



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

”SÅDANA HÄR HÄNDELSE R HÄNGER JU MED, DOM SITTE R MED HELA LIVET...”

Hur traumatiska händelser påverkar
förlossningsbarnmorskor emotionellt och hur
händelserna hanterats.

**MARTINA HJERPE
MALIN STRÖBY**

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa RPH 100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2019
Handledare:	Herborg Holter
Examinator:	Lars-Olof Persson

Titel svensk:	”Sådana här händelser hänger ju med, dom sitter med hela livet...” Hur traumatiska händelser påverkar förlossningsbarnmorskor emotionellt och hur händelserna hanterats.
Titel engelsk:	“Situations like these sticks, they follow you all life...” How traumatic situations affect childbirth midwives emotionally and how they handled the situations.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa RPH 100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2019
Handledare:	Herborg Holter
Examinator:	Lars-Olof Persson
Nyckelord:	Barnmorska, traumatisk förlossning, sekundärt stressymptom (STS), ”second victim”, ”compassion fatigue”, professionell handledning, reflektion, stöd.

Sammanfattning

Bakgrund: Olika traumatiska händelser kan uppstå vid en förlossning som större blödning, skulderdystoci, asfyxi hos barnet, intrauterin fosterdöd (IUFD), hot och våld och att bli anmäld. Barnmorskor som vid upprepade tillfällen upplever traumatiska förlossningar kan uppleva ett ökat missnöje med arbetet. Det kan resultera i att personalen väljer att lämna förlossningsvården. Trots ovanstående indikationer saknas idag studier som fokuserar på hur svenska förlossningsbarnmorskor upplever traumatiska händelser emotionellt och hur händelsen hanteras.

Syfte: Syftet med studien är att beskriva förlossningsbarnmorskans emotionella upplevelse och hantering av traumatiska händelser.

Metod: Studien är genomförd med kvalitativ innehållsanalys. Semistrukturerade individuella intervjuer av sju barnmorskor genomfördes på tre förlossningsavdelningar vid två olika kliniker i södra Sverige.

Resultat: Studien resulterade i fyra kategorier som svarade på syftet: *Emotionella reaktioner efter händelsen, Konsekvenser av händelsen, Hantering av händelsen och Behov efter upplevd traumatisk händelse.*

Slutsats: I studien framkommer det att de flesta förlossningsbarnmorskor som intervjuats upplevt känslor av oro, rädsla och sorgsenhet. Alla barnmorskorna har sökt stöd på egen hand hos kollegor efter upplevd traumatisk händelse. Det finns en stor efterfrågan efter ytterligare avsatt tid för reflektion och professionell handledning bland de intervjuade barnmorskorna.

Nyckelord: Barnmorska, traumatisk förlossning, sekundärt stressymptom (STS), “second victim”, “compassion fatigue”, professionell handledning, reflektion, stöd

Abstract

Background: Various traumatic situations can occur during childbirth such as: major bleeding, shoulder dystocia, asphyxia in the child, intrauterine fetal death (IUFD), threats and violence and being reported. Midwives who experience traumatic childbirth on multiple occasions may experience increased dissatisfaction with the work. This can result in the staff choosing to leave the maternity care. Despite the above indications, there are currently no studies that focus on how Swedish midwives experience traumatic situations emotionally and how they handle them.

Aim: The purpose of the study is to describe delivery midwives emotional experiences and management of traumatic situations.

Method: The study is a qualitative content analysis. Semi structured individual interviews of seven midwives were conducted at three maternity wards at two different clinics in southern Sweden.

Result: The study resulted in four categories that responded to the purpose: Emotional reactions after the situation, Consequences of the situation, Management of the situation and Requirements after the experienced traumatic situation.

Conclusion: The study reveals that most of the midwives who were interviewed experienced feelings of worry, fear and sadness. All midwives have sought support on their own with colleagues after experiencing a traumatic situation. There is a great demand for additional time for reflection and professional guidance among the interviewed midwives.

Keywords: Midwife, traumatic childbirth, secondary stress symptom (STS), second victim, compassion fatigue, professional guidance, reflection, support

Förord

Ett stort tack till alla barnmorskorna som ställt upp och blivit intervjuade, det har varit både intressant, spännande och berörande att ta del av allas berättelser och upplevelser. Tack till vår handledare Herborg Holter som hjälpt oss under hela arbetets gång. Tack till varandra för ett gott och roligt samarbete. Sist men inte minst tack till våra anhöriga som hjälpt till under hela utbildningen.

Martina och Malin

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Barnmorskans etiska kod och yrkesroll.....	1
Traumatiska händelser	2
Postpartumblödning	2
Skulderdystoci.....	3
Asfyxi.....	3
Intrauterin fosterdöd.....	3
Hot och Våld	3
Att bli anmäld	4
Emotionella reaktioner.....	4
Stress	4
“Compassion fatigue” och “second victim”.....	5
Arbetsgivarens ansvar	6
Professionell handledning.....	7
Tidigare forskning om förlossningsbarnmorskans emotionella upplevelse och hantering av traumatiska händelser i Sverige	7
Problemformulering.....	8
Syfte	8
Metod	9
Kontext och Urval.....	9
Datainsamling	9
Dataanalys.....	10
Etiska överväganden.....	11
Resultat	11
Emotionella reaktioner efter händelsen	12
Ledsen och sorgsen	12
Oro	13
Malande tankar.....	13
Konsekvenser av händelsen.....	14

Påverkan på privatlivet.....	14
Påverkan på yrkeslivet	14
Hantering av händelsen.....	15
Stöd hos kollegor	15
Stöd hos familj och vänner.....	16
Möta patienten igen.....	16
Behov efter upplevd traumatisk händelse.....	17
Reflektion.....	17
Professionell handledning.....	18
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
Slutsats.....	23
Klinisk implikation och vidare forskning.....	24
Referenslista.....	25
Bilaga 1	1
Bilaga 2	4
Bilaga 3	6

Inledning

Att föda barn anses för de allra flesta vara en positiv livshändelse men ibland sker det motsatta, där den födande eller barnet riskerar att skadas eller till och med avlida. Barnmorskans uppgift på en förlossningsavdelning är att närvara och stödja vid alla typer av förlossningar. I och med detta får barnmorskan i sitt yrke ibland erfara stressande och traumatiska händelser och vissa barnmorskor utvecklar i sin tur sekundärt traumatiskt stressyndrom (STS). STS innebär att barnmorskan är i utmattningstillstånd som kan ge både fysiska och psykologiska reaktioner, exempelvis avtrubbning och depression. Det kan även uppkomma situationer som inte är traumatiska men som leder till stress.

I samband med både verksamhetsförlagd utbildning på förlossningsavdelning och teoretisk utbildning på barnmorskeprogrammet uppmärksammades att barnmorskeyrket inte bara omfattar glädje, utan även sorg och svåra händelser. Därför valdes att undersöka vilka känslor det väcker hos förlossningsbarnmorskan när de bistått vid traumatiska händelser samt hur barnmorskan hanterat situationen efteråt.

Bakgrund

Barnmorskans etiska kod och yrkesroll

International Confederation of Midwives (ICM) formulerade 1999 Code of Ethics for Midwives vilket är den yrkesetiska koden för barnmorskor. Den yrkesetiska koden berör fyra olika aspekter av barnmorskans yrkesroll: barnmorskans relation till patienten, barnmorska som yrke, barnmorskans professionella ansvar samt att upprätthålla evidensbaserad kunskap och praktik. Exempel på hur ovannämnda yrkesetiska regler används i praktiken är: barnmorskan ska stödja kvinnans rättigheter att aktivt delta i beslut gällande den egna vården. Barnmorskan ska beakta kvinnans psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov när kvinnan söker vård, oavsett omständighet, vilket innebär att barnmorskan inte får vara diskriminerande. Barnmorskan är ansvarig för beslut och åtgärder gällande kvinnans omvårdnad och är även ansvarig för resultaten som vårdandet av kvinnan kan medföra. Barnmorskan ska säkerställa att yrkesverksamheten är baserad på evidensbaserad kunskap som skyddar kvinnans rättigheter som person. Yrkesetiska riktlinjer lägger stort ansvar hos den enskilda barnmorskan, ett ansvar som även finns med i stressande och kritiska situationer (1).

Barnmorskans kompetensbeskrivning beskriver att det är barnmorskans uppgift inom reproduktiv och sexuell hälsa att bedöma åtgärder, ge råd och information samt utvärdera vidtagna åtgärder. Barnmorskan ska ha en förmåga att självständigt granska om en given situation skulle avvika från det normala. Vid dessa tillfällen är det barnmorskan som vid behov kontaktar andra yrkesgrupper, samtidigt som barnmorskan har kompetens och kan bedöma vad som skall göras i akuta situationer (2).

Barnmorskans roll är att vårda vid normal förlossning, dock kan barnmorskan ibland behöva medverka vid förlossningar som är stressande och traumatiska (3). Barnmorskan ska fungera som en förankrad följeslagare under förlossningsupplevelsen. Att vara en förankrad följeslagare innebär att barnmorskan ska visa respekt för att varje kvinna har individuella gränser som inte får överskridas. Samtidigt ska barnmorskan främja kvinnan till att lita på den egna kroppen (4). Att vårda, stödja och vara närvarande som barnmorska medför en känslomässig investering vilket i sin tur kan leda till negativa effekter som inkluderar posttraumatisk stress på grund av överförd traumatisering (3). Barnmorskeyrket är känslomässigt krävande. Barnmorskans arbete innefattar att stödja kvinnor som upplever känslor som smärta, rädsla, oro, sorg och trauma. Att arbeta nära kvinnor som upplever bedrövelse och sorg kan i sin tur leda till en känslomässig börda hos barnmorskan (5).

Traumatiska händelser

Barnmorskans arbete innefattar att stödja kvinnor som upplever känslor som smärta, rädsla, oro, sorg och trauma (5). Exempel på medicinska traumatiska händelser som kan uppstå i samband med en förlossning är större blödning, skulderdystoci, asfyxi hos barnet, intrauterin fosterdöd (IUFD), övriga organisatoriska traumatiska händelser som kan ske är hot och våld och att bli anmäld. Dessa nämnda situationer beskrivs mer ingående nedan.

Postpartumblödning

Vid en förlossning när barnet är fött, ska placentan avgå och också födas fram samt att uterus ska kontraheras. Blödningen som uppstår under de nästkommande 24 timmarna benämns som postpartumblödning. Under de två första timmarna blöder den födande vanligtvis ca 400 milliliter (6). I Sverige definieras en blödning över 1000 ml som patologisk och internationellt räknas blödning över 500 ml som patologisk. Orsaker till att friska kvinnor kan få en riklig postpartumblödning är bristning i vagina, cervix eller perineum, atoni och rester av placenta eller hinner i uterus. Exempel på risker för postpartumblödning är övervikt, flerbörd, preeklampsi och förstföderska över 35 år. Barnmorska ska larma på assistans om en pågående blödning uppnår 600 ml. Är blödningen snabb och riklig bör den födande föras skyndsamt till operationsavdelning (6).

Skulderdystoci

Skulderdystoci innebär att efter barnets huvud passerat ut genom förlossningskanalen fastnar barnets axlar eller axel i bäckenet och kroppen kan inte födas spontant. Förekomsten av skulderdystoci varierar mellan 0,2 och tre procent av alla förlossningar. Riskfaktorer är tidigare skulderdystoci, diabetes, mammans längd <160 cm, övervikt och stort barn över fyra kg. När skulderdystoci inträffar måste barnmorskan genast tillkalla hjälp av andra yrkeskategorier. Detta blir en stressande situation för kvinnan och hennes partner, men också för barnmorskan (7).

Asfyxi

Fem till tio procent av alla nyfödda barn har svårt att upprätthålla en adekvat andning vid födseln. Barnen behöver ett snabbt och professionellt omhändertagande för att klara övergången till livet utanför livmodern. Har barnet inte börjat andas inom 30 sekunder efter födseln, räknas det som asfyktiskt (8). Asfyxi kan ske under graviditeten, under förlossning och efter förlossning. Under graviditeten kan akut asfyxi uppkomma på grund av exempelvis navelsträngskompression, uterusruptur och ablatio placentae, men det allra vanligast är att fostret drabbas av asfyxi under förlossning (9).

Intrauterin fosterdöd

Ett barn som föds vid minst 22 veckors ålder utan tecken på liv definieras i Sverige som dödfött. Förekomsten av fosterdöd efter graviditetsvecka 22 i Sverige är cirka 4 av 1000. Det har inte skett någon större minskning av IUFD sedan 80-talet trots att det inom mödra- och förlossningsvården gjorts ansträngningar för att sänka förekomsten av IUFD. I mer än 90 procent av fallen där barnet dött intrauterint upptäckts det innan förlossningen kommit igång. Riskfaktorer för IUFD är exempelvis hög maternell ålder, tobak, alkohol och koffein, övervikt och obesitas, sjukdomar hos modern, samt kromosomavvikelser och missbildningar hos fostret (10).

Hot och Våld

Inom vissa yrkesgrupper är det mer vanligt med hot och våld på arbetsplatsen, på grund av svårighet att hitta studier relaterat till förlossningsbarnmorskor anges nedan en referens som berör ämnet generellt. Det har skett en ökning av skador på grund av våld inom hälso- och sjukvården. Våldet eller hotens karaktär kan variera, exempelvis via brev eller telefonsamtal. I och med att det kan finnas ett mörkertal gällande hot och våld, kan också psykosomatiska och psykiska reaktioner till följd av detta vara underskattade (11). Människan reagerar olika när det kommer till våldsamma och hotfulla situationer. Vissa går direkt efter händelsen in i chocktillstånd eller reagerar med en stressreaktion, för andra kan det ta dagar innan en reaktion sker. De flesta människor reagerar med obehag, rädsla eller skräck inför situationen. Ett fåtal blir inte nämnvärt berörda av det som hänt. En del av det lidande som personal blir utsatta för vid en våldsamt eller hotfull situation kan lindras genom att ha rutiner och bra behandling för

personalen som blivit utsatt. Får personalen möjlighet att bearbeta upplevelserna ökar förmåga att hantera liknande situationer i framtiden (11).

Att bli anmäld

Inom hälso- och sjukvården är målet att bedriva säker och god vård. En hög patientsäkerhet och säker vård innebär att vårdskador ska förebyggas. Hälso- och sjukvårdspersonal kan bidra till hög patientsäkerhet genom att rapportera avvikelser och risker inom verksamheten. Anmälan kan göras till IVO via det som kallas för Lex Maria (12) Lex Maria anmälan ska enligt patientsäkerhetslagen 2010:69 utföras när en händelse skett som medfört att en patient har blivit utsatt för risk eller drabbats av allvarlig skada eller sjukdom. Det är viktigt att anmälan inkommer strax efter händelsen har inträffat. Patientsäkerhetslagen syftar på vårdskada som kroppslig eller psykisk skada, lidande, samt sjukdom eller dödsfall som kunder undvikits. Vårdskada kan även innefatta att patienten har erhållit skador som är bestående eller efter händelsen fått ett ökat vårdbehov eller har avlidit. Anmälningen ska göras av arbetstagare som har anmälningsskyldighet enligt Lex Maria. Det är även hälso- och sjukvårdens ansvar att ge information till patienten om att en anmälan om vårdskada har upprättats (13).

Att bli anmäld för en vårdskada och sedan genomgå en händelseanalys väcker starka känslor hos hälso- och sjukvårdspersonal. Exempel på känslor som påvisats till följd av detta är skuld- och skamkänslor, sorg och förtvivlan (14). En svensk intervjustudie av 21 vårdgivare som blivit anmälda, visade resultatet att tre av de intervjuade fått behandling för depression efter den inträffade händelsen. Många i studien uppgav att de bearbetat händelsen genom att upprepade gånger gå igenom det som hänt, dels för sig själv men även med andra (14). Flertalet påtalade även att händelsen hade lett till påträngande minnesbilder av det som inträffat samt att det uppkommit en känsla av att vara osäker inom professionen. Studien visade att stödet från kollegorna var positivt, men en tredjedel påtalade också att händelsen hade påverkat förhållandet till kollegorna negativt. Genomgående i studien var att misstag och fel inom hälso- och sjukvården inte pratades om inom sjukhusledningen eller på kliniken. Författarna identifierade även en önskan och ett behov vårdgivarna av att få gå igenom händelsen via samtal för att kunna bearbeta känslorna kring händelsen. Vårdgivarna påtalade även att känslorna som uppstår vid en anmälan av vårdskada kan kvarstå under en längre tid efter händelsen, alltifrån ett par månader upp till ett år (14).

Emotionella reaktioner

Stress

Forskare varnar för att barnmorskor som vid upprepade tillfällen upplevt traumatiska födselar kan känna ett större missnöje inför sitt arbete (15). Det är också en ökad risk att traumatiserad personal akut väljer att sluta arbeta inom förlossningsvården (16). Utmärkande för barnmorskor

är en hög känsla av empati för den gravida och födande kvinnan. Barnmorskor utvecklar en nära relation till sina patienter och har ofta förmåga att känna med kvinnans upplevelser. Dessa karakteristiska drag för barnmorskor ger dock en ökad risk för att utveckla sekundär traumatisk stress (STS) (15). STS är en psykisk ohälsa som hälso- och sjukvårdspersonal kan utveckla när en relation inom yrket uppstår med patienter som är med om svåra psykiska trauman. STS innebär att personen är i ett utmattningstillstånd som leder till fysiska och psykologiska störningar, exempelvis ångest och depression (17).

Att se en kvinna avlida i samband med en förlossning anses som det mest allvarliga som barnmorskan kan uppleva. Skuld och ånger är vanliga känslor efter en traumatisk händelse (16). Barnmorskans yrke kräver stort engagemang och interaktion med kvinnor och deras familjer. Den industriella modellen av barnmorskans arbete med överfyllda förlossningsavdelningar och stressiga och kaotiska BB-avdelningar med kortad vårdtid tros i sig bidra till emotionell stress hos personalen. Barnmorskors uppfattning av deras roll som primära vårdgivare av kvinnohälsa och den verklighet som råder med allt mer medicinsk inriktning inom förlossningsvården bidrar också till mer emotionell stress (18).

Hälso- och sjukvårdspersonal som drabbas av en vårdskadehändelse reagerar känslomässigt med påverkan på den egna hälsan och arbetsförmågan. Konsekvenser som beskrivs efter vårdskador eller tillbud är oro för att göra fel, förlorat självförtroende och sömnproblem. Hälso- och sjukvårdspersonal upplever allvarliga emotionella reaktioner med stor risk för utmattningssyndrom och depression i efterförloppet, vilket i sin tur leder till försämrad arbetsprestation och ökad risk för misstag (14). En barnmorska som tidigare har rapporterat att misstag har begåtts har en ökad risk för att utveckla symptom som utbrändhet och depression (19). Barnmorskor och obstetiker som varit med om en traumatisk händelse upplever ofta panik, hjälplöshet och intensiv rädsla, samt att den professionella identiteten upplevs vara hotad (20).

“Compassion fatigue” och “second victim”

Det finns två begrepp som kräver närmare förklaring för att få en ökad förståelse för studien och de begreppen är “compassion fatigue” och “second victim”. Begreppen förklaras närmare i nedanstående stycken.

“Compassion fatigue” är ett begrepp som använts sedan 1992 och beskriver en typ av utbrändhet där sjuksköterskor blev utbrända av att vårda patienter (21). Betydelsen av ordet “compassion” blir vid översättning medkänsla. Ordet “fatigue” kan översättas till utmattning (22). “Compassion fatigue” är ofta beskrivet som orsakat av när en person under en längre tid blivit utsatt för en annans persons upplevelser, exempelvis utav en patients upplevelser (21).

Avsaknad av engagemang hos hälso- och sjukvårdspersonal är en anledning till sämre vård men att vara empatisk och emotionellt sammankopplad med en patient kan vara påfrestande för

barnmorskan Utbrändhet är ett resultat av kronisk stress och vanliga symptom är psykisk och fysisk trötthet, även kallad fatigue (5). Olika faktorer kan påverka vårdpersonalens "compassion fatigue", exempelvis att hälso- och sjukvårdspersonal fortsätter att vara i patientnära kontakt och att anhöriga och närstående berättar om tidigare upplevelser och i samband med detta uppvisar starka känslor. Att se en patient tillfriskna och att erhålla professionellt stöd och stöd i personalgruppen är skyddande faktorer mot "compassion fatigue" (21).

"Second victim" är ett begrepp som beskriver den känslomässiga effekten hos vårdpersonal som ofrivilligt orsakat att en patient skadas svårt. Begreppet illustrerar hur svåra händelser där det inte funnits tid för återhämtning och bearbetning kan leda till en emotionell utbrändhet. Barnmorskor som varit med om en händelse där ett barn skadats eller avlidit i samband med förlossning eller där en födande kvinna skadats eller avlidit vid en förlossning uttrycker känslor av stark rädsla, panik och hjälplöshet i samband med händelsen. Risken att drabbas av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) eller delvis PTSD fördubblades om barnmorskan kände skuld i samband med händelsen (19). PTSD är ett ångesttillstånd som antingen är återkommande eller bestående. Tillståndet uppstår efter en upplevd traumatisk händelse. Exempel på symptom som uppstår vid PTSD är sömnproblematik, passivitet och irritabilitet (23). Bland barnmorskor kunde det även ses en ökad risk att utveckla PTSD om barnmorskorna inte upplevde stöd från kollegor eller vänner. Väsentligt för hur barnmorskorna valde att hantera händelsen var enligt studien individuellt. Sättet som valdes berodde på hur bra barnmorskan kunde handskas med känslor av skuld och skam. Att få stöd från kollegor och chefer är av stor vikt för processen i att återfå sin professionella självbild. Det kan också hjälpa barnmorskan att läka och utvecklas genom positiva möten med patienten ("first victim") efter upplevd traumatisk händelse. Det bör dock finnas en medvetenhet om att ifall mötet med patienten ej blir av förlåtande karaktär, kan detta istället öka bördan för barnmorskan (19).

Arbetsgivarens ansvar

Enligt Arbetsmiljöverkets författningssamling (AFS) 1999:7 skall varje arbetsplats upprätta första hjälpen och beredskap för krisstöd. Första hjälpen innebär att det ska finnas åtgärder som vidtas för att den som är skadad eller sjuk ska erhålla medicinsk omsorg. Krisstöd innebär att psykiska och sociala åtgärder ska vidtas vid olyckor eller akuta krissituationer som leder till krisreaktioner. Det är även arbetsgivarens ansvar att kunskaper och färdigheter är uppdaterade gällande beredskap inom första hjälpen. När det gäller krisstöd är det viktigt att chefer och arbetsledande personal har kännedom om att handläggningen av krisstödet sker adekvat utifrån situationen som uppstått (24). Forskning visar att efter upplevd traumatisk händelse är ett systematiskt stöd i form av samtal med kollegor och chefer efterfrågat. Det efterfrågades även en mer öppen attityd till att misstag görs på arbetsplatsen. (14).

Arbetsmiljölagen SFS 1997:1160 har som syfte att motverka ohälsa och olycksfall inom arbetet, vilket ska göras av både arbetsgivare och arbetstagare för att en god arbetsmiljö ska skapas. Det är arbetsgivarens uppgift att kontrollera att verksamheten efterhålls för att kraven på god

arbetsmiljö uppfylls. Detta arbete ska även dokumenteras av arbetsgivaren, som också ansvarar för att en handlingsplan för vidtagna åtgärder och påtänkta åtgärder ska upprättas. Det är även arbetsgivarens uppgift att tillgodose att det finns företagshälsovård som är adekvat relaterad till arbetsförhållanden som råder på arbetsplatsen. Den företagshälsovård som ska finnas har som ändamål att vara en självständig resurs som är expert inom rehabilitering och arbetsmiljö. Företagshälsovårdens syfte är att arbeta för att minimera hälsorisker på arbetsplatsen och urskilja och skildra samband gällande arbetsmiljö, organisation, hälsa och produktivitet (25).

Professionell handledning

En form av stöd är professionell handledning. Handledning inom yrket har som syfte att stärka personens profession (26). Genom att erhålla handledning kan hälso- och sjukvårdspersonal bearbeta personliga känslor och förhållningssätt för att sedan kunna binda dessa samman med teoretisk kunskap. Resultatet av professionell handledning är att hälso- och sjukvårdspersonal får ett tydligt förhållningssätt, samt att personalen blir medveten om egna begränsningar och styrkor vilket ökar vårdkvaliteten (26, 27). Ett positivt utfall av professionell handledning som stöd är att personen blir stärkt i sin yrkesidentitet och känner sig mer trygg och säker i yrket, vilket i sin tur kan skydda mot stress. (26).

Som tidigare nämnt upplever barnmorskor ibland situationer som kan vara mycket svåra och kan leda till krisliknande reaktioner. Reaktionen som uppstår beror delvis på barnmorskans egen historia och sårbarhet, men situationer som barns död, starka smärtor och död är svåra för många barnmorskor. I dessa situationer bör handledning användas som krisbearbetning och avlastning. Finns det inget system för professionell handledning bör det ges möjlighet till tillfällig handledning som är tidsbegränsad och snabb. Syftet med denna form av professionella handledning är att avlasta från känslor som uppstår. Handledaren kan liknas vid en papperskorg och hjälper till att städa upp i upplevelsorna tillsammans med den som blir handledd (27). Andra former av stöd som kan användas av barnmorskor som upplever stressymptom och/eller tidiga till måttliga tecken på utbrändhet kan dra nytta av är ett antal olika strategier i kombination. Exempelvis fysisk träning, coachning och reflektion på kliniken (5)

Tidigare forskning om förlossningsbarnmorskans emotionella upplevelse och hantering av traumatiska händelser i Sverige

I en studie med svenska barnmorskor rapporterade mer än en tredjedel av barnmorskorna någon form av utbrändhet. Att uppmärksamma barnmorskans arbete är viktigt för att kunna behålla en hälsosam, motiverad arbetskraft för att barnmorskor ska orka fortsätta ta hand om och stödja kvinnor och deras familjer (18). Barnmorskor och obstetriker som varit med om en traumatisk händelse upplever ofta panik, hjälplöshet och intensiv rädsla, samt att personalen kan uppleva att den professionella identiteten är hotad (20). Andra känslor som uppkommer i samband med den traumatiska händelsen är känslan av skuld, vilket ansågs vara mer potent gällande

obstetriker än bland barnmorskor. Vidare visar studien att det var vanligt att återuppleva den traumatiska händelsen i form av drömmar eller minnesbilder. Vid tillfällen där barnmorskan fått negativa reaktioner från anhöriga angående en traumatisk händelse uttrycker barnmorskorna att det skulle vara positivt med ytterligare stöd. Exempelvis anser barnmorskorna att stöd kan erbjudas från ledning och kollegor. Stödet har enligt studien visats ha en positiv påverkan på huruvida hälso- och sjukvårdspersonalen utvecklar PTSD eller inte (20). Tidigare nämnd studie visar att barnmorskor tenderar att lämna förlossningsvården på grund av högt arbetstempo, stress, dåligt ledarskap och hög emotionell stress. Nyutexaminerade barnmorskor beskriver känslor av stress när det inte går att erbjuda den födande kvinnan den nära vård som ingår i barnmorskans utbildning. Den största anledningen till utbrändhet var brist på personal och ett stressigt arbetsklimat (18).

Problemformulering

En risk med att som hälso- och sjukvårdspersonal vårda, stödja och vara närvarande vid traumatiska händelser är att den som utför vården utvecklar STS. Att som barnmorska bli ett "second victim" för en traumatisk händelse har tidigare undersökts. Forskning visar att personal som indirekt utsätts för trauma, vilket barnmorskan blir inom yrket, riskerar att få ett antal stressrelaterade symtom exempelvis panik, ångest, känslor av skam och skuld posttraumatisk stress, fatigue och överförd traumatisering. Det kan även leda till nedsatt tro på sig själv och försämrad förmåga att utföra sitt yrke (19).

Tidigare forskning visar att mer än en tredjedel av alla barnmorskor rapporterat någon form av utbrändhet och att en stor del av barnmorskor inom förlossningsvården upplevt traumatiska förlossningar. För att kunna behålla en hälsosam, motiverad arbetskraft och för att barnmorskor skall orka fortsätta ta hand om och stödja kvinnor och deras familjer, är det motiverat att undersöka hur förlossningsbarnmorskor reagerar emotionellt och hur barnmorskor hanterar en upplevd traumatisk händelse.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva förlossningsbarnmorskans emotionella upplevelse och hantering av traumatiska händelser

Metod

Kvalitativa metoder baseras på tolkning och analys av observationer, uttryck och omfattar även intervjuer och närvarande observationer där fokus ligger på hur och varför (28). Kvalitativ forskning utgår ifrån att varje enskild individs verklighetsuppfattning är individuell och unik och det är individens egen tolkning och upplevelse av ett tillstånd som ligger i fokus (29).

Kontext och Urval

I det inledande arbetet av studien ansöktes det om godkännande att genomföra studien hos vårdenhetschefer och verksamhetschefer vid två olika kliniker i södra Sverige. Efter godkännande från enhetscheferna skickade verksamhetscheferna information om studien i veckoblad och även direkt via mail till barnmorskorna. Det skickades även förfrågan direkt till handledare från den verksamhetsförlagda utbildningen. Av de tillfrågade barnmorskorna svarade nio barnmorskor ja till att medverka i studien och sju barnmorskor deltog i intervjuerna. Bortfallet av två barnmorskor som tackade ja till intervjuerna berodde på att det ej fanns tillräckligt med tid att utföra fler intervjuer. Inklusionskriterier för att delta i studien var att barnmorskans skulle vara verksam inom förlossningsvården samt att barnmorskans skulle tala god svenska för att minska risken för språkförbistring. Informanternas ålder och arbetserfarenhet presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Informanternas ålder och arbetserfarenhet

Ålder	30	50	39	40	30	39	43
Färdig barnmorska antal år	1,5	11	12	8	5	7	18
Antal år på förlossningsavdelningen	0 (11 mån)	11	12	7,5	5	7	3

Datinsamling

Datinsamlingen utfördes genom semistrukturerade intervjuer med sju förlossningsbarnmorskor. Innan intervjun genomfördes fick deltagande barnmorska skriftlig information om studien och gav sitt samtycke. Plats och tidpunkt för intervjun valdes av barnmorskans och intervjuerna varade mellan åtta och 17 minuter. Under intervjun var båda författarna närvarande. Den ena författaren ansvarade för att ställa frågor och den andra för ljudinspelningen och övriga praktikaliteter. Intervjuerna genomfördes i november och december 2019. En intervjuguide användes som stöd för att kunna ta del av barnmorskans erfarenhet kring ämnet emotionella upplevelse och hantering av traumatiska händelser.

Exempel på frågor som ställdes var: Har du under dina verksamma år på förlossningsavdelningen upplevt en situation som varit svår för dig att hantera? Om du har bearbetat situationen, hur har du bearbetat den? Hur mådde du efter att denna situationen inträffat? Fullständig intervjuguide ses i bilaga 3. Beräknad tid för intervjuerna var 30 minuter. Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon som bara författarna har haft tillgång till och efter transkribering raderades ljudinspelningen.

Dataanalys

För att beskriva förlossningsbarnmorskan emotionella upplevelse och hantering av traumatiska händelser valdes kvalitativ metod med innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på att tolka texter och används vanligen inom vårdvetenskap, förutom att tolka text kan även utskrifter av inspelade intervjuer tolkas. Med en innehållsanalys genomarbetas intervjutexten på ett strukturerat sätt i syfte att identifiera mönster, olikheter eller likheter. Därefter bryts texten ner i olika koder. En kod innebär en kortare beskrivning eller en titel som kort beskriver innehållet i texten (29).

De inspelade intervjuerna transkriberades först, därefter lästes det transkriberade materialet igenom flertalet gånger för att sedan med hjälp av innehållsanalys hitta meningsbärande enheter. Meningsbärande enheter läggs sedan som grund för analysen och kan innehålla ord, delar av text och meningar som svarar upp till syftet med studien. (30). De meningsbärande enheter som hittades identifierades med hjälp av färgkodning. Därefter kondenserades texten, det vill säga att den kortades ner för att göra den enklare att hantera utan att något viktigt i texten togs bort. Efter det kodades texten för att sedan kunna skapa olika kategorier och underkategorier. En kategori kan innehålla flera underkategorier (30). Exempel på analysmetoden ses i tabell 2.

Tabell 2 Exempel från analysmetoden

<u>Meningsbärande enhet</u>	<u>Kondenserande meningsbärande enhet</u>	<u>Kod</u>	<u>Underkategorier</u>	<u>Kategori</u>
<i>I efterhand kom en reaktion hos mig som jag inte var beredd på. Jag höll liksom masken eller vad man ska säga, jag höll lugnet på rummet och så brast det liksom utanför, så kom allting bara.</i>	Att reagera utan förvarning	Oförberedd reaktion ledsen	Ledsen och sorgsen	Emotionella reaktioner efter händelsen
<i>Men det är ju klart att det man kan komma över såna här saker fortare om man får prata med någon professionell.</i>	Gå vidare fortare med hjälp av professionell handledning	Bearbetning via professionell handledning	Saknat professionell handledning	Behov efter upplevd traumatisk händelse

Etiska överväganden

I den skriftliga informationen upplystes deltagande barnmorskor om att hen när som helst kunde avsluta sitt deltagande i studien, samt att det inte utlovades någon ekonomisk kompensation för deltagandet. Det framgick även av den skriftliga informationen att allt som framkom under intervjuerna enbart användes i studiesyfte samt att det följde EU: dataskyddsförordning. För att säkerställa att enskilda individer inte kunde identifieras i det resultat som presenteras i studien ersattes identifikationsuppgifter med nummer från barnmorska nr ett till barnmorska nr sju, där siffran för identifikation var slumpmässigt utvald. Inspelade intervjuer raderades efter godkänt genomförda och transkriberade intervjuer. Kontaktuppgifterna som etablerades till barnmorskorna har endast varit tillgängliga för författarna.

Resultat

Analysen resulterade i fyra kategorier och tio underkategorier som redovisas i tabell 3. Resultatet förstärks med citat som valts ut från intervjuerna. Citat som används följs av en siffra som representerar respektive deltagare. Citaten återges ordagrant med korrigerings av stavfel för att underlätta för läsaren.

Tabell 3 Kategori och underkategorier

<u>Kategori</u>	<u>Underkategori</u>
Emotionella reaktioner efter händelsen	Ledsen och sorgsen
	Oro
	Malande tankar
Konsekvenser av händelsen	Påverkan på privatlivet
	Påverkan på yrkeslivet
Hantering av händelsen	Stöd hos kollegor
	Stöd hos familj och vänner
	Möta patienten igen
Behov efter upplevd traumatisk händelse	Reflektion
	Professionell handledning

Emotionella reaktioner efter händelsen

Barnmorskorna beskrev flera emotionella reaktioner som uppstått efter upplevd traumatisk händelse. Några berättade att de reagerat med att bli ledsna, många hade känt oro men också rädsla. Barnmorskorna uttryckte också att händelsen kommer följa med hela livet.

Ledsen och sorgsen

Barnmorskorna berättade om många olika känslor som den traumatiska händelsen väckte. Känslor som ledsamhet, oväntade känslor av plötslig ledsamhet och också psykosomatiska besvär.

Jag var jätteledsen men det var mer så här lite mer molande i magen hela tiden typ. BM 2

Man var ju ledsen, man hade ju liksom ska inte säga att man hade ångest för det är ju ett starkt ord men man rannsakade sig själv. BM 4

Barnmorskorna beskrev också känslor av sorg som plötsligt dök upp utan att de var förberedda på det.

I efterhand kom en reaktion hos mig som jag inte var beredd på. Jag höll liksom masken eller vad man ska säga, jag höll lugnet på rummet och så brast det liksom utanför, så kom allting bara. BM 3

Oro

Barnmorskorna beskrev känslor av oro efter det som inträffat. Oro för olika saker som kan sitta i under flera år.

Då hade vi gått i två år och oroat oss för det här... BM 2

Det var en ganska jobbig händelse, då pratade jag med chefen lite men känslan var liksom åh mister jag jobbet nu för att det var ju en händelse som var, det var en dålig utgång liksom. BM 3

Jag var gravid med mitt andra barn och då gjorde det att man fick lite perspektiv på saker och ting och det var lite tufft man kopplar ju samman det lite granna med barnet som man bar och den situationen liksom....just situationen precis när det hände så var jag ju ganska chockad och lite uppriven. BM 5

En barnmorska uttryckte att det blir en livslång påverkan, att händelsen troligtvis skulle finnas med henne hela livet.

Såna här händelser hänger ju med, dom sitter med hela livet. BM 3

Malande tankar

Några av barnmorskorna uttryckte att det blev en psykisk påverkan efter den upplevda traumatiska händelsen. Barnmorskorna beskrev tankar som inte riktigt ville släppa taget.

Just den dagen som man skulle sova där så mådde man ju fruktansvärt dåligt man analyserade ju allting, vad man kunde gjort annorlunda om man kunde gjort någonting annorlunda. BM 6

Barnmorskorna berättade att den upplevda traumatiska händelsen ofta funderades på under en längre tid. En annan barnmorska uttryckte hur den upplevda händelsen var svår att släppa.

Jag funderade ju liksom.. man upprepar situationen om och om igen. BM 3

Konsekvenser av händelsen

De konsekvenser som barnmorskorna beskrev att den traumatiska händelsen har haft är både påverkan på privatlivet och på yrkeslivet.

Påverkan på privatlivet

Några av barnmorskorna uttryckte att den upplevda traumatiska händelsen hade en påverkan på privatlivet.

Det var i mitten på december eller ja bara några dagar innan jul ja så hela den juledigheten liksom allt det hängde med. BM 3

Jag kände en tyngd inom mig ja ganska länge. BM 3

Familjen blir ju ändå varse om att det är någonting, att man har något man går och funderar på och så. BM 2

Påverkan på yrkeslivet

Flera av barnmorskorna uttryckte att yrkeslivet påverkades efter händelsen. Några upplevde det som om kollegor pratade om händelsen utan att de varit med om den, något som resulterade i att berättelsen behövde korrigeras vilket upplevdes som jobbigt. Några upplevde en rädsla inför att möta liknande situation igen. En barnmorska påtalade att hon i direkt anslutning efter upplevd händelse valt att sjukskriva sig för att kunna vara hemma i ett par dagar.

Rädslan var väl att det skulle hända igen...rädslan var väl att jag hade missat någonting...rädsla av att någonting skulle hända som skulle kunna vara ungefär samma situation även om det var otroligt ovanligt och sannolikheten inte att det skulle hända men hjärnan säger ju, räknar ju inte med sannolikheten. BM 6

Sen har jag vart livrädd att gå till operation efter det, så kan man väl säga. Det tycker jag fortfarande att det är skitjobbigt att gå dit....så jag tycker det är en väldigt stressande situation att gå upp till operation över lag. BM 7

Några barnmorskor uttryckte att den erfarenhet som erhållits kanske kan haft en positiv påverkan på hur yrket utövas i framtiden, samt att det inger mer trygghet i att utöva sin yrkeskompetens. Två barnmorskor påtalade att efter upplevd händelsen har förändrat sitt beteendemönster för att förhindra att en liknande situation ska uppstå igen.

Jag låter aldrig en patient ligga kvar jag är alltid noga med att försöka gå in...va noga med att alla patienter ses till. BM 4

Jag är inte alls lika tuff längre när det gäller CTG-kurvor, jag vill gärna ha läkaren i ryggen och mycket oftare och jag är jätterädd för oxytocindropp och överstimulera. BM 2

Hantering av händelsen

Barnmorskorna uttrycker att de haft ett behov av att söka stöd hos kollegor efter den upplevda traumatiska händelsen, både under arbetstid och efter arbetstid. Många sökte också stöd genom samtal med familj och vänner och för flera av barnmorskorna var det också viktigt att få möta patienten igen.

Stöd hos kollegor

Alla barnmorskorna uttryckte att de sökt stöd hos kollegor i form av samtal efter den upplevda händelsen. Barnmorskorna beskrev att de pratade igenom det som hänt med kollegor, ibland mer detaljerat ibland mindre, mycket beroende på hur mycket tid som fanns för samtalen. Stödet söktes i allra flesta fall på eget initiativ, förutom att prata med andra barnmorskor söktes även stöd hos chefer.

Det var bara att prata om det, det kanske är det så jag hanterar sådana här händelser att prata med kollegor och med chefer. BM 3

Flera av barnmorskorna sökte också stöd i att samtala om det som inträffat med läkare. Om det hade hänt något med ett barn var det viktigt för barnmorskorna att få gå igenom orsaken till det inträffade med barnläkare och att få höra att de inte kunde gjort något annorlunda och inte bar någon skuld i det som inträffat.

Jag pratade mycket med barnläkaren efteråt just om det kunde påvisa någonting...barnläkaren var ju oerhört bra och det är ju det som har hjälpt mig mycket att han säger ju att jag ska inte ta på något ansvar på det. BM 6

Barnmorskorna uttryckte att stödet hos kollegor även söktes efter arbetstid i form av samtal med kollegor som barnmorskorna umgicks med privat. Samtalen kunde ske vid personliga möten, via telefonkontakt men också via sms eller messenger.

Jag umgås ju med några från jobbet då kan man alltid snacka lite om det behövs. Antingen över messenger eller telefon eller på arbetet liksom bara för att prata av sig om det behövs. BM 7

De flesta barnmorskor valde att prata med andra barnmorskor om det som hänt. Några berättade att de hade stannat kvar efter sitt arbetspass för att få stöd och andra gick tillbaka till jobbet

passet efter för att få möjlighet att gå igenom det som hänt med kollegor som varit med vid den traumatiska händelsen.

Men det var nog det här att jag aktivt sökte särskilt en kollega som har mycket erfarenhet som jag sökte tröst och stöd hos. BM 3

Stöd hos familj och vänner

För vissa av barnmorskorna fungerade familj och vänner som ett stöd efter en upplevd traumatisk händelse. Familjen beskrevs som en trygghet där man kunde beröra det som hänt. Barnmorskorna var dock medvetna om att inte bryta mot tystnadsplikten i samtalen med anhöriga.

Jag har ju liksom en trygg familj och vi pratade ju väl lite om det hemma utan att nämna för mycket då naturligtvis. Jag fick ju stöd av min man och min familj så. BM 3

En av barnmorskorna beskrev att hon egentligen inte tyckte att jobb ska diskuteras hemma men att hon valde att samtala med sin mamma som jobbat inom sjukvården och på så sätt inte tog med sig det till sin man och sina barn.

Min mamma är sjuksköterska och man ska inte prata jobb hemma men det är ganska skönt att ha henne men hon är pensionär men det är skönt för hon vet vad man pratar om och så har man prata av sig det så att man inte tar med sig det till man och barn liksom. BM 7

Barnmorskorna beskrev att stödet hos familj och vänner var ett väldigt viktigt stöd där de kände tröst i att få prata av sig.

Jag har en kompis nere i Varberg där och hon och jag brukar sitta på lördagskvällarna ibland och reflektera. Hon är ju min klippta i livet nästan känns det som. BM 2

Möta patienten igen

Barnmorskorna beskrev att få träffa den drabbade familjen var viktigt för att hantera det som inträffat. Det var en viktig del i bearbetningen av det som hänt att känna att anhöriga förstod att barnmorskan inte bar skuld i det som inträffat.

Jag ville ju träffa dom (föräldrarna) och ja jag fick möta, prata med dom och det är ju också en sån sak som hjälpte mig att bearbeta det där, dom var inte alls skuldbeläggande heller utan förstod att det var inget annat som vi kunde gjort som personal. BM 6

Ibland fanns det också tillfälle att få återkoppling med anhöriga en tid efter den traumatiska händelsen inträffat.

Att träffa familjen igen tre månader senare, det kändes ändå som det blev en liten bearbetning i det hela. BM 3

Att få träffa, samtala och möta föräldrar beskrevs som viktigt för att gå vidare för barnmorskorna. En barnmorska som berättade att hon inte fått möjligheten att bearbeta med patienten eftersom de inte ville prata med henne.

Föräldrarna, jag ringde flera gånger och föräldrarna ville inte prata med mig och inte heller med min kollega. BM 2

Behov efter upplevd traumatisk händelse

Barnmorskorna uttrycker att det har varit viktigt med reflektion efter den traumatiska händelsen och att behovet av professionell handledning är stort och något som saknas. Några av barnmorskorna har inte haft tillgång till reflektion eller professionell handledning utan att den upplevda traumatiska händelsen har enbart fått bero och med tiden har det blivit bättre. Flera av barnmorskorna ansåg att professionell handledning hade hjälpt att bearbeta den upplevda traumatiska händelsen snabbare.

Reflektion

Vissa av barnmorskorna uttryckte en saknad av uppföljning.

Jag hade inte någon uppföljning kring situationen mer än att jag pratade när dom gjorde händelseanalysen...det var ju egentligen inget som handlade om hur jag hanterade det så eller hur det var utan mer att man fick bara ge sin version av situationen då. BM 5

Några av barnmorskorna upplevde att kliniken ansåg att barnmorskan skulle erhålla tid för att bearbeta den upplevda traumatiska händelsen, men att tiden för att göra det möjligt inte prioriterades.

Jag har pratat med flera olika barnmorskor men jag känner nog att jag inte fått riktigt gehör. BM 1

Vissa uttryckte att reflektion kring en upplevd traumatisk händelse kunde upplevas som icke önskvärda tankar eftersom kollegor trodde att barnmorskan anklagade sig själv efter händelsen. Medans tanken bakom reflektionen var att lära sig utav erfarenheten. På en av förlossningsavdelningarna fanns det sporadisk reflektion som upplevdes som positiv.

Jag tycker det är jättebra när vi har dom här reflektionerna efter A-turen...så kan alla ge lite feedback om man har något svårt fall...som sagt det är ju inte varje A-tur utan det är ibland. BM 1

Professionell handledning

Barnmorskorna uttryckte en saknad av professionell handledning inom kliniken och ansåg att det skulle vara ett bra sätt att bearbeta traumatiska händelser som upplevts inom yrket.

Ja jag hade verkligen behövt professionell handledning där. Någon som liksom stod på ens egen sida mer än det jag fick då. BM 2

Jag tror att det hade vart jättebra här med professionell handledning och att det är något vi önskar men inte får...men jag tror att det kan vara bra om vi kan lämna jobbet på jobbet och inte ta med oss jobbet hem. BM 7

Alla situationer behöver man bearbeta och alla bearbetar på olika sätt men en professionell handledning då vänder och vrider man, dom är ju så otroligt duktiga. BM 4

Barnmorskorna uttryckte att professionell handledning även kan användas för att lyfta fram positiva händelser inom yrket för att utvecklas och lära sig av även det positiva som händer inom förlossningsvården.

Jag är för professionell handledning i ett sådant yrke som vi har, med tanke på att det är ändå ganska mkt jobbiga saker vi går igenom här väldigt mycket fina grejer också... just för en personlig utveckling och PAUS också få dela med sig då av... att handledning inte alltid behöver handla om att ähh traumatiska och jobbiga fall. BM 5

Några av barnmorskorna ansåg att professionell handledning behövs inom yrket för att kunna återhämta sig, samt för att tystnadsplikten gör att vissa upplevda händelser inte kan diskuteras utanför sjukhuset. Barnmorskorna uttryckte att både nya och erfarna kollegor har en önskan om att professionell handledning erbjuds inom verksamheten

Det är många nya kollegor som tycker det är väldigt konstigt att det inte finns (professionell handledning) på ett sånt här ställe för det är mkt olika situationer som händer. BM 3

Vi har efterfrågat professionell handledning nu faktiskt hela hösten här, tagit upp på fokustavlan att vi eftersöker de för vi behöver det men då säger cheferna att då får ni ta tag i någon barnmorska som bor geografiskt när er och så får ni gå ut och promenera och ventilera efter arbetstid då. BM 2

Diskussion

Metoddiskussion

Eftersom barnmorskors emotionella reaktioner och upplevelser skulle undersökas valdes en kvalitativ metod. Efter avslutad analysprocess anses att metoden har varit lämplig för att fånga upp förlossningsbarnmorskor emotionella upplevelser och hantering av traumatiska händelser. Analysprocessen har beskrivits utförligt tidigare i arbetet för att stärka tillförlitligheten (30). Vid varje intervju medverkade båda författarna, den som inte intervjuade tog anteckningar, för att säkerställa att ingen information gått förlorad.

Den eventuella förförståelse som funnits inför ämnet har medvetandegjorts under datainsamling och analysprocess för att öka resultatets trovärdighet. Förförståelsen har belysts genom diskussioner under arbetets gång för att undvika påverkan på processen i största möjliga grad. För att resultatet ska bli givande och förståeligt är ett visst mått utav tolkning önskvärt (30).

En svaghet i studien är att vi inte har någon tidigare erfarenhet av att intervjua, transkribera eller analysera. Detta kan föranlett till att betydelsefull information har missats. Intervjuguiden testades på en barnmorskestudent och därefter justerades några av frågorna (31). Dock noterades vid transkribering av intervjuerna att frågorna kunde formulerats om ytterligare för att få fram mer djupgående information under intervjuerna.

Studiens resultat kan ha påverkats av att den avsatta tiden som funnits för studien har varit begränsad (32). Dels tog det tid att få godkännande av vårdenhetschefer på de två kliniker där tillstånd söktes. Dels för att det fanns svårigheter i rekryteringen av barnmorskor att intervjua. Sju intervjuer genomfördes och ett större antal intervjuer hade troligtvis gett resultatet ytterligare djup. Ytterligare två barnmorskor tackade ja till att intervjuas men på grund av tidsbrist valdes dessa bort, vi anser inte att detta påverkat resultatet nämnvärt men kanske att resultatet hade fått ytterligare tyngd med fler citat. Det underlättar för författarna att kategorisera om det finns ett större bidrag av tolkning eftersom det ökar möjligheterna att se kopplingar och strukturer i materialet (30). Intervjuernas längd var mellan åtta och 17 minuter. Det har tagits i beaktning att en åtta minuter lång intervju kan uppfattas något kort. Den intervjuade barnmorskan pratade fort och vid transkribering upplevdes materialet svara till syftet och innehålla ett tillräckligt djup.

Efter att intervjuerna utförts transkriberades materialet och lästes igenom flera gånger för att få en övergripande bild av intervjuerna. Därefter delades texten in i meningsbärande enheter för att sedan kondenseras. Det har funnits en medvetenhet om att det finns viss risk att helheten går förlorad under analysprocessen om författarna arbetar för nära texten. I studien har ett

gemensamt samarbete skett vid tolkning av material under analysprocess vilket ökar tillförlitligheten i resultatet. Svårtolkat intervjumaterial har aktivt diskuterats för att öka tillförlitligheten av resultatet (30).

De kondenserade meningsbärande enheterna har sedan kodats för att vidare bilda underkategorier och kategorier. Ingen information som svarar till syftet får tas bort på grund av att det saknas en lämplig kategori och ingen information ska passa under två kategorier eller hamna mellan två kategorier (30). Detta upplevdes svårt eftersom det var första gången författarna utförde en innehållsanalys. Analys av människors upplevelser kan vara länkade till varandra och passa under flera kategorier. För att öka resultatets giltighet har det presenterats ett antal citat med beskrivande text för att läsaren skall få en ökad förståelse för tolkningen av intervjuaterialet (30). Vi anser att efter avslutad analysprocess kan ses att metoden har varit lämplig för att fånga upp förlossningsbarnmorskors emotionella upplevelse och hantering av traumatiska händelser.

Resultatet stärks av att urvalet har varit förhållandevis brett, eftersom intervjuade barnmorskor arbetade på tre olika förlossningsavdelningar förlagda på två olika sjukhus i södra Sverige. Därigenom har olika erfarenheter kunnat fångas upp vilket ökat möjligheten att beskriva variationer (30). Variationer i erfarenhet har också kunnat fångas upp eftersom det varit ett brett spann mellan hur länge de intervjuade barnmorskorna varit yrkesverksamma. Samtliga intervjuade barnmorskor som deltog i studien har erfarenhet av det studerade ämnet och har varit villiga att berätta om sin upplevelse vilket ökar resultatets giltighet (30). För att en studie skall bedömas som trovärdig ska studiens giltighet, tillförlitlighet, delaktighet och överförbarhet identifieras (30).

Giltigheten i ett resultat påvisas av att resultatet lyckats synliggöra det specifika. Det är också viktigt att fundera över hur många deltagare som behövs för att få ett bra resultat och att de deltagare som är med har erfarenhet av det som ska undersökas (30). Deltagarna som intervjuades hade alla erfarenhet av det som skulle undersökas och vi anser att 7 deltagare var tillräckligt för att synliggöra det specifika med tanke på den korta tid som varit avsatt för studien men det kan ha påverkat resultatet.

Tillförlitlighet innebär att data kontrolleras och stäms av och justeras vid behov. Att vid två olika kodningar av materialet komma fram till ungefär samma teman för att förtydliga och modifiera analysprocessen. Tillförlitligheten av resultatet ökar genom att det i varje del av analysens arbete diskuterats och reflekterats kring olika tolkningsmöjligheter. Möjligheten till tolkning påverkas av det som studeras och författarens förförståelse för ämnet är avgörande för hur neutralt resultatet blir (30). Vi har under hela arbetets gång diskuterat och reflekterat tillsammans kring olika tolkningsmöjligheter. Data har kontrollerats och justerats där det funnits behov. Vi har varit medvetna om att resultatet kan ha påverkats av relationen mellan interaktionen mellan den som blev intervjuad och de som utförde intervjun (30).

Delaktigheten i datainsamlingen blir självklar genom interaktion mellan personen som intervjuas och författaren under en intervju uppstår. Författaren blir således medkreatör av texten. Resultatet kan inte ses som oberoende av författaren i en intervjustudie (30).

Överförbarhet beror på om resultatet kan appliceras på andra situationer. Det är viktigt att ha en noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling och analys för att underlätta för läsaren att avgöra om resultatet är överförbart (30). I studien finns det en noggrann beskrivning av urval, deltagare, hur datainsamling utförts och av analysprocessen för att göra det lätt för läsaren att avgöra om resultatet är överförbart.

Resultat som analyserats med kvalitativ innehållsanalys kan inte generaliseras. Däremot kan resultatet överföras på liknande situationer och sammanhang (33). Författarna anser att den här studiens resultat är överförbart till liknande kontext eftersom urvalet skett på två olika sjukhus förlagda i södra Sverige (33). Författarna anser att resultatet i studien uppnått studiens syfte som var att beskriva förlossningsbarnmorskans emotionella upplevelse och hantering av traumatiska händelser. Om studien utfördes med annan metod exempelvis enkätstudie är det möjligt att resultatet sett annorlunda ut på grund av enkäter kan göra att bredden på studien vidgas och möjligheten till reflektion och professionell handledning kan se olika ut över riket.

Resultatdiskussion

Resultatet består av fyra kategorier som svarade på syftet: Emotionella reaktioner efter händelsen, Konsekvenser av händelsen, Hantering av händelsen, Behov efter upplevd traumatisk händelse.

I studiens resultat uttrycker barnmorskorna emotionell påverkan efter upplevd traumatisk händelse som: att känna sig ledsen, att det dyker upp oförberedda reaktioner och sorgsenhet. Många av de intervjuade barnmorskorna uttryckte känslor av oro och rädsla, oro för att förlora sitt jobb, rädsla för att situationen ska uppstå igen och en oro som sitter i flera år. Barnmorskorna beskrev en livslång påverkan och tankar som inte vill släppa taget. I dessa situationer blir barnmorskan ett "second victim", där de har påverkats i andra hand av den traumatiska händelsen som upplevts. Ur patientsäkerhetssynpunkt är det fördelaktigt om barnmorskan tillåts att ge uttryck för sin emotionella påverkan för att kunna bearbeta den traumatiska händelsen (34). Den traumatiska händelsen är också viktig att bearbeta för att stärka barnmorskans yrkesidentitet (18). Det kan vidare diskuteras om barnmorskorna som intervjuats har fått möjlighet att bearbeta den upplevda traumatiska händelsen eftersom vissa uttryckt att känslan av oro sitter i flera år efter att händelsen har inträffat.

I studiens resultat beskrivs att barnmorskorna privatliv påverkats efter händelsen och att familjen märkt att det är något som tynger barnmorskan. Vidare beskrivs att ledighet påverkats av händelsen. Resultatet belyser även att barnmorskans yrkesliv har blivit påverkat genom

rädsla som uppstod för att möta liknande situationer. Liknande reaktioner beskrivs i en studie som belyser känslor som barnmorskor och obstetriker upplever efter en traumatisk händelse. Känslor av intensiv rädsla, hjälplöshet och panik var framträdande, vilket kan resultera i att den professionella identiteten blir påverkad (20). Barnmorskorna berättade om förändrat beteendemönster i yrkeslivet och en ödmjukhet som uppstått på grund av händelsen. Vi tror att de som bearbetat den traumatiska händelsen på ett tillfredsställande vis, kan gå vidare i yrkeslivet stärkt av erfarenheten. Barnmorskor belyser i en annan studie att lärdom tagits av den traumatiska händelsen och barnmorskorna upplevde själva att de blivit en bättre barnmorska efter händelsen, med mer ödmjukhet och djupare förståelse för sin profession (35).

Alla barnmorskorna bearbetade händelsen genom att söka stöd hos andra barnmorskor eller hos läkare, några sökte också stöd hos chefen. I de allra flesta fall söktes stöd på eget initiativ. Ibland kunde barnmorskorna samtala med kollegor på arbetstid men ibland söktes också stöd hos kollegor utanför arbetstid. För att återfå trygghet i sin profession efter att ha upplevt en traumatisk händelse är det viktigt för "second victims" att få stöd från kollegor och chef (19). Faktorer som skyddar mot "compassion fatigue" är att se patienten tillfriskna och att få professionellt stöd (21). Detta understryker vikten av att försöka förebygga att barnmorskor drabbas av "compassion fatigue". Brist på stöd efter upplevt trauma är en signifikant riskfaktor för att utveckla "compassion fatigue" och PTSD (34). För vissa av barnmorskorna fungerade familjen som ett viktigt stöd, däremot begränsades dessa samtal på grund av tystnadsplikten och känslan av att inte vilja ta med sig jobbet hem. För många av barnmorskorna var det viktigt för bearbetningen av händelsen att få träffa patienten igen och att få känna att anhöriga inte skuldbelade barnmorskan. Det finns en ökad risk för ett "second victim" att utveckla "compassion fatigue" och PTSD i de fall där patienten de mött reagerat negativt eller varit skuldbeläggande mot barnmorskan (19). Det finns en tystnad kring erfarenheter av traumatiska händelser. Vi anser att det är viktigt att prata om detta, utbilda, visa att det är möjligt att prata om svåra saker. Det är också viktigt att lyfta att patienten ibland är skuldbeläggande och att försöka ge barnmorskan verktyg för att kunna klara av sådana fall. I en studie från Nederländerna belystes det att barnmorskorna hanterade händelsen genom att prata med kollegor, vänner, familj och genom fallgenomgång. Studien beskrev även att det fanns riktlinjer för hur stöd skall genomföras för barnmorskor som upplevt en traumatisk händelse inom yrket (34). Vi anser att riktlinjer kring stöd borde finnas för att säkerställa att barnmorskor inom förlossningsvården får rätt hjälp. I Sverige är det enligt AFS 1999:7 arbetsgivarens ansvar att tillgodose att det finns adekvat handläggning för krisstöd (24).

Det framkom mycket tydligt att barnmorskorna saknade avsatta tillfällen för reflektion och när reflektion hanns med i verksamheten var det mycket uppskattat. Barnmorskorna gav även tydligt uttryck för en saknad av professionell handledning. Barnmorskorna beskrev tillfällen när professionell handledning efterfrågats. Enligt SFS 1997:1160 ska arbetsgivaren motverka ohälsa och skapa en god arbetsmiljö (25). Det kan diskuteras huruvida arbetsgivaren motverkar ohälsa genom att ge arbetstagaren rådet att ta en promenad med kollega efter arbetstid som svar på efterfrågan om professionell handledning.

Alla barnmorskor som intervjuades hade någon som de kunde prata med men hur görs det i fall där barnmorskan saknar en person att prata med? I studien framkom det att det mesta av stödet efter händelsen söks av barnmorskorna själva. Vi tror att det behövs förbättrade rutiner för stöd på förlossningsklinikerna för barnmorskor efter upplevd traumatisk händelse. Detta för att barnmorskor lättare ska kunna hantera arbetet på förlossningsavdelningen, undvika "compassion fatigue" samt för att utvecklas i yrkesrollen (20). Implementering av riktlinjer gällande stöd efter en traumatisk händelse är fördelaktigt för barnmorskor (34). Professionell handledning resulterar i ökad vårdkvalité genom att hälso- och sjukvårdspersonalen får ett tydligare förhållningssätt och blir mer medvetna om egna begränsningar och styrkor (26, 27). Att inte bearbeta en händelse kan leda till utbränd personal (18). Reflektion på kliniken är en strategi som kan användas för att minska risken för att utveckla stress eller utbrändhet (5).

Barnmorskorna som intervjuades när studien genomfördes arbetar fortfarande kvar på förlossningen. Vi tror att det kan finnas ett mörkertal i antalet barnmorskor som slutat att arbeta inom förlossningsvården relaterat till upplevda traumatiska händelser. Vi tror att det av den anledningen kan vara svårt att fånga upp de värst drabbade barnmorskorna eftersom de troligtvis redan slutat arbeta på förlossningen. Som tidigare nämnts varnar forskare för att barnmorskor som vid upprepade tillfällen upplevt traumatiska födslar kan känna ett ökat missnöje inför sitt arbete (15). Det innebär också en större risk att traumatiserad personal akut väljer att sluta arbeta inom förlossningsvården (16).

Att det uppstår traumatiska händelser på en förlossningsavdelning är oundvikligt, men risken är stor att personalen lämnar sitt yrke på grund av "compassion fatigue" (18). Att bistå förlossningsbarnmorskor med rätt stöd och tydligare riktlinjer i verksamheten efter upplevd traumatisk händelse anser vi är ett viktigt ämne. För att barnmorskorna ska orka fortsätta och finna glädjen i det viktiga arbete de utför på våra förlossningsavdelningar runt om i Sverige. Traumatiska händelser kommer inte kunna undvikas men det stöd som verksamheten erbjuder efteråt kan förbättras, förslagsvis genom professionell handledning som visat sig vara efterfrågat bland barnmorskorna i vår studie.

Slutsats

I denna studie framkommer att de flesta förlossningsbarnmorskor som intervjuats upplevt känslor av oro, rädsla och sorgsenhet efter upplevda traumatiska händelser. Alla barnmorskorna har sökt stöd på egen hand hos kollegor efter upplevd traumatisk händelse. Barnmorskorna har även känt viktigt stöd i de fall de fått möta patienten i efterhand, där mötet ej varit av skuldbeläggande karaktär. Det finns en stor efterfrågan efter ytterligare avsatt tid för reflektion

och professionell handledning bland de intervjuade barnmorskorna. Alla barnmorskorna som intervjuades är positivt inställda till professionell handledning.

Klinisk implikation och vidare forskning

Resultatet i denna studie skulle kunna ses skapa ett incitament för förlossningsverksamheten att tillgodose barnmorskornas behov och efterfrågan av professionell handledning och reflektion efter upplevd traumatisk händelse. Både för barnmorskornas skull men också ur ett samhällsekonomiskt perspektiv för att behålla verksamma förlossningsbarnmorskor som finns i ett samhälle där det i dagsläget har blivit svårt att rekrytera barnmorskor till förlossningen. Det har inte bara betydelse ur ett samhällsekonomiskt perspektiv utan även för enskilda individer och miljön på arbetsplatsen. Vidare forskning skulle kunna vara en kvantitativ studie där det undersöks hur förlossningsbarnmorskor bearbetar traumatiska händelser och hur behovet av professionell handledning ser ut i resten av landet för att få en ökad bredd och tyngd av resultatet. I en sådan studie skulle det också kunna undersökas på ett mer systematiskt sätt hur bearbetning och professionell handledning är relaterat till “second victim”, “compassion fatigue”, att säga upp sig, PTSD-symptom.

Referenslista

1. International confederation of midwives. International code for ethics for midwives (Internet). Prag: International confederation of midwives; 2014 (uppdaterad 2014; citerad 2019-11-18). Hämtad från: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
2. Svenska Barnmorskeförbundet. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (Internet). Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet; 2018 (uppdaterad 2018-05; citerad 2019-11-07). Hämtad från: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>
3. Rice H, Warland J. Bearing witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery*. 2013;29(9):1056-63. Doi: 10.1016/j.midw.2012.12.003
4. Lundgren I. Vård vid normalt barnafödande. I: Berg M, Lundgren I, redaktörer. Att stödja och stärka vårdandet vid barnafödande. 2 rev. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 117-43.
5. Creedy DK, Sidebotham M, Gamble J, Pallant J, Fenwick J. Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;17. Doi: 10.1186/s12884-016-1212-5
6. Nordström L. Medicinska komplikationer hos kvinnan. I: Lindgren H, Christensson K, Dykes A-K, redaktörer. Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde. Lund: Studentlitteratur; 2016. s. 612-19.
7. Mollberg M. Skulderdystoci. I: Lindgren H, Christensson K, Dykes A-K, redaktörer. Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde. Lund: Studentlitteratur; 2016. s. 561-68.
8. Blennow M. Komplikationer hos det nyfödda barnet. I: Lindgren H, Christensson K, Dykes A-K, redaktörer. Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde. Lund: Studentlitteratur; 2016. s. 701-43.
9. Blennow M, Hagberg H. Fosterasfyxi. I: Hagberg H, Maršál K, Westgren M, redaktörer. Obstetrik. 2 rev. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014. s. 219-25.

10. Pettersson K, Stephansson O. Fosterdöd. I: Hagberg H, Maršál K, Westgren M, redaktörer. Obstetrik. 2 rev. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014. s. 465-69.
11. Våld och hot i arbetsmiljön. (AFS 1993:2) Solna. Arbetskyddsstyrelsens.
12. Andersson M. Vårdgivarens ansvar vid vårdskador (Internet). (okänd utgivningsort): Vårdhandboken; 2019 (uppdaterad 2019-10-30; citerad 2020-01-08). Hämtad från: <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/ansvar-och-regelverk/avvikelse--och-riskhantering/rapportera-och-anmala/>
13. Vårdhandboken. Lex Maria och lex Sarah: avvikelse- och riskhantering (Internet). (okänd utgivningsort): Vårdhandboken; 2019 (uppdaterad 2019-05-15; citerad 2019-11-28). Hämtad från: <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/ansvar-och-regelverk/avvikelse--och-riskhantering/lex-maria-och-lex-sarah/>
14. Sachs M A, Baehrendtz S, Sellgren S F, Ullsröm S, Øvretveit J. Personal som varit inblandad i vårdskador lämnas utan hjälp. Läkartidningen. 2013;110(11):550-2.
15. Beck C T, LoGiudice J, Gabel R K. A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: shaken belief in the birth process. J Midwifery Womens Health. 2015;60(5):16-23. Doi: 10.1111./jmwh.12383_2
16. Wahlberg Å, Sachs M A, Berg K J, Hallberg G, Jonsson M, Skoog A S, et al. Self-reported exposure to severe events on the labour ward among Swedish midwives and obstetricians: A cross-sectional retrospective study. Int J Nurs Stud. 2017;65:8-16. Doi: 10-1016/j.ijnurstu.2016.10.009
17. Egidius H. Sekundärt traumatiskt stressyndrom (Internet). Psykologiguiden; c 2019 (uppdaterad 2019; citerad 2019-12-19). Hämtad från: <https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon?Lookup=sekundär%20traumatisk%20stress>
18. Hildingsson I, Westlund K, Wiklund I. Burnout in Swedish midwives. Sex Reprod Healthc. 2013;4(3):87-91. Doi: 10.1016/j.srhc.2013.07.001
19. Wahlberg, Å. Second victims in Swedish obstetrics (Internet). Uppsala: ACTA universita tis upsaliensis; 2018 (uppdaterad 2018; citerad 2019-11-11). Hämtad från: <https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1187549/FULLTEXT01.pdf>
20. Wahlberg Å, Sachs M A, Berg K J, Hallberg G, Jonsson M, Skoog A S, et al. Post-traumatic stress symptom in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric

- event: a cross-sectional retrospective survey. BJOG. 2018;124(8):1264-71. Doi: 10.1111/1471-0528.1459
21. Austin W, Goble E, Leier B, Byrne P. Compassion Fatigue: The experience of nurses. Sex Reprod Healthc. 2013;4(3):87-91. Doi: 10.1016/j.srhc.2013.07.001.
 22. NE:s ordböcker. Ordboktjänst från NE (Internet). Malmö: NE; 2015 (uppdaterad 2015; citerad 2019-11-15). Hämtad från: <https://ne.ord.se>
 23. Egidius H. Posttraumatisk stressyndrom, PTSD (Internet). Psykologiguident: c 2019 (uppdaterad 2019; citerad 2019-12-19). Hämtad från: [https://www.psykologiguident.se/psykologilexikon/?Lookup=Posttraumatiskt%20stres syndrom](https://www.psykologiguident.se/psykologilexikon/?Lookup=Posttraumatiskt%20stres%20syndrom)
 24. Första hjälpen och krisstöd (AFS 1999:7). Solna: Arbetskyddsstyrelsen
 25. Arbetsmiljölagen (SFS 1997:1160). Stockholm: Sveriges Riksdag.
 26. Severinsson E, Lindström J.Handledning i vårdarbete: i ljuset av tillämpad hermeneutik. Lund: Studentlitteratur; 1993.
 27. Hermansen M V, Vråle G B, Carlsen L B. Omvårdnadshandledning. Lund: Studentlitteratur; 1994.
 28. Reinecker L, Jørgensen P S. Att skriva en bra uppsats. 4 rev. uppl. Stockholm. Liber, 2018.
 29. Kristensson J. Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso-och vårdvetenskap. Stockholm: Natur & Kultur; 2014.
 30. Lundman B, Graneheim U H. Kvalitativ innehållsanalys. I: Nielsen B H, Granskär M, redaktörer. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 3 rev. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2017. s. 219-34.
 31. Danielson E. Kvalitativ forskningsintervju. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2015. s. 163-74
 32. Henricson M. Diskussion I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2015. s. 471-79

33. Danielson E. Kvalitativ innehållsanalys. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2015. s. 329-43
34. Kerkman T, Dijkstra L M, Baas m, Evers R, van Pampus M g, Stramrood C. Traumatic Experiences and the midwifery profession: A cross-sectional study among Dutch midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2019; 64(4): s 435-42. Doi: 10.1111/jmvh.12946
35. Shrøder K, Jørgensen J S, Lamont R F, Hvidt N C. Blame and guilt – a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential consideration after involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016; 95(7): s 735-45. Doi: 10.1111/aogs.1289



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Till berörda vårdenhetschefer och verksamhetschefer på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Hallands sjukhus Varberg

Förfrågan om intervjuer med patienter

Vi är två barnmorskestudenter som genomför vår magister-uppsats i reproduktiv och perinatal hälsa. Vi skriver till Er med anledning av att vi i uppsatsen avser att studera barnmorskors upplevelser av att erhålla professionell handledning. Vi ämnar genomföra intervjuer av barnmorskor. Med detta brev önskar vi få tillåtelse att genomföra studien hos Er. Studien vänder sig till barnmorskor som arbetar på förlossningsavdelning via Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Hallandssjukhus Varberg.

Studiens bakgrund och syfte

Att vårda och stödja och vara närvarande som hälso- och sjukvårdspersonal vid traumatiska händelser har påvisats riskera att barnmorskan eller den som utför vården utvecklar traumatiska stressymptom. Barnmorskor som upplever stressymptom och tidiga till måttliga tecken på utbrändhet kan dra nytta av ett antal olika strategier i kombination såsom; fysisk träning, coachning och reflektion på kliniken.

Professionell handledning inom yrket har som syfte att stärka personens profession. Genom att erhålla handledning kan barnmorskan bearbeta personliga känslor och förhållningssätt för att sedan kunna binda dessa samman med teoretisk kunskap. Resultatet blir att patienterna blir vårdade av en barnmorska som har ett tydligt förhållningssätt vilket ökar vårdkvalitén. Syftet med studien är att belysa om det finns ett upplevt behov av att erhålla professionell handledning bland barnmorskor som arbetar på en förlossningsavdelning.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer av barnmorskor efter informerat samtycke. Intervjuerna kommer att ske på vald plats av barnmorskan. Beräknad tid för samtalet är cirka 30 minuter. Samtalet mellan intervjuare och barnmorska kommer att bestå av frågor som berör professionell handledning. Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Endast forskningspersonal som genomför studien samt ansvarig handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån EU regler (EUs dataskyddsförordning). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias. Deltagande i studien är helt frivilligt och barnmorskan kan när som helst välja att avbryta sin medverkan. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer och kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

Ansvariga för studien

Martina Hjerpe
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0735-309324
gusphjkpma@student.gu.se

Malin Ströby
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0761-666122
gustrmaag@student.gu.se

Handledare
Herborg Holter
Tel: 031-786 6367
herborg.holter@fhs.gu.se



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Samtycke till utförande av studie på berörd enhet/verksamhet

Härmed ger jag mitt samtycke till att studien genomförs enligt beskrivning ovan.

Enhet/Verksamhet:

Datum:

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvariga för studien

Martina Hjerpe
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0735-309324
gusphjkpma@student.gu.se

Malin Ströby
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0761-666122
gusstrmaag@student.gu.se

Handledare
Herborg Holter
Tel: 031-786 6367
herborg.holter@fhs.gu.se

Bilaga 2



Professionell handledning – en studie om barnmorskans upplevda behov.

Information till forskningspersonerna

Vi två barnmorskestudenter som vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. Du är barnmorska som arbetar på förlossningsavdelning och vill medverka i studien om professionell handledning.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Bakgrund

Att vårda och stödja och vara närvarande som hälso- och sjukvårdspersonal vid traumatiska händelser har påvisats riskera att barnmorskan eller den som utför vården utvecklar traumatiska stresssymptom. Barnmorskor som upplever stresssymptom och tidiga till måttliga tecken på utbrändhet kan dra nytta av ett antal olika strategier i kombination såsom; fysisk träning, coachning och reflektion på kliniken.

Professionell handledning inom yrket har som syfte att stärka personens profession. Genom att erhålla handledning kan barnmorskan bearbeta personliga känslor och förhållningssätt för att sedan kunna binda dessa samman med teoretisk kunskap. Resultatet blir att patienterna blir vårdade av en barnmorska som har ett tydligt förhållningssätt vilket ökar vårdkvalitén.

Syfte

Syftet med studien är att belysa om det finns ett upplevt behov av att erhålla professionell handledning bland barnmorskor på förlossningsavdelning.

Hur går studien till?

När du har gett ditt samtycke till att delta i studien, maila till någon utav nedanstående mailadresser så kommer vi sedan gemensamt överens om tid och plats för intervjun. Intervjun tar ca 30 min och kommer att spelas in med diktafon. Information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Deltagande i studien är helt frivilligt

och du kan när som helst välja att avbryta din medverkan. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Vad händer med mina uppgifter?

Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån EU regler (EUs dataskyddsförordning). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer och kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

Med vänliga hälsningar

Martina Hjerpe och Malin Ströby.

Ansvariga för studien

Martina Hjerpe
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0735-309324
gusphjkpma@student.gu.se

Malin Ströby
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0761-666122
gusstrmaag@student.gu.se

Handledare
Herborg Holter
Tel: 031-786 6367
herborg.holter@fhs.gu.se

Bilaga 3

Intervjuguide

Grundfrågor:

- Hur gammal är du?
- När blev du färdig barnmorska?
- Hur många år har du arbetat som barnmorska på förlossningsavdelning?

Öppningsfråga:

- Har du under dina verksamma år på förlossningsavdelningen upplevt en situation som varit svårt för dig att hantera? Berätta?

Övriga frågor:

- Om du har bearbetat situationen, hur har du bearbetat den?
- Hur mår du efter att denna situationen inträffat?
- Har situationen påverkat dig professionellt, om du finner dig i en liknande situation eller i andra situationer, vad är det som du upplever då?
- Har situationen påverkat dig personligen, vill du berätta?
- Kände du stöd från verksamheten? Vad bidrar verksamheten med för stöd?
- Tror du att professionell handledning hade varit ett bra stöd efter händelsen, vill du berätta varför du tror som du gör?

Innan vi avslutar denna intervju, är det något du önskar tillägga? Eller har vi glömt fråga dig om något?