



# Barnmorskors upplevelse av att ge stöd under förlossningen

De första åren efter examen

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>FÖRFATTARE</b>   | Mulenga Mellbin  |
| <b>PROGRAM/KURS</b> | Barnmorskeprogrammet<br>Examensarbete i reproduktiv och<br>Perinatal hälsa, RPH 100<br>HT 2015 |
| <b>OMFATTNING</b>   | 15 högskolepoäng   |
| <b>HANDLEDARE</b>   | Ingela Lundgren  |
| <b>EXAMINATOR</b>   | Eva Lidén  |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## **Förord**

Ett stort tack!

Till Ingela Lundgren för utmärkt handledning, tålamod och engagemang

Till alla barnmorskor som valde att ställa upp i studien

Till Göran Mellbin och Martina Christiansson

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Titel (svenska) :     | Barnmorskors upplevelse av att ge stöd under förlossningen, de första åren efter examen              |
| Titel (engelsk) :     | Midwives experiences of the supportive role during childbirth, the first years in the new profession |
| Arbetets art:         | Självständigt arbete   |
| Program/Kurs/Kurskod: | Barnmorskeprogrammet/Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa/RPH 100                         |
| Arbetets omfattning:  | 15 högskolepoäng   |
| Sidantal:             | 50 sidor   |
| Författare:           | Mulenga Mellbin  |
| Handledare:           | Ingela Lundgren  |
| Examinator:           | Eva Lidén  |

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** I alla tider och i alla kulturer har kvinnor fått stöd av andra kvinnor under förlossningen. Forskning har visat att stöd vid barnafödande är en viktig dimension för att få en positiv förlossningsupplevelse och det ingår i barnmorskans roll att erbjuda professionellt stöd. Det är därför viktigt att nå förståelse av hur nyutexaminerade barnmorskor upplever att ge stöd till kvinnan och partnern under förlossningen.

**Syfte:** Att beskriva hur barnmorskor med maximalt tre års yrkeserfarenhet upplever att ge stöd under förlossningen de första åren efter examen.

**Metod:** En kvalitativ metod användes där fyra nyutexaminerade barnmorskor från en förlossningsavdelning i Västsverige intervjuades. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. En kvalitativ innehållsanalys med induktivinsats användes för dataanalysen.

**Resultat:** Fyra huvudkategorier identifierades. "Förhållningssättet förändras", "att vara närvarande", "att vara i en stressig miljö" och "behov av åtgärder för att öka förutsättningar för stödet". De nyutexaminerade barnmorskorna fann det utmanande att fokusera på sin stödjande roll beroende på splittrat ansvar. Det var tillfredsställande för barnmorskorna att ge och ta emot stöd och de upplevde att det även var tillfredsställande för den födande kvinnan. För att ge barnmorskorna ökad självförtroende i den stödjande rollen föreslås att de får en bättre introduktion, möjlighet till uppföljning samt att arbetsledningen underlättar utökat stöd från mer erfarna barnmorskor.

**Konklusion:** Det är en utmaning för nyutexaminerade barnmorskor att ge stödjande vård. Arbetsledningen måste vidta effektiva åtgärder för att möjliggöra för de nya barnmorskorna att utvecklas så att de får möjlighet att ge stödjande vård.

**Nyckelord:** Nyutexaminerade barnmorskor, förlossning, stöd, vårdmodeller, upplevelse.

## ABSTRACT

**Background:** At all times and in all cultures, women have been supported by other women during childbirth. Research has shown that support during child birth is an important dimension to achieve a positive experience of the delivery, and it lies in the midwife's roll to provide professional support. Therefore it's important to gain an understanding of the newly qualified midwives experiences in providing supportive care to the woman and partner during labour.

**Aim:** To describe how midwives with no more than three years of professional experience perceive giving supportive care to the woman and her partner during labour the first years after graduation.

**Method:** A qualitative method was used. Four recently graduated midwives from a maternity ward in the western part of Sweden were interviewed. The interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. A qualitative content analysis with inductive approach was used to analyze the data material.

**Results:** Four main categories emerged; "Changed approach", "To be Present", "To be in a stressful environment" and "Actions to increase possibilities for support". The newly qualified midwives found it quite challenging to focus on their supportive roll to the woman and her partner during labour due to the diverse responsibilities. To be able to be present for the woman in labour was both fulfilling for both the midwife and the woman in labour. The ward management should offer a better introduction, follow up and opportunities to receive support from the experienced midwives. This will enable the new midwives to gain confidence in their supportive role.

**Conclusion:** Provision of supportive care to the woman and her partner during labour for newly qualified midwives is challenging. Effective supportive system by the ward management need to be taken into consideration and be implemented to enable the newly qualified midwives to adjust and have the ability be provide effective supportive care.

**Keywords:** Newly qualified midwife, labour, support, models of care, experience.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|  |    |
|--|----|
| <b>INLEDNING</b> .....                                   | 1  |
| <b>BAKGRUND</b> .....                                    | 1  |
| HISTORIK .....   | 2  |
| TEORETISKT PERSPEKTIV .....                              | 3  |
| STÖD .....   | 3  |
| VÅRDMODELLER.....  | 4  |
| TIDIGARE FORSKNING.....                                  | 7  |
| PROBLEMFÖRMULERING .....                                 | 12 |
| <b>SYFTE</b> .....                                       | 12 |
| <b>METOD</b> .....                                       | 12 |
| URVAL.....   | 12 |
| DATAINSAMLING .....                                      | 13 |
| DATAANALYS.....  | 14 |
| FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN .....                      | 15 |
| RISK NYTTA ANALYS.....                                   | 16 |
| <b>RESULTAT</b> .....                                    | 16 |
| FÖRHÅLLNINGSSÄTTET FÖRÄNDRAS.....                        | 17 |
| Svårast i början .....                                   | 17 |
| Etablera en god arbetsmetod .....                        | 18 |
| Tid att utvecklas .....                                  | 18 |
| ATT VARA NÄRVRANDE .....                                 | 19 |
| Fysiskt och mental närvaro .....                         | 19 |
| Kunna läsa av kvinnan.....                               | 20 |
| Kvinnans kontroll och självbestämmande.....              | 21 |
| ATT VARA I EN STRESSIG MILJÖ .....                       | 21 |
| Splittrad uppmärksamhet.....                             | 21 |
| Särskilda behov hos patient.....                         | 23 |
| Tidsbrist och arbetsbelastning.....                      | 24 |
| BEHOV AV ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR STÖDET | 24 |

|   |           |
|---|-----------|
| Aktivare arbetsledning.....                         | 24        |
| Ansvara för en patient i taget.....                 | 25        |
| Hjälp med stöd av andra .....                       | 25        |
| Inför tid för kunskapsutbyte.....                   | 26        |
| <b>DISKUSSION .....</b>                             | <b>27</b> |
| METODDISKUSSION .....                               | 27        |
| RESULTATDISKUSSION.....                             | 28        |
| <b>SLUTSATS .....</b>                               | <b>35</b> |
| PRAKTISKAIMPLIKATIONER.....                         | 35        |
| <b>REFERENSER.....</b>                              | <b>36</b> |
| <b>BILAGOR.....</b>                                 | <b>41</b> |
| <b>Bilaga 1: Forskningspersons information.....</b> | <b>41</b> |
| <b>Bilaga 2: Tabell 2, Kategorier.....</b>          | <b>44</b> |

## **INLEDNING**

En av barnmorskans främsta uppgifter är att ge professionellt stöd till kvinnan och hennes partner under förlossningen. I samband med en föreläsning kring stöd under förlossningen väcktes intresset för detta ämne efter att ha fått insikt om den positiva effekten som uppnås om barnmorskan tar en stödjande roll. International Confederation of Midwives, (ICM, 2014) beskriver en etisk kod för barnmorskor där vikten av barnmorskans stödjande roll till kvinnan betonas. ICM poängterar vidare att relationen mellan kvinnan och barnmorskan ska bygga på respekt, ömsesidig tillit och värdighet, och att den ska anpassas för varje individ.

Denna forskningsfråga valdes för att möta det stora intresset av hur en nyutexaminerad barnmorska ger stöd till en födande kvinna. Med denna uppsats avses att få en djupare förståelse kring hur barnmorskor upplever detta arbete. Till detta fogas egna upplevelser av att ge stöd gentemot kvinnan vilket är av stor vikt genom hela graviditeten, men framför allt vid förlossningen när kvinnan berörs av smärta.

## **BAKGRUND**

I alla tider och i alla kulturer har kvinnor fått stöd av andra kvinnor under förlossningen. Sedan mitten av 1900-talet sker de flesta förlossningar i höginkomstländer på sjukhus, och i samband med detta har det kontinuerliga stödet under förlossningen snarast varit ett undantag än det gängse förfarandet (Hodnett, Gates, Hofymer & Sakala, 2013). Med kontinuerligt stöd menas att kvinnan har tillgång till en stödjande person utifrån eget behov under hela förlossningen. Den stödjande personen kan vara professionell, läkare, barnmorska eller sjuksköterska, eller icke-professionell, en vän, partner eller doula (Hodnett et al., 2013). Ordet doula kommer från grekiska och betyder en kvinna som ger stöd under förlossningen (Lundgren, 2009; Hodnett et al., 2013). Kontinuerligt stöd består av handlingar för känslomässigt välbefinnande, åtgärder för fysisk komfort och samtidigt hjälp för den födande att föra fram åsikter och önskemål till personalen (SBU, 2013).

Forskning har visat att upplevelsen av förlossningen kan följa kvinnan under återstoden av hennes liv (Simkin, 1991; 1992; Lundgren, 2009; Lundgren, Karlsdottir & Bondas, 2009). Barnafödandet kan vara en viktig livsupplevelse för kvinnan visar en isländsk studie och

kvinnans tillfredsställelse med vården påverkas av barnmorskans omtanke och genuina engagemang (Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996).

Det finns många faktorer som påverkar hur förlossningen upplevs, men en central dimension är stöd (Lundgren & Berg, 2007). Halldórsdóttir och Karlsdóttir (1996) och Lundgren och Berg (2007) framhåller vikten av att barnmorskan ger stöd och visar omtanke och därigenom befrämjar och stärker relationen mellan barnmorskan och den födande kvinnan. Socialstyrelsen (2006) beskriver att det ligger inom barnmorskans kompetensområde att kontinuerligt erbjuda stöd och trygghet under förlossningen.

## **HISTORIK**

Barnmorska, dåtidens jordgumma, jordemor skulle vara en kvinna som fött barn och vara gift, och särskilt viktigt var det att hon skulle inneha klokskap och vara en duglig person. I det antika Grekland bemöttes barnmorskorna med auktoritet, och deras arbetsuppgifter var flexibla och bestod av att stödja vid förlossningar, behandla sjukdom och lidande (Höjeberg, 2009).

År 1571 justerades barnmorskeyrket med en första kyrkoordning. När sedan Collegium Medicum inrättades år 1663, så beskrivs att det tidigare slutna förlossningsrummet blev omskapat till ett öppet publikt rum. Inrättandet innebar att läkarna fick en maktposition, och därmed kontroll över barnmorskornas arbete. På sent 1700-tal tillkom de första barnbördshusen i Sverige och hit kunde fattiga kvinnor och kvinnor som inte ville avslöja sin identitet komma för att föda sitt barn. I och med inrättandet av dessa barnbördshus, fick en manlig läkare möjligheten att styra och dominera vid förlossningsenheten (Höjeberg, 2009).

Den första barnmorskeutbildningen startade i Sverige i början på 1700-talet av den svenske läkaren Johan von Hoorn. Han lärde förlossningskonsten i Paris och författade även de första läroböckerna för barnmorskor som utkom 1697. År 1682 fick von Hoorn tillsammans med sin läkarkollega Urban Hiärne, ett åliggande att framställa en plan för förlossningsvården i Sverige. Syftet med den planen var att det skulle finnas en utbildad barnmorska i varje socken. Två sekler senare (1908), kom besluten som gjorde kommunen förpliktad att anställa en examinerad barnmorska (Höjeberg, 2009).

Professor Cederschöld som verkade i början på 1800-talet såg barnmorskans nyckelroll som en tillgång i förlossningsvården. Han var med vid tillskapandet av instrumenträtten vilket innebar att barnmorskor i Sverige fick rätt att använda förlossningsinstrument om ingen läkare fanns



tillgänglig, efter att ha gått en tre månaders extra utbildning. Cederschöld var den man som 1822 skrev boken Handbok för barnmorskor (Höjeberg, 2009)

Den då tvååriga utbildningen till barnmorska verkställdes 1921, och beslutet att alla barnmorskor skulle ha en grundläggande sjuksköterskeutbildning togs på 1950-talet. Innan Universitets och Högskoleämbetet tog över tillsynen av barnmorskeutbildningen 1982 från Skolöverstyrelsen hade barnmorskeutbildningen haft inriktningen på det medicinska och praktiska perspektiven av hälso- och sjukvårdsarbetet. I dag har det vetenskapliga förhållningssättet fått ett större utrymme, med målet att studenten ska kunna utföra sin barnmorskeprofession på ett systematiskt vis, och att kunna delta i förändrings- och utvecklingsarbete för patientens bästa. Syftet är att vården utvecklas på ett tillfredsällande sätt, på både ett kulturellt, ekonomiskt och personellt sätt (Ransjö-Arvidsson, 2009).

## **TEORETISKT PERSPEKTIV**

I studien har två teoretiska begrepp valts som är viktiga för studieområdet: Stöd och vårdmodeller.

### **STÖD**

Stöd vid barnafödande är en viktig dimension som har betydelse för att kvinnan får en positiv förlossningsupplevelse (Lundgren, 2010). Enligt Thorstensson (2012) kan stöd beskrivas som en interaktiv process som kan möjliggöra att en person stärks och främjar ett positivt resursutnyttjande i en utmanande och stressande situation. Berg (2010) beskriver att i den stödjande roll som barnmorskan har med kvinnan under förlossningen är grunden en positiv människosyn, att bevara kvinnans integritet genom ett vänligt bemötande och bekräftelse. Kvinnan, barnet och partnern ska alltid vara i fokus och betraktas som en helhet som består av kropp, själ och ande.

Stöd kan antingen ges professionellt inom ramen för en yrkesutövning t.ex. barnmorska eller socialt stöd av en vän eller närstående/partner. Professionellt stöd från barnmorskan har beskrivits som att ge den födande kvinnan den styrka som krävs för att möta utmaningen i att föda utan att förlora kontrollen (Lundgren, 2004; Kennedy, 2002). Det professionella stödet kan ibland synas mer oklart och mindre väldefinierat än barnmorskans medicinska kontroller (Thorstensson, Ekström, Lundgren & Hertfelt- Wahn, 2012).

Att ge stöd omfattar vikten av att anpassa sig till den unika kvinnan och hennes varierande behov av stöd för att underlätta att klara av arbetet och bibehålla kvinnans värdighet (Halldorsdottir & Karlsdottir, 1996). Det är av högsta vikt för barnmorskan när hon erbjuder vård att ta hänsyn till de olika aspekterna av kvinnans välbefinnande såsom psykologiskt, psykosocialt, andligt, mentalt och socialt och därigenom erbjuder optimalt stöd (Berg, 2010; Socialstyrelsen, 2006).

Att vara stödjande och närvarande är en aspekt i det professionella stödet vid barnafödande. Det innebär en väg att utveckla ett medvetande om stöd till den födande kvinnan och hennes partner och att etablera en relation till dem. Dessutom kan närvaron av en barnmorska ge ett känslomässigt stöd och en känsla av trygghet vilket möjliggör för kvinnan att finna modet att gå igenom förlossningen och förmåga att hantera den (Lundgren, 2010; Lundgren, 2005). Inom barnmorskans stödjande roll ingår begreppet "att vara med kvinnan", som betyder att erbjuda känslomässig, fysisk, andlig och psykologisk närvaro. Denna aspekt är en väsentlig komponent i barnmorskans vård, både ur hennes eget och ur den födande kvinnans perspektiv (Hunter, 2009).

Att vara en "förankrad följeslagare" innebär att barnmorskan är med i förlossningen och är närvarande, lyssnar, iakttar kvinnan, förstår och tolkar hennes behov eller uttryck. Dessutom ska kvinnans gränser respekteras när det gäller förmågan och smärthantering och å andra sidan ska barnmorskan ha insikt i sina professionella begränsningar när hon stöttar kvinnan och hennes partner. Kvinnan måste uppmuntras att vara delaktig och känna tillit till sin egen förmåga och vilja att föda, men barnmorskan ska se var gränsen går till en komplicerad förlossning (Lundgren & Dahlberg 2002; Lundgren, 2010).

## **VÅRDMODELLER**

Davis- Floyd (2001) menar att förlossningsvård baseras på, och påverkas av, den underliggande filosofin i samhället. Det finns två tankeskolor, en där barnafödandet ses som en normal social händelse som sker inom en familj och som inte behöver störas i onödan. Å andra sidan står det medicinska och tekniska tankesättet som ser födande som en risk som behöver medicinsk intervention och som endast kan anses vara normalt när den betraktas retrospektivt. Över tid har det medicinska och tekniska synsättet blivit det dominerande (Davis- Floyd, 2001).

I många länder i världen är det barnmorskor som står för huvuddelen av vården för friska kvinnor med normalt barnafödande (Koblinsky, Matthews, Hussein, & Mavalankar, 2006). I

andra länder såsom i USA är det en obstetriker eller en familjeläkare som har ansvaret över förlossningen. Sjuksköterskor ger då ofta vård till kvinnan. Ett begrepp som beskriver en medicinsk vård ledd av läkare är "obstetric led model of care" (De Vries, 2001). "Midwifery model of care" är ett begrepp som beskriver olika vårdformer för kvinnor med normalt barnafödande där barnmorskor har huvudansvaret (Rooks, 1999). I Sverige har det funnits tre ABC-enheter (Alternative Birth Center), en i Stockholm och två i Göteborg med en typ av "midwifery model of care". Dessa enheter är nedlagda vilket snart också gäller Södra BB i Stockholm som är landets enda vårdavdelning med ett liknande koncept (Lundgren, 2010).

Även om "midwifery- model of care" fokuserar på att bibehålla den normala fysiologiska processen och den medicinska vårdmodellen mer baseras på patologiska aspekter, så kan dessa båda modeller ses som ett komplement snarare än att stå mot varandra. Båda modellerna har fokus på moderns och barnets säkerhet (Rooks, 1999). I länder såsom Australien, Nya Zeeland, Nederländerna, Storbritannien och Irland finns det olika kombinationer av barnmorskeledda modeller för vård där kontinuitet betonas "Midwifery - led continuity model of care" och delade modeller "Shared model of care" (De Vries, 2001). I Sverige används inte dessa begrepp för vården och författaren har därför valt att ha de engelska benämningarna kvar i beskrivningen nedan.

I en medicinsk läkarledd vårdmodell "obstetric- led model of care" fokuseras främst på risker och komplikationer i samband med graviditet och förlossning. En obstetriker eller en familjeläkare är primärt ansvarig för vården. I denna modell används frekvent övervakningsutrustning, ibland med risk att överdiagnostisera komplikationer till den grad att kvinnor med riskfaktorer behandlas som om de redan hade drabbats av komplikationer. Sjuksköterskor och barnmorskor som arbetar inom detta upplägg kontrollerar ofta fosterövervakning från flera patienter vid en central övervakningsstation (Rooks, 1999). Enligt McNiven, Hodnett och O' Brien- Pallas (1992) tillbringar barnmorskan endast en fjärdedel av sin tid i förlossningsrummet tillsammans med kvinnan i denna vårdform. Barnmorskor som arbetar enligt denna vårdmodell måste anpassa sig snarare till de medicinska systemen än till den individuella kvinnan. Den kulturella norm som denna miljö omhuldar är det värde som läggs på teknisk skicklighet och tillgänglighet till medicinsk expertis snarare än barnmorskans vårdande förmåga och angreppssätt utan interventioner, vilket bortses ifrån. Barnmorskorna kan få svårt att underlätta normala förlossningar (Keating & Fleming, 2009).

Rooks (1999) beskriver att ”midwifery model of care” har som grund att kvinnan är en aktiv partner i sin egen vård och när beslut fattas. Barnmorskan hjälper kvinnan att identifiera problem och ger henne information, omdömen och makt att fatta egna beslut. Kvinnan är i fokus och hennes liv som unik individ inom ramen för sin familj. En barnmorskeledd modell för vård baseras på förutsättningen att graviditet och födande är normala livshändelser och är centrerad runt kvinnan. Modellen omfattar kontinuerlig omvårdnad, övervakning av fysisk, psykologisk, andligt och socialt välbefinnande för kvinnan och familjen, minimal teknisk intervention (Rooks, 1999). Ett sätt att främja en barnmorskeledd vård är att använda ett verktyg för att stödja normal förlossning och minska onödiga interventioner samt utvärdera dess implementeringar. Detta arbetssätt finns beskrivet från Storbritannien och benämns ”normal labour pathways” och leder till en ökning av barnmorskornas förtroende för att stödja normal förlossning och ifrågasättande av vedertagen praxis (traditionell vård) (Hunter & Segrott, 2010).

En teoretisk modell för barnmorskans vård har utvecklats i Sverige och på Island.(Berg, Olofsdottir & Lundgren, 2012). Modellen har tre centrala och sammanlänkade teman: en ömsesidig relation, en förlossningsfrämjande miljö och grundad kunskap. I den ömsesidiga relationen mellan barnmorskan och den födande kvinnan och hennes partner måste barnmorskan först lära känna och förstå kvinnan. Denna relation omfattar aspekterna närvaro, bekräftelse, tillgänglighet och deltagande. En förlossningsfrämjande miljö innebär att erbjuda en plats att föda som utstrålar lugn, tillförsikt och säkerhet vilket utrustar och stärker kvinnan att utveckla självförtroende. Grundad kunskap innebär att tillämpa olika former av kunskap, kvinnans kunskap, teoretisk kunskap men även ”embodied knowledge” vilken fokuserar på det faktum att kunskap är integrerat i personen (Berg et al.2012). Denna modell testas för närvarande inom förlossningsvård i Sverige och Island men är ännu inte införd i det vanliga arbetssättet.

Barnmorskeledd vård med kontinuitet ” midwife- led continuity models of care” är ett begrepp som används internationellt för en modell som har definierats som vård där barnmorskan tar ledningen genom professionell planering, organisation och levererar vård till kvinnan från den antenatala till den postnatala perioden (RCOG, 2001). Medicinsk personal konsulteras när det finns behov för detta men barnmorskan är likväl fortfarande ansvarig för vården av friska kvinnor med okomplicerade-, eller lågrisk-graviditeter. Kärnan i modellen bygger på kontinuitet, kontinuerlig omvårdnad och att vården ges av en känd och betrodd barnmorska under förlossningen, varvid relationen mellan kvinnan och barnmorskan förstärks. Denna typ av vård har gett positiva resultat vilket visar sig som minskad frekvens av intervention under

förlossningsarbetet, t.ex. mindre frekvens av episiotomi, instrumentell förlossning och lokalbedövning. Att tas om hand av en känd barnmorska ökar också tillfredsställelsen för kvinnan (Sandall, Devane, Soltani, Gate & Shennan, 2013).

En variant av barnmorskeledd vård med kontinuitet är barnmorskans vård med tilldelade fall "Case-load midwifery" vilken innebär att varje barnmorska själv får tilldelat något eller några fall där barnmorskan ger vård under graviditet, förlossning och efteråt till den enskilda kvinnan (Biro, Waldenström & Pannifex, 2000). Detta är en integrerad vårdmodell inom det offentliga mödravårdssystemet. Användning av modellen har rapporterats ge en minskad frekvens av kejsarsnitt och andra obstetriska interventioner. Det främsta kännetecknen för "case-load modellen" är en känd barnmorska, kontinuerlig vård, igenkännande av kvinnan, individualitet, utvecklande av ömsesidig tillit samt antenatal utbildning så att kvinnan vet vad som hon kan förvänta sig under förlossningen (Hartz, Foureur & Tracy, 2012). I en studie beskrivs "case-load vårdmodellen" av de intervjuade barnmorskorna som mer organiserad jämfört med annan vård. I den traditionella vården beskrevs arbetet som kaotiskt i ett hetsigt och överbelastat system. De måste också där försöka etablera meningsfulla relationer med kvinnan de vårdade trots att de oftast träffade henne för första gången under förlossningen och då hade begränsat med tid (Carolan- Olah, Kruger & Garvey- Graham, 2014).

## **TIDIGARE FORSKNING**

För att få en fördjupad förståelse av ämnet för denna uppsats har tidigare studier som fokuserar på barnmorskor som är nya i yrket och deras upplevelse av att ge stöd till kvinnor under förlossningen varit av intresse. Jag har inte funnit någon studie som täcker hela ämnet om barnmorskors upplevelse av att ge stöd under förlossningen, de första åren efter examen och därför har studier om barnmorskors stöd och studier om att vara ny barnmorska inkluderats.

### **Effekter av stöd**

Enligt en Cochrane studie som omfattar 22 studier och 15 288 kvinnor, framgår det att kontinuerligt stöd av en professionell, doula, vän eller partner ger ett kortare förlossningsförlopp, mer normala förlossningar, färre kejsarsnitt och sugklocka eller tång och lägre användning av medicinsk smärtlindring. Barnen hade lägre sannolikhet för låg Apgarpoäng vid fem minuters ålder och mödrarna var bättre tillfredsställda med vården (Hodnett et al., 2013). Det finns inga svenska studier med i sammanställningen. En farhåga är att detta enligt Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering, (SBU, 2013) begränsar

överförbarheten till svenska förhållanden. Eftersom förlossningsvården ser olika ut globalt finns ett stort behov av studier utförda under svenska förhållanden, där det är vanligt att partnern närvarar vid förlossningen och barnmorskan vårdar flera kvinnor samtidigt (SBU, 2013).

### **Den stödjande rollen**

I en svensk studie undersöktes barnmorskans stödjande roll via observationer och intervjuer med barnmorskor när de vårdade kvinnor och deras partners. Studiens resultat visar att stöd som ett professionellt uppdrag är mer oklart jämfört med medicinska kontroller. Barnmorskor och partners hade olika uppfattningar av barnmorskors stödjande roll under förlossningen vilket kan förstås som att barnmorskorna har mer en "institutions ideologi" än "med kvinnan ideologi". Detta kan leda till ökad risk för att den födande kvinnan och hennes partner upplever bristande stöd under förlossningen vilket i sin tur kan ha en negativ inverkan på relationen mellan barnmorskan och kvinnan (Thorstensson et al., 2012).

En studie från Norge undersökte barnmorskors upplevelse av att tillhandahålla kontinuerlig stödjande närvaro under förlossningen och påverkande faktorer (Aune, Amundsen & Skaget, 2014). Tre huvudteman identifierades; relationskompetens, barnmorskans ideologi och kultur och filosofi på förlossningsenheten. När det gäller relationskompetens betonade barnmorskorna vikten av den första kontakten med kvinnan som ska föda, vikten av att bygga en relation samt att inge förtroende till kvinnan och hennes partner. Även behovet av att utveckla ett ömsesidigt förtroende, att etablera en god relation och även vara mentalt närvarande (inte bara den fysiska närvaron men att vara fokuserad på kvinnan). Barnmorskans ideologi, där tonvikten läggs på att ge holistisk och hälsobefrämjande vård och även att vara stödjande och tro på kvinnans resurser, möjliggör för kvinnan att känna självförtroende och själv kunna påverka. Å andra sidan gjorde den höga arbetsbördan på enheten att det var svårt att ha kontinuerlig närvaro i förlossningsrummet eftersom barnmorskan samtidigt behövde ta hand om mer än en kvinna. Detta ledde till känslor av otillräcklighet hos barnmorskorna eftersom de kände att de hade otillräckligt med tid för varje kvinna.

### **Vikten av närvaro**

En studie från Skottland baserades på en observation av 49 förlossningsepisoder, vilken definierades som tiden som den barnafödande kvinnan var i aktivt förlossningsarbete under en period på upp till tre timmar. Data samlades in för att identifiera sambandet mellan kvinnornas

känslor beträffande det stöd de fått och tiden som barnmorskan var närvarande i förlossningsrummet. Resultaten visar att när barnmorskan var frånvarande från rummet ökade kvinnans och hennes partners ångest. Frånvaro minskade också möjligheten att bygga upp en relation och att erbjuda stöd. Barnmorskor som ofta var frånvarande från förlossningsrummet var mindre positiva till kvinnorna i sin vård när de var i rummet (Ross Davie, Mc Elligott, King & Little, 2014).

### **Förutsättningar och hinder för stöd**

Sleutel, Schultz och Wyble (2007) genomförde en studie om professionellt förlossningsstöd, där 416 sjuksköterskor i USA besvarade enkäter och även berättade om sin syn på faktorer som bidrar och hindrar vården. Resultatet presenteras i sex teman där hindrande faktorer är; påskyndande, kontroller och mekanisering av förlossningen och användande av värkstimulerande medel i stället för att låta den normala processen dominera. Andra hindrande faktorer var avdelningens kultur och resurser, såsom personal och resursbrist, moderns språk, kunskap och medicinska status där vissa kvinnor inte kunde tala engelska eller hade begränsad kunskap om förlossningen. Dessutom fanns det också föråldrade arbetsmetoder där annan personal inte var villig att ändra eller anpassa sig till nya evidensbaserade idéer, konflikter och minskat engagemang i arbetet, där vissa sjuksköterskor sågs som likgiltiga och de nya sjuksköterskorna inte fick lära sig konsten av förlossningsstöd. Å andra sidan fanns faktorer som kan förbättras såsom förlossningsstöd, lagarbete och samverkan, filosofin att födelse är en naturlig process, avdelningens och vårdens påverkan, erfarenhet och självständighet.

### **Upplevelse av att vårda**

I en kvalitativ svensk studie som syftade till att få en djupare förståelse för barnmorskornas upplevelser av vårdande under förlossningen intervjuades tio barnmorskor efter att ha skrivit ner en berättelse. Resultatet visar hur barnmorskorna delade ansvar och att de har en djup kunskap om förlossning, vilket bygger upp ett förtroende med kvinnan och partnern vid den första kontakten och även att barnmorskor har en ödmjuk attityd och starkt tror på kvinnans förmåga att föda. Barnmorskan ska vara en "guidad guide", justera vården från kvinnans och hennes partners unika förutsättningar och inte ta över utan vara stödjande. Barnmorskorna betonade vikten av att skapa en atmosfär av lugn stillhet i en ömsesidig relation och anknyta inte bara med kvinnan men också med hennes partner och hennes ofödda barn. Studien visar också att barnmorskorna anser det som mycket viktigt att vara både avsiktligt och autentiskt närvarande så mycket de kan och därmed kunna visa professionell intimitet med kvinnan och hennes

partner. I konsten att ge omsorg hade barnmorskorna lärt sig att fokusera på dem som de var satta att ta hand om. Under de år de var nyutexaminerade fokuserade de mer på sig själva (Thelin, Lundgren & Hermansson et al. 2014).

En studie genomfördes i Kina med syfte att utforska och beskriva barnmorskors erfarenhet av att erbjuda kontinuerlig vård till födande kvinnor. I studien intervjuades 12 barnmorskor. Resultatet visar att barnmorskorna kände att de spelade en viktig roll som coacher och ofta hade ett bra förhållande med kvinnan. Detta hjälpte dem att förbättra sin förmåga som barnmorskor och de fick även en känsla av tillfredsställelse på arbetet. De långa arbetspassen och att det ibland var svårt att få till stånd en meningsfull relation med kvinnan gjorde stundtals att barnmorskorna kände sig frustrerade och utmattade. Barnmorskorna utvecklade olika strategier för att reducera och hantera dessa känslor. Systemet där barnmorskorna måste vara tillgängliga för att kallas in, där barnmorskorna hade beredskap en månad i taget, påverkade deras personliga liv och hälsa. En annan utmaning för barnmorskorna med att erbjuda kontinuerligt stöd för kvinnorna var när den födande kvinnan inte hade tillit till den normala förlossningsprocessen (Gu, Zhang & Yan, 2011).

### **Vårdrelation**

I en svensk studie har barnmorskors upplevelse av mötet med kvinnan och hennes förlossningssmärta undersökts (Lundgren & Dahlberg, 2002). Resultaten visar hur barnmorskan strävar efter att bli en "förankrad följeslagare". Detta innebär att ta en aktiv roll för att lyssna på, och visa respekt för kvinnans förmågor samt hennes begränsningar i förlossningsprocessen. Barnmorskan får inte ignorera kvinnans uttryck av ångest eller smärta. Barnmorskan bör också vara medveten om sina egna professionella begränsningar när hon stöder kvinnan och partnern under förlossningen. De områden som beskrivs i studien omfattar att kunna lyssna till kvinnan, att ge kvinnan möjlighet att delta och vara medveten om sina egna begränsningar, att ha en förtroendefull relation mellan barnmorskan och partnern samt att kunna följa kvinnan genom förlossningsprocessen.

Kennedy (1995) genomförde en kvalitativ studie där sex kvinnor från USA med olika etnisk ursprung intervjuades om sina erfarenheter om barnmorskevård. Resultaten visar att kvinnorna önskade eller talade om en relation med barnmorskan som bygger på förtroende samt en vårdande inställning hos barnmorskan. Det var av största vikt för kvinnorna att barnmorskan respekterade hennes behov av tid och information, ångest och eventuell rädsla. Barnmorskan måste vara hennes advokat och vara beredd att lyssna. Författaren diskuterar att vården ska vara



som en "allians" med kvinnan, vilket betyder ett vårdande tillsammans med kvinnan. I sin tur kommer detta att leda till att kvinnan känner att hon har kontroll och självbestämmande med den tryggheten som kommer av att barnmorskan är närvarande och stödjande genom hela förlossningsprocessen.

Lundgren och Berg (2007) genomförde en studie i syfte att klargöra centrala begrepp i relationen mellan barnmorskan och kvinnan vid normala - såväl som vid högrisksituationer. Metoden var en sekundäranalys baserad på åtta svenska kvalitativa studier. Resultatet presenteras med sex centrala begrepp som var och en beskriver en aspekt för kvinnan och en aspekt ur barnmorskans perspektiv. Resultatet visar att begreppen överlappade varandra. Koncepten för den födande kvinnan är överlämnande, tillit, deltagande, ensamhet, individualitet och att skapa en mening. Barnmorskans svar ska omfatta tillgänglighet, förmedla tillit, gemenskap, bekräftelse, stödja det individuella och att stödja meningsfullhet. Dessa begrepp är viktiga för att befrämja vården för mamman och barnet.

### **Profession/arbetsmiljö**

En studie från Sverige undersökte utbrändhet och attityder till att lämna yrket hos barnmorskor. Resultatet visar att mer än en tredjedel av barnmorskorna rapporterade någon form av utbrändhet. Det starkaste sambandet mellan utbrändhet och barnmorskans profil fanns för dem som var under 40 år och hade mindre än 10 års yrkeserfarenhet. Några av frustrationerna var relaterade till brist på personal och resurser och arbete i en stressig miljö. Andra viktiga förklaringar var konflikt med arbetskamrater och eller chefer och också oro om framtiden och egen hälsa (Hildingsson, Westlund & Wiklund, 2013).

I en kvalitativ studie undersöktes erfarenheterna hos 16 nyutexaminerade barnmorskor från ett universitet i Australien. I intervjuerna beskrev informanterna de faktorer som underlättade eller begränsade deras utveckling under övergången från student till barnmorska. En metafor "the pond" (dammen) användes för att beskriva deras uppfattning om samband och kultur i sjukhusbaserad vård. För vissa var det en hård miljö som ofta var outhärdlig, vilket innebär hektiska dagar, kaotisk och oerhört belastning med en hel del personalproblem och begränsade resurser vilket var en emotionell och fysisk belastning. "The pond" var också som metafor en livflotte vilket beskrev vikten av relationen mellan barnmorskor där en positiv relation påverkade de nyutexaminerade barnmorskorna och gav dem självförtroende och en känsla av kompetens, trygghet och engagemang i yrkesrollen. Eller det motsatta om de kände sig nedvärderade, särskilt framför patienter, eller om deras skicklighet ifrågasattes. Temat

”swimming” avsåg effekten av positiva interaktioner med kollegor och miljön medan ”sinking” beskrev effekten av dåliga relationer med barnmorskorna och en svår arbetsmiljö. Detta kunde leda till att de nytexaminerade barnmorskorna ifrågasatte varför de utbildats till att vara innovativa och ta initiativ och ifrågasätta men istället endast erfor att de skulle följa givna order (Fenwick et al., 2012).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Forskning har visat att kontinuerligt stöd under förlossningen ger bättre tillfredsställelse med vården för kvinnan och mer normala förlossningar. Det finns studier som undersökt barnmorskans stödjande roll och resultatet visar att den kan upplevas otydlig och påverkas av den organisation barnmorskan arbetar inom. SBU (2013) efterfrågar fler svenska studier om stöd då studien av Hodnett et al. (2013) måste förstås i sitt organisatoriska sammanhang. Det saknas svenska studier om barnmorskor som inte har lång yrkeserfarenhet och deras upplevelser av att ge stöd.

## **SYFTE**

Att beskriva hur barnmorskor med upp till tre års yrkeserfarenhet upplever att ge stöd under förlossningen de första åren efter examen.

## **METOD**

I denna studie valdes en kvalitativ metod, eftersom det är barnmorskornas upplevelser som är i fokus. Enligt Henricson och Billhult (2012), är en kvalitativ metod lämplig när forskaren söker få en djupare uppfattning om det undersökta fenomenet för att kunna tillgodogöra sig mera kunskap. En kvalitativ intervju med öppna frågor har använts och intervjuerna begränsades till att vara i enlighet med studiens syfte för att minimera samtal kring frågor utanför det förutbestämda ämnet för undersökningen. Danielsson (2012) menar att intervjun skall ge möjlighet att förstå informantens erfarenheter. En öppen intervju är en ofta använd beteckning och innebär att de öppna frågorna inte behöver tas i ordning, utan att de ställs i förhållande till vad som kommer upp under intervjun.

Den kvalitativa metod som valts för denna studie är kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Enligt Lundman och Graneheim - Hällgren (2012) är induktiv ansats baserad på en förutsättningslös analys av texter baserad på människornas upplevda berättelser. Metodansatsen

kan vara både deduktiv och induktiv, där den deduktiva ansatsen avser analys utifrån en mall eller en teori. Kvalitativ innehållsanalys har utvecklats inom humanvetenskap, socialvetenskap och vårdvetenskap. Den fokuserar på tolkning och granskning av texter och belyses av Lundman och Graneheim-Hällgren (2012).

## **URVAL**

Ett strategiskt urval har använts för att selektera informanterna eftersom det i enlighet med Polit och Beck (2010) avser ett försök att noggrant välja den typ av personer som bäst kan öka forskarens förståelse för det undersökta fenomenet då de valda informanterna såväl har erfarenhet av frågan som förmågan att uttrycka denna.

Inklusionskriteriet i denna studie är barnmorskor med som mest tre års yrkeserfarenhet på förlossnings avdelning. Fyra nyutexaminerade barnmorskor valdes ut vilka alla motsvarar satta kriterier och kan antas ha relevant erfarenhet och förmåga att ge ett konstruktivt bidrag till studien. Exklusionskriteriet är barnmorskor med mer än tre års yrkeserfarenhet, då det kan antas att dessa inte längre har i färskt minne hur de upplevde sin första tid som barnmorskor. Huvudhandledaren på förlossningsavdelningen ansvarade för att föreslå vilka barnmorskor som motsvarade inklusionskriteriet och som sedan kontaktades.

## **DATAINSAMLING**

I samband med den verksamhetsförlagda utbildningen intervjuades fyra barnmorskor, varje intervju varade mellan 40 och 60 minuter. Samtliga arbetade vid tillfället för intervjuerna på förlossningsavdelningen på ett större sjukhus i västra Sverige. Barnmorskorna hade mellan fem månader och två och ett halvt års yrkeserfarenhet. Två av dem arbetar endast nattsift medan övriga arbetar både dag och natt.

Förfrågan om godkännande av datainsamlingen skickades till verksamhetschefen på förlossningsavdelningen via e-post. Intervjuerna genomfördes på ett Västsvenskt sjukhus under hösten 2015. Tid och plats för intervjun bestämdes individuellt med varje deltagare. Intervjuerna spelas in med informanternas godkännande så att viktig information bevaras. Trost (2010) menar att vid användning av bandspelare kan forskaren i efterhand lyssna till tonfall och ordval, och också skriva ut intervjun och läsa vad som sagts ordagrant.

Under intervjun ställdes tre öppna frågor till barnmorskorna, vilka satts upp i förväg baserat på syftet med studien och de fenomen som skulle belysas.

- Hur upplever du din stödjande roll som barnmorska till kvinnan och partnern under förlossningen den period du har arbetat?
- Vilken är den största utmaningen med att ge stöd?
- Ser du någonting som kan göras för att underlätta din stödjande roll?

Sedan frågorna ställts var barnmorskorna fria att berätta om sina erfarenheter från att ge stöd. Ytterligare frågor ställdes för att klargöra delar av deras svar för att fördjupa förståelsen. Detta var t.ex. "Kan du utveckla mer?", "Vad menar du med det?", "Vad gör du då?", med bevarat fokus på barnmorskornas egen erfarenhet av att ge stöd under förlossningar. Danielsson (2012) säger att, efter att ha ställt några öppna frågor i början som gör att respondenten kan börja berätta, så kan forskaren inflika ytterligare stödfrågor där det är av intresse att få veta mer.

## **DATAANALYS**

Analysen av intervjuerna genomfördes genom att följa analysstegen enligt kvalitativ innehållsanalys av Lundman och Graneheim-Hällgren (2012). Det transkriberade intervjumaterialet genomlästes noggrant flera gånger. Danielsson (2012) framhåller att genomläsning bidrar till att lättare kunna fånga meningsenheter och teman i texten som hör ihop och därmed möjliggör en avgränsning. Centrala begrepp som används i modellen är analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema (Lundman och Graneheim-Hällgren, 2012).

Analysen av texten genomfördes med stöd av handledaren och i första steget reflekterades översiktligt kring det huvudsakliga innehållet i texten. Efter detta första steg genomsöktes texten för att finna meningsenheter som svarade på studiens syfte. Sedan sammanfattades och abstraherades meningsenheterna för att göra materialet mer lätthanterligt och överskådligt men ändå bevarar den ursprungliga innebörden. Varje meningsenhet gavs sedan en kod för att kunna jämföra dem och finna likheter och skillnader. Koder med samma innehåll grupperades slutligen varvid subkategorier och kategorier identifierades.

Då det är nödvändigt att inte tappa bort den ursprungliga innebörden av varje uttalande så att studiens trovärdighet bevaras var det viktigt att gå tillbaka upprepade gånger till ursprungstexterna. Danielsson (2012) uppger att det är väsentligt att ta hänsyn till trovärdigheten

i hela forskningsprocessen. Inom kvalitativ forskning bör forskaren ha bearbetat faktorer som giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet för att kunna uppnå trovärdighet i resultatet.

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

När en studie skall genomföras är det av stor vikt att ta hänsyn till de fyra etiska kraven; informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser samt forskarens roll (Kvale & Brinkman, 2014). Vid forskningsstudier som görs på människor skall en etisk prövning utföras.

Etikprövningslagen (2003:460) beskriver hur forskning med människor ska genomföras. Dock behöver inte detta utföras om studien genomförs på avancerad nivå inom högskoleutbildning eftersom det inte klassificeras som forskning enligt etikprövningslagen (2003:460). Därför har ingen etisk prövning utförts för denna studie.

Innan studien genomfördes informeras deltagarna om den övergripande planen och syftet med forskningen, metoder som skulle användas, de följder och risker som forskningen kan medföra, och att det är frivilligt att delta samt att de kan återta sitt samtycke med direkt verkan (2003:460). Beskrivning över hur forskaren ämnar hantera intervjumaterialet både före och efter studien delades ut till deltagarna (Danielsson, 2012).

Etiska problem kan uppstå då intervjuer skall skrivas ut. I och med att intervjuerna kan innehålla känslig information är det av stor vikt att skydda konfidentialiteten för informanterna och den verksamhet som de arbetar i (Kvale & Brinkman, 2014). För att skydda konfidentialiteten för deltagarna har de svar som analyserat i studien avidentifierats. Datamaterialet har endast varit tillgängligt för handledaren och författaren.

I föreliggande studie skickades en förfrågan om att delta i studien till verksamhetscheferna vid det deltagande sjukhuset. De barnmorskor som tillfrågades om deltagande i studien fick både muntlig och skriftlig information.

Informationsformuläret forskningspersonsinformation gavs till berörda informanter och de fick även fylla i en blankett om samtycke (Bilaga 1).

## RISK NYTTA ANALYS

Studien kunde eventuellt väcka djupare funderingar hos de intervjuade barnmorskorna i samband med intervjuerna. Det skulle kunna t.ex. kunna vara att de upplever en konflikt mellan den vård de önskar ge och den de faktiskt ger. Nyttan av de genomförda intervjuerna uppskattas vara att få kunskap utifrån de intervjuade barnmorskornas reflektioner och upplevelser av att ge stöd vilket kan vara till nytta för framtida introduktion av nytutexaminerade barnmorskor.

## RESULTAT

Vid analysen av intervjumaterialet framkom fyra huvudkategorier: Förhållningssättet förändras, att vara närvarande, att vara i en stressig miljö och behov av åtgärder för att öka förutsättningar för stödet. Resultatet presenteras utifrån dess huvud- och underkategorier (tabell 1). Analysen från meningsenhet till kategori beskrivs i tabell 2 (bilaga 2).

| Kategori   | Subkategori                            |
|--|--|
| Förhållningssättet förändras                             | Svårast i början                       |
|  | Etablera en god arbetsmetod            |
|  | Tid att utvecklas                      |
| Att vara närvarande                                      | Fysiskt och mental närvaro             |
|  | Kunna läsa av kvinnan                  |
|  | Kvinnans kontroll och självbestämmande |
| Att vara i en stressig miljö                             | Splittrad uppmärksamhet                |
|  | Särskilda behov hos patient            |
|  | Tidsbrist och arbetsbelastning         |
| Behov av åtgärder för att öka förutsättningar för stödet | Aktivare arbetsledning                 |
|  | Ansvara för en patient i taget         |
|  | Hjälp med stöd av andra                |
|  | Inför tid för kunskapsutbyte           |

Tabell 1: Huvud- och underkategorier

## FÖRHÅLLNINGSSÄTTET FÖRÄNDRAS

De nytutexaminerade barnmorskorna gick igenom en kontinuerlig förändringsprocess i att ge stöd till kvinnan och hennes partner under förlossningen. Denna kategori omfattar tre underkategorier: svårast i början, etablera en god arbetsmetod och tid att utvecklas.

### **Svårast i början**

Barnmorskorna berättade om utmaningarna och svårigheterna de upplevt med att vara ny i yrket och när det gäller att ge stöd till kvinnan och hennes partner. De betonade att det stora och krävande ansvaret för patientens säkerhet kom som en chock vilket resulterade i en rädsla för att göra fel och också en känsla av otillräcklighet när det gäller att fylla rollen att ge stödjande vård till en födande kvinna.

*När man är nyfärdig barnmorska, det är lite som en chock, och det är ett väldigt stort ansvar som man får på sig... ansvaret för liksom säkerheten på nåt sätt, det är ju en liten rädsla, man ansvarar för att inget allvarligt ska hända.*

*Det är, ja min upplevelse av det stödjande arbetet då att det är ganska jobbigt att känna att man kan inte ge den bästa vården.*

Även om barnmorskorna var väl medvetna om hur viktigt det är och den positiva vinsten av att ge stöd under förlossningen, så beskrev de hur svårt det kan vara att fokusera på att ge stöd när de ofta var oroliga och nervösa för andra saker som t.ex. fosterövervakning. Detta gjorde att stödet de gav tog mycket energi från dem i början. Nu när de hade arbetat en period är de mer avslappnade och kunde fokusera mer på att stödja den födande kvinnan.

*Det tar ganska mycket energi i början, mer än vad det gör sedan. Det tar lite energi till från stödet för att det gör att man kanske blir mer orolig, om CTG kurvan är dålig... innan man har vant sig och då kan man inte vara avslappnad och ge stöd riktigt på samma sätt.*

*Det var så mycket annat att fokusera på, då blev stöd ännu mer svårt eftersom att jag var orolig för att komma ihåg allting som hade med barnmorskeriet att göra... då kom stödbiten lite lågt... ju mer man jobbar desto mer saker går på rutin... då kunde man fokusera mer på stöd..*

Barnmorskorna berättade att rädslan och osäkerheten med att inte kunna klara av jobbet som nyutexaminerad barnmorska ibland leder till stunder då de känner otillräcklighet och nedstämdhet, vilket ibland gör att de vill sluta som barnmorska.

*Det kändes som om allt kom på en gång, jag höll på att sluta flera gånger för det var så jobbigt. Jag stod och grät ... jag skiter i det, jag går hem, jag vill inte jobba som barnmorska längre.*

### **Etablera en god arbetsmetod**

Barnmorskorna beskrev att det var efter en tids arbete som de började utveckla självförtroende i rollen att stödja kvinnorna under förlossningen och inta en mer bestämmande roll. Detta upplevdes som positivt och uppskattades av paren också.

*Nu har jag kommit in i en lite mer bestämmande roll och det märker jag att det är mer uppskattat. Nu känner jag att jag har hittat ett bra sätt, och nu märker jag att de är mer tacksamma också.*

De uttrycker också att de efterhand har lärt sig att ta patientens sida där de då kan verka som en advokat för kvinnan som behöver stöd.

*Det har jag verkligen lär mig nu att jag tänker mycket på mina patienter, och jag kan säga ... till sektionsledaren ... försöka ge uttryck för liksom stöd behovet... nu behöver jag ge stöd till den här patienten så nu kan jag inte göra så mycket annat.*

### **Tid att utvecklas**

Barnmorskorna beskrev att eftersom de hade flera ansvarsområden som t.ex. att vårda flera kvinnor samtidigt, så förlorade de delvis fokus på att ge stöd till de födande kvinnorna. Det var ett annat sätt att arbeta som gör att det tar tid att återfå fokus på stöd, eller så förlorar de stödet helt.

*Att förlösa mycket... är också bra men man tappar stödet då, kommer ifrån det... det som kommer nya som jag då, vänjer sig vid här mycket, men det ett helt annat arbetssätt... och det barmorskeriet tappar man... och det går inte att ta igen om vi har en lugn natt, då jobbar man på samma sätt eller det ta tid att stödja...igen...*



Barnmorskorna berättade vidare att det tog dem tid att utveckla självförtroende och trygghet i att ge stöd, särskilt i utmanande situationer. När de inte klarade av det så vände de sig till sektionsledaren eller en annan barnmorska. Efterhand som tiden går så kan de själva hantera vissa utmanande situationer som t.ex. en upprörd partner.

*Så fort hon skriker så skriker han åt oss och är mer liksom agiterar att... Gör nånting att varför, plocka ut ungen! när jag började så ville jag inte prata med partnern om det blir så här, så går jag ut och pratar med sektionsledare eller någon annan får komma in och prata med honom,... jo tiden går nu känner jag mig mer trygg.. att prata och liksom fråga och sitta en stund liksom.....*

## ATT VARA NÄRVARANDE

Närvaro är en central del av barnmorskans stödjande roll. Denna kategori har tre underkategorier, fysisk och mental närvaro, kunna läsa av kvinnan och kvinnans kontroll och självbestämmande.

### **Fysiskt och mental närvaro**

Barnmorskorna uppfattade det som positivt och fann tillfredsställelse i att kunna vara tillgängliga för kvinnan så mycket som möjligt under förlossningen. Då kunde barnmorskorna noga följa upp hur förlossningen fortskred och om det blev en normal förlossning eller om det fanns behov av att konsultera andra samt vara mer lyhörda för kvinnans och partnerns behov.

*De gångerna som jag kunnat vara inne hos en kvinna en hel natt då som jag jobbar, alltid när jag har pratat alltid med kvinnan dagen efter så uppger de det som positivt så jag har väldigt tydlig känsla av att det är väldigt positivt att ge kontinuerligt stöd.*

*Att vara inne hos kvinnan följer man förloppet och... man har ju koll på att kvinnan har kissat eller bytt ställning, det kommer naturligt när man är där hela tiden.*

Att vara mentalt och fysiskt närvarande innebär enligt barnmorskorna att ge sin odelade uppmärksamhet till paret i förlossningsrummet. Deras närvaro hjälper till att skapa trygghet hos kvinnan och bara att kunna vara närvarande, utan att säga så mycket, upplevs oftast som lugnande för kvinnan och hennes partner.

*Jag tycker att man ska vara inne mycket hos patienten, att man inte behöver säga så mycket heller att man bara sitter där inne och bidrar med trygghet av att jag sitter därinne.*

Barnmorskorna beskrev vidare att genom att lova patienterna att de skulle vara tillgängliga så mycket som möjligt, även om de ibland måste gå ut en stund, så märkte de att kvinnan och hennes partner slappnade av. Detta hjälpte också till med att bygga ömsesidig tillit och trygghet i relationen med paret.

*Då säger jag alltid det till henne och partnern att jag kommer vara här inne, jag har inte någon annan arbetsuppgifter så att de vet det... då slappnar kvinnan av, det är ju en bra förutsättning att man ska föda...*

*Man vill att de ska känna sig att jag är här hos dig nu. Det är du som föder barn...*

### **Kunna läsa av kvinnan**

Barnmorskorna betonade vikten av att de får en möjlighet att identifiera och tolka kvinnans behov redan vid den första kontakten. De betonade också hur viktigt det är att skapa en god relation med kvinnan och hennes partner eftersom detta skapar tillit och en känsla av trygghet.

*När du går in, och först måste du ju få kontakt med kvinnan, och för att få kontakt med kvinnan så är det ju allting... det handlar också väldigt mycket om att läsa av kvinnan... vad behöver hon för stöd.*

Barnmorskorna beskrev vidare att det var mycket individuellt hur de ger stöd till olika kvinnor och att barnmorskan därför måste ha förmågan att ställa om sig som en "kameleont" för att passa in i situationen.

*... att stödja kvinnan är ju väldigt individuellt ut efter ifrån vad kvinnan vill ha... att man får vara lite som en kamelonet att man får försöka anpassa sig...*

Genom att utveckla en ömsesidig relation fick barnmorskorna en större förståelse för kvinnans behov och förväntningar. Det var också viktigt att vara tillgänglig för att ge paret kontinuerlig information kring hur förlossningen fortskrider.

*Man måste veta var man har patienterna vissa vill kanske inte att man är där och masserar och liksom vara nära tillhands utan bara vissa uppskattar att du finns på rummet och pratar med dem och ger väldigt mycket information utförligt.*

### **Kvinnans kontroll och självbestämmande**

Barnmorskorna beskrev hur den födande kvinnan ville se till att hon hade kontroll och var rädd för att förlora kontrollen. Kvinnan vill förstå förlossningsprocessen och vad som skall hända under förlossningen. Barnmorskorna måste vara känsliga för kvinnans behov och försöka möta dem i så stor utsträckning som möjligt.

*Många kvinnor vill ju ha kontroll, de är rädda för att tappa kontrollen... jag måste anpassa min stödjande roll till vad det hon vill ha... får liksom smyga in det...*

För att kunna ge stöd som nyutexaminerad barnmorska beskrev de hur de instruerade paret i olika tekniker såsom andnings- och avslappningsteknik, vilket oftast upplevdes som positivt av paret. En kvinna med panik under värkarna som fruktade att förlora kontrollen återfick kontrollen och beskrev att hon kände tillit och blev sedd.

*Enda gången jag kände att jag fick hjälp under hela min förlossning, det var när du hjälpte mig att andas... då kände jag att vi hade kontroll...*

### **ATT VARA I EN STRESSIG MILJÖ**

En stressig arbetsmiljö består av följande underkategorier; splittrad uppmärksamhet, särskilda behov hos patienten och tidsbrist och arbetsbelastning.

### **Splittrad uppmärksamhet**

Att vara ny i yrket och bli tilldelad vård och stöd av två eller flera födande kvinnor samtidigt upplevs som svårt och störande och leder till brist på kontinuitet. Det sågs som chockerande att ibland ge vård genom att sitta på expeditionen och granska fosterövervakningskurvor, uppgav barnmorskorna.

*Att ha fler patienter på samma gång, det är ju en annan typ av barnmorskeriet att sitta på expedition och titta på kurvor... kanske man kan ha tre stycken,.. det tyckte jag var lite chockartat...*

*För att ha två kvinnor samtidigt är helt annat barnmorskejobb, då ska jag lyssna på hjärtljuden varje kvart då hos den och hos den andra, så det blir ingen kontinuitet, då stör man hela tiden går in och lyssna och lyssna.*

*Jag har haft två förstföderskor flera gånger vägg i vägg, någon som är öppen 5cm och någon som är öppen 7cm, så man får springa dörr till dörr, det blir ingen kontinuitet.*

Barnmorskorna uppgav att vård av flera födande kvinnor samtidigt ofta resulterade i att det behövdes mer kontakt med läkaren då de oftast inte hade en helhetsbild av kvinnan. Det kunde innebära att läkaren ibland också fattade beslut utan en helhetsbild vilket i sin tur kunde ge fler medicinska ingripanden.

*Jag upplever själv, när jag har två patienter att jag har mer kontakt med läkaren... kanske läkare har tagit ett beslut som utan att ha riktigt beslut som utan att ha riktigt helhetsbilden eftersom jag inte har riktigt helhetsbilden heller... blir mer värksvagheter och åtgärder tycker jag.*

Vidare uttryckte barnmorskorna utmaningen i att ställa om sig från en situation till en annan när de måste ta hand om två kvinnor med helt olika bakgrund. På sitt sätt fick det dem att känna sig som "robotar".

*Att ha en kvinna i ett rum där allting är normalt och jättebra, och kanske du har en annan kvinna, då det är väldigt sorgligt eller tragiskt och hon kanske har med sig i bakgrunden fosterdöd... man blir ju påverkad. Man är ingen robot. Nej!... och det kan var svårt att ställa om..*

Det fanns en kultur på förlossningsavdelningen att nyutexaminerade barnmorskor skulle ha många förlossningar eftersom det antogs att detta snabbt fick in dem i barnmorskeyrket. För de nya barnmorskorna kändes det då svårt att erbjuda stöd till kvinnorna eftersom de ofta tappade fokus.

*En kultur som är att nyfärdiga barnmorskor ska förlösa mycket... det är nyttigt att ha två för då kommer man i det barnmorskejobbet.*

*Men man känner ju kulturen... man pressar nyfärdiga att ha mer förlossningar... men det finns sådana tendenser.*

## **Särskilda behov hos patient**

Barnmorskorna upplevde att det var ganska utmanande att ge stöd när det fanns en språkbarriär även om det ibland fanns en tolk. De undrade ofta om föderskan förstod vad de sa och det var svårt för dem att helt förstå vad kvinnan behövde.

*En särskild utmaning är kanske när en patient som inte pratar svenska... vet ju inte om all information kommer fram.*

*Så det var en ny kultur för henne och hon kunde inte svenska och mannen skulle tolka men mannen var ju nervös... jag försökte få tolk men det ville de inte...*

En av barnmorskorna hade upplevt det som tämligen frustrerande när det, trots att hon försökt ge stödjande vård till kvinnan, inte blev några framsteg i födandeprocessen. Hon kände det som om energin och styrkan rann ur när hon redan givit allt stöd hon kunde och kvinnan hade gett upp. Det kan vara jobbigt att stödja.

*Jag tycker det är jättesvårt att stödja någon, när man säger att... det är säkert att det går framåt... undersöker man och så har det inte hänt någonting.., då känner man bara att man inte orkar att ge något mer stöd..*

## **Tidsbrist och arbetsbelastning**

Det kan vara påfrestande att vara i förlossningsrummet hela natten och ge stöd, och då är det inte optimalt att ge stöd på morgonen när de är trötta. Detta påverkar hur barnmorskan kan ge stöd till andra födande kvinnor.

*För ibland är man ju där inne en hel natt hos en föderska då blir man ju helt trött och kan inte ger lika bra stöd på morgonen.*

De flesta av barnmorskorna har återgett att de för det mesta arbetade natt och då fanns det ingen tid avsatt för reflektion och debriefing i grupp, till skillnad från dem som arbetade dag eller kvällsskift. Det enda undantaget var om det varit en kris.

*Om det inte har hänt kaos typ stor blödning, brukar vi inte ha reflektion eller debriefing i gruppen, men man brukar ju inte ha det, men på dag och kvällstid så brukar det gå ihop ...*

Arbetsbelastningen kan vara väldigt stressande vilket i sin tur gör att barnmorskorna får svårt att veta hur de bäst ska stödja den födande kvinnan och att ha den energi som krävs. Det prioriteras dessutom ofta ner.

*... om man är väldigt stressad och har mycket att göra, så blir det svårare att ge den energin för att stödja kvinnan...*

*Man känner att man kanske borde ha varit närvarande på ett annat sätt, då man kanske har energi, för att man har haft det väldigt tungt, en hög arbetsbelastning på jobbet.*

## BEHOV AV ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR STÖDET

I denna kategori ryms följande underkategorier; aktivare arbetsledning, ansvar för en patient i taget, hjälp med stöd av andra och inför tid för kunskapsutbyte.

### **Aktivare arbetsledning**

Organisationen måste förbättras genom att bemanningen ökas så att arbetsbördan lättar för den redan ansträngda personalen. Vidare bör organisationen överväga att ge de nyutexaminerade barnmorskorna en bättre introduktion och uppföljning. Att ha seminarier för ny och gammal personal ansågs också vara fördelaktigt enligt barnmorskorna.

*Organisationen kan förbättras genom att anställa fler barnmorskor, och de nyanställda får bättre introduktion, mer seminarium där man kan dela sig följa upp hur det går för de nya.*

Sektionsledarna borde vara mer påstridiga och motivera barnmorskorna att tillbringa så mycket tid som möjligt med de födande kvinnorna.

*Att sektionsledaren egentligen kan vara på lite mer det är deras roll... att motivera barnmorska lite mer att vara inne på rummet så mycket man kan.*

I rollen som sektionsledare kan de, trots personalbristen, bättre identifiera vilka patienter som kan vårdas samtidigt, så att det inte blir omöjligt att hantera. Detta gäller särskilt för de nyutexaminerade barnmorskorna, när de ger stödjande vård.

*Är vi väldigt få barnmorskor på ett pass då går det ju inte att ha en per barnmorska men då är det ju sektionsledarens uppgift att hitta vilka som går att kombinera.*

### **Ansvara för en patient i taget**

Alla de intervjuade barnmorskorna betonade vikten av att ha en föderska i taget när de var nya i yrket. Detta skulle hjälpa dem att fokusera mer på att stödja den födande kvinnan. Det var en utmaning att vara ny i yrket så därför skulle de inte överbelastas i början.

*Att man fick en patient att ägna sig åt och när vi har en kvinna och partner, så känner jag ju att kan jag ge väldigt mycket att jag är fokuserad mer*

*Att nyfärdig barnmorska ska ha en patient i taget, ett litet tag i alla fall, man ska inte belasta för mycket... för det är tuffare att vara ny färdig.*

### **Hjälp med stöd av andra**

För att främja stödet tyckte barnmorskorna att det var bra att samarbeta med partnern och med undersköterskorna. Ibland kunde även andra barnmorskor hjälpa till och avlasta.

*... att ta hjälp av pappan, att han kan stödja sin partner och hjälpa dem... att man hjälper partnern och stödja henne om kanske barnmorska kan inte vara där..*

*Det är lättare att lyssna på sina partner än på mig. Så det säger jag till papporna att det är bra att du försöker andas med henne.*

*Det borde vara oftare att man delar på stöd, undersköterskor att de kan ju jätte bra stöd för ... att de kan sitta inne hos patienterna lite mer tycker jag... Man kan ju bli väldigt trött av att ge stöd, man kan ju vara utmattad, att man kan avlasta varandra och undersköterskor kan också hjälpa till.*

Det skulle stärka barnmorskan om någon kom in och löste av henne en stund så att hon kunde ta en kort rast och då få mer kraft för att ge stöd.

### **Inför tid för kunskapsutbyte**

De nytexaminerade barnmorskorna uttryckte behovet av tid för internutbildning om stöd och även att det ges möjlighet att dela erfarenheter och lära sig från erfarna barnmorskor. Det fanns ingen avsatt tid i det vanliga arbetsschemat för samtal om stöd mellan nya och erfarna barnmorskor.

*Man behöver inspiration till att ge stöd och man behöver delar med sig av det barnmorskyret är mer av vad våran roll är, det är inte att titta på fosterljud och titta efter risker, utan en helt normal kvinna . Jag skulle egentligen vilja att man pratade mer med varandra ... om hur andra gör också! ... För man pratar ju inte så mycket med varandra, man hinner ju inte sitta ner tillsammans. Så det skulle ju vara bra och vara med andra barnmorskor och se också.*

*Kanske äldre kollegor har lite tips och tricks, tror jag att ... just tiden, erfarenheter man samlar på sig, så blir man kanske duktigare på att läsa av kvinnan.*

Barnmorskorna understryker vidare på att de vill ha en sektionsledare som är tillgänglig när de behöver stöd eller har frågor. Sektionsledarna var ofta mycket hjälpsamma men lika ofta hade de annat ansvar och var inte lätt tillgängliga på expeditionen, och de andra barnmorskorna var också upptagna.

*De borde ju vara sektionsledare alltid här. De är ju stöd för oss som barnmorskor, att ha en erfaren och fråga tycker jag. För jag tycker det är jättejobbigt om man går ut på expedition, och så hur ska göra nu, och så är det ingen där. Det tycker jag är jättejobbigt!*

Enligt barnmorskorna kändes det som att det skulle hjälpa om det fanns mer erfarna barnmorskor eller andra kollegor att diskutera den stödjande vården med, och detta skulle ge dem större självförtroende, ökad trygghet och göra deras arbete effektivare.

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

En kvalitativ forskningsmetod valdes eftersom det var nyutexaminerad barnmorskors upplevelse som skulle undersökas. Enligt Lundman och Graneheim-Hällgren (2012) baseras en kvalitativ studies trovärdighet på giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet.

Giltighet: Ett resultat anses giltigt om det lyfter fram de karakteristika som är representativa för det som ska beskrivs. Detta kan kontrolleras genom validering av experter inom området. Ett sätt är att ge läsaren möjlighet att noggrant följa hur urval och analys genomförts (Lundman och Graneheim - Hällgren, 2012). I denna studie fungerade handledaren som expert som är väl förfaren inom forskningsområdet. Handledaren granskade också koder, kategorier och tolkningens trovärdighet vilket ökar studiens giltighet. Vidare inkluderas faktiska citat från intervjuerna så att läsaren själv kan verifiera analysen så att trovärdigheten bevaras. Vid



analysen återgick författaren till den ursprungliga texten flera gånger så att innebörden inte gick förlorad. Detta tillsammans med handledarens kritiska granskning av analysen gör att studien anses ha behållit sin trovärdighet.

Författaren till studien har ingen tidigare erfarenhet av att genomföra forskningsintervjuer men handledaren har varit stödjande och gett information om intervjuteknik. Enligt Danielsson (2012) kan det påverka materialets kvalitet om det är första gången någon genomför datainsamling, granskning och analys. Detta kan vara en begränsande faktor men det motverkas att handledaren varit tillgänglig och granskat varje fas av forskningsprocessen.

Tillförlitlighet: Alla beslut och slutsatser måste verifieras under hela forskningsprocessen (Morse, Barret, Mayan, Olsson & Spiers, 2002). Författaren genomförde själv studien men beaktade att kategorierna som framkom stämde väl överens med det som diskuterats under datainsamlingen. Detta var utmanande för författaren, det kunde ha varit en fördel att ha en medförfattare som också bearbetade och reflekterade över analysmaterialet och som kunde gå igenom materialet kritiskt tillsammans med författaren. Då författaren ensam analyserat intervjumaterialet kan tillförlitligheten ha påverkats i någon grad. Enligt Lundman och Graneheim - Hällgren (2012) blir koder och kategoribenämning mer stringenta i varje steg av analysen genom analys, reflektion och diskussion kring olika tolkningsmöjligheter. I detta arbete har tillförlitligheten stärkts i diskussioner med handledaren kring analysarbetet och olika tolkningsmöjligheter.

Polit och Beck (2010) framhåller att överförbarhet handlar om i vilken utsträckning resultatet kan överföras till situationer eller andra grupper. I föreliggande studie var det bara fyra deltagare från ett och samma sjukhus. Detta utgör en begränsning jämfört med den variation som troligen funnits om fler deltagare från fler vårdenheter hade intervjuats. Å andra sidan var innehållet i intervjuerna variationsrikt och deltagarna hade olika bakgrund vilket till en del gör att resultaten bör gå att tillämpa i andra liknande situationer. Lundman och Graneheim - Hällgren (2012) anser att om det är ett varierat urval så stärks överförbarheten. Även författaren kan föreslå och skapa förutsättningar för överförbarhet. I slutändan är det läsaren som avgör om resultatet kan överföras till en annan situation eller inte.

Förförståelsen inom området var på sitt sätt begränsade, dock har författaren haft teoretiskt kunskap om stöd genom föreläsningar under utbildningen samt genom praktik på

förlossningsavdelning. Dock saknades förståelse för hur detta kunde tillämpas på situationen för nyutexaminerade barnmorskor. Författaren tror inte att förförståelsen subjektivt påverkade tolkningen av resultaten utan istället hjälpte det henne att få ökad förståelse kring de iakttagna fenomenen.

En fenomenologisk metod kunde ha varit tillämplig och intressant då det var fenomen om erfarenheter i barnmorskans livsvärld som undersöktes. Tyvärr var tiden som tilldelats för insamling och dataanalys begränsad varför innehållsanalys ansågs tillräckligt.

## RESULTATDISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva hur barnmorskor med maximalt tre års yrkeserfarenhet upplever att ge stöd under förlossningen de första åren efter examen. Resultatet från studien presenteras i fyra huvudkategorier; förhållningssättet förändras, att vara närvarande, att vara i en stressig miljö och behov av åtgärder för att öka förutsättningar för stödet.

### FÖRHÅLLNINGSSÄTTET FÖRÄNDRAS

I denna kategori framgår att nyutexaminerade barnmorskor i studien upplevde det som svårast i början när det gäller att ge stöd till kvinnan och partnern under förlossningen. De uttryckte att det var en chock att försöka ta på sig det stora och krävande ansvaret för en patients säkerhet. Detta gav upphov till känslor av rädsla och oro över att de inte skulle klara av sin nya roll och för att göra fel vilket innebar svårigheter att fokusera på aspekten att ha en stödjande roll. Denna iakttagelse stämmer väl med en studie av Van der Putten (2008) där nyutexaminerade barnmorskor upplevde en chock när de mötte verkligheten och blev personligt ansvariga vilket ledde till en känsla av att uppgiften blev övermäktig och de blev osäkra och rädda för att inte kunna klara sin nya roll. Hobby och Green (2003) betonar också att nyutexaminerade barnmorskor kan överväldigas av sin roll, och en "reality chock" är vanligt förekommande. Gerrish (2000) bekräftar samma fenomen, "reality chock", i en studie med nyutexaminerade sjuksköterskor. Barnmorskor har ett självständigt arbete och det kan vara överväldigande för den som är nyutexaminerad att ta på sig det ansvar som följer med arbetet. Därför behöver de en stödjande och tillåtande arbetsmiljö t.ex. genom att de får stöd av mer erfarna barnmorskor så att rädslan och oron kan minska.

Studien pekar också på att den stödjande rollen ofta inte prioriterades eftersom de nyutexaminerade barnmorskorna istället enbart fokuserade på tekniska aspekter som att övervaka den födande kvinnan för att det skulle bli en säker förlossning. Detta överensstämmer med Gagnon (2011) som påpekar att osäkra barnmorskor kan förlita sig mer på tekniken då de inte litar på sin egen förmåga och sina egna iakttagelser. Enligt Sleutel et al. (2007) är barnmorskans erfarenhet och självständighet mycket viktigt för hur effektiva de är och hur de tillämpar stöd under förlossningen. Att anpassa sig till sin nya yrkesroll och samtidigt ha omfattande ansvar kan vara utmanande och leda till känslomässig stress. Detta kan innebära att den nya barnmorskan lätt brister i att ge stöd, vilket framgår i denna studie. I studien uttryckte barnmorskorna ibland också att de var nedstämda och kände sig otillräckliga på grund av rädslan

att inte klara av jobbet, vilket ledde till tankar kring att sluta som barnmorska. Detta står i samklang med tidigare forskning av Hildingsson et al. (2013) och också med det som Royal College of Midwives (2010) fann gällande faktorer som bidrog till att nyutexaminerade barnmorskor i England slutar. Att vara ny i yrket kännetecknas ofta av prestationsångest vilket kan leda till en känsla av misslyckande och besvikelse av att inte klara av det som yrket kräver. En modell för vård som kan underlätta för barnmorskan är barnmorskeledd vård med kontinuitet "midwife-led continuity models of care" som bygger på kontinuitet och förstärkt relation mellan barnmorska och kvinnan och därigenom ökar kvinnans tillfredsställelse. Denna typ av vård har gett positiva resultat vilket visar sig som minskad frekvens av intervention under förlossningsarbetet, t.ex. mindre frekvens av episiotomi, instrumentell förlossning och lokalbedövning (Sandall et al.,2013).

Resultatet visar att barnmorskorna upplevde att de efter en tids arbete kunde utveckla större självförtroende i sin stödjande roll och ha en mer effektiv kommunikation med de födande kvinnorna vilket enligt barnmorskorna uppskattades av kvinnorna. Liknande fynd har gjorts i flera studier som visar att effektiv kommunikation uppskattas av de födande kvinnorna (Kennedy, 1995; Halldottir & Karlsdottir, 1996; Lundgren & Dahlberg, 2002). Liknande fynd som i denna studie, där barnmorskor efter en tid upplever hur de förändrats och fått ökat självförtroende har även gjorts i andra undersökningar (Reynolds, Cluett & Le-May, 2014). Att fungera som den födande kvinnans förespråkare eller "advokat" är en förmåga som barnmorskorna i studien lärt sig efter hand. Detta beskrivs också i den etiska koden för barnmorskor (ICM, 2014) som betonar vikten av att barnmorskan står upp för kvinnans rättigheter och är hennes förespråkare. Dock visar en studie av Keating och Fleming (2009) att det inte alltid är lätt för en ny barnmorska att stå upp för den födande kvinnan. Detta kan bero på hierarkier i organisationen där de nya barnmorskornas åsikter inte beaktas, eller kanske att den nya barnmorskan känner att ingen lyssnar på henne vilket gör henne frustrerad. Dessa fynd identifieras som problem som kan uppstå i en enbart medicinskt fokuserad vårdmodell "Obstetric - led model of care" där yngre barnmorskor ofta saknar befogenhet att fatta beslut, eller så nervärderas deras beslut av de äldre barnmorskorna.

## ATT VARA NÄRVARANDE

Att vara närvarande är en mycket viktig del av barnmorskans stödjande vård. Barnmorskorna uttryckte vikten av att vara fysiskt och mentalt närvarande när de ger stödjande vård. Hunter (2002) beskriver att i barnmorskans roll är känslomässig, fysisk, andlig och psykologisk närvaro

centralt för att ”vara med kvinna” som föder. Genom att vara närvarande så mycket som möjligt får barnmorskan en möjlighet att noga följa hur förlossningen fortskrider och barnmorskan kan också lättare vara lyhörd för den födande kvinnan och partners behov.

Att vara närvarande så mycket som möjligt inför den födande kvinnan upplevs som positivt och tillfredsställande enligt barnmorskorna i studien. Detsamma har framkommit i flera andra studier (Hodnett et al., 2013; Kennedy, 1995; Hunter, 2009). Närvaron av en barnmorska kan för kvinnan ge en känsla av trygghet och mod att gå genom och hantera förlossningsprocessen (Lundgren, 2010; Lundgren, 2005). I studien beskrev barnmorskorna att närvaro inte bara betyder att vara på plats i rummet utan även att vara där mentalt, att ge kvinnan odelad uppmärksamhet under förlossningen, eftersom detta skapar trygghet. Detta stärks av tidigare forskning (Aune et al., 2014; Thelin- Lyckestam et al., 2014; Kennedy, 1995; Hunter, 2009) som betonar att barnmorskornas fysiska och mentala närvaro främjar självförtroendet och det hjälper även till att utveckla en ömsesidig tillit mellan kvinnan och barnmorskan. Det är kanske inte möjligt att ständigt vara närvarande men det viktiga för kvinnan och hennes partner är att barnmorskan är inom räckhåll och kan nå närhelst det behövs. Lundgren och Dahlgren (2002) tillskriver stor betydelse av att barnmorskan är tillgänglig när det behövs eftersom det befrämjar en känsla av trygghet hos den födande kvinnan och stödjer och leder henne på hennes egna villkor.

Barnmorskorna i studien betonar vikten av det första mötet med den födande kvinna och hennes partner för att etablera en bra kontakt. Detta hjälper till att skapa ömsesidig tillit och trygghet och gör det också lättare att identifiera kvinnans behov. Aune et al. (2014) för fram att det första mötet med den födande kvinnan och hennes partner är fundamentalt då det formar en grund för att bygga en djupare relation. Om detta första möte skyndas på så kan det leda till att barnmorskan inte lyckas med att skapa en god kontakt och då gå miste om att få reda på viktiga behov för den födande kvinnan. Detta betonas då en stressig arbetssituation kan påverka den födande kvinnan, och om hon känner att barnmorskan är stressad så ökar risken för en negativ förlossningsupplevelse (Rijnder et al., 2008). Barnmorskorna framhåller att det är viktigt att kunna läsa av kvinnan. Detta kan de göra genom att etablera en relation med den födande kvinnan vilket är centralt för en modell för barnmorskans vård med kvinnan i fokus ”midwifery model of woman-centred care” beskriven av Berg et al. (2012). I modellen betonas vikten av att skapa en ömsesidig relation mellan barnmorskan, den födande kvinnan och hennes partner. Stödet ska baseras på att kvinnans behov blir sedda och att kvinnan i sin tur känner att hon klarar av att föda och känner sig delaktig i processen. Om det ska uppstå en ömsesidig relation mellan

barnmorskan, den födande kvinnan och hennes partner, så måste barnmorskan se till att kvinnan känner sig delaktig genom att vara tillgänglig och att ge information.

Att ta hänsyn och vara lyhörd för varje individuellt behov och även att ge tyst stöd under förlossningen är något som lyfts fram av barnmorskorna i studien. Lundgren och Dahlberg (2002) betonar vikten av att barnmorskan är öppen, känslig och lyssnande mot kvinnan för att kunna förstå hennes unika och individuella önskemål. Även den icke-verbala kommunikationen, förmågan att hantera smärta och att gripa in om kvinnan är nära gränsen för vad hon klarar av är betydelsefullt.

En aspekt som barnmorskorna betonade var att kvinnan ska känna att hon har kontroll och vet vad som kommer att hända under förlossningen. Kennedy (1995) belyser vikten av kvinnans behov av att känna att hon har kontroll under förlossningen. Det är viktigt att barnmorskorna kan identifiera individuella kontrollbehov hos den som ska föda eftersom, som Lundgren och Berg (2007) menar, detta är olika vad som krävs för varje kvinna för att hon ska känna att hon har kontroll. Det kan till exempel vara att veta vad som kan förväntas under förlossningen, vilka medicinska interventioner som kan behövas och liknande. När hon har en känsla av kontroll så känner sig kvinnan trygg och hon får det mod som krävs för att klara förlossningen med barnmorskans stöd. Å andra sidan kan, som Simkin (1991) och Simkin (1992) betonar, en kvinna som behandlas respektlöst eller där personalen struntar i hennes önskan att ha kontroll och stolthet ha en permanent negativ effekt.

## ATT VARA I EN STRESSIG MILJÖ

I kategorin "att vara i en stressig miljö" uttryckte barnmorskorna att det upplevdes som svårt och störande att tvingas till delad uppmärksamhet. Det var utmanande för dem att på ett effektivt sätt ge stödjande vård till föderskan när de tilldelats flera födande kvinnor samtidigt. En liknande påverkan rapporteras för hur arbetsmiljön kan vara till hinder för att ge stödjande vård, så som återges av (Sleutel et al, 2007; Hunter, 2004; Blaaka & Schauer Eri, 2008; Aune, et al 2014). I dessa studier visar resultaten att barnmorskor på förlossningsavdelningar ofta ombeds vårda flera kvinnor samtidigt, och den tunga arbetsbelastningen gjorde att de erbjöd en mer uppgiftsorienterad vård. Enligt Hildingsson et al. (2013) är de nyliga strukturella förändringarna vid svenska förlossningsavdelningar inget undantag. De gör det svårt för barnmorskorna att erbjuda personligt stöd och närvaro. Att tilldela många patienter per barnmorska kan ge upphov till ett dilemma kring hur de ska kunna ge effektiv vård även om de är medveten om fördelarna med stödjande vård. Att föreställa sig hur nyutexaminerade barnmorskor som tilldelas flera

kvinnor samtidigt utan att först ha fått möjligheten att bli skickliga i att ge stöd, visar på ett motsatsförhållande där de inte får möjlighet att erbjuda effektiv stödjande vård till den födande kvinnan och hennes partner.

Barnmorskorna i studien beskrev även att det var chockerande med ett barnmorskearbete där de vårdar patienterna genom att sitta på expeditionen och titta på fosterövervakningen för de tilldelade patienterna. Detta stämmer väl med Rooks (1999) som argumenterar mot barnmorskekulturen där barnmorskorna gör fosterövervakning för flera patienter vid en central övervakningsstation. Aune et al.(2014) beskriver på ett likartat sätt hur personalen ibland när det är mycket att göra, ersätter det kontinuerliga stödet i förlossningsrummet med kontinuerlig fosterövervakning, även om detta kan leda till en falsk trygghetskänsla. Detta är en slående observation i ljuset av fördelarna med kontinuerlig stödjande vård, vilket leder till frågor om det vore fördelaktigt att införa ”midwifery model care” som hävdas i tidigare forskning (Sandall et al., 2013). Barnmorskeledd vård med kontinuitet kräver troligen mer bemanning vilket måste övervägas. Detta trots att Gagnon och Waghorn (1996) menar att en ökad bemanning är orealistisk i perioder med budgetneddragningar. De föreslår istället att avdelningarna maximerar hur personalens tid används för att kunna vara till fördel för mammorna och barnen. Enligt barnmorskorna i studien var det svårt för dem att få en helhetsbild av den födande kvinnan, vilket resulterade i fler läkarkontakter och i sin tur fler interventioner. Liknande fynd har rapporterats (Ross- Davie et al, 2014; Mc Niven et al, 1992), där minsta möjliga tid avsätts för att ge stödjande vård med patienten varvid barnmorskorna inte har full kontroll över hur förlossningen fortskrider.

Barnmorskorna i studien uttryckte också att det var påfrestande att ge stödjande vård många timmar i sträck och att de därför ibland inte kunde ge den bästa stödjande vården. Detta överensstämmer med Gu et al. (2011) som berättar hur barnmorskor som ger stödjande vård under långa pass känner sig utmattade och frustrerade över att inte kunna ge så effektiv vård som de önskat.

## BEHOV AV ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR STÖDET

Alla intervjuade barnmorskor instämde i att när de är nya i yrket så skulle de ha stor nytta av bättre introduktion och uppföljning, samt av att ha seminarier med både nya och erfarna barnmorskor. Van der Putten (2008) diskuterar hur nyutexaminerade barnmorskor kände att de fick större självförtroende när de fick bra kliniskt stöd genom en introduktion och hade mentorer

som höll ett öga på dem så att allt gick rätt till. Det kan hjälpa och lugna de nyutexaminerade barnmorskorna att veta att det går att få stöd från erfarna barnmorskor vilka också hjälper dem att lära sig att fokusera på den stödjande rollen. I tidigare forskning Fenwick (2012) hävdas att samverkan med barnmorskekollegor underlättar självtillit, ökar kompetensen och ger arbetsmiljön en känsla av trygghet. Detta stämmer väl med hur barnmorskorna tänkte sig att de lär sig mer och blir skickligare i arbetet när det finns uppbackning från erfarna barnmorskor. De nya barnmorskorna kan då fokusera på mer effektiv stödjande vård för kvinnan och hennes partner. I föreliggande studie uttryckte barnmorskorna vikten och behovet av internutbildning om stöd och att detta skulle vara en inspirationskälla. Adam och Bianchi (2008) diskuterade åtgärder för att erbjuda förlossningsstöd med förlossningsjuksköterskor vilka kan förbättra stödet där experten ger handgripliga instruktioner och stöd till förlossningspersonalen. Van der Putten (2008) betonar hur de nyutexaminerade barnmorskorna var villiga att delta i vidareutbildning för personlig och professionell utveckling, och deras iver att ge optimal vård åt kvinnan. Entusiasmen och viljan att erbjuda stödjande vård till kvinnan och partnern ska uppmuntras av institutionen genom att ha en öppen miljö där man tar till sig policyer som befrämjar stödjande vård och framhåller dess fördelar.

Att ansvara för en patient i taget, åtminstone i början av det nya arbetet, ansågs bestämt vara något som skulle hjälpa de nyutexaminerade barnmorskorna att fokusera på att ge stödjande vård. Liknande observationer av Fenwick et al. (2012) understryker vikten av kontinuitet i vården av den födande kvinnan och partnern då detta förstärker tilliten och återställer tilltron till en normal förlossning. Barnmorskorna i studien tyckte att sektionsledaren skulle spela en aktiv roll genom att uppmuntra alla barnmorskor att tillbringa mer tid med den födande kvinnan och partnern. Gagnon och Waghorn (1996) pekar på ett behov för vårdgivarna och sjukhusadministratörerna att omvärdera filosofin bakom och tillämpningen av god intrapartum vård. Detta ska göras för att kunna möta den födande kvinnans emotionella och fysiska behov. En ytterligare fråga som ställdes var vilka faktorer som förhindrade respektive underlättade för barnmorskan att ge stödjande vård till kvinnan och partnern. Forskning har visat att en doula kan ge stöd under förlossning som barnmorskor inte har en möjlighet till när det gäller närvaro och kontinuitet (Lundgren, 2010). Frågan är varför barnmorskorna i denna studie ej tog upp frågan om doula. Kanske är det något som kan användas mer för att underlätta stöd när det är en så hög arbetsbelastning inom förlossningsvården. Sektionsledarens tillgänglighet och närhet för rådgivning var mycket viktig för barnmorskorna. Van der Putten (2008) och Fenwick et al. (2012) påtalar hur viktigt det är för nya barnmorskor att konsultera dem som har mer erfarenhet



eftersom det ökar självförtroendet i arbetet. I situationer där sektionsledaren har mycket annat ansvar så bör arbetsledningen säkerställa att extra stöd finns tillgängligt för nyutexaminerade barnmorskor eftersom de är extra sårbara.

## **SLUTSATS**

Denna studie visar att nyutexaminerade barnmorskor upplever det som tämligen utmanande och stressande att fokusera på stödjande förlossningsvård till den födande kvinnan och hennes partner. Detta trots deras kunskap om den stödjande vårdens positiva påverkan. Detta resultat beror i huvudsak på splittrat ansvar som läggs på de nya barnmorskorna samt på en stressig arbetsmiljö. Det bör övervägas att införa ett system så att arbetsledningen effektivt kan stödja de nyutexaminerade barnmorskorna så att de i sin tur blir bättre på att stödja den födande kvinnan och partner.

För att vidare utveckla kunskapen kring detta fenomen kan det vara intressant att genomföra en större studie med fler intervjuade nyutexaminerade barnmorskor från olika sjukhus, detta vore värdefullt för att öka kunskapen inom området. Enligt Hildingsson et al. (2013) har forskning visat att strukturella förändringar i vården har genomförts nyligen med bl.a. färre barnmorskor som samtidigt tar hand om fler födande kvinnor. Det är då intressant att belysa hur arbetsledningen, mot bakgrund av detta fenomen, kan underlätta för nyutexaminerade att ge stödjande vård under förlossningen.

## **PRAKTISKA IMPLIKATIONER**

Utifrån resultatet av denna studie borde frågan om att införa en introduktion i barnmorskeledd vård "Midwifery model of care" lämplig i det svenska vårdsystemet övervägas. Detta för att förstärka den stödjande vården till kvinnan och partnern under förlossningen. På förlossningsavdelningen är det viktigt att de nya barnmorskorna ges tid och stöd för att komma in i den nya rollen. Barnmorskeutbildningen behöver också ses över för att bättre kunna förbereda studenterna på att på ett effektivt sätt erbjuda stödjande vård med tanke på bristen på personal och hög arbetsbelastning.

## REFERENSER

- Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(1), 106-115. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00213.x
- Aune, I., Amundsen, H. H., & Skaget Aas, L. C. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labor. *Midwifery*, 30(1), 89.
- Berg, M. (2010). Vårdandets värdegrund vid barnafödande I.M. Berg, M., & Lundgren, I. (red). Att stödja och stärka – Vårdande vid barnafödande ( sid 31). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M., Ólafsdóttir, Ó. A., & Lundgren, I., (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care - in swedish and icelandic settings. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87. doi:10.1016/j.srhc.2012.03.001.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I.M. Henricson (Red), Vetenskaplig teori och metod: från ide´ till examination inom omvårdnad (s.306-314). Lund: Studentlitteratur.
- Biro, M. A., Waldenstrom, U., & Pannifex, J. H. (2000). Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: A randomized controlled trial. *Birth*, 27(3), 168-173. doi:10.1046/j.1523-536x.2000.00168.x
- Blaaka, G., & Schauer Eri, T. (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24(3), 344-352. doi:10.1016/j.midw.2006.10.005
- Carolan-Olah, M., Kruger, G., & Garvey-Graham, A. (2014). Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia. *Midwifery*, 31(1), 112-121. doi:10.1016/j.midw.2014.07.003.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I.M Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: Från ide´ till examination inom omvårdnad (s. 329-344). Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I.M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: Från ide´ till examination inom omvårdnad (s.164-174). Lund: Studentlitteratur.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75, S5-S23. doi:10.1016/S0020-7292(01)00510-0
- DeVries, R. G. (2001). Birth by design: Pregnancy, maternity care, and midwifery in North America and Europe. New York: Routledge.
- Fenwick, J., Hammond, A., Raymond, J., Smith, R., Gray, J., Foureur, M., ..... Symon, A. (2012). Surviving, not thriving: a qualitative study of newly qualified midwives' experience of their transition to practice. *Journal of Clinical Nursing*, 21: 2054–2063. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04090.
- Gagnon, A. J., & Waghorn, K. (1996). Supportive care by maternity nurses: A work sampling study in an intrapartum unit. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 23(1), 1-6. doi:10.1111/j.1523-536X.1996.tb00453.

Gagnon, R. (2011). Midwifery in a new context: Expanding our reference points and embracing new representations of pregnancy and birth. *Midwifery*, 27(3), 360-367. doi:10.1016/j.midw.2011.03.007

Gerrish, K. (2000). Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse's perception of the transition from student to qualified nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 473-480. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01498.x

Gu, C., Zhang, Z., & Ding, Y. (2011). Chinese midwives' experience of providing continuity of care to labouring women. *Midwifery*, 27(2), 243-249. doi:10.1016/j.midw.2009.06.007

Halldórsdóttir, S., & Karlsdóttir, S. I. (1996). Empowerment or discouragement: Women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care for Women International*, 17(4), 361-379. doi: 10.1080/07399339609516251.

Hartz, D. L., Foureur, M., & Tracy, S. K. (2012). Australian caseload midwifery: The exception or the rule. *Women and Birth*, 25(1), 39-46. doi:10.1016/j.wombi.2011.01.001.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I.M Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s. 129-138). Lund: Studentlitteratur.

Hildingsson, I., Westlund, K., & Wiklund, I. (2013). Burnout in swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare : Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, Mittuniversitetet, Fakulteten för humanvetenskap, & Avdelningen för omvårdnad. 4(3), 87.

Hobbs, J., & Green, S. (2003). Development of a preceptorship programme. *British Journal of Midwifery*, 11(6), 372-375. doi:10.12968/bjom.2003.11.6.12184

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), doi:10.1002/14651858.CD003766.pub2.

Hunter, B., & Segrott, J. (2010). Using a Clinical Pathway to Support Normal Birth: Impact on Practitioner Roles and Working Practices. *Birth*, 37: 227-236. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00410.x.

Hunter, L. P. (2002). Being with woman: A guiding concept for the care of laboring women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(6), 650-657. doi:10.1177/0884217502239213

Hunter, L. P. (2009). A descriptive study of "Being with woman" during labor and birth. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 54(2), 111-118. doi:10.1016/j.jmwh.2008.10.006.

Höjeberg, P. (2009). Inledning. I.M. Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (Red.). *Lärobok för barnmorskor* (sid 19-38).Lund: Studentlitteratur.

International Confederation of Midwives.(2014)Tillgänglig:2015-01-02  
<http://www.internationalmidwives.org/>

Karlsson, E.K. (2012). Informationssökning. I.M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från ide till examination inom omvårdnad* (s.95-113). Lund: Studentlitteratur.

Keating, A., & Fleming, V. E. M. (2009). Midwives' experiences of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: A feminist perspective. *Midwifery*, 25(5), 518-527. doi:10.1016/j.midw.2007.08.009

Kennedy, H. P. (1995). The essence of nurse-midwifery care. the woman's story. *Journal of Nurse-Midwifery*. 40(5), 410.

Kennedy, H. P. (2002). The midwife as an "instrument" of care. *American Journal of Public Health*, 92(11), 1759-1760. doi:10.2105/AJPH.92.11.1759.

Koblinsky, M., Matthews, Z., Hussein, J., & Mavalankar, D. (2006). Maternal survival 3: Going to scale with professional skilled care. *The Lancet*, 368(9544), 1377.

Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). Att skriva ut intervjuer. I.M. Den kvalitativa forskningsintervjun (s.217-228). Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). Etiska frågor kring intervjuande. I.M. Den kvalitativa forskningsintervjun (s.97-117). Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, I., & Dahlberg, K. (2002). Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery*, 18(2), 155-164. doi:10.1054/midw.2002.0302.

Lundgren, I. (2004). Releasing and relieving encounters: Experiences of pregnancy and childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(4), 368-375. doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00300.x.

Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21(4), 346-354. doi:10.1016/j.midw.2005.01.001.

Lundgren, I., & Berg, M. (2007) Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 220-228. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x.

Lundgren, I., Karlsdottir, S. I., & Bondas, T. (2009). Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context - a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(2), 115-128. doi:10.1080/17482620802423414.

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

Lundgren, I. (2010). Förlossningsvårdens historia. I.M. Berg, M., & Lundgren, I. (red). *Att stödja och stärka – Vårdande vid barnafödande* (s17-25). Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, I. (2010). Vård vid normalt barnafödande. I.M. Berg, M., & Lundgren, I. (red). *Att stödja och stärka – Vårdande vid barnafödande* (s117-138). Lund: Studentlitteratur

Lundgren, I. (2010). Vård vid normalt barnafödande. I.M. Berg, M., & Lundgren, I. (red). *Att stödja och stärka – Vårdande vid barnafödande* (s117-138). Lund: Studentlitteratur

Lundgren, I. (2010). Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 26(2), 173-180. doi:10.1016/j.midw.2008.05.002

Lundman, B., & Graneheim - Hällgren, U. (2012) I. Kvalitativ innehållsanalys. I. M Gränskar, M., & Nielsen, H., B., (Red) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälsa och sjukvården. (s187-199) Lund: Studentlitteratur.

.McCourt., & Page,L. (1996) Report on the evaluation of one-to-one midwifery. London: Hammersmith Hospitals NHS and TVU.

McNiven, P., Hodnett, E., & O'Brien-Pallas, L. L. (1992). Supporting women in labor: A work sampling study of the activities of labor and delivery nurses. *Birth* (Berkeley, Calif.),19(1), 3-8. doi:10.1111/j.1523-536X.1992.tb00363.x

Morse, J.M., Barret, M., Mayan, M., Olson, K.,& Spiers ,J. (2002) Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*,1 (2), [www.ualberat.ca/ijqm/](http://www.ualberat.ca/ijqm/)

Polit. , F.D., & Beck, T. C.(2010). *Essential of nursing research i appraising evidence for nursing practice.* ( 7th edition) Library of congress.

Ransjö-Arvidson, A-B. (2009). *Barnmorskans arbets-och forskningsfält.* I.M. Kaplan, A., Hogg, B., Hildingson, I., & Lundgren, I. (Red). *Lärobok för barnmorskor* (s.38-43) . Lund:Studentlitteratur

Reynolds,K.E., Cluett, E.,& Le- May, A.(2014). Fairy tale midwifery—fact or fiction: The lived experiences of newly qualified midwives. *British Journal of Midwifery*, 22(9), 660-668

Rijnders, M., Baston, H., Schonbeck, Y., Van der Pal, K., Prins, M., Green, J., & Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35(2), 107-116. doi:10.1111/j.1523-536X.2008.00223.

Rooks, J. P. (1999), The Midwifery model of care .*Journal of Nurse-Midwifery*, 44: 370–374. doi: 10.1016/S0091-2182(99)00060-9.

Ross-Davie, M., McElligott, M., King, K., & Little, M. (2014). Midwifery support in labour: How important is it to stay in the room? *The Practising Midwife*, 17(6), 19.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.(2001) *The National Sentinel Caesarean Section Audit Report.*London: RCOG Clinical Effectiveness Support Unit .

Sandall, J., Soltani, H., Gates,S., Shennan, A., & Devane, D. (2013). Midwife- led continuity models of care for childbearing women. *Cochrane Database syst reviews* 2008:CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.

SBU . (2013) *Kontinuerligt stöd till under förlossning.* Tillgänglig: 2015- 01-03 <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Kommentar/Kontinuerligt-stod-till-kvinnor-under-forlossning/>.

SFS 2003:460. Lag om etikprovning av forskning som avser människor. Stockholm:Utbildningsdepartementet. Tillgänglig:2015-01-01 [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/)

Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? women's long-term perceptions of their first birth experience. part I. *Birth* (Berkeley, Calif.), 18(4), 203-210. doi:10.1111/j.1523-536X.1991.tb00103.x.

Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth* (Berkeley, Calif.), 19(2), 64.

Sleutel, M., Schultz, S., & Wyble, K. (2007). Nurses' views of factors that help and hinder their intrapartum care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 36(3), 203-211. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00146.x.

Socialstyrelsen. (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: 2015-01-01.

[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1\\_20061051.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf).

Thelin, I. L., Lundgren, I., & Hermansson, E. (2014). Midwives' lived experience of caring during childbirth--a phenomenological study. *Sexual & Reproductive Healthcare : Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(3), 113.

Thorstensson, S., Ekström, A., Lundgren, I., & Hertfelt Wahn, E. (2012). Exploring professional support offered by midwives during labour: An observation and interview study. *Nursing Research and Practice*. (Article ID 648405), 1-10. doi:10.1155/2012/648405.

Thorstensson, S. (2012). Professional support in childbearing, a challenging act of balance. Institutionen för hälsovetenskap och medicin, & Örebro universitet.

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

Van der Putten, D. (2008). The lived experience of newly qualified midwives: A qualitative study. *British Journal of Midwifery*, 16(6), 348-358. doi:10.12968/bjom.2008.16.6.29592



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

## Forskningspersonsinformation

### Studiens bakgrund

Kontinuerligt stöd under förlossningen ger mer normala förlossningar och bättre tillfredsställelse med vården för kvinna (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2013). Det finns några studier som undersökt barnmorskans stödjande roll och resultatet visar att den kan upplevas otydlig och påverkas av den organisation barnmorskan arbetar inom. SBU (2013) efterfrågar fler svenska studier om stöd då studien av Hodnett et al. (2013) måste förstås i sitt organisatoriska sammanhang. Det saknas svenska studier om nyutexaminerade barnmorskors upplevelser av stöd i en organisation där de ofta vårdar flera kvinnor samtidigt.

Syftet med den föreliggande studien är att undersöka nyutbildade barnmorskors upplevelser av att ge stöd till kvinnan under förlossningen. Studien vänder sig till barnmorskor som inte har längre än tre års erfarenhet av yrket.

### Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer med utvalda barnmorskor, som inte ska ha längre erfarenhet av yrket än tre år. Beräknad tid för intervjun är cirka 45 minuter- 60 minuter. Intervjun kommer att bestå av öppna frågor som berör barnmorskans stöd i samband med förlossning, där Du med egna ord får berätta om Dina tankar och känslor kring ämnet. Samtalet kommer att spelas in på band, efter avslutad intervju kommer de att avlyssnas och skrivas ut i helhet för vidare analys.

Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i forskningssyfte. Endast berörd forskningspersonal samt handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan

## Bilaga 1

identifieras i det resultat som presenteras i den vetenskapliga studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt, Du kan när som helst välja att avbryta medverkandet utan att behöva specificera varför. Ett beslut att avbryta det fortsatta deltagandet i studien kommer inte att på något vis påverka den övriga vården som tillhandahålls. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

### **Ansvariga för studien**

Mulenga Mellbin  
Leg. Sjuksköterska  
Barnmorskestudent  
Tel: 0709-589992  
gusmelmu@student.gu.se

Handledare  
Ingela Lundgren  
Professor, barnmorska  
Tel:0768-672657  
ingela.lundgren@gu.se





# GÖTEBORGS UNIVERSITET

## Samtycke till deltagande i studie

Jag har erhållit muntlig tillika skriftlig information angående en studie om nyfödda (max 3 års yrkeserfarenhet) barnmorskors upplevelser av att ge stöd till kvinnan under förlossningen. Jag har fått möjlighet att ställa frågor samt har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan välja att avbryta mitt deltagande. Härmed samtycker jag till att bli intervjuad.

Datum: \_\_\_\_\_

Namnteckning: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

### Ansvariga för studien

Mulenga Mellbin  
Leg. Sjuksköterska  
Barnmorskestudent  
Tel: 0709-589992  
gusmelmu@student.gu.se

Handledare  
Ingela Lundgren  
Professor, barnmorska  
Tel: 0768-672657  
ingela.lundgren@gu.se

Bilaga 2, tabell 2

| <b>Meningsenhet</b>   | <b>Kondenserad meningsenhet</b>  | <b>Kod</b>   | <b>Subkategori</b>          | <b>Kategori</b>              |
|---|--|--|-----------------------------|------------------------------|
| "När man är ny, nyfärdig Bm, jag sa ju lite att det är lite som en chock, och det är det också för att det är ett väldigt stort ansvar som man får på sig..... ansvaret för liksom säkerheten på nåt sätt, det är ju en liten rädsla, man ansvarar för att inget allvarligt ska hända."   | Att vara ny färdig Bm är det som en chock, för man tar på sig, stort ansvar för säkerheten och man kan känner sig rädd                           | Jobbigt som ny<br>Orolig att göra fel                    | Svårast i början            | Förhållningssättet förändras |
| "Det har jag verkligen lärt mig nu att jag tänker mycket på mina patienter, och jag kan säga så här till sektionen..... att liksom försöka ge uttryck för liksom stöd behovet att det nu behöver jag ge stöd till den här patienten så nu kan ja inte göra så mycket annat."  | Har lärt mig att tänka på mina patienter och förmedlar till sektion ledare att någon patient behöver mer stöd så jag kan inte göra något annat.  | Hjälp med stöd<br>Utvecklas<br>kontinuerligt<br>Positivt | Etablera en god arbetsmetod |                              |
| "Att förlösa mycket och, det är också bra men man tappar stödet då, man kommer ifrån det, ..... de som kommer nya som jag då, vänjer sig vid det här mycket, men det ett helt annat arbetssätt .... Och det barnmorskeriet tappar man,, och det går inte att ta igen om vi har en lugn natt, då det går inte bara att ta igen så, då jobbar man på på samma sätt eller det ta tid att stödja .. igen...", | Trots att det är bra att förlösa mycket, är det lätt att man tappar stödet och det går inte att ta igen även när det är lugnt eller det tar tid. | Jobbigt som ny<br>Självständighet<br>Utveckling tar tid  | Tid att utvecklas           |                              |

Bm: Barnmorska