även vården efter att barnet hade kommit ut kändes stressig. Fikat (kallt kaffe) slängdes fram och vi blev lämnade i någon halvtimme innan det var dags att förflyttas till ett överfullt BB.*

*Kändes som att barnmorskan hade hand om flera förlossningar samtidigt (trots att jag bara var i förlossningsrummet en halv timma innan barnet kom ut). Se till att avdelningen aldrig är underbemannad! Kom ihåg att man har med människor att göra.*

## **Bristande fysisk och mental närvaro**

Frånvaro av personal på rummet gjorde föräldrarna otrygga och deras behov kunde inte ses. Många angav att de lämnades själva under lång tid och barnmorskan var bara inne korta stunder. Det fanns även barnmorskor som var frånvarande känslomässigt och mentalt trots fysisk närvaro. Tankarna var fokuserade på annat håll. Det fanns även enstaka tillfällen beskrivet då barnmorskan somnade på rummet.

*Förlossningen gick mycket snabbt och personalen var inte förberedda på detta, vilket gjorde att ingen personal fanns i rummet förrän precis innan barnet kom. Vi fick ringa på personal 3 ggr innan någon kom och stannade hos oss.*

*Håll er personal vaken!*

*Barnmorskorna var inte närvarande, sprang ut och in när jag skulle krysta, fanns inte personal som kunde assistera henne. Jag ifrågasatte och fick svaret att jag kunde ta det med regeringen vilket var omöjligt när man låg och födde och hade väldigt ont. Man kände sig i vägen och fick gå upp och lämna salen så fort om möjligt.*

Att bli lämnad i intagningsrummet upplevdes osäkert och inte välkomnande. Flera angav avsaknad av närvaro under latensfas eller långt förlossningsförlopp. Det framkom även att de blev lämnade själva med student under krystningsfasen, vilket kändes otryggt.

*Mer dialog och närvaro, inte bara under aktiv fas.*

*Jag upplevde att det gjorde mer ont än vad som var normalt och om personalen hade varit mer närvarande i rummet hade det varit bättre. Jag upplevde att jag (vi) var ensamma mycket vilket förvånade mig eftersom jag trodde att Sahlgrenska hade som policy att vara närvarande under förstföderskors förlossning.*

*Krystvärkarna satte igång snart efter att jag kommit in till förlossningen, trots detta satte barnmorskan bara på CTG och lämnade oss en halvtimme i intagningsrummet.*

## **Otrygghet**

Paret/kvinnan kände sig otrygga och övergivna när personalen inte såg deras behov. Det var framför allt behovet av att bli sedd och minska på rädslor över att något ska gå fel. De upplevde det viktigt att barnmorskan hade kontroll och kunde ge ett lugnande och värmande stöd oavsett om man var först- eller omföderska samt både vid normalförlossning eller kejsarsnitt. Enstaka förstföderskor kände att de behandlades som omföderskor, alltså som om de hade genomgått en förlossning tidigare. Vissa omföderskor antogs felaktigt klara sig själva för att de redan hade fött ett barn.

*Jag låg och skakade hysteriskt av rädsla hela operationen och ingen försökte lugna mig eller prata med mig utan jag lämnades ”ensam” med min rädsla.*



*Hon praktiskt lämnade mig i badkaret och lät mig sitta där med världens största ångest. Hon kom aldrig in och kollade mig utan jag fick ringa på henne, jag hade verkligen behövt någon som skulle hjälpt mig att tänka positivt istället för att inte säga eller göra något.*

*Hon frågade varför jag var rädd, och att det inte finns några universallösningar för att föda barn. ATT jag var rädd räcker.*

*När jag sedan bad om råd om hur man krystar bäst fick jag som svar att "jag visste nog eftersom jag hade gjort det förut.*

Det framgick även att kvinnorna kände sig otrygga när de upplevde att personalen inte var beredda på snabba förlossningar. Framför allt i situationer när barnmorskorna bedömde att förlossningen skulle ta längre tid, främst hos förstföderskor. Personalen upplevdes otillräckligt förberedda vid snabba förlossningar.

*Förlossningsförloppet gick väldigt snabbt (4h) och jag upplevde att personalen var oförberedd trots tidiga signaler.*

## OTILLRÄCKLIG FOKUS PÅ KVINNAN

I kategorin "Otillräcklig fokus på kvinnan" ingick underkategorierna saknade coaching och missnöje med ingiven kraft och styrka.

### **Saknade coaching**

Många, både först- och omföderskor uppgav att de saknade coaching, vägledning och tips under förlossningsförloppet. Föräldrarna efterfrågade tips kring ställningar, smärtlindring och andningsteknik. De efterfrågade även hur partnern kan vara delaktig och stötta kvinnan när barnmorskan inte var närvarande. De saknade guidning inför och under utdrivningsskedet och hjälp med krystningsteknik.

*Konkreta tips på ex vilken smärtlindring som hade varit möjlig i just det skedet.  
Förslag på hur jag skulle kunna sitta/stå/ligga.*

*Jag hade velat ha lite mer support under hela processen. T.ex. information om hur det går, pusha i slutskedet, säga till mer när jag skall krysta eller låta bli.*

*Under krystvärkarna ville jag inte krysta aktivt eftersom jag var rädd för bristningar, trots detta beordrade barnmorskan mig att göra just det men coachade sedan inget så på en enda värk flög bebisen ut med onödigt stora bristningar som resultat.*

### **Missnöje med ingiven kraft och styrka**

I enkäten framgick det att en del kvinnor saknade att barnmorskan ingav hopp, styrka och en positiv inställning under förlossningen. Andra beskrev att de ville bli peppade genom att höra om målbilden. De önskade även beröm, bekräftelse, peppning och uppmuntran för att bli stärkta och våga tro på sin förmåga att föda barn. Vissa upplevde att barnmorskan hade för mycket fokus på det administrativa och tekniska istället för mänskligt stöd.

*Stötta kvinnan med beröm och inge hopp och en positiv inställning. Påminn mamman om vad som komma skall, att det är så fantastiskt att få se sitt barn snart äntligen, se till att mamman får en positiv målbild!!*

*Barnmorskan kändes mycket osäker på om jag skulle klara av att föda utan smärtlindring men rådde mig aldrig att använda något, efteråt sa hon även att hon inte trodde det skulle gå vilket jag kände av under hela förlossningen.*

*Blev inte uppmuntrad av barnmorskan som förlöste mig.*

*I slutet hade jag en barnmorska som mest stod vid datorn. Jag saknade att hon inte pratade med mig mer, gav support, vägledning och stöd. Jätteviktigt att prata med patienten i det läget!*

### **BRISTANDE KOMMUNIKATION**

I kategorin ”Bristande kommunikation” ingick underkategorierna bristande lyhörddhet för behov, bristande lyhörddhet för smärtlindring, bristande information om kvinnan, otillräcklig delaktighet, bristande information till paret och ingen kontroll av status.

## **Bristande lyhördhet för behov**

Många upplevde missnöje med otillräcklig lyhördhet och hänsyn för olika behov som exempelvis lugnande av rädslor, oro för förlossningsförloppet och barnet. Flertalet beskrev att personalen inte lyssnade tillräckligt. Vissa kvinnor upplevde att de blivit ifrågasatta gällande rädslor och inte blivit tagna på allvar.

*Lyssna på er patient. Ta hänsyn till att man är rädd och frågar mycket. FÖRKLARA vad som pågår.*

*När jag stod där i korridoren började krystvärkarna, först då blev jag trodd, fick komma till ett rum och tjugo minuter senare föddes min son. Jag är missnöjd eftersom jag inte blev tagen på allvar och det var inget jag kunde göra.*

En del framförde att de inte blivit lyssnade på vid suturering, antingen de velat vänta lite för att landa med barnet eller att bedövningen inte tagit tillräcklig. Några beskriver att överenskommelser de gjort inte har följts vid förlossningen.

*Sen när jag skulle sys ihop så sa jag mycket "ajajaj" och då sa barnmorskan med ganska (som jag upplevde det) sträng röst; "ja, men vi måste faktiskt..." det förstår jag med och jag bad dem inte sluta sy, men jag hade ont, jag får väl säga aj då??*

Respondenterna gav uttryck för att "kvinnan känner sin kropp bäst" och missnöje fanns också då barnmorskan inte lyssnade på kvinnan, exempelvis vid tidig krystkänsla. Besvikelse fanns både hos först- och omföderskor över att bli hemskickad trots upplevelse av stark smärta fast det är tidigt i förlossningsarbetet. Även att inte få komma in till förlossningen vid behov upplevdes otrött. En önskan fanns om att barnmorskan i större utsträckning skulle tillgodosett önskemål och behov förutsatt att kvinnan och barnet var välmående.

*När jag kom till förlossningen lyssnade de inte på mig fast jag hade jätte ont och ville skicka hem mig, men det ville inte jag*

*Skickades hem trots smärta för att jag inte var öppen men födde efter en halv timme kom jag tillbaka och födde under all hastighet (STRESS) i mottagnings rum.*

*Vara väldigt hänsynsfulla efter patientens önskemål, även om önskemålen går emot era rutiner, så länge inte barnet eller mamman riskerar att fara illa.*

*Det är konstigt att man på mvc uppmanas att gå igenom en kommande förlossning noga, när ingen frågar om ens tankar när man väl är på förlossningen.*

Lyhördhet handlade även om att ta hänsyn till kvinnans mottaglighet av information i olika faser och att anpassa informationsgivningen efter situationen. Exempelvis kunde det vara svårt att orka ta in mycket information vid smärtpåverkan. Detta var något som några av kvinnorna påtalade.

### **Bristande lyhördhet för smärtlindring**

När behovet av smärtlindring fanns hade det i flera fall inte tillgodosetts i tid eller utifrån önskemål till exempel om epiduralbedövning (EDA). Många fick själva be om smärtlindring och inte blivit erbjudna vilket kvinnorna upplevde som otillräcklig lyhördhet hos barnmorskorna. Vissa uppgav att de blev påtvingande EDA trots att de inte ville ha det. Andra upplevde propagerande för naturlig smärtlindring då de önskade EDA.

*Att lyssna till patienten som trots allt sitter med oron och smärtan.*

*Upplevde inte att jag fick gehör för mina förfrågningar om smärtlindring. Sedan gick det för fort och då fick jag ingen smärtlindring alls.*

*Kändes som barnmorskan ej ville att jag skulle få eda. Pratade mest negativt om det och pratade omkring och gav förslag på annan smärtlindring.*

*Den ständiga propagandan om medicinsk smärtlindring från barnmorskor måste avslutas. När man som föderska inte vill ha medicinsk smärtlindring får man ett bemötande som känns som om barnmorskan tycker att man får skylla sig själv som väljer bort den typen av smärtlindring och då kan man gott ha ont.*

### **Bristande information om kvinnan**

Önskemål och behov som framfördes i förlossningsbrev, födelseplan, MVC-journal och auroraanteckning, hade flertalet gånger inte uppmärksammats av barnmorskan och i flera fall inte ens blivit läst. En del av kvinnorna uppgav att deras partner inte hade blivit lyssnade på gällande förslag, oro och frågor. Även önskemål och behov som första barnmorskan tagit del av hade inte i alla fall rapporterats över till nästa

och då har paret fått upprepa igen, vilket upplevdes som påfrestande när kvinnorna är smärtpåverkade och trötta.

*Eftersom det framgick tydligt i min förlossningsjournal att jag var så pass rädd att jag gått hos aurora, så tycker jag det är självklart att det skulle diskuteras vid förlossningen.*

*Vi hade i våra journaler skrivit att vi INTE ville ha någon praktikant eller liknande, men ändå frågade de om det var okej att en praktikant fick vara med. Vilket vi nu i efterhand är väldigt besvikna på, tycker att de ska läsa journalerna ordentligt och uppfylla ens önskemål!*

*Att våra önskningar ska stå med i journalen efter att vi har pratat med första barnmorska så att man slipper repetera i dem olika faser som man är i vid förlossning.*

### **Otillräcklig delaktighet**

Det framkom i enkäterna att paren ville vara delaktiga och aktiva i sin förlossning genom tydlig dialog gällande beslut och handläggande. De ville vara med och styra sin förlossning i möjligaste mån. Vissa upplevde att personalen har styrde och bestämde för mycket.

*Jag upplevde att jag inte fick vara med i besluten. Jag hade inte så mycket att säga till om. Det motiverades inte tillräckligt bra varför jag skulle göra så eller så eller varför jag skulle andas på ett visst sätt etc.*

*Jag fick värkstimulerande dropp fast jag inte ville.*

Både partnern och den födande kvinnan hade behov av uppmuntran och hjälp till delaktighet under förlossningsarbetet. En del uttryckte att genom delaktighet och förståelse hanterade dem lättare förlossningssmärtan och kände trygghet.

*Borde inkludera pappa mer.*

*Jag ville vara aktiv under förlossningen och vara uppe och gå och stå. Fick ingen hjälp eller uppmuntran till detta.*

*Lättare att hantera all smärta om jag vet varför man krystar utan att något händer. Så jag ville att hon skulle göra mig mer delaktig. Frågade men fick ingen respons.*

## **Bristande information till paret**

I enkäten framkom det att många föräldrar upplever missnöje på grund av bristande information från förlossningspersonalen. Den informationen som saknades och förklarades otydligt var kring förlossningsskedet, barnets tillstånd och motivering till varför ingen EDA sattes.

*Tala högt om vad man tänker, hur allt ligger till inne på förlossningsrummet. Jag fick flera ggr be min bm att tala högt så att jag skulle vara med på vad de gjorde eller tänkte göra. För mig betyder det trygghet*

*Vi fick heller ingen information om vilket skede vi befann oss i. Om jag var öppen 10cm och när jag ska börja krysta osv. Vi fick liksom gissa oss till vad barnmorskan ville. Inte göra vad som kändes rätt för oss.*

*Kanske hanns det inte med att ge ryggbedövning, men då skulle jag fått information om det. Tänkte flera dagar efter varför jag inte fick någon förklaring om att det var försent att ge bedövning, då jag hade så fruktansvärt ont.*

Flera par i studien upplevde missnöje då personalen diskuterade över deras huvuden inne på förlossningsrummet. Paret upplevde då många gånger att informationen inte riktades till dem, utan att de själva fått fråga för att få fortlöpande information om förloppet. Även vid komplikationer, som till exempel vid bradykardi hos barnet, saknades information om situationen och varför handläggningen förändrades. I dessa lägen upplevde några kvinnor att man ryckte och slet i dem utan att förklara varför. De önskade även förklaring till varför fler personer kom in i rummet och vilken funktion de hade.

*BM kommunicerade inte med oss, informerade inte om vad som skulle göras. Hon vände sig till sin student när hon talade men informerade inte oss om vad som skulle ske. Hon klippte mig utan att tala om det för oss innan.*

*Berätta också om det kommer in fler personer i rummet och varför. I mitt fall kändes det som om hela rummet kryllade av folk och jag visste aldrig varför.*

*Jag skrev tydligt att jag/vi skulle informeras under förlossningens gång, och INTE prata över huvudet om ngt inträffade. trots detta ringde hon på larmet till sin kollega när hjärtljuden gick ner, utan att säga vad som var fel när vi frågade.*

Enstaka berättade att vid förfrågning om varför ingen information getts vid komplikationer fick de svaret att personalen inte ville skapa mer oro för paret. Bristande information ledde istället till en känsla av otrygghet och oro.

*Som patient tycker jag att det inte var någon kommunikation till mig om läget och vad som skulle hända. Efter förlossningen har jag fått förklarat att dem inte ville säga för mycket under förlossningen för att det bara kan göra saken värre och jobbigare, men jag tycker det är bättre att få information om vad som pågår.*

### **Ingen kontroll av status**

En del kvinnor var missnöjda med att undersökning av öppningsgrad inte uppmärksammades tillräckligt ofta utifrån deras önskemål, vilket gjorde att det blev svårare att få god smärtlindring i tid.

*Jag tycker inte att jag undersöktes tillräckligt ofta när jag hade värkar. Jag undersöktes två gånger och den andra gången som jag blev undersökt så var min sons huvud ute redan.*

*Barnmorskan var inte mycket uppmärksam på min öppning och hur mycket ont jag hade*

Flera tyckte att det vore psykologiskt bra att få information om öppningsgrad tidigt. Enstaka kvinnor beskrev att felaktig bedömning av inre undersökning gjordes, vilket påverkade handläggningen.

*Överlät åt läkaren (studenten) att göra bedömningar och missade att själv kontrollera. Så när läkaren trodde jag var öppen 10 cm och kanterna borta - visade det sig att jag bara var öppen 7 cm och alltså hade en lång resa kvar. Detta blev en mentalt bakslag, och läkarens bedömning gjorde också att man satte värkstimulerande dropp senare än man borde gjort pga av hennes bedömning.*

## MISSNÖJE MED PERSONALENS FÖRHÅLLNINGSSÄTT

### **Missnöje med barnmorskans erfarenhet och personlighet**

Det framgick att många upplevde olika handläggning och grad av stöd. Några hade önskat att barnmorskans arbete styrdes mer av gemensamma riktlinjer, så att vården inte skulle skilja så mycket beroende på erfarenhet och personlighet. En del föräldrar upplevde att barnmorskans personliga åsikter styrde val av smärtlindring.

*Mer gemensamma riktlinjer. Vården blir väldigt individuell beroende på hur mycket erfarenhet och vilken personlighet barnmorskan besitter.*

*Egentligen är vi mycket nöjda med bemötandet hos den barnmorska som förlöste mig. Men då vi kom in hade vi en annan barnmorska och det fungerade inte så bra.*

*Vissa barnmorskor är engagerade och verkligen försöker stödja medan andra frågar inte ens hur man mår.*

En del nämnde att det kändes osäkert med en ny oerfaren förlösande barnmorska och hade istället önskat en trygg och erfaren ansvarig barnmorska. Vissa barnmorskor upplevdes loja och oengagerade. Samtidigt upplevde vissa att barnmorskan var stressande och forcerande. Några uttryckte att personkemin inte fungerade riktigt.

*Hade en barnmorska som var nyutbildad, hon var trevlig, men det kändes inte tryggt. Upplevde att hon inte hade tid med mig, utan fokuserade väldigt mycket på att klara av sina uppgifter.*

*Hade bara önskat lite mer av en ”jag förstår hur du upplever detta”-upplevelse av min barnmorska. Att hon hade varit ännu mer personlig.*

### **Oenig personal**

Några beskrev en osäkerhet när barnmorskan och studenten var osynkade och inte gav samma information. Men det som var mest otryggt var när barnmorskan och läkaren inte var överens och gav olika besked. Samarbetet mellan barnmorskan och undersköterskan upplevdes i ett fåtal fall som icke fungerande.



*Det tog lång tid innan någon öppnade. Personalen tjafsade mkt sinsemellan.*

*Barnmorska och förlossningsläkare var ej överens angående suglocka eller kejsarsnitt vilket gjorde mig väldigt osäker.*

## **Empatilöst bemötande**

Föräldrar uttryckte i enkäten att de tyckte det var viktigt att personalen visade intresse för dem och var bra människokännare, samt att personalen gillade sitt jobb. Några hade blivit kallade fel namn under hela förlossningen och kände inte tillräckligt förtroende för barnmorskan.

*Under hela förlossningen tilltalades jag, modern med fel namn vilket inte kändes bra.*

Flertalet av de som var missnöjda med bemötandet skrev att både barnmorskor och läkare var otrevliga mot paret eller anhöriga. De upplevdes i flera fall oförstående, nonchalanta inför frågor och behov, känslökalla och empatilösa. Det otrevliga bemötandet kunde bland annat visa sig genom exempelvis nedvärderande kommentarer vid lång latensfas och tidig ankomst till förlossningsavdelningen. Några upplevde hårdhänt handlag vid undersökningar, CTG-registrering och suturering.

*Hela förlossningen blev en mardröm! å barnmorskorna, inte alla är väldigt otrevliga å snorkiga.*

*Om inte första barnmorskan fyllt kommentarer om att det var ett dåligt värkarbete och att vi inte borde åka in så tidigt hade antagligen förlossningen varit en mycket mer positiv upplevelse, där vi kunnat tro på oss, min förmåga att föda och fått mer stöd och smärtlindring tidigare.*

*Vid två tillfällen gjordes en undersökning om hur barnet syresatte sig, Undersökningen genomfördes av en mycket opersonlig och hänsynslös läkare. Detta var en traumatisk upplevelse. Ett mjukare bemötande och en tydlig information hade varit önskvärt.*

*Vid sutur efteråt var hon hårdhänt och verkade inte ha förståelse för hur situationen kändes.*

Attityden bland personalen upplevdes av vissa som oengagerade och icke passande för förlossningsvård, som exempelvis ”detta gör vi varje dagattityd”, ”vill sluta med dagenattityd” och ”översittarattityd”.

*Det kändes som om att personalen tog det som ”detta gör vi varje dag” -attityd men detta var första gången för oss.*

Ett fåtal citat visade även att narkospersonalen hade ett otrevligt förhållningssätt i vissa situationer, till exempel via en nonchalant inställning till oro och önskemål. Vissa upplevde att några bland förlossningspersonalen var kallsinniga, elaka, aggressiva, spydiga och sura. Några uttryckte ett stark önskan om att inte behöva träffa samma personal vid eventuell nästa förlossning.

*Den äldre av dom var rent ut sagt otrevlig och nonchalant. Vid ett ev andra barn hoppas vi slippa dessa människor.*

Flera respondenter menade att de fick en sämre förlossningsupplevelse orsakat av empatilöst bemötande. Det har även lett till att de i föräldraskapet känt skuld- och skamkänslor, ilska, fått en sämre självkänsla och minskat självförtroende att kunna föda barn. Enstaka kvinnor upplevde att personalens handlingar kändes som övergrepp. Det beskrevs att handlingar utfördes utan information till paret eller utan medgivande från kvinnan och på ett hårdhänt sätt

*Ingen förtröstan och trygghet utan kände skam skuld och osäkerhet. Stor lättnad att komma hem.*

*Jag upplevde det som ett övergrepp att hon stoppade fingrar i rumpan på mig utan att tala om att det skulle ske eller bett om lov.*

## SAMMANFATTNING AV RESULTAT

I resultatet framkom det att föräldrarna var missnöjda på grund bristande närvaro och att det saknades en ansvarig barnmorska för deras förlossning. Detta berodde i de flesta fall på en vad de uppfattade som underbemannad eller fullbelagd förlossningsavdelning. Föräldraparet saknade i flera fall coaching och uppmuntran under förlossningsarbetet. I några fall upplevde föräldrarna att barnmorskan fokuserade på det tekniska istället för kvinnan. Lyhördhet, information och delaktighet var det som var det främst framkom missnöje över. Många upplevde att de inte blev lyssnade på, tagna på allvar samt att deras behov inte blev sedda till exempel smärtlindringsbehov. Det uppkom även missnöje med att förlossningsbrev, journalanteckningar samt muntliga överenskommelser ej lästes eller följdes. Delaktighet genom information var det många som saknade. De hade önskat mer fortlöpande information om förloppet samt om vad personalen gör. Något som orsakade missnöje med bemötande och stöd var ett empatilöst bemötande från personalen. Detta kunde visa sig genom nedvärderande attityder och kommentarer. Osäkerhet och otrygghet framkom även på grund av att personalen var oeniga i beslut om handläggning. Något som framgick som önskan var att gemensamma riktlinjer följs i större utsträckning så att barnmorskans olika personlighet och erfarenhet spelar mindre roll i förlossningsvården.

## DISKUSSION

### METODDISKUSSION

Kvalitativ innehållsanalys passar bra för studien, då den håller sig nära den ursprungliga texten, vilket ger en beskrivning av det konkreta innehållet. En fördel med att använda denna metod är att den kan anpassas till författarens erfarenhet, kunskap samt materialets skiftande kvalitet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Som nybörjare med lite forskningserfarenhet kan användning av innehållsanalys bidra till att komma fram till ett bra och användbart resultat. Studien genomfördes av oss båda tillsammans. Fördelar med det är att resultatet blir mer tillförlitligt när två eller flera läst igenom och analyserat materialet enligt (a a). Det har varit bra att ha en person att "bolla" med under arbetets gång.

En risk med kvalitativ innehållsanalys är att förlora helheten, då man sätter koder strikt efter ordens innebörd. Insamlad text skall läsas upprepade gånger enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008), för att undvika risken att den egna förståelsen påverkar. Viss grad av tolkning och abstraktion behövs för ett meningsfullt och lättförståeligt resultat, vilket en mer tolkande ansats hade gjort möjligt. I vissa fall vid kodning fanns svårigheter att avstå från tolkning och kodningssteget i analysen fick arbetas igenom upprepade gånger innan rätt kod hittades, som beskrev och satte etikett på meningskondensatet. Under samma period gjordes våra förlossningsplaceringar, vilket eventuellt kan ha påverkat resultatet jämfört med om analysen skett innan placeringen. Detta på grund av förförståelsen genom erfarenhet av förlossningsvården. Tolkningen kan påverkas både negativt och positivt av detta.

Om studien genomförts av en annan författare är det möjligt att annan kategoridelning framkommit. Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) kan i en kvalitativ analys flera tolkningar vara möjliga och giltiga fastän de är olika. Texten får då sin mening genom läsaren och har inte en given mening. Inom kvalitativ metod används begrepp som giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet, för att visa på trovärdighet. Ett resultat är giltigt om det karakteristiska lyfts fram

som är avsett att beskrivas (a a). Resultatet i studien lyfter fram karakteristiska missnöjen från förlossningsvården.

Enkäten mailades ut till de deltagande föräldraren en månad postpartum, vilket både kan utgöra för- och nackdelar. Fördelarna är att de fått tid att landa med sitt nyfödda barn och att reflektioner kring förlossningsupplevelsen har fått sjunka in. En nackdel är att de har börjat glömma specifika detaljer samt eventuellt bara kommer ihåg det positiva eller negativa beroende på hur helhets upplevelsen var.

Enkäten bestod av 120 frågor med 5 svarsalternativ och utrymme för kommentar för de som var missnöjda, vilket troligtvis var för många frågor för att hålla intresset uppe hos respondenten och bidra med tillförlitlig och uttömmande information. Några kan känna att det blir för överväldigande att fylla i en så stor enkät och att det därför blir ett bortfall redan då de får enkäten. Risken är även att enbart de första frågorna får bra och tillförlitliga svar samt att övriga frågorna läses mindre noga. Fördelarna med så mycket som 120 frågor är att det blir en bredd på kvalitetssäkringen genom hela vårdkedjan under och efter graviditeten.

Både fördelar och nackdelar finns även gällande avsaknad av deadline för inlämning av besvarad enkät. Det är en fördel då de kan gå tillbaka utan tidspress och fylla i enkäten. En nackdel kan vara att deltagarna inte känner någon press att skicka in och därför glömmar bort det. Ett bortfall sågs då icke-svensk talande ej tilldelades enkäten, vilket gör att resultatet inte blir tillräckligt speglade för alla nyblivna föräldrar i Göteborg. I vissa enkätsvar ses dock i texten att för några är det svenska språket nytt, vilket visar att inte enbart flytande svenskspråkiga tilldelats enkäten. Det kan upplevas orättvist att inte alla får möjlighet att beskriva sin förlossningsupplevelse eller sitt eventuella missnöje. Förståelse finns för att landstinget inte har råd att ombesörja med tolk för att få enkäten tolkad, men många har i de flesta fall någon som är svensktalande och kan hjälpa till och fylla i enkäten. Det är i några fall enbart mamman som fyllt i enkäten och andra fall båda föräldrarna, eventuellt i enstaka fall enbart partnern. Detta kan påverka svaret genom att man antingen går miste om partnerns bild och i andra fall får veta mindre om mammans egen upplevelse. I vissa fall kan det utronas vem som svarat på enkäten genom att det står vi eller jag.

I början av analysen valdes att analysera text från de två öppna frågorna om stöd och bemötande var för sig som två domän. Detta visade sig mycket svårt då svaren gick hand i hand i stor grad. Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) ska domän kunna särskiljas genom att de rör ett specifikt område och utgör en grov struktur. I analysen gick det inte att särskilja svaren på bemötande och stöd i två domäner. Därför analyserades texten ihop som en analysenhet. Fler respondenter har besvarat frågan om bemötande jämfört med frågan om stöd. Detta kan bero på att bemötandefrågan stod före stödfrågan i enkäten och att föräldrarna redan då har besvarat med liknande svar på tidigare fråga.

I tabell 3 framgår det tydligt att mycket av missnöjet i enkäten handlar framför allt om missnöje med stöd på olika sätt och därmed handlar tre av de fyra kategorierna om stöd. I enkätfrågan om missnöje med bemötande var det fler respondenter som skrivit kommentar än på stödfrågan, då tabell 1 och 2 jämfördes. Ändå blev det endast sista kategorin som handlade om bemötande i tabell 3. Detta kan bero på att områdena flyter ihop och kan vara svåra att skilja på för respondenterna.

En tabell utformades för att få en bättre överblick av analysresultatet, där utvalda kondensat, koder och kategorier framställs. I detta skede upptäcktes att vissa koder och underkategorier behövde omorganiseras, för att inte passa in i samma kategori, då det motsäger metoden enligt (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008).

## RESULTATDISKUSSION

I tabell 1 och 2 framkommer det tydligt att en stor del av respondenterna i studien känner sig mycket nöjda med bemötandet och stödet. Liknande resultat påvisas i den svenska KUB-studien (Waldenström et al., 2006). Waldenström (2007) anser dock att det finns utrymme för förbättring. Det ska inte accepteras att en del av kvinnorna upplever missnöje, framför allt gällande det medicinska och känslomässiga omhändertagandet vilket framkommer i KUB-studien. Enligt Lundgren (2010) bör ett mål för förlossningsvården vara att alla kvinnor ska få en positiv förlossningsupplevelse. Detta är av stor vikt då förlossningen är en livshändelse som har en betydelsefull roll för kvinnans framtida välbefinnande men även för mor - och barnrelationen samt parrelationen (a a). Mycket forskning är gjord om förlossningsupplevelse och vad som påverkar denna, men trots detta finns

en del missnöje hos föräldrarna efter förlossningen. Waldenström (2007) anser att förbättringar behöver riktas mot omvårdnaden, vilket även ligger i linje med vårt resultat. Det är framför allt informationen, närvaron, lyhördheten och empatiskt bemötande inom förlossningsvården som behöver förbättras. Vid en negativ upplevelse av tidigare förlossningen utan tid för bearbetning, ökar risken för framtida planerade kejsarsnitt relaterat till förlossningsrädsla (Socialstyrelsen, 2009). Dessa kejsarsnitt kan troligen minskas om förbättringar sker genom närvaro och stöd.

Enligt Hildingsson och Thomas (2007) bidrar tidig ankomst till förlossningen under öppningsskede till en ökad känsla av kontroll hos de blivande föräldrarna.

Waldenström et al., (2004) anser även att det reducerar risken för att föräldrarna får en negativ förlossningsupplevelse, då paret hinner få en god kontakt med barnmorskan. Enligt WHO (2006) är det viktigt att paret känner sig välkommet till förlossningsavdelningen. Detta framkommer även i enkäten att vissa par ej får gehör för sin önskan att komma in till förlossningsavdelningen eller få stanna kvar vid önskan, vilket leder till en otrygghet hos föräldrarna. De tar kontakt med förlossningen på grund av osäkerhet och önskan om hjälp och vill därför att deras behov ses. Förlossningsavdelningarna har dock inte kapacitet att ta emot alla som önskar att vara på plats. Det visar sig även att tidig ankomst till förlossningsavdelning ökar risken för antal interventioner (Jackson, Lang, Ecker, Swartz & Heeren, 2003). Det är viktigt för föräldrarnas trygghet att de får tydlig information om varför personalen avråder från att komma in innan kvinnan är i aktivt förlossningsarbete

Bristande närvaro och konsekvenser av detta framträder tydligt i resultatet i vår studie. Föräldrarna upplever otrygghet, känner sig övergivna och ensamma. Närvaro av personal inne på förlossningsrummet är avgörande för att barnmorskan skall kunna se och tillfredsställa föräldraparets behov. Fler studier visar att kontinuerligt stöd är den största faktorn för en positiv förlossningsupplevelse (Hodnett, 2002). Hur arbetsbelastningen och beläggningen är när kvinnan föder är mycket avgörande för hur förlossningsupplevelsen blir då olika grad av stöd och närvaro kan erhållas. Detta visar sig i vår studie påverka barnmorskans närvaro, bemötande, engagemang och möjlighet till att ge kontinuerligt stöd. Föräldrarna märker tydligt när det är hög belastning på avdelningen genom att personalen är

stressad. Enligt Lundgren (2009) är närvaron viktig i vårdrelationen, eftersom det är där tillit och trygghet förmedlas. Utan närvaro riskerar kontakten att brytas och barnmorskans förmåga till att förmedla stöd försvinner (a a). Föräldrarna upplever otrygghet när det är oklart vilken barnmorska som är ansvarig för dem.

Kontinuerligt stöd och närvaro av en ansvarig barnmorska bör eftersträvas. I längden ser vi att bristande närvaro på förlossningsrummet även ökar mängden arbete och kostnad för landstinget. Enligt Hodnett (2007) ökar risken för interventioner och instrumentell förlossning vid bristande närvaro. En ond cirkel bildas då bristande närvaro orsakar otrygghet hos kvinnan och därmed har hon svårigheter att slappna av, vilket är avgörande för förlossningsförloppet och därmed ökar risken för interventioner och framtida förlossningsrädsla.

I dagens förlossningsvård vårdar barnmorskan vid hög belastning flera kvinnor samtidigt. Lundgren (2009) påvisar att tiden då barnmorskan är närvarande och ger stöd är ibland så liten som 10-15% av arbetsdagen. En reflektion som uppstår under studiens gång är om möjlighet finns att anpassa bemanningen efter förväntat födelseantal. Det kan ändå ses som en svår lösning då man samtidigt aldrig vet när förlossningarna sker. Ett alternativ är om förlossningspersonalen har en form av jourssystem där man kan ringa in extra personal vid behov. Detta system kan även förbättra den stressande situationen för personalen som uppstår vid hög belastning på förlossningsavdelningen. Barnmorskor skattar högt i mätningar som undersöker arbetsrelaterad- och klientrelaterad stress samt personlig utmattning. Enbart fängvaktare skattar högre i mätning av den klientrelaterade stressen, vilket påvisar den höga stressen barnmorskan upplever (Borritz, Rugulies, Bjorner, Villadsen, Mikkelsen & Kristensen, 2006).

KUB-studien visar att många av de missnöjda kvinnorna tycker att för lite tid ägnas åt stöd och uppmuntran (Waldenström et al., 2004). Detta är även något som framgick i vårt resultat. Föräldrarna saknar coaching under förlossningsförloppet. De efterlyser mer guidning, vägledning, tips, peppning och positiv inställning. Vid långa förlossningsförlopp finns extra behov av coachning då det är lätt att ge upp. Nystedt, Högberg och Lundman (2005) har funnit likande resultat, att vid utdraget förlossningsförlopp har kvinnorna ett större behov av stöd och uppmuntran likaväl som praktisk hjälp. Hildingsson och Thomas (2007) visar i sin studie att det som upplevs mest hjälpsamt i förlossningsstödet är när barnmorskan behandlar kvinnan



som en individ, ger beröm, att hon är lugn och hjälper till med andning och avslappning. Liknande resultat framkommer i vår studie. Paret ger uttryck för en önskan om att bli behandlade som unika individer och inte en i mängden.

En form av socialt stöd som beskrivs av Langford et al., (1997) är uppskattande stöd, vilket ges för att främja och stödja utveckling av självkänsla och självförtroende. Det uppskattande stödet har framkommit saknas under förlossningsarbetet för flera av deltagarna i studien. Vissa kvinnor önskar i en högre utsträckning att bli stärkta i sin tro på sig själva av barnmorskan och att hon tror på kvinnans förmåga. Några kvinnor upplever att för mycket fokus ligger på det tekniska istället för det naturliga stödet. Enligt Waldenström (2007) riskerar barnafödandet att avhumaniseras vid överanvändning av medicinsk teknologi i samband med förlossning. Det blir mer och mer en medicinsk händelse styrd av värsta-fall mentalitet istället för en utvecklande livshändelse i en lugn och trygg miljö.

Hodnett et al., (2003) förklarar fördelar med stöd från en doula under förlossningen. Traditionellt har födande kvinnan alltid fått stöd av en annan kvinna, antingen anhörig eller vän. Doulans ansvar innefattar att tillfredsställa emotionella och fysiska behov hos den födande kvinnan och närvara hos henne kontinuerligt under öppningsskedet, förlossningen och de första timmarna av postpartum perioden, men inget medicinskt ansvar (Ballen & Fulcher, 2006). Flera respondenter hade haft ett gott stöd genom att ha en doula närvarande. Doulan fungerar då som ett komplement till barnmorskans stöttande roll. Dock bör det inte vara nödvändigt att anställa en doula för att få en positiv förlossningsupplevelse, men i vissa fall exempelvis vid tidigare traumatisk förlossning, vid stor oro eller hög belastning på förlossningsavdelningen kan det ses som en stor fördel.

Bristande lyhördhet för parets önskemål och behov är en stor anledning till missnöje med stödet och bemötandet i studien. I den etiska koden står det att barnmorskor ska vara lyhörda för psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov hos kvinnor (ICM, 1999). Lundgren (2010) beskriver att barnmorskan skall sträva efter att tillfredsställa kvinnans önskan om att bli sedd som en enskild och unik individ, genom att lyssna till henne, vara tillgänglig och att se hennes signaler och behov (Lundgren, 2010; Hildingsson & Thomas, 2007).

I resultatet framkommer det att många upplever bristande lyhörddhet för behov av smärtlindring samt önskemål av smärtlindringsmetod. Missnöjet är framför allt stort i situationer då de inte känner sig betrodda i sin smärtupplevelse av barnmorskan, samt när de får vänta länge på bedövning. Flera skriver kommentarer om epiduralanalgesi (EDA). Antingen att de önskat EDA, men inte hunnits med eller att barnmorskan varit emot det eller att de önskat att inte ha en EDA, men blivit övertalade. Utmaningen för barnmorskan är enligt Berg (2010) att vara öppen för den individuella smärtupplevelsen. I dagsläget är det en självklarhet att i möjligaste mån anpassa analgetika terapin till patientens önskemål och behov. Vid smärtsamt tillstånd hos patienten är det inte humant att neka önskad smärtlindring om en effektiv och säker smärtlindringsmetod finns. Det är den födande kvinnan som själv avgör om hon blivit tillräckligt smärtlindrad och inte barnmorskan (Olofsson, 2003). Detta är något som kvinnorna uttrycker tydligt i enkätsvaren, att deras smärtlindringsbehov inte blir tillräckligt sedda.

Utifrån missnöjen som visar sig i resultaten är reflektioner gjorda angående om mödravården kan ha en större funktion gällande förlossningsförberedelser. Exempelvis att under föräldrautbildningen påtala vikten av förberedelser och att de tänker igenom önskemål inför förlossningen, men lika viktigt att ge dem en realistisk bild och att det är viktigt med öppenhet mot personalens förslag. Med det menas att förbereda det blivande föräldraparet på att man aldrig vet hur förlossningsförloppet blir, exempelvis akut kejsarsnitt samt snabb eller utdragen förlossning. Det finns även behov av att förklara mer om fördelar och nackdelar med epiduralanalgesi (EDA) samt när möjlighet finns för detta, då vi i studien ser att många är besvikna över att deras önskemål om EDA inte följts. Samtidigt finns en medvetenhet om att alla föräldrapar som erbjuds att delta i föräldrautbildningen inte väljer att medverka av olika skäl. Även Abascal (2009) menar på att det är bra för kvinnan att ha en bild av förlossningsförloppet, men lika viktigt med en realistisk syn på att allt inte kan kontrolleras fullt ut. Förväntningarna och tankarna kring hur förlossningen ska bli har stor betydelse för hur den faktiskt blir och upplevs.

Det är oroväckande att det i så många fall upplevs att barnmorskan ej läser eller uppmärksammar journal eller förlossningsbrev. Förlossningsbrevet är något som kvinnorna uppmuntras till att skriva från mödravården för att förbereda sig mentalt

och tydliggöra sina önskemål inför förlossningen. Barnmorskan bör läsa igenom förlossningsbrevet trots situationer med stress och tidsbrist då det ger paret en trygghet och känsla av delaktighet, vilket barnmorskan vinner på i längden. I kompetensbeskrivningen för barnmorskor beskrivs att barnmorskan har skyldighet att beakta patientens och närståendes önskemål (Socialstyrelsen, 2006). Resultatet visar tydligt att föräldrarna upplever otrygghet när de förstår att barnmorskan inte läst deras journal. Det leder även till att föräldrarna får repetera information, vilket upplevs påfrestande då kvinnan är upptagen av att fokusera på att hantera sammandragningarna.

Många föräldrar anger i enkäten att de inte fått tillräckligt med information under förlossningsförloppet. Kvinnan ska uppmuntras till att ställa frågor och informeras om förlossningsprogressen enligt WHO (2006) och HSL 1982:763 (2010). Information är A och O i förlossningsvården, då det är avgörande för att känna trygghet och delaktighet. Enligt Langford et al., (1996) innebär det informativa stödet att ge kontinuerlig information för att mottagaren bättre ska hantera stress och problem, som i denna studie handlar mycket om att hantera smärta och rädslor. I flera fall uppger föräldrarna att personalen diskuterat över deras huvuden men inte med dem, samt att personalen inte har förklarat tillräckligt vid exempelvis komplikationer. En tanke kring varför de inte pratar med föräldraparet är att personalen inte vill öka deras oro och rädsla vid eventuella komplikationer, vilket är felaktigt bemötande då det oftast märks tydligt på personalen genom handlande och kroppsspråk och kan i sin tur upplevas mer otryggt.

De saknar även delaktighet bland annat när det gäller beslut och påverkan kring handläggandet under förlossningen, samt att partnern får möjlighet att ta en större roll. Enligt ICM (1999) (International Confederation of Midwives) ska barnmorskan aktivt arbeta med att stödja kvinnans rätt att delta i beslut om sin vård genom egen talan. Främjande av delaktighet genom kontinuerlig information, skapa tillfredsställelse, vara stöttande, ge bekräftelse genom att visa respekt och att bli engagerad är en del i resultatet, vilket även Hildingsson och Thomas (2007) påvisar som viktiga faktorer för att kvinnan skall uppleva trygghet.

Många citat i enkäten tyder på bristande kunskap och inblick hos föräldrarna angående förlossningsvård. Detta kan till stor del bero på bristande information om

förfarandet och motivering till handläggande. Gällande kontroll av öppningsgrad är det många som skriver att de velat bli undersökta oftare. En reflektion är att barnmorskan av infektionsrisk vid vattenavgång och ingen anledning till tätare kontroll inte undersökt oftare, men inte förklarat tillräckligt förståeligt för kvinnan. Det kan även vara så att kvinnan inte blir undersökt tillräckligt ofta på grund av bland annat tidsbrist eller att felaktig bedömning görs. Enligt Kjaergaard, Foldgast och Dykes (2007) behöver barnmorskan förklara varför förlossningsprocessen tar sin tid och att det inte finns någon orsak till att undersöka för ofta. Andra områden där information och förklaringar saknas är vilka smärtlindringsmetoder som är möjliga och varför ett värkstimulerande dropp sätts, då det förekommer flera citat som tyder på detta. Det är viktigt att vårdaren förklarar alla procedurer, söker tillåtelse, diskuterar undersökningsfynd med kvinnan, uppmuntrar och berömmar kvinnan samt försäkrar henne om att allt går som det ska (WHO, 2006). I några citat framgår det att samråd ej givits av föräldrarna, vilket behövs för all vård före handlingar enligt HLS 1982:763 (2010).

I stressade situationer som under en förlossning med smärta och rädslor blir mottaglighet för information lägre hos kvinnan, vilket innebär att barnmorskan måste vara mycket tydlig och försäkra sig om att kvinnan förstått. Enligt Fossum (2007) är det viktigt att ord och uttryck används som är begripliga för patienten och undvika medicinska termer. Vid informationsgivning bör fokus ligga på den mottagande partnern, alltså den födande kvinnan istället för den förklarande informationen i sig, då information blir mer förståelig och lättare att ta till sig.

Många missförstånd och frågor hade besvarats om ett uttömmande samtal hållits efter förlossningen, vilket många citat påvisar. I flera fall var det efterfrågat med postpartumsamtal, men blev inte av. Av egen erfarenhet ges sällan tillräckligt med tid under arbetsschemat för att kunna genomföra samtal med alla kvinnor barnmorskan förlöst. Enligt Carlgren och Berg (2008) sjunker frekvensen av postpartumsamtal på grund av kortare vårdtider och bristande resurser. Deras studie visar att majoriteten av kvinnor som föder barn idag vill ha postpartumsamtal, men bara hälften får det. De anser att det är viktigt att organisationen förändras så att möjlighet finns för dessa samtal med samtliga förlösta kvinnor.

Det framgår en del önskemål om att gemensamma riktlinjer skall följas gällande barnmorskornas arbetssätt och rutiner. Föräldrarna upplever att handläggandet påverkas för mycket av vem som är ansvarig barnmorska och förlossningsläkare, det vill säga deras erfarenhet och personlighet styr för mycket i vissa fall. Det är ofrånkomligt att vården till viss del påverkas av personalens bakgrund, men det innefattas i deras legitimation att följa gemensamma riktlinjer och PM.

Organisationen har även ansvar att se till att riktlinjer följs och att vården är samstämmig (1982:763, 2010). Blivande föräldrar skall inte behöva känna oro över vem eller vilka i personalgruppen de får vård av, då vården skall vara säker och trygg.

I några fall beskrivs missnöje över att personalen är oeniga framför patienten i beslut om handläggande samt att olika information ges. När personalen är oense bör diskussioner hållas utanför parets rum, då föräldrarna inte skall behöva ta del av det. En annan aspekt som uppkommer i detta är hur personkemin påverkar vårdrelationen under förlossningsförloppet. En god personkemi är en viktig förutsättning för en fungerande och trygg vård. Flera föräldrar beskriver att det inte "klickade" mellan dem och barnmorskan, men de skriver att barnmorskan utfört ett bra jobb. Flera anger även att de var väldigt nöjda med en barnmorska, men inte med andra som de mött eller vice versa. Det är framför allt bristande stöd och bemötande som orsakade att föräldrarna inte är nöjda.

Flera har skrivit att de är missnöjda över det empatilösa bemötandet de fått av personalen på förlossnings- eller operationsavdelningen. Det som upplevs som empatilöst bemötande är bland annat otrevliga kommentarer och olämplig attityd. Föräldrarna efterfrågar ett individuellt, mjukare och respektfullare möte. I Hildingsons och Thomas studie (2007) visar sig liknande resultat då kvinnorna i studien efterfrågar en stödjande, vänlig, uppmärksammande, respektfull och icke-dömande attityd hos barnmorskorna. Kvinnor betonar vikten av att bli sedda som en viktig person och inte som en av alla som barnmorskan vårdar (Berg et al., 1996; Hildingsson & Thomas, 2007). "Det här gör jag varje dag-attityd" hos barnmorskorna framkallar missnöje som visas i enkäten. En förlossning är inget föräldrarna genomgår varje dag och är en unik livshändelse, vilket bör respekteras genom en professionell attityd. Bristande bemötande från personalen kan bidra till en negativ förlossningsupplevelse och vidare till förlossningsrädsla vid eventuell

nästa förlossning enligt Nilsson och Lundgren (2007). Ett gott bemötande är av stor vikt vid mötet med de blivande föräldrarna, då det är en viktig livshändelse och något de kommer minnas för evigt. Några i enkäten beskriver att det verkar som barnmorskan haft en dålig dag, vilket inte är professionellt och ska inte påverka förhållningssättet. Några respondenter uttrycker ett missnöje över att partnern inte får lika bra bemötande som kvinnan, vilket leder till att de inte känner sig tillräckligt delaktiga. Då föräldraskapet är delat är det viktigt att även partnern får en positiv förlossningsupplevelse tänker vi. Kvinnan ses som huvudpersonen under graviditet och förlossning, vilket gör att partners behov sätts åt sidan (Berg & Premberg, 2010).

Empati är en central del i vårdrelationen. Barnmorskans relation till kvinnan ska karakteriseras av en hög grad av ömsesidighet och empati (Leinweber & Rowe, 2008). Det är viktigt att vårdgivaren får reflektera över svåra och känslomässiga situationer med kollegor och andra för att skydda sig från känslomässig utmattning, vilket kan leda till empatilöst bemötande (a a). Det är viktigt att personalen tar hand om varandra och säger till om någon i personalgruppen har ett olämpligt bemötande. Något som kan bidra till ett dåligt bemötande är stress och hög arbetsbelastning. En studie gjort av Chung-Hey, Shing-Yaw och Mei-Yueh (2001) visar att 60 % av kvinnorna enbart hade upplevt ett hjälpsamt bemötande, medan 38 % upplevde både negativ och positivt bemötande. I studien har de funderingar om det negativa bemötande kan ha ett samband med underbemannad avdelning, vilket instämmer med resultatet i enkätstudien.

Det har inte framkommit något missnöje över undersköterskans bemötande. Detta kan bero på undersköterskans har en mer assisterande funktion, vilket gör att föräldrarna inte får samma kontakt med henne. Barnmorskan har den mest centrala rollen i förlossningsvården medan läkaren fungerar mer som en konsult och har det översta ansvaret. Det kan vara anledningen till att det finns mest citat om barnmorskans bemötande och stöd i enkäten.

## **Slutsats**

Det som kan framföras genom studien till klinisk verksamhet är vad paren inte är nöjda med och saknar för att få en positiv förlossningsupplevelse. Närvaro är grundläggande inom förlossningsvården för att föräldrarna ska känna trygghet och vara nöjda. Bristande närvaro är ett av det främsta fyndet till varför missnöje finns gällande stöd och bemötande. Utan tillräcklig närvaro av barnmorska finns ingen möjlighet till stöd, information, lyhördhet, delaktighet och coaching. Många tycker att det är för lite fokus på kvinnan under förlossningsarbetet. De efterfrågar mer individuell hjälp och coachning. Brist på lyhördhet och kontinuerlig information är ett framträdande fynd i vår studie. Flertalet av de missnöjda föräldrarna tycker att de inte blir lyssnade på samt att barnmorskan inte ser deras behov av exempelvis smärtlindring i tillräcklig utsträckning. Ett annat fynd är hur föräldrarna upplever missnöje med bemötandet, genom otrevlig attityd och empatilöshet. Stödet och bemötandet måste förbättras för att en god förlossningsupplevelse ska upplevas av alla.

## **Fördelning av arbetet**

Båda författarna har varit lika delaktiga i hela arbetet med sökning och beskrivning av tidigare forskning, med dataanalys och med att sammanställa resultat och skriva diskussion samt slutsats.

## REFERENSER

Abascal, G. (2009). *Att möta förlossningssmärtan*. Stockholm: Bonnier fakta.

Arbetsverket. (2010). *Hälso- & sjukvård*. Hämtad från 2011-12-20:

[http://www.av.se/dokument/statistik/sf/Af\\_2010\\_09.pdf](http://www.av.se/dokument/statistik/sf/Af_2010_09.pdf)

Bailham, D., & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice.

*Psychology, Health & Medicine*, 8 (2), 159-168.

Ballen, L. E., & Fulcher, A. J. (2006). Nurses and Doulas: Complementary Roles to Provide Optimal Maternity Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 35 (2), 304-311.

Berg, M., Lundgren, I., Hermanson, E., & Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12 (1), 11-15.

Bergh, M. (2002). *Medvetenhet om bemötande: en studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning*. Göteborg. Institutionen för vårdvetenskap, Göteborgs universitet.

Berg, M & Premberg, Å. (2010). Att bli förälder. I: M, Berg & I, Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka*. (sid. 69). Lund: Studentlitteratur.

Borritz, M., Rugulies, R., Bjorner, JB., Villadsen, E., Mikkelsen, O.A., & Kristensen, T. S. (2006). Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 34 (1), 49-58.

Bryanton, J., Gagnon, A.J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of Women's perceptions of the Childbirth Experience. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37 (1), 24-34.

Callister, L.C. (2004). Making Meaning. Womans birth narriatives. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33 (4), 508-518.



- Carlgrén, I., & Berg, M. (2008). Postpartum consultation: Occurrence, requirements and expectations. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, (29), 1-8.
- Chung-Hey, C., Shing-Yaw, W., & Mei-Yueh C. (2001). Women's Perceptions of Helpful and Unhelpful Nursing Behaviors During Labor: A Study in Taiwan. *Journal of birth*, 28 (3), 180-185.
- De Montigny, F., & Lacharite, C. (2004). Fathers' Perceptions of the Immediate Postpartal Period. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33 (3), 328-339.
- Eriksson, K. (1990). *Vårdprocessen*. Stockholm: Nordstedts Förlag AB.
- Eriksson, K. (1995). *Vårdprocessen*. Göteborg: Liber Utbildning AB.
- Fossum, B. (2007). *Kommunikation, samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Fägerskiöld, A. (2006). Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20 (1), 79-85.
- Goodman, P., Mackey, M.C., & Tavakoli, A.S. (2003). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (2), 212-219.
- Hall, O.C. E., & Wigert, H. (2010). Familjeinriktad neonatalvård. I: M. Berg., & I. Lundgren (Red.), *Att stödja & stärka* (sid. 191-204). Lund: Studentlitteratur.
- Heli, S. (2010). Heliverktygen. I: M, Berg & I, Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka* (sid. 97-110). Lund: Studentlitteratur.
- Hildingsson, I., & Rådestad, I. (2005). Swedish womens satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (3), 239-249.
- Hildingsson, I., & Thomas, J.E. (2007). Women's Perspectives on Maternity Services in Sweden: Processes, Problems, and Solutions. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 52(2),126-33.

- Hodnett, E.D. (2002). Pain and woman's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American journal of Obstetrics and Gynecology*. 186 (5), 160-172.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth, Review. *The Cochrane Library*. (3), 1-70.
- Holm, U. (2001). *Empati – att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hsieh, H.F., & Shannon, S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Quality Health Research*. 15 (9), 1277-1288.
- HSL (Hälsa - & sjukvårdslagen) 1982:763 (2010), *Allmän sjukvårdslagstiftning*. Hämtad 110908. <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=>
- Hupcey, J.E., & Morse, J.M. (1997). Can a Professional Relationship Be Considered Social Support? *Nursing Outlook*. 45(6), 270-276.
- ICM (2011). International Code Of Ethics For Midwives. Hämtad 2012-01-10: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives%20jt%202011rev.pdf>
- Jackson, D.J., Lang, J.M., Ecker, J., Swartz, W.H., & Heeren, T. (2003). Impact of collaborative management and early admission in labor on method of delivery. [Electronic version]. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 32 (2), 147-157.
- Kennedy, H.P., Shannon, M.T., & Chuahorm, U. (2004). The landscape of caring for women: A narrative study of midwifery practice. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 49 (1), 14-23.
- Kjaergaard, H., Foldgast, A.M., & Dykes A.K, (2007). Experiences of non-progressive and augmented labour among nulliparous women: a qualitative interview study in a Grounded Theory approach. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 7 (15), 1-10.

- Langford, C.P.H., Bowsher, J., Maloney, J.P., & Lillis, P.P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 25 (1), 95-100.
- Larkin, P., Begley, C.M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25 (2), 49-59.
- Laurence, R.J. (1997). Post-traumatisk stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association Journal*. 156 (6), 831-835.
- Leinweber, J., & Rowe, H.J. (2008). The costs of `being with the woman: secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*. 26 (1), 76-87.
- Lothian, J. (2006). Birth Plans: the good, the bad, and the future. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35, 295-303.
- Lundgren, I. (2005). Swedish woman's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*. 21, 346-354.
- Lundgren, I. (2009). Stöd under förlossningen. I: A, Kaplan., B, Hogg., I, Hildingsson & Lundgren, I (Red.), *Lärobok för barnmorskor*. (sid. 75). Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I. (2010). Vård vid normalt barnafödande. I: M, Berg & I, Lundgren (Red.). *Att stödja och stärka* (sid.123). Lund, Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2004). Oualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, 105-112.
- Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (Red.). I *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälsa och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Magnusson, B. (1998). Barnmorskan och förlossningsrädslan. I: B, Sjögren (Red.), *Förlossningsrädsla*. (sid. 9-35). Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, C., & Lundgren, I. (2007). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*. 25 (2), 1-9.

Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous Birth Experience in Woman With intense fear of Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 39 (3), 298-309.

Nissen, E., & Mårtensson, L. (2009). Obstetrisk smärtlindring. I: A. Kaplan., B. Hogg., I. Hildningsson., & I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorsko.r* (sid. 75). Lund: Studentlitteratur.

Nystedt, A., Höggberg, U., & Lundman, B. (2005). Some Swedish women's experiences of prolonged labour. *Midwifery*. 22 (1), 56–65.

Olofsson, N. (Red.). (2003). *Förlossnings smärta - och dess behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, P., Jansson, L., & Norberg, A. (2000). A qualitative study of childbirth as spoken about in midwives ante – and postnatal consultations. *Midwifery*. 16 (2), 123-134.

Rudman, A., El-Khoury, B., & Waldenström, U. (2006). Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach. *Journal of Advanced Nursing*. 59 (5), 474-487.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*.

(Uppdaterad:

t.o.m. SFS 2008:192). V:a Frölunda: Regeringskansliets rättsdatabaser: Notisum AB. Hämtad 2011-12-29, <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20030460.htm>.

Socialstyrelsen. (2001). *Handläggning av normal förlossning - State Of the Art*. Hämtad 2011-10-30: <http://www.sfog.se/PDF/2001-123-1>.

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*.

Hämtad 2010-09-30 : <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-105-1>

Socialstyrelsen. (2009). *Vård vid förlossning och gynekologiska sjukdomar*. Hämtad 2010-09-30: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126->

72/Documents/Utveckling%20V%C3%A5rd%20vid%20f%C3%B6rlossning%20och%20gynekologiska%20sjukdomar.pdf.

Somers-Smith, M.J. (1999). A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. *Midwifery*. 15(2), 101-108.

Vetenskapsrådet, (2002). Hämtad 11-02-04: [www.codex.vr.se](http://www.codex.vr.se)

Waldenström, U. (2003). Women's memory of childbirth at two month and one year after birth. *Birth*. 30 (4), 248-254.

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth*. 31(1), 17-27.

Waldenström, U., Rudman, A., & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden. Women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 85, 551-560.

Waldenström, U. (2007). *Föda barn – från naturligt till högteknologiskt*. Karolinska institutet, University press, Stockholm.

WHO, (2006). *Pregnancy, Childbirth, postpartum and newborn care*. Hämtad: 2010-10-14 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf)