



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA**

# **”JAG VILLE BARA ATT NÅGON SKULLE HÅLLA MIG I HANDEN EN STUND”**

- Kvinnors upplevelse av kontakt med koordinerande barnmorska inför kommande förlossning

**Lisa Elmby  
&  
Anna Löfgren**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa. PRH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT 2019
Handledare:	Viola Nyman
Examinator:	Lasse Persson

---

Titel svensk:	”Jag ville bara att någon skulle hålla mig i handen en stund” - Kvinnors upplevelse av telefonkontakt med koordinerande barnmorska inför kommande förlossning
Titel engelsk:	”I just wanted somebody to hold my hand for a while” -Women’s experiences of the telephone contact with the coordinating midwife before the forthcoming labour.
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa. RPH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2019
Handledare:	Viola Nyman
Examinator:	Lasse Persson
Nyckelord:	förlossning, kvalitativ innehållsanalys, kvinnor, telefonkontakt, upplevelse

---

## Sammanfattning

Bakgrund: I Sverige ombeds kvinnor att ringa till den koordinerande barnmorskan innan ankomst till sjukhus inför kommande förlossning. Kvinnors behov i den första telefonkontakten är individuell och koordinators förhållningssätt är central och målsättningen således att uppnå ett vårdande samtal där både koordinatör och kvinnan kan känna tillfredsställelse. Koordinatör bör visa ett genuint intresse för kvinnan i telefonen och hennes berättelse samt beakta kvinnans egna kunskaper och tankar.

Syfte: Att beskriva kvinnors upplevelse av telefonkontakten med koordinerande barnmorska inför kommande förlossning.

Metod: Nio kvinnor intervjuades och dataanalyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Kvinnor rekryterades via Facebook. Intervjuer genomfördes både via telefon och via fysiska möten.

Resultat: Dataanalys resulterade i ett tema: *Ett känslomässigt laddat samtal* med tre huvudkategorier. *En känsla av trygghet, bekräftelse i situationen och få känna sig speciell* samt sex underkategorier: *Tillitsskapande samtal, när tryggheten fallerar, bli tagen på allvar, att mötas av misstro, personligt bemötande och att vara en i mängden.*

Slutsats: Resultatet påvisar att kvinnor upplever den första kontakten med koordinatör som känslösamt, oavsett om det upplevs som bra eller dåligt. Gemensamt var att kvinnor önskade individuellt anpassad rådgivning och hade behov av att känna trygghet. När det gällde beslutsfattande om att åka in till förlossningsavdelningen ville kvinnor ha stöd, både genom att barnmorskan beslutade åt dem eller att få ta beslutet själva.

Nyckelord: förlossning, kvalitativ innehållsanalys, kvinnor, telefonkontakt, upplevelse

## Abstract

Background: Women in Sweden are asked to contact the coordinating midwife before arrival to the labour ward. The women's needs in the first telephone contact are individual and the coordinators approach is central and the aim is therefore to achieve a caring conversation where both the coordinator and the woman can feel satisfaction. The coordinator should show a genuine interest in the woman on the phone, her story and also take her knowledge and thoughts into account.

Aim: To describe women's experience of the telephone contact with the coordinating midwife before the forthcoming labour.

Method: Nine women were interviewed and the data was analysed via qualitative content analysis with an inductive approach. The women were recruited via Facebook. The interviews were conducted both over the phone and in physical meetings.

Results: The data analysis resulted in one theme: *An emotionally loaded call* with three main categories, *a feeling of security, confirmation in the situation* and *to feel special together* with six subcategories: *confidence building conversation, when security fails, be taken seriously, to be met by distrust, personal response* and *to be one in the crowd*.

Conclusion: The result showed that the women experienced the first contact with the coordinating midwife as emotional, whether it was considered good or bad. Common was that women wanted individually tailored counselling and needed to feel secure and safe. When it came to making decisions about going to the labour ward, women wanted support, either by the midwife deciding for them or getting to make the decision themselves.

Keywords: labour, qualitative content analysis, women, telephone contact, experience

## Förord

Vi vill tacka de kvinnor som visade intresse och gav av sin tid åt att delta i denna studie med sina upplevelser och genom detta gjorde denna studie möjlig. Vi vill också tacka vår handledare Viola Nyman för ett värdefullt stöd, kloka synpunkter berikande diskussioner under studiens gång. Ett stort tack även till personalen på biblioteket NÄL för lån av fina studierum, stor hjälp med artiklar och otaliga mängder kaffe.

# Innehållsförteckning

Inledning .....	1
Bakgrund.....	1
Sexuell och reproduktiv hälsa .....	1
Barnmorskans förhållningssätt.....	2
Förlossningens stadier .....	3
Telefonrådgivning.....	4
Teoretisk referensram.....	6
Problemformulering.....	7
Syfte .....	7
Metod .....	7
Design.....	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	8
Analys.....	9
Etiska överväganden .....	10
Resultat .....	11
Ett känslomässigt laddat samtal .....	11
En känsla av trygghet .....	12
Tillitsskapande samtal .....	12
När tryggheten fallerar.....	13
Bekräftelse i situationen .....	13
Bli tagen på allvar.....	13
Att mötas av misstro .....	14
Få känna sig speciell .....	14
Personligt bemötande .....	14
Att vara en i mängden.....	15
Diskussion.....	16
Metoddiskussion .....	16
Resultatdiskussion.....	17

Slutsats .....	20
Referenslista.....	22
Bilagor.....	26

## Inledning

Under vår verksamhetsförlagda utbildning på förlossningsavdelning har vi erfårit att kvinnor ibland känt missnöje med första telefonkontakten med förlossningsavdelningen inför stundande förlossning. Förlossningskoordinator eller sektionsledare är den verksamma barnmorskan som svarar i telefonen när gravida kvinnor med värkar eller hennes partner ringer till förlossningsavdelningen och genom sin bedömning ger barnmorskan råd till kvinnan om hon ska komma in eller stanna hemma. I denna studie kommer vi att kalla den barnmorskan för koordinator. Vi vet att det ofta också förekommer att partner ringer koordinatoren, men i den här studien har vi fokuserat oss på hur kvinnor som ringt till förlossningskoordinatoren upplever telefonsamtalet.

Ett missnöje har beskrivits vid inskrivningssamtalet då kvinnor uppgett att de önskat att få komma in till avdelningen tidigare i förlossningsförloppet. Kvinnor har inte alltid känt sig lyssnade på i deras unika upplevelse och berättelse. Kvinnor har även uttryckt att de inte fått det stöd under telefonsamtalet de hade önskat. Att inte få möjlighet att komma till förlossningsavdelningen när kvinnan känt behov av det har i vissa fall genererat i rädsla och misstro hos kvinnan. Vi vet att en god första relation med människor vi möter i vårdsituationer skapar trygghet och lugn och underlättar fortsatta vårdkontakten. Att kvinnan befinner sig i en utsatt och sårbar situation då hon är på väg att föda barn gör att vikten av en god och trygg relation till barnmorskan är avgörande för en positiv förlossningsupplevelse.

Vi har funderat över vad som brister i kommunikationen mellan kvinnan som ringer och koordinatoren och vilka faktorer som kan vara avgörande för koordinators rekommendationer, att kvinnan ska avvakta hemma och vänta på mer eller starkare värkar. Vi har därför valt att undersöka hur kvinnor med värkar upplever telefonkontakten med förlossningskoordinatoren inför stundande förlossning.

## Bakgrund

### Sexuell och reproduktiv hälsa

Den legitimerade barnmorskan arbetar inom kompetensområdet reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Det är ett brett verksamhetsområde och innefattar möten med kvinnan under hela hennes livscykel från tonårsflicka till gravid eller födande kvinna, fram till den åldrande kvinnan, men även möten med hennes familj och närstående (Barnmorskeförbundet, 2018). Enligt WHO så förutsätter sexuell och reproduktiv hälsa ett säkert och tillfredställande

sexualliv, förmåga till att fortplanta sig, frihet i att själv fatta beslut om sitt barnafödande och en möjlighet att få friska barn. Det fordrar god kunskap om och tillgång till födelsekontroll, smittskydd samt säkra förhållanden under graviditet och förlossning (WHO, 2019). Barnmorskans förhållningssätt är en viktig dimension i det professionella yrkesutövandet där relationen med kvinnan ses som det centrala. Det engelska ordet för barnmorska, midwife, betyder med kvinna, och det överensstämmer väl med barnmorskans professionella roll där hen ska vara med kvinnan som en följeslagare (Lundgren & Berg, 2017). Redan år 1609 gavs en lärobok ut som riktade sig till yrkesverksamma barnmorskor av barnmorskan Louyse Bourgeois. Där beskrivs att den professionella barnmorskan ska ha förmåga att lyssna på kvinnan, observera henne, vara öppen i sinnet, ha ett flexibelt förhållningssätt, visa medkänsla, ha förmåga att skapa en tillitsfull relation men också använda sig av humor som redskap (Lundgren & Berg, 2017).

Enligt Berg (2014) vilar barnmorskeyrket på en väl förankrad värdegrund. Denna värdegrund innefattar etiska ställningstaganden som inkluderar helhetssyn av kvinnan som kropp, själ och ande. Det är en människosyn som vilar på en humanistisk värdegrund där en vårdande relation och barnmorskans hälsofrämjande arbete är centrala. Den internationella etiska koden för barnmorskor (ICM) grundades år 1899 och reviderades år 1999. Den etiska koden sammanfattas under fyra huvudteman som inkluderar barnmorskans professionella relation, barnmorskans verksamhetsområde, barnmorskans professionella ansvar samt utveckling av barnmorskans kunskaps- och verksamhetsområde. Målet med den etiska koden är att förbättra standarden på vården för kvinnor, barn och familjer runt om i världen genom utveckling, undervisning och tillvaratagande och rätt utnyttjande av barnmorskans kompetens (ICM, 2018).

## Barnmorskans förhållningssätt

Barnmorskans förhållningssätt har stor betydelse när en god relation skapas, men även den vårdande kvinnans förhållningssätt påverkar hur öppen en relation kan bli. Lundgren och Berg (2017) refererar till dialogfilosofen Buber som beskriver detta genom att det i ett möte är unika personligheter som möts och att utmaningen är att dessa olikheter ska mötas i en ömsesidighet. Då uppstår det enligt Buber en Jag-Du relation (Lundgren & Berg, 2017). För att få en så optimal förlossningsupplevelse som möjligt är relationen som byggs upp mellan kvinna och barnmorska en avgörande faktor (Hallam, Howard, Locke & Thomas, 2016; McNelis, 2013; Cornally, Butler, Murphy, Rath & Canty, 2014). I situationer när kvinnan upplevt ett bristfälligt stöd och förtroende för personalen har studier påvisat att de är mer benägna att drabbas av posttraumatiskt stressyndrom och förlossningsdepressioner (Ross-Davie & Cheyne, 2014). Kvinnor beskrev att den viktigaste komponenten för välmående och trygghet under förlossningen var direkt kopplat till deras relation med sin barnmorska. Det kunde även påvisas att de kvinnor som var trygga och lugna tillsammans med sin barnmorska under förlossningen hade kortare förlossningstid, färre interventioner och färre postnatala komplikationer (Bohren,



Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa, Cuthbert, 2017; Attarha, Keshavarz, Bakhtiari & Jamilian, 2016). För att etablera en så god kontakt som möjligt är det viktigt att som barnmorska vara kompetent, lyhörd och bedriva patientcentrerad vård. Vidare beskrivs en god relation mellan barnmorska och patient som en grundsten där vikten av att känna sig trygg och behovet av att kunna lita på varandra är avgörande för en positiv förlossningsupplevelse hos den födande kvinnan (Lewis, Jones & Hunter, 2017). Kvinnor som initialt kände ångest och oro vid ankomst till förlossningen upplevde det ångestlindrande när de möttes av barnmorskor som visade dem genuint intresse, tog sig tid samt lyssnade till deras behov (Nyman, Downe & Berg, 2011).

## Förlossningens stadier

Enligt WHO beskrivs barnmorskans kompetensområde från 1964 som vård och omsorg av kvinnor under graviditet, förlossning och postpartum perioden, likväl som omhändertagande av det nyfödda barnet. Vidare ska barnmorskan ha rätt kunskaper för att självständigt handlägga en förlossning. Hen ska ha kunskaper om graviditetens och förlossningens olika stadier för att kunna identifiera ett normalt förlossningsförlopp samt identifiera avvikelser som kan komma att komplicera förlossningens förlopp och utfall.

Förlossningsförloppet delas upp i fyra olika skeden; latensfas, aktiv fas, utdrivningsskede och efterbördsskede (Lindgren & Wiksten, 2016). För denna studie kommer latensfas och aktiv fas av förlossningen beskrivas, där smärta är central för kvinnans upplevelse av förlossningsprocessen. Bedömning av en persons upplevelse av smärta eller obehag skiljer sig åt och en rad faktorer samverkar. Den mänskliga fysiologin skiljer sig från individ till individ och en rad psykologiska faktorer som rädsla, kulturella skillnader, tidigare erfarenheter, och kunskap påverkar upplevelsen av smärta (Talbot, 2012; Hundley, et al., 2017).

Förlossningsförloppets första del benämns som latensfasen. Det kännetecknas av oregelbundna värkar som är mer eller mindre smärtsamma samt långsam cervixpåverkan (Marowitz, 2014). Hur lång den latent fasen av förlossningen varar är individuellt. En normal latensfas kan vara upp till 20 timmar hos en förstföderska och 14 timmar hos en omföderska (Nordström & Wiklund, 2014). Enligt Hundley et. al., (2017) skiljer sig definitionen på internationell nivå markant av övergången från latensfas till aktiv fas. Gemensamt för aktiv fas är dock att kontraktionerna skall vara regelbundna, smärtsamma samt att öppningsgraden på livmodertappen skall vara mer än 4 cm. Socialstyrelsen har förslag på definition av aktiv fas av förlossning där två av tre kriterier uppfylls. Dessa kriterier är regelbundna smärtsamma sammandragningar (3-4 på 10 min), vattenavgång och cervixdilatation 3-4 cm (Socialstyrelsen, 2001). Svenska barnmorskeförbundet vill tillägga att det ska vara progress i förlossningen genom att cervix blir tunnare, öppnar sig, föregående fosterdel tränger ner i bäckenkanalen och/eller tilltagande värkar i styrka eller frekvens (Barnmorskeförbundet, 2015).

Under den aktiva fasen kommer kontraktionerna tätare och mer regelbundet. Trots att den aktiva fasen kan vara svår att bedöma är det av största vikt att barnmorskan eller läkaren har de kunskaper som krävs för att identifiera den lägsta acceptabla progressen rörande cervixmognad och kontraktionsmönster. Bedömning av cervix öppningsgrad påverkar när och hur interventioner skall vidtas och för att kunna göra andra informerade beslut under förlossningens aktiva fas (Neal, Lowe, Ahijevych, Patrick, Cabbage & Corwin, 2010).

Kvinnors förmåga att hantera och känna tillit till sin förmåga att klara av latensfasen på egen hand skiljer sig åt beroende på kvinnans inställning till förlossningen. I en svensk studie undersöktes två grupper kvinnor med skilda inställningar till förlossningen. Ena gruppen bestod av kvinnor som upplevde barnafödande som en naturlig process och dessa kvinnor uttryckte en hög tillit till sin egen förmåga att föda barn och att hantera smärta. De upplevde hemmet som den säkraste och tryggaste platsen under latensfasen där de kunde omge sig med betydelsefulla människor, äta sin egen mat, vila i sin egen säng. Den andra gruppen kvinnor såg förlossningen som en medicinsk händelse med fokus på risker. Dessa kvinnor hade lägre tilltro till sin egen förmåga och ville ha stöd och bekräftelse av medicinskt kunnig personal under latensfasen för att känna sig trygga (Carlsson, 2016).

Behovet av professionellt stöd under latensfas är individuellt vilket gör det svårt för en koordinator på förlossningsavdelning att avgöra om de råd hen ger endast bedöms på fasta kriterier som till exempel värkduration och intensitet. En vägande funktion hos koordinatören är att få kvinnan att behålla sitt lugn och hjälpa henne och hennes partner att hitta strategier för att hantera smärtan hemma i sin trygga miljö (Spiby, Walsh, Green, Crompton & Bugg, 2014). Det är också av stor vikt att identifiera de kvinnor som är i behov av stöd då de inte litar på sin egen förmåga att hantera situationen (Wessberg, Lundgren & Elden, 2017). Behovet av att komma in till förlossningsavdelningen för en kontroll kan vara ett uttryck för rädsla eller stark oro hos kvinnan (Cheyne, Terry, Niven, Dowding, Hundley & McNamee, 2007).

## Telefonrådgivning

Alla gravida kvinnor uppmanas att ringa till förlossningsavdelningen före ankomst, dels för att kvinnan inte ska behöva lämna hemmet i onödan eller för tidigt i sin förlossning (Carlsson, 2016). Att vara ansvarig för telefonrådgivning ställer särskilda krav på yrkesutövaren då denne inte kan se hur påverkad patienten är av sina symtom (Leppänen, 2008). I telefonbedömning av kvinnans smärta vill koordinatören om möjligt prata med kvinnan genom en värk för att kunna göra en så korrekt bedömning som möjligt av hur påverkad hon är av sina värkar (Spiby et al., 2014). Koordinatören på förlossningsavdelningen bör fatta beslut grundade på sin tolkade version av vad hen hör, och det ställer särskilda krav på koordinatören att kunna lyssna in och läsa av det som hörs och sägs (Leppänen, 2008, Spiby, Faucher, Sands, Roberts & Kennedy 2018).

Koordinatorn bör vara lyhörd och inte bara ställa standardfrågor som ”Hur ofta kommer värkarna?”. Viktig information kan då från kvinnans perspektiv gå förlorat. Att ge återkoppling till kvinnan före samtalet avslutas för att bekräfta att båda parter har uppfattat budskapet i den överenskommelse som gjorts är centralt (Eri et. al., 2008). I telefonsamtalet med kvinnan har inte koordinatören möjlighet att använda sig av ansiktsuttryck eller av fysisk beröring för att ge stöd. Istället läggs större vikt på tonfall och verbalt uttryckssätt (Green et. al., 2011). Kvinnan kan ha väntat länge med att ringa första gången. Om hon då avvisas kan det upplevas svårt att veta när det är dags att ringa igen (Nyman et. al., 2011). Rekommendationen att stanna hemma längre är inte alltid uppskattat från kvinnans sida. Koordinatören bör tydliggöra att kvinnan är välkommen om hon inte känner sig trygg hemma (Spiby, Walsh, Green, Crompton & Bugg 2014). Vid bedömning från koordinatörens sida kan rådet att avvakta hemma leda till ofrivillig hemförlossning och utan professionellt stöd, till exempel under transport till sjukhus. Detta kan upplevas traumatiskt för kvinnan och hennes partner (Spiby et. al., 2018). Det optimala telefonsamtalet med en kvinna i latensfas är när kvinnan själv, med hjälp av råd och stöd av koordinatören kommer fram till beslutet att stanna hemma ett tag till (Eri et. al., 2010). I en studie av Green et. al., (2011) framkom det att kvinnor i latensfas uppskattar ett empatiskt bemötande från koordinatören, tydliga instruktioner där också syftet av dessa framgår samt att kvinnan känner att hon är välkommen in om det är det hon önskar (Green et. al., 2011). Då samtalet leder fram till att kvinnan kommer in för en kontroll bör ramarna för besöket tydliggöras, dvs. att det finns ett möjligt scenario att kvinnan kan behöva åka hem om förlossningen bedöms vara i latensfas (Spiby et. al., 2014, Eri et. al., 2010). Det framkom också att ett vänligt bemötande i telefonen med koordinatören ledde till mer ärliga och uppriktiga svar från kvinnan (Spiby, Walsh, Green, Cropton & Bugg 2014). Flertalet av de kvinnor som ringer till förlossningskoordinatören känner en osäkerhet i att vara kvar hemma och önskar att få komma in medan förlossningskoordinatören försöker få kvinnan att avvakta ytterligare i hemmet om hon bedömer att kvinnan inte är i aktivt förlossningsarbete, utifrån det hen hör. Forskning visar att koordinatörer vill undvika att kvinnor läggs in för tidigt på förlossningsavdelning för att det ökar risker för infektioner samt andra obstetriska komplikationer (Eri, Blystad, Gjengedal & Blaaka. 2008; Carlsson, 2016). Tidig inläggning i latens är även en kostnadsfråga då det tar resurser från sjukvården samt är kostsamt för paret som behöver transportera sig till sjukhus och eventuellt avstå arbete (Carlsson, 2016, Spiby et. al., 2018). I flertalet studier framkommer det att kvinnan upplever latensfasen svårbedömd, och i synnerhet vid första förlossningen (Spiby et. al., 2018, Carlsson 2016). Kvinnor känner en osäkerhet i att avgöra när det är ”rätt tid” och får en känsla av skam och misslyckande när de ringer koordinatören då de fått rådet att stanna hemma (Carlsson, 2018, Nyman et. al., 2011). Koordinatorns uppgift är att bekräfta kvinnan i hennes upplevelse och att normalisera situationen då detta leder till att kvinnor blir trygga och således kapabla att hantera situationen hemma (Eri et. al., 2010). Koordinatorns förhållningssätt och värdegrund bör vara ständigt närvarande i samtalet och målsättningen således att uppnå ”det goda samtalet” vilket Runius (2008) beskriver som ett samtal där närvaro och kontakt med mottagaren kan ge en känsla av välbefinnande, glädje och nöjdhet.

## Teoretisk referensram

Vårdande har funnits så länge det funnits människor. Det är ett mänskligt behov att bli vårdad för vår utveckling och överlevnad och är en naturlig mellanmänsklig handling. Vårdandet kan indelas i naturligt vårdande och professionellt vårdande. Det naturliga finns inbyggt i människans natur medan de professionella utövas inom ramen för en yrkesutövning (Berg 2014). År 1996 utformade Halldorsdottir en omvårdnadsteori för att främja relationen mellan vårdare och patient. Hon beskriver de komponenter som påverkar den subjektiva upplevelsen av ett möte i vården ur ett patientperspektiv. Halldorsdottir har förklarat detta genom två metaforer som hon kallar ”bron” och ”väggen” som beskriver mötenas möjligheter och hinder. För att ett vårdande möte ska uppstå finns vissa komponenter som det bör innehålla. Metaforen ”bron” innebär enligt Halldorsdottir att ha en öppen kommunikation, medkänsla, anknytning och en respektfull distans. Det beskrivs som möten där omtänksamhet, professionalitet och kompetens resulterar i ett samspel mellan vårdare och patient där kommunikationen bygger på ömsesidighet. Som professionell vårdare är det därför viktig att undervisa, ge råd och ge patienterna förutsättningar att kunna fatta egna beslut. I det motsatta ”väggen” beskriver hon vårdpersonal som upplevs av patienten som likgiltig, inkompetent, respektlös och ointresserad. Den värsta aspekten av väggen berättas av patienterna som att vårdpersonalen beskrivs som inhumana och kalla, vilket därigenom kan resultera i missmod, en känsla av nedsatt självförtroende och att patientens mående kraftigt kan försämrans.

Kvinnan är i sin övergång till att bli mor i en sårbar situation men också mottaglig för vårdande och stöd. Ett öppet och kärleksfullt vårdande i denna situation ökar möjligheterna till den inneboende kraft kvinnan besitter samt underlättar mognaden in i moderskapet (Berg 2014). Den initiala kontakten mellan kvinna och barnmorska på förlossningsavdelningen är ofta kort. Första mötet är dock avgörande för upplevelsen på grund av dess känsliga karaktär och spelar ofta en viktig roll för den fortsatta vården av kvinna och partner (Nyman et. al., 2011). Forskning visar att de första sekunderna vid ett första möte är avgörande för en framtida relation då människor formar ett starkt intryck av varandra under den korta tidsrymden (Ambady & Skowronski, 2008). Därför har det första intrycket en så avgörande roll för utfallet av den fortsatta relationen (Harris & Garris, 2008). Enligt Socialstyrelsen (2019) kan ett bristfälligt bemötande mellan vårdgivare och patient leda till bristande kommunikation och informationsutbyte vilket i sin tur kan leda till att patientsäkerheten påverkas (Socialstyrelsen, 2019). Därför är barnmorskans bemötande i det första telefonsamtalet från den gravida kvinnan till förlossningsavdelningen vitalt då den också kan bli ett vårdande möte och påverka informationsutbytet och kvinnans känsla av trygghet.

## Problemformulering

I Sverige uppmanas samtliga kvinnor att ta kontakt med en förlossningskoordinator före ankomst till förlossningsavdelning inför stundande förlossning. Vid bristfällig kommunikation eller bemötande vid den första telefonkontakten kan kvinnor uppleva ångest eller oro som kan komma att prägla hennes förlossningsupplevelse. Etableras en god kontakt i telefonen ökar förutsättningarna för att kvinnan kan känna trygghet och tillit vilket är framgångsrikt vid skapande av goda vårdande relationer. Endast sparsamt med svensk forskning har gjorts på ämnet. Det är därför av vikt att belysa kvinnors upplevelse och känsla av den första kontakten med förlossningskoordinatören för att genom utbildning och utveckling få en djupare förståelse för kvinnors behov inför en stundande förlossning.

## Syfte

Att beskriva kvinnors upplevelse av telefonkontakten med koordinerande barnmorska inför kommande förlossning.

## Metod

### Design

I denna studie har författarna valt att använda sig av ostrukturerade intervjuer med kvinnor som fött barn inom de senaste 12 månaderna. Enligt Gillham (2008) är den viktigaste uppgiften i den ostrukturerade intervjun att få fram tankar och känslor av människans upplevelser av ett fenomen. Genom denna metod överlämnas ansvaret för intervjuens struktur till informanten som därav leder intervjun med sin berättelse eller historia. Denna intervjumetod används med fördel för att beskriva människors individuella livserfarenhet genom att informanten inte har blivit påverkad av i förväg styrda frågor.

### Urval

Genom att annonsera på sociala medier om studiens syfte har nio kvinnor frivilligt valt att ställa upp som informanter. Följande text publicerades på tre separata Facebook grupper för nyblivna mödrar:

*Hej!*

*Vi är två barnmorskestuderande som ska göra vår magisteruppsats. Vi önskar att undersöka kvinnors upplevelser av den första telefonkontakten med förlossningskoordinatören innan man får komma till förlossningsavdelningen. På grund av de nya lagarna om GDPR och liknande får vi dessvärre inte titta i journalsystemen på jobbet för att hitta villiga informanter utan måste vända oss till sociala medier. Så om du eller någon du känner fött barn de senaste sex månaderna och skulle kunna tänka er att svara på lite frågor, antingen via telefon eller valfri plats skulle vi bli jättegglada om ni ville delta. För att inte inlägget ska bli för långt delger vi mer information om studien om du kan tänka dig delta. Skicka gärna ett PM till mig. Tack på förhand.*

Inklusionskriterierna till studien var att kvinnorna skulle ha fött sitt barn på sjukhus i Sverige, initialt inom de senaste sex månaderna, men utökades till de senaste 12 månaderna då önskvärt antal informanter inte uppnåddes. Graviteteten skulle ha fortlöpt normalt, vara fullgången, av enkelbörd samt spontan värkstart med eventuell vattenavgång.

Vid första tillfället svarade 23 kvinnor på annonsen och var intresserade av att deltag i studien. Där skickades frankerat kuvert med vidare information om studien samt en blankett för underskrift. Av de 23 föll fem stycken bort då de inte mötte inklusionskriterierna. Av de 18 kvinnorna som återstod svarade endast fem med skriftligt godkännande. En av de fem kvinnor som svarat med skriftligt godkännande föll bort under intervjun då hon inte mötte inklusionskriterierna för att delta i studien. För att försöka samla in fler informanter erbjöd sig två av de befintliga informanterna sig att skriva till vänner och bekanta som de träffat via mammagrupper. Genom detta samlades ytterligare fem frivilliga informanter in, varav två mötte inklusionskriterierna. De övriga två informanterna har tillfrågats personligen av författarna. Samtliga har lämnat ett muntligt och skriftligt godkännande samt erhållit information om att intervjuerna transkriberas och raderas därefter från ljudenheterna för att skydda deras identitet. Sammanlagt intervjuades 13 kvinnor och av dem transkriberades nio stycken. Av de fyra som exkluderades hade tre fått igångsättning av förlossning samt en hade långvarig vattenavgång och bokad tid på förlossningen. Därmed hade ingen av dem haft kontakt med förlossningskoordinatören.

## Datainsamling

Intervjuerna skedde på en plats informanterna själva valt. Fem av dessa genomfördes med båda författarna närvarande, fyra genomfördes enskilt. Fyra intervjuer skedde per telefon och de övriga fem via fysiska möten, samtliga av dessa i kvinnornas eget hem. Valet av hur och när intervjun skulle ske fick kvinnorna själva bestämma för att valet av miljö skulle upplevas som tryggt för var och en. Allt material spelades in och transkriberades ordagrant i anslutning till genomförd intervju. Samtliga intervjuer inleddes med en öppen fråga: "Kan du berätta om din

upplevelse av telefonkontakten med förlossningskoordinatören i samband med din förlossning?” Därefter fick informanterna berätta fritt om sin upplevelse. Följdfrågor ställdes vid behov för att utveckla berättelsen. Intervjuerna varade mellan 15 – 25 minuter.

## Analys

Enligt Lundman och Graneheim (2016) inriktar sig kvalitativ innehållsanalys på tolkandet av en text. Fokus är att belysa textens variationer och därefter analysera och identifiera skillnader och likheter i det utvunna materialet. Det materialet som används bygger ofta på samtal, intervjuer eller observationer. Därför valdes även en induktiv ansats då detta lämpar sig för att belysa det latenta budskapet i en text (Lundman & Graneheim, 2016). En kvalitativ metod kan tillämpas för att få ökad kunskap om upplevelser, känslor, tankar, förväntningar och erfarenheter. Genom att använda en kvalitativ innehållsanalys kan man få en ökad förståelse till varför människor agerar och handlar som de gör (Malterud, 2014). Textmaterial tolkas till en början av ett manifest budskap, vilket framgår tydligt i texten. Djupare analys kan frambringa ett latent budskap som återger det som sägs mellan raderna (Lundman & Graneheim, 2016). Skillnader och likheter som framkommer i texten beskrivs som kategorier och teman på olika tolkningsnivå. När kategorier och teman skapas bör hänsyn tas till i vilken kontext dessa plockas ur då det inom kvalitativ innehållsanalys har en betydande roll (Lundman & Graneheim, 2016).

Efter att allt textmaterial hade transkriberats skrevs det ut och lästes sedan flera gånger av författarna för att få en övergripande förståelse av helheten i texten. Nästa steg i analysprocessen bestod av att författarna extraherade meningsbärande enheter som ansågs relevanta för syftet och genom detta kondenserades textmaterialet. Syftet med detta steg i processen är att korta ner materialet utan att tappa innebörd i enlighet med vad som står beskrivet av Lundman och Graneheim (2016). Därefter bröts de meningsbärande enheterna ner och bildade koder som belyser de olika meningsenheterna (se tabell 1). Vidare analysprocess utfördes genom att materialet bröts ned ytterligare till sex underkategorier för att sedan skapa tre huvudkategorier utifrån innehållet av resultatet. Ett övergripande tema växte sedan fram som en tolkning (se tabell 2) i enlighet med Lundman och Graneheim (2016). Citat har sedan valts ut för att belysa budskapet i studiens resultat. Citaten benämns som Respondent ett till nio (R1-R9).

Tabell 1 Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Så det var väldigt tacksamt. Så hennes bemötande var väldigt tryggt. Framförallt att hon kom ihåg att det var henne jag pratat med innan...	Koordinatorn kom ihåg mig och det kändes tryggt. Vilket jag var tacksam över	Att vara någon	Tillitsskapande samtal	En känsla av trygghet

Tabell 2. Redovisning av kategorier och tema

Kategori	Tema
En känsla av trygghet Bekräftande av kvinnans situation Få känna sig viktig och speciell	Ett känslomässigt laddat samtal

## Etiska överväganden

Författarna till denna studie har tagit del av Göteborgs Universitets riktlinjer för uppsatsskrivning på magisternivå och även beaktat Helsingforsdeklarationen (2013), vilka grundade studiens etiska fundament. Forskning som innefattar människor får endast göras då nyttan av forskningen väger upp för eventuella konsekvenser för deltagarna (Helsingforsdeklarationen, 2013). God kunskap inom det aktuella ämnet bör besittas via vetenskap och litteratur (ibid.) För att skaffa en vetenskaplig grund av problemet har författarna sökt information i vetenskapliga artiklar. Dessa har införskaffats via databaser.

För att skydda deltagarna i studien skall de vara i stånd att ge ett informerat samtycke. De skall vara väl införstådda med studiens syfte, metod, på vilket sätt studien ska genomföras (se bilaga 1), samt vilka eventuella risker och obehag ett deltagande i studien kan medföra. Samtycke bör ske i skriftlig form och inte vara påtvingat (ibid.). De fick information om att studien kunde



avbrytas när som helst om de så önskade, utan att behöva lämna en anledning samt ett erbjudande om kontaktstöd ifall intervjuerna skulle bli känslomässigt jobbiga att genomföra

## Resultat

I resultatet framkom ett övergripande tema som var *Ett känslomässigt laddat samtal*.

Det framkom tre kategorier: *Känsla av trygghet*, *Bekräftelse i situationen* och *Känna sig speciell* samt sex underkategorier: *Tillitsskapande samtal*, *När tryggheten fallerar*, *Bli tagen på allvar*, *Att mötas av misstro*, *Personligt bemötande* och *Att vara en i mängden* som presenteras nedan i tabell tre.

Tabell 3. Redovisning av kategorier, underkategorier och tema.

Underkategorier	Kategorier	Tema
Tillitsskapande samtal När tryggheten fallerar	Känsla av trygghet	Ett känslomässigt laddat samtal.
Bli tagen på allvar Att mötas av misstro	Bekräftelse i situationen	
Personligt bemötande Att vara en i mängden	Känna sig speciell	

### Ett känslomässigt laddat samtal

Huvudtemat som framkom visar att telefonkontakten med förlossningskoordinatören är ett känsloladdat samtal. Kvinnan är på ett eller annat sätt i behov av någonting från koordinatören vid den tidpunkten hon beslutat sig för att ringa in. Vad varje kvinna behöver i just den stunden är individuellt och behoven kan komma att ändras ju längre in i latensfasen hon kommer. Kvinnorna är i en utsatt och sårbar situation då varje upplevelse är unik och ny, samtidigt som de är mottagliga för information och råd för att kunna hantera sin rädsla och smärta. Gemensamt var att kvinnorna mindes samtalen väl med detaljrika berättelser kopplade till känslor, vilket styrker att samtalen är av stor betydelse för kvinnorna och för deras upplevelse. Det framkom att kvinnorna önskade ett bemötande som präglades av trygghet och styrka då de själva upplevde sig vara i en sårbar och utsatt situation. Både förstföderskor och omföderskor hade liknande upplevelser och behov. Kvinnor som fött barn tidigare beskrev den nya graviditeten och förlossningen som unik vilket gör att stödet och bemötandet från koordinatören är lika viktigt för alla som ringer in, oavsett paritet.

Ges kvinnor möjlighet att i samtalet få sina behov av stöd och råd tillgodosedda kan samtalet resultera i ett vårdande möte där trygghet och tillit skapas. Upplever hon istället nonchalans och misstro från koordinators håll kan det leda till känslor av att känna sig förminskad, missförstådd och ovälkommen. De kvinnor som ringt flertalet gånger och fått pratat med olika koordinators berättar om skilda bemötanden där det ena ledde till otrygghet medan det andra samtalet kom att påverka i positiv riktning. Det tydliggör vikten av att samtalet är av betydelse och påverkar kvinnor på ett eller annat sätt. De känslor som samtalet väcker följer ofta med kvinnorna in till förlossningen och kan färga kommande vårdrelation med barnmorskan på förlossningsavdelningen.

*“Jag kunde absolut se skillnad för att de jag kände suckade och himlade med ögonen lite, det vet jag, man kan ju ändå känna över samtal. Eeehm, med de så blev ju känslan, väldigt, väldigt liten, att man blev så förminskad. Medan de andra som egentligen sa samma sak, men ändå kunde säga [förmedla till mig] på något sätt att jag förstår hur du menar.” (R2).*

## En känsla av trygghet

### Tillitsskapande samtal

Kvinnor upplevde att det var svårt att veta när det var dags att ringa in och hade i stunden ett behov av att få information. Informationsbehovet gällde främst vad de skulle kunna göra hemma för att hantera smärta. Kvinnor önskade få tydliga råd och rekommendationer pedagogiskt framförda, och där samtalet innefattade en plan för återkoppling inom en bestämd tidsram. Det kvinnor upplevde trygghetsskapande var att koordinators visade dem intresse genom att ställa frågor kring hur deras upplevelse var, vad de kände och vad de hade behov av i stunden. Detta förmedlade en känsla av trygghet som följde med till nästkommande samtal. Beskrivningen om hur koordinators väntat tills kvinnans värk gått över innan samtalet fortsatte skapade också en trygg känsla påverkade känslan i samtalet. Att koordinators tog sig tid i den första telefonkontakten skapade för kvinnan ett intryck av att personalen är mån om henne. Kvinnor beskrev att tillit kunde skapas fort och att den första kontakten lade grunden för den vidare upplevelsen under förlossningsförloppet. Ett tryggt och respektingivande samtal kom att färga förväntningar redan innan ankomst till förlossningsavdelningen.

*“Hur, hur mycket man kan färga en patient eller en person genom bara några få meningar. Att, att skapa den tryggheten... bara genom att hon gav mig 20 sekunder mer..” (R1).*

## När tryggheten fallerar

Kvinnor upplevde ångest, rädsla och oro i de samtal där en trygghetsskapande relation inte uppstått mellan kvinna och koordinator. Rädsla inför förlossningen och en känsla av hopplöshet då de gång på gång blivit nekade att komma till förlossningen beskrevs färga resterande upplevelse. Koordinatorns bemötande kunde upplevas nonchalant genom hens tonläge eller sättet hen uttryckte sig på. Oavsett om det var rädsla att inte duga, att upplevas som krävande, att känna sig i underläge eller känslan av att bli missförstådd beskrevs som orsakad av koordinatorns röst. Kvinnor som hade stark smärta och önskade få råd och stöttning i stunden kunde mötas av att "det ska göra ondare än så" vilket genererade till känslor som gjorde att kvinnan inte kunde lita på sin kropps signaler eller känsla av att upplevas som svag, vilket skapade en rädsla för att ringa tillbaka och få samma bemötande. Rädslan av att störa eller upplevas som jobbig skapade dubbla känslor av att vilja klara sig själv utan koordinatorns stöd och samtidigt en besvikelse då det initiala behovet av stöd och trygghet inte bekräftades.

*"Sen kan ju kontentan ha varit densamma men lite i tonläge och sånt, alltså det satte stämpeln väldigt tidigt. Och jag vet att när jag låg inne på förlossningen sen så var det nästan som att jag letade röstmässigt efter vem det var som hade det här dåliga bemötandet och låg och funderade på att....om jag skulle få henne, skulle jag få byta då?" (R2).*

## Bekräftelse i situationen

### Bli tagen på allvar

Upplevelsen av att bli bekräftad av koordinatorns under samtalet påverkade kvinnans situation där och då, känslan av att bli lyssnad på och bli tagen på allvar. Genom bekräftelsen utvanns även en känsla av stöd från koordinatorn. Bekräftelse kunde ske genom att koordinatorn satte ord på det kvinnan upplevde fysiskt och psykiskt i stunden, men kunde även ske genom att koordinatorn fångade upp det kvinnan var i behov av genom sitt aktiva lyssnade och förmåga att höra det som sades mellan raderna. Att koordinatorn gav av sin tid genom att lyssna på kvinnornas berättelse utan att avbryta gjorde att känslan av att vara förstörd uppstod. Det kvinnor önskade var att deras unika behov uppmärksammades och att koordinatorns bemötande och rådgivning utgick ifrån det. Det kunde gälla att våga lämna över ansvaret till koordinatorn att fatta beslutet om att åka in för en kontroll eller att stanna kvar en stund till hemma. Likväl att tillmötesgå och välkomna de kvinnor som själva fattade beslutet att åka in. Detta resulterade i att kvinnor kände sig trygga i situationen och kände tillit till sin egen förmåga att tolka kroppens signaler.

*“Helt plötsligt var jag nu en individ. Att jag faktiskt, att jag hade ett namn, och att jag var bara inte “12:1” utan var en människa som kunde känna min egen kropp. och att inte någon i telefon skulle berätta hur jag upplevde situationen utan hon lyssnade in hur jag upplevde situationen och därefter gav mej råd och inte bara det där mekaniska som alltid ska sägas. Utan att det var faktiskt utifrån min situation.” (R2).*

## **Att mötas av misstro**

Att som kvinna ringa in och mötas av en koordinator som inte tror på henne upplevelse ledde till en känsla av att bli förminskad. Kvinnor kunde ha väntat länge hemma före de ringde in och kände ett behov av att få stöd i situationen. Möttes kvinnan av en koordinator som inte förstod deras behov eller förringade deras upplevelse väcktes känslor av att vara försummad. Kvinnor upplevde att koordinatören placerade dem i ett fack av exempelvis “förstföderska” och gav generella råd därefter, utan att ha utforskat och läst in kvinnans egentliga behov. Behoven kvinnor gav uttryck för skiljde sig i vissa avseenden åt, beroende på om de var förstföderskor eller omföderskor. Det fanns en önskan om att få vara delaktig i beslut men även att kunna få lämna över ansvaret för beslut till koordinatören om vad kvinnan ska göra härnäst. Då koordinatören överlät beslut till kvinnan som inte var redo att axla beslutet ledde det till känslor av stress och osäkerhet i att fatta “rätt” beslut. Det kunde skapa beslutsångest då kvinnan fick avgöra själv över sin situation och när det var dags åka till förlossningsavdelningen.

*“Det jag hade önskat hade varit... att hon hade sagt åk in nu. Hellre uppmanat oss att åka in och att vi hade fått åka hem igen än att lämna det beslutet till oss. Då blev känslan lite... att hon inte förstod mig i situationen.” (R3)*

## **Få känna sig speciell**

### **Personligt bemötande**

En betydelsefull del av samtalen med koordinatören beskrevs av som upplevelsen av att bli tilltalad som en individ och inte bara som vilken födande kvinna som helst. Små uttryck som att nämna kvinnan vid namn eller låta glad på rösten påverkade till en positiv känsla som låg kvar även efter avslutat samtal. Det skapade en positiv bild för kvinnan, att barnmorskor på förlossningen såg fram emot deras ankomst och att känslan av att vara välkomna. Genom att koordinatören antingen kände igen rösten eller kunde läsa i journalen om föregående samtal förstärkte känslan av att vara en individ. Det var inte nödvändigt att det var samma koordinator de talade med för att känna sig personligt bemött utan det var sättet koordinatören tilltalade kvinnan på som var avgörande. Att inte vara en i mängden eller uppleva sig som kategoriserad

upplevdes som betryggande och känslan av att kunna vara sig själv fullt ut infann sig. Där upplevelsen var att koordinatören sett personen bakom värkarna kom förväntningen till förlossningspersonalen skulle vara omhändertagande. Trots att det gått flera månader sedan samtalen kunde kvinnor minnas ordagrant vilka ord som använts eller vilken känsla som legat i luften under samtalet.

*“Och hon lyssnade in, hur jag lät när jag fick värkar i telefonen. Det kändes som att hon pratade med bara mig. Det spelar ingen roll att hon pratat med många tusentals innan mig utan nu är det din upplevelse och du upplever det här. Du önskar att få komma in och självklart ska du få komma in och så tittar vi liksom och sådär. Och det tyckte ju jag var väldigt bra.. För man kände att man blev sedd och inte en i mängden.” (R5)*

### **Att vara en i mängden**

Upplevelsen av att få rådet att vänta hemma som förstföderska med motiveringen att latensfasen ofta är lång, gav en känsla av att vara inte få rätt stöd. Att få höra från koordinatören att det ska göra ondare och att det tar lång tid gav en känsla av att inte bli lyssnad på, framförallt hos kvinnor som ringt flertalet gånger och fortsatt fått samma svar. Avsaknaden av ett personligt bemötande och omhändertagande från vårdens sida gjorde att kvinnor kände hopplöshet och en misstro både till vården och den egna förmågan. Ett bemötande som kunde ge starka minnen för kvinnan som följde med henne till förlossningen och länge därefter. I de fall där inte återkoppling planerats under samtalet eller att kvinnan fått egenvårdsråd kunde upplevas som ordinerade åtgärder för att ”hålla sig borta från koordinatören en stund”. Känslan det förmedlade var att koordinatören inte visade intresse för hur väl råd hjälpt och hur kvinnan hade det i hemmet. I sin tur genererade det i osäkerhet när våga höra av sig igen. Upplevelse av att prata med flera olika koordinatörer och behöva upprepa sig gång på gång i telefonen förstärkte känslan av att vara anonym. De kvinnor som ringt flertalet gånger och fått pratat med olika koordinatörer berättar om skilda bemötanden där det ena ledde till otrygghet och negativa känslor medan de andra samtalet kom att påverka i positiv riktning. Förstföderskor som upplevde sig nonchalant bemötta i samtalet skapade rädsla och utsatthet vilket ledde till att de inte vågade ringa förlossningskoordinatören igen och hur de skulle kunna hantera sin situation i hemmet. Kvinnor kunde då kontakta anhöriga för stöd och råd som de egentligen ville ha från koordinatören.

*“Jag vet att tiden är viktig och att värkarna ska komma med jämna mellanrum... att det ska göra ondare. Men hon vet väl inte hur ont jag har? Det kändes svårt, för någon annan kan ju inte säga så, för allas smärtgränser är ju olika” (R7).*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Författarna valde en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats för att analysera textmaterialet i våra intervjuer. Enligt Lundman och Granheim (2016) är denna metod väl lämpad när innehåll ur en nedskreven text ska analyseras. Metoden är användbar på olika typer av text och tolkningen kan ske på olika nivåer. Kvalitativ innehållsanalys kan anpassas till olika syften, efter kvalitén på insamlad data samt efter forskarens kunskap och tidigare erfarenhet (Lundman & Granheim, 2016). Då författarna anser sig vara oerfarna inom forskningsprocessen var detta en lämplig metod att använda då kvalitativ innehållsanalys följer en tydlig och överskådlig analysstruktur.

Induktiv ansats menas att texten analyseras förutsättningslöst och lämpar sig väl vid analys av texter från människors berättade upplevelser, vilket textmaterialet i vår studie baserades på. Därav föll sig valet av induktiv ansats som mest lämpat då det var människors upplevelser av ett visst fenomen vi ville analysera (Lundman & Granheim, 2016). Fokus vid induktiv ansats är att identifiera och beskriva variationer. Detta görs genom att identifiera likheter och skillnader i textmaterialet. Dessa skillnader benämns i nästa steg som kategorier och teman och sker på olika tolkningsnivåer. I varje text finns ett manifest budskap som beskriver det textnära, det vill säga det som kvinnorna tydligt beskriver i texten, som sedan leder till kategorier. Texten innehåller även ett latent budskap och de framkommer i det som sägs mellan raderna under intervjun. Det latent budskapet utgör textens teman (Lundman & Granheim, 2016).

Initialt valdes inklusionskriteriet: kvinnor som fött barn de senaste sex månaderna. Dels önskade författarna att kvinnorna skulle ha getts möjlighet att landa i sin nya situation med ett nytt barn men samtidigt för att ha relativt färsk minnen från koordinatorsamtalen. Kvinnorna visade sitt intresse efter att en förfrågan lagts ut på slutna föräldragrupper på Facebook. Då deltagandet till studien bygger på frivillighet upplevde författarna att de som valde att ställa upp gjorde detta av fri vilja. De kvinnor som intervjuades hade alla fått hemskickat ett informationsblad med studiens syfte och genomförande, samt fått skriva på ett papper om sitt godkännande att sända tillbaka till författarna i ett frankerat kuvert. Då önskvärt antal informanter var problematiskt att uppnå inom tänkt tidsram för arbetet ökades, i samråd med handledare, inklusionskriteriet till 12 månader efter förlossningen. Detta skulle kunna försämra studiens kvalitet då tidsaspekten kan påverka innehållet i textmaterialet på grund av bleknade minnen. Dock var kvinnorna med sex till tolv månader sedan förlossningens berättelser detaljerade och innehållsrika. Författarna uppnådde önskvärt antal informanter som kom att förmedla intervjuer på ca 20-30 minuter vardera. Valet att ha en öppen fråga under intervjuerna för att informanterna ska ges möjlighet att berätta sin egen historia utifrån dennes upplevelse menar Kvale & Brinkmann (2014) är att föredra. Författarna anser att det var ett lämplig val av

metod då informanterna gavs möjlighet att berätta sin historia fritt och formulera det som varit betydande under deras samtal med koordinatören, än om färdiga svarsalternativ hade använts.

Något författarna har diskuterat är hur vald intervjuemetod kan ha påverkat resultatet. I telefonintervjuerna återspeglades de förutsättningar för ett möte likt de koordinatören har att förhålla sig till. Avsaknaden av att kunna tolka kroppsspråk och mimik riskerar att värdefull information går förlorad (Leppänen, 2008). Liksom en koordinator behövde vi anstränga oss för att lyssna till det som inte sägs, till exempel pauser, att inte bryta in för tidigt och därmed störa i berättandet. I de fall där intervjun skedde på en vald plats hann författarna presentera sig och skapa en god stämning innan intervjun startade. Författarna har diskuterat huruvida detta kan ha påverkat resultatet och dragit slutsatsen att varje informants önskemål har tillgodosetts utifrån vald metod och att det har varit en värdefull aspekt att tillmötesgå för att få en trygg informant som kunde ges goda möjligheter att prata fritt om sin berättelse. I de fall där intervjuerna genomfördes enskilt kan information ha fallit bort då följdfrågor av båda författarna kan ha gjort att ytterligare information kunde ha samlats in.

Samtliga informanter gav sitt godkännande att delta i studien både muntligt och skriftligt. Då kvinnorna gett sina medgivanden muntligt kunde intervjuerna genomföras utan skriftligt godkännande, vilket kan ha försinkat processen. Det var även kvinnor som inte ville delta i studien då de inte velat ge ut sina hemadresser för utskick av informationsblad, vilket kan ha gjort att antalet informanter reducerades. Dock upplevs de nio informanter som intervjuats ha varit mycket engagerade i sina berättelser då de var villiga att ställa upp på intervjuer trots att de fått vänta på både kuvertet som skickats hem till dem samt tiden det tagit för brevet att komma tillbaka till författarna.

## Resultatdiskussion

I resultatet av denna studie framkom temat *Ett känsloladdat samtal*. Detta tema utvanns ur tre kategorier: *Känsla av trygghet*, *Bekräftelse i situationen* samt *Känna sig speciell*, samt sex underkategorier. Halldorsdóttir (1996) beskriver vårdande möten med metaforerna ”bron” och ”väggen”. Utifrån tolkning av resultatet kan detta fenomen utläsas i intervjuerna. Underkategorierna *tillitsskapande samtal*, *upplevelsen av bekräftelse* samt *personligt bemötande* symboliserar bron. Om kvinnor upplevde samtalet med koordinatören som positivt kan det kopplas till Halldorsdóttirs beskrivning av hur öppen kommunikation och visad medkänsla har betydelse för kvinnans situation i väntan på förlossning. Det vill säga, de kan således ha tagit sina första steg på väg över ”bron”.

”Väggen” kan tolkas i underkategorierna *När tryggheten fallerar*, *att mötas av misstro* samt *ett nonchalant bemötande*. Då koordinatörens bemötande upplevdes som oengagerat ledde det till känslor av att inte få det stöd och den trygghet som önskades. Detta kan då tolkas som ett icke-vårdande möte på grund av att kvinnan kan påverkas med tankar av frustration, vilket kan

komma att störa kvinnans fokus på att vara här och nu i förlossningsprocessen. En tänkbar orsak till att samtalet med koordinatören beskrivs laddat i resultatet skulle kunna bero på att de kvinnor som svarade ja till att delta i studien gjorde det då de upplevde samtalen som något som lämnade avtryck. Detta kan förankras i tidigare studier där resultat påvisat att personer som har en känslolydd åsikt om det aktuella ämnet är mer benägna att tacka ja än de vars uppfattning är väsentligt neutral (Jones, Nyhof-Young, Moric & Friedman, 2006). Kvinnor beskrev den första kontakten med koordinatören som betydelsefull då den kunde skapa en känsla av förtroende och tillit. Ett gott bemötande kunde generera i en känsla av trygghet vilken kunde kvarstanna vid ankomst till förlossningsavdelningen och underlätta relationsskapandet till personalen. Vårdande möten kunde således skapas i telefonkontakten, då redan de första sekunderna i ett möte kan spela en avgörande roll för fortsatta anknytningar (Ambady & Skowronski, 2008). Utifrån resultatet kan det därför diskuteras om det första telefonsamtalet kan ge ett lika starkt intryck hos en kvinna som det fysiska samtalet bevisligen kan. Det kan visa på hur mångdimensionell koordinatörens arbetsuppgift är och vilka möjligheter hen besitter i att underlätta för kvinnor. Ett tänkbart dilemma som Wulcan & Nilsson (2019) diskuterar i sin forskning är när kvinnors önskemål inte överensstämmer med klinikkens riktlinjer samtidigt som bemötandet ska vara individanpassat. Utmaningen kan i denna studie gälla vem koordinatören ska vara lojal mot då önsknings, behov, förhållningssätt och riktlinjer inte alltid överensstämmer. Kontinuerliga samtal kring erfarenheter, förhållningssätt och att hålla varandra uppdaterade skulle kunna vara ett steg mot möjligheten att skapa fler vårdande möten i telefon.

Att ha tillit till kroppens egna signaler och samtidigt få bekräftelse av koordinatören ledde till en känsla av trygghet och visshet i situationen. Kvinnor önskade att få vara delaktiga i de beslut som sedan togs. Tidigare studier har påvisat att kvinnor uppmanas att stanna hemma på grund av att hemmet ses som en trygg miljö och tros hjälpa dem hantera förlossningens latent fas på ett mer framgångsrikt sätt (Nolan & Smith, 2010). När rådet att stanna hemma inte överensstämmer med kvinnornas önskemål i den aktuella stunden kan det leda till upplevelsen av att inte bli individuellt bemött. Varför koordinatören rekommenderar kvinnor att stanna hemma grundar sig i vetskapen om att onödiga interventioner och obstetriska komplikationer förekommer i större utsträckning hos de kvinnor som läggs in på förlossningsavdelning i latensens tidiga skede (Eri et al. 2010; Carlsson, 2016). Emellertid finns även studier som visar motsatsen. Marowitz (2014) beskriver att kvinnor som fått rådet att stanna hemma, trots att de själva önskat att få komma till sjukhuset, upplevde känslor som ångest, rädsla och besvikelse vilket reflekterades i de minnen de bar med sig av sin förlossning. När kvinnan får rådet att stanna hemma kan hon uppleva det som ett rutinmässigt svar och den unika individens behov kan förbises.

Koordinatören på förlossningsavdelningen ansvarar över fördelningen av tillgängliga förlossningsplatser, en utmaning då det endast finns resurser för ett begränsat antal födande kvinnor (Spiby et al. 2014). Med det i åtanke skulle det rimligtvis kunna färga koordinatörens rådgivning i telefonsamtalet gällande om kvinnan ska komma in eller avvakta i hemmet. Detta



kan direkt kopplas till resultatet i denna studie där upplevelsen av att bli nekad att komma in kan leda till att kvinnor vänder sig till anhöriga för att få stöd och hjälp med de frågor och oro som de önskade få från förlossningsvården.

Carlsson (2016) beskriver i sin studie att en signifikant skillnad kan ses i kvinnors förhållningssätt till den kommande förlossningen. De kvinnor som såg sin förlossning som en naturlig händelse trivdes bättre i hemmets trygga miljö under latensfasen medan de kvinnor som såg sin förlossning som ett medicinskt tillstånd i större utsträckning kände sig tryggare att genomgå latensfasen på förlossningsavdelning. I resultatet framkom att kvinnor upplevde skilda behov av stöd. Det som upplevdes trygghetsskapande var att koordinatören visade dem intresse i telefonsamtalet genom att ställa frågor kring hur deras upplevelse var, vad de kände och vad de hade behov av i stunden. I enlighet med Lundgren & Berg (2017) som menar att barnmorskor bör genom sitt förhållningssätt vara lyhörda för kvinnans individuella önskemål och behov. Det bör även tillämpas under telefonsamtalet för att påbörja en vårdande relation redan i det skedet.

Kvinnor kände behov av att få bekräftelse om var i latensfasen de befann sig och när det var dags att komma in. Denna fråga är en utmaning för koordinatören att ta ställning till då bedömningen endast bygger på det kvinnan sätter ord på under samtalet och att tolka det som sägs mellan raderna, eftersom inga fysiska undersökningar är möjliga. Latensfasens övergång till aktiv fas är en retrospektiv diagnos då det är svårt att avgöra även vid tillgång till fysisk undersökning exakt när latensfasens övergång äger rum. Vetskapen om att latensfasen varierar i tid är betydelsefull att ha med i bedömningen och därför finns ingen exakt fysiologisk startpunkt på en aktiv förlossning (Marowitz, 2014).

Kvinnor i studien som upplevde sig missnöjda med bemötandet i telefonen hade begränsade möjligheter att undvika just den koordinatören då de var hänvisade att ringa till det sjukhus de önskade att föda på. Kvinnan hamnar i en beroendeställning då koordinatören inte är utbytbar. Hon är således hänvisad till dennes beslutsfattande och som Leppänen (2008) beskriver vågar hon inte ifrågasätta, eller godtar åtgärder som de inte känner sig bekväma med. Kvinnor var även måna om att inte var till besvär och önskade framstå som ”duktiga” och “den perfekta patienten”. I enlighet med en studie av Eri et al., (2010) upplevde kvinnor en känsla av besvikelse och beskrev det som “pinsamt” att åka in till förlossningsavdelningen i ett för tidigt skede. Hade kvinnor dessutom ringt upprepade gånger till koordinatören innan de fått komma in väcktes en rädsla för att bli hemskickad och att betraktas som svag av förlossningspersonalen. De kvinnor som blev hemskickade efter undersökning hade signifikant högre sannolikhet att vara missnöjda med förlossningen än de som fick kvarstanna (Green, Spiby, Hucknall & Richardson Foster, 2011).

En skillnad angående ansvar kunde ses i studiens resultat. Ansvaret gällde att själva få fatta beslutet om när åka in eller önskan av att få överlämna detta ansvar till koordinatören. Kvinnor upplevde det otryggt när de fick det ansvarsfulla beslutet som de själva inte kände sig redo att fatta. I en studie av Carlsson (2016) framkommer det att flertalet kvinnor upplever det

trygghetsskapande när ansvar lämnas över till personalen. Att någon med kompetens och erfarenhet tog kommandot över situationen resulterade i en känsla av tillit till barnmorskan. Kvinnor som däremot kände en stark tilltro till sin egen kropp och dess signaler uttryckte ett behov av att själva få ta beslutet rörande sin egen förlossning och kände sig trygga med att själva få avgöra när det var rätt tid att åka in till förlossningsavdelningen. Detta kunde framförallt utläsas hos omföderskor i studien, där de beskrev att de kände igen kroppens signaler då de redan genomgått en förlossning. Hos förstföderskor beskrevs ett behov av att koordinatören istället skulle avgöra när det var rätt tid att åka in då kvinnan aldrig varit i en liknande situation tidigare.

Genom ett salutogent och bekräftande bemötande av koordinatören kan kvinnans farhågor och rädslor adresseras i ett tidigt skede och på så vis bidra till att stärka kvinnans självkänsla och tillit till den egna kroppen inför den kommande förlossningen. Barnmorskan beskrivs av Lundgren & Berg (2017) som en följeslagare för den födande kvinnan under förlossningen. Resultatet av denna studie visar att kvinnor som ringer till koordinatören kanske endast har behov av stöd från en ”följeslagare” i hemmet före ankomsten till förlossningsavdelningen. En kvinnas uttryck illustrerar det som att ”jag ville bara att någon skulle hålla mig i handen en stund”. Den första telefonkontakten ett känsloladdat möte för varje kvinna i hennes unika situation. Genom utbildning, utveckling och en djupare förståelse hos förlossningspersonal kan fler kvinnor komma att uppleva den första telefonkontakten som ett vårdande samtal där koordinatören, med sitt professionella och trygghetsskapande förhållningssätt, kan hjälpa kvinnan över ”bron”.

## Slutsats

Förlossningskoordinatören har i majoriteten av fallen den första kontakten med kvinnor som ringer till förlossningsavdelningen inför stundande förlossning. Det bemötande som kvinnor upplever sig få kan vara avgörande för hela det resterande förlossningsförloppet och även tiden efter. Det är ett känsloladdat samtal för kvinnan och relationen som skapas vid den första kontakten kan vara avgörande för vidare tillit och trygghet för kvinnan vid ankomst till förlossningsavdelningen. Tilliten och tryggheten kunde innebära för kvinnan att både kunna få lämna över ansvaret att besluta om hon ska åka in till förlossningsavdelningen men det upplevdes även tillitsfullt att få bestämma detta själv. Förslagsvis kan koordinatören fråga kvinnan i telefonen om hon vill att koordinatören ger rådet när det är dags att åka in eller om hon vill avgöra detta själv. Det innebär att ett gott bemötande från koordinatören är avgörande för kvinnan i hennes unika situation vilket påvisar den komplexa arbetsuppgiften en koordinator har. Koordinatören behöver vara medveten om att kvinnan kan ha behov av att koordinatören tar över beslutsfattandet gällande ”att åka in”. Kvinnor som i telefonsamtalet som får rådet att åka in har lättare att hantera att bli ”hemskickad igen” då det inte känns som kvinnan själv misslyckats att bedöma var i förlossningsförloppet hon är. Det motsatta gällde också, behovet

för kvinnor att få avgöra själva, utifrån sin kropps signaler, att ”få komma in” utan att bli ifrågasatt. Komplexiteten orsakas bland annat av platsbrist och personalbrist vilket kan gå ut över kvinnors fysiska och psykiska välmående. Då varje kvinna är unik och därmed har individuella önskemål och förhoppningar, samt förlossningsvårdens begränsade resurser, innebär det att koordinatören bär ett betydande ansvar i den mångdimensionella uppgift som det innefattar. Därmed kan riktad utbildning, såsom genom regelbundna ljudinspelningar av samtal och gemensam reflektion kring dessa och erfarenhetsutbyte med andra kollegor för denna specifika uppgift hjälpa barnmorskor att få en ökad förståelse för varje kvinnas unika situation och förhoppningsvis leda fram till fler vårdande möten i telefonkontakten med koordinatören.

## Referenslista

- Ambady, N., & Skowronski, J. (Eds.). (2008). *First impressions*. New York: Guilford Publications
- Atthara, M., Keshavarz, Z., Bakhtiari, M & Jamilian, M. (2016). The outcome of midwife-mother relationship in delivery room: a qualitative content analysis. *Health, 8*, 336-343
- Berg, M. (2014). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I Berg, M. & Lundgren, I. (Red.) *Att stödja och stärka*. (2. uppl.). (s. 29-43) Lund: Studentlitteratur
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K & Cuthbert, A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 7*. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- Carlsson, I. M., (2016). Being in a safe and thus secure place, the core of early labour: A secondary analysis in a Swedish context. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 11*
- Cheyne, H., Terry, R., Niven, C., Dowding, D., Hundley, V & McNamee, P. (2007). 'Should I come in now?' a study of women's early labour experience. *British journal of midwifery, 15*(7)
- Cornally, P., Butler, M., Murphy, M., Rath, A & Canty, G. (2014). Exploring women's experiences of care in labour. *Evidence Based Midwifery, 12*(3), 89-94
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). Att förstå vårdvetenskap. Lund: Studentlitteratur AB.
- Ejvegård, R. (2003). *Vetenskaplig metod*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur
- Eri, T. S., Blystad, A., Gjengedal, E & Blaaka, G. (2010). Negotiating credibility: first-time mothers' experiences of contact with the labour ward before hospitalisation. *Midwifery, 26*, 25-30. doi:10.1016/j.midw.2008.11.005
- Eri, T. S., Bondas, T., Gross M. M., Janssen, P & Green J. M. (2014). A balancing act in an unknown territory: A metasynthesis of first-time mothers' experiences in early labour. *Midwifery, 31*, 58-67.
- Folkhälsomyndigheten (2013). Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) Hämtad 2019-11-14 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/srhr/>
- Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: tekniker och genomförande*. Malmö: Studentlitteratur

Graneheim, U. H & Lundman, B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedure and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112

Green, J. M., Spiby, H., Hucknall, C & Richardson Foster, H. (2011). Converting policy into care: women's satisfaction with the early labour telephone component of the all Wales Clinical Pathway for normal labour. *Journal of advanced nursing*, 68(10), doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05906.x

Hallam, J., Howard, C., Locke, A & Thomas, M. (2016). Communicating choice: an exploration of mothers' experiences of birth. *Journal of reproductive and infant psychology*, 34(2). 175-184. doi.org/10.1080/02646838.2015.1119260

Halldórsdóttir, S. (1996). Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care- Developing a Theory. Doktorsavhandling, Linköpings Universitet. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:248040/FULLTEXT01.pdf>

Harris, M., & Garris, C. (2008). *You Never Get a Second Chance to Make a First Impression: Behavioral Consequences of First impressions*. New York: Guilford Publications

Helsingforsdeklarationen. (2013). World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 2019-11-12 från [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-mediatype&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-mediatype&footer-right=[page]/[toPage])

Hundley, V., Way, S., Cheyne, H., Janssen, P., Gross, M & Spiby, H. (2017). Defining the latent phase of labour: is it important?. *Evidence Based Midwifery*, 15(3), 89-94

International Confederation of Midwives (2018). International Code of Ethics for Midwives. Hämtad 2019-11-13 från [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008\\_01%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_01%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf)

Jones, J. M., Nyhof-Young, J., Moric, J., Friedman, A., Wells, W & Cotton, P. (2006). Identifying motivations and barriers to patient participation in clinical trials. *Journal of cancer education*, 21(4), 237-242. doi: [10.1080/08858190701347838](https://doi.org/10.1080/08858190701347838)

Kvale, S & Brinkmann, S. (2019) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur

Larsson, M. (red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (s.26-35). Lund: Studentlitteratur.

Leppänen, V. (2008). Maktutövning i telefonrådgivning I I. Holmström. (Red.) *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*. (s. 107-135). Hungary: Studentlitteratur.

Lewis, M., Jones, A & Hunter, B. (2017). Women's Experience of Trust Within the Midwife–Mother Relationship. *International Journal Of Childbirth*, 7(1) doi:org10.1891/2156-5287.7.1.40

Lundgren, I. (2014). Förlossningsvårdens historia. I Berg, M. & Lundgren, I. (Red.) *Att stödja och stärka* (2:a uppl.). (s. 17-27). Lund: Studentlitteratur

Lundgren, I. & Berg, M. (2017). Den professionella barnmorskan. I Christensson, K. & Dykes, A-K. (Red.) *Reproduktiv hälsa- Barnmorskans kompetensområde* (2:a uppl.). (s.19-25). Lund: Studentlitteratur

Lundman, B. & Garaneheim. H., B. (2016). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M & Höglund, M. (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2:a uppl.). (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur

Malterud, K. (2014). Kvalitativa metoder i medicinsk forskning -en introduktion. Lund: Studentlitteratur AB.

Marowitz, A. (2014). Caring for Women in Early Labor: Can We Delay Admission and Meet Women's Needs?. *Journal of Midwifery & Women's health*, 9, doi:10.1111/jmwh.12252

McNelis, M. (2013). Women's experiences of care during labour in a midwifery-led unit in the Republic of Ireland. *British Journal of Midwifery*, 21(9)

Neal, J., Lowe, N., Ahijevych, K., Patrick, T., Cabbage, L & Corwin, E. (2010). "Active Labor" Duration and Dilation Rates Among Low-Risk, Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset: A Systematic Review. *American College of Nurse-Midwives*, 55(4), doi:10.1016/j.jmwh.2009.08.004

Nolan, M & Smith, J. (2010). Women's experiences of following advice to stay at home in early labour. *British journal of midwifery* 18(5).

Nordström, L. & Wiklund, I. (red.) *Obsterik*. (s. 107-122) Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Nyman, V., Downe, S & Berg, M. (2011). Waiting for permission to enter the labour ward: First time parents' experiences of the first encounter on a labour ward. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2, 129-134. doi:10.1016/j.srhc.2011.05.004

O'Hare, J & Fallon, A. (2011). Women's experience of control in labour and childbirth. *British Journal of Midwifery* 19(3)

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). Forskningsprocessen. Tredje upplagan. Stockholm, Liber AB

Regeringen (2017). Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter – en grundläggande mänsklig rättighet. Hämtad 2019-11-14 från

<https://www.regeringen.se/artiklar/2019/11/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter--en-grundlaggande-mansklig-rattighet/>

Ross-Davie, M & Cheyne, H. (2014). Intrapartum support: what do women want? A literature review. *Evidence Based Midwifery* 12(2), 52-58

Runius, L. (2008) Sjukvårdsrådgivning- Det goda samtalet. I. Holmström. (Red.), *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård.* (s. 63-77). Hungary: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2001). Handläggning av normal förlossning. Hämtad den 2019-11-15 från [https://www.sfog.se/media/66770/state\\_of\\_the\\_art\\_pn.pdf](https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf)

Spiby, H., Faucher, M. A., Sands, G., Roberts, J & Kennedy, H. P. (2018) A qualitative study of midwives' perceptions on using video-calling in early labor. *Birth*, 46, 105-112. doi:10.1111/birt.12364

Spiby, H., Walsh, D., Green, J., Crompton, A., Bugg, G.(2014) Midwife's beliefs and concerns about telephone conversations with women in early labour. *Midwifery*, 30, 1036-1042. doi:

Svenska barnmorskeförbundet: Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (2018). Hämtad den 2019-11-12 från: <https://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/ny-kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-2/>

Talbot, R. (2012). Self-efficacy: women's experiences of pain in labour. *British journal of midwifery* 20(5).

Wessberg, A., Lundgren, I & Elden, H. (2017). Being in limbo: Women's lived experiences of pregnancy at 41 weeks of gestation and beyond – A phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(162), doi:10.1186/s12884-017-1342-4

World Health Organization (2019) Midwifery. Hämtad den 2019-11-16 från <https://www.who.int/topics/midwifery/en/>

Wulcan, A. C & Nilsson, C. (2019). Midwives' counselling of women at specialised fear of childbirth clinics: A qualitative study. *Sexual & Reproductive healthcare*, 19, 24-30

## Bilagor

### Bilaga 1.

Vi är två sjuksköterskor som i skrivande stund håller på att vidareutbilda oss till barnmorskor på Göteborgs Universitet. En del av utbildningen består av en magisteruppsats inom området för reproduktiv och perinatal hälsa. Vi har valt att fördjupa oss i kvinnornas upplevelse av första kontakten med förlossningskoordinator innan inläggning på avdelning. Syftet med studien är att identifiera hur den födande kvinnan upplevt bemötandet och därigenom belysa styrkor och svagheter i barnmorskans rutiner.

Tidigare studier har påvisat att många kvinnor upplever en osäkerhet då de inte vet hur länge de ska vänta innan de ringer och därmed har en känsla av misslyckande när de ringt koordinatoren och fått beskedet att de ska stanna hemma och inte bedöms i aktivt förlossningsarbete. Därför är det av stor vikt att undersöka kvinnornas upplevelse av deras första kontakt med koordinatoren närmare för att kunna utveckla förlossningsvården så att den enskilda kvinnan får möjlighet att känna sig trygg och bekräftad, både i hemmet innan och vid ankomst till förlossningsavdelningen.

Med detta informationsblad frågar vi dig om du frivilligt vill bli intervjuad om din upplevelse. Du får själv bestämma om du vill att intervjun ska ske via facetime/skype, telefon eller vid ett personligt möte på valfri plats. Intervjuerna kommer ta ca. 30 minuter och bestå av öppna frågor. Intervjuerna kommer spelas in och transkriberas. Endast vi och vår handledare kommer få ta del av materialet, det kommer hanteras anonymt och raderas efter att studien avslutats. Du kan när som helst välja att avbryta deltagandet och behöver inte lämna besked om varför.

Då ämnet vi valt att studera kan riskera att väcka starka känslor hos dig kan vi vid behov vara behjälpliga med att förmedla kontakt med professionell stödperson.

Vi beräknar vara färdiga med studien i Januari 2019 och önskar du ta del av resultatet skickar vi mer än gärna en kopia av studien till dig.

Vid eventuella frågor eller funderingar får ni gärna kontakta oss via mail eller telefon/sms.

**OBS!** Kontaktuppgifter har raderats