



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Barnmorskors upplevelser av samarbete med obstetiker inom förlossningsvården

En intervjustudie

Författare: Lisa Larsdotter & Anna Simonsson

Handledare: Linda Kvist

Magisteruppsats

Januari 2016

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Avdelningen för omvårdnad  
Box 157, 221 00 LUND

# Barnmorskors upplevelser av samarbete med obstetrikern inom förlossningsvården

En intervjustudie

Författare: Lisa Larsdotter & Anna Simonsson

Handledare: Linda Kvist

Magisteruppsats

Januari 2016

## Abstract

**Bakgrund:** Läkare och barnmorskor ser olika på hur det gemensamma målet frisk kvinna, friskt barn och en för kvinnan positiv upplevelse av förlossningen ska uppnås.

**Syfte:** Att belysa barnmorskors upplevelser av samarbete med obstetrikern inom svensk förlossningsvård.

**Metod:** Intervjuer med barnmorskor från förlossningskliniker i södra Sverige genomfördes och analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Åtta kategorier organiserades i två teman: Interpersonella faktorer och Strukturella faktorer. Kategorierna var: *Respekt och kommunikation, Erfarenhet och personliga erfarenheter, Samarbetet påverkar patienter, Gemensamt mål- olika syn på hur målet skall uppnås, Barnmorskan försvarar sitt kompetensområde i en hierarkisk struktur, Ansvarsfördelning, Läkarens närvaro på avdelningen samt Ökat säkerhetstänkande.*

**Slutsats:** Samarbete bör uppmärksammas för att främja patientsäkerheten samt professionernas möjligheter att arbeta på lika villkor utifrån de respektive kunskapsområdena.

## Nyckelord

Samarbete, barnmorskor, obstetrikern, gemensamt mål, förlossningsvård

Avdelningen för omvårdnad  
Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Medicinska fakulteten  
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>PROBLEMBESKRIVNING</b> .....	<b>3</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>3</b>
Barnmorskors och obstetrikers professionella bakgrunder .....	4
Samarbete och konflikt historisk tid .....	5
Samarbete och konflikt i modern tid.....	5
Professionalisering och makt .....	7
<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<i>Specifika frågeställningar</i> .....	8
<b>METOD</b> .....	<b>8</b>
Urval av undersökningsgrupp .....	8
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument .....	9
Genomförande av datainsamling .....	9
Genomförande av databearbetning .....	9
<i>Steg ett - Transkribering</i> .....	9
<i>Steg två - Öppen kodning</i> .....	10
<i>Steg tre - Skapandet av underkategorier</i> .....	10
<i>Tabell 1. Exempel på öppen kodning och skapandet av underkategorier</i> .....	10
<i>Steg fyra- Kondensering från underkategorier till kategorier</i> .....	10
<i>Tabell 2. Exempel på kondensering från underkategorier till kategorier</i> .....	11
<i>Steg fem - Säkerställande av kategoriernas giltighet</i> .....	11
<i>Steg sex - Skapandet av teman</i> .....	11
<i>Tabell 3. Exempel på hela metodförandet</i> .....	12
<i>Steg sju - Skrivprocessen</i> .....	12
Etisk avvägning .....	12
<b>RESULTAT</b> .....	<b>13</b>
<i>Tabell 4. Slutgiltiga teman och kategorier</i> .....	13
Interpersonella faktorer .....	14
<i>Respekt och kommunikation</i> .....	14
<i>Erfarenhet och personliga egenskaper</i> .....	14
<i>Samarbetet påverkar patienter</i> .....	15
Strukturella faktorer .....	16
<i>Gemensamt mål - Olika syn på hur målet skall uppnås</i> .....	16
<i>Barnmorskan försvarar sitt kompetensområde i en hierarkisk struktur</i> .....	17
<i>Ansvarsfördelning</i> .....	19
<i>Läkarens närvaro på avdelningen</i> .....	20
<i>Ökat säkerhetstänkande</i> .....	21
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>22</b>
Diskussion av metod .....	22
Diskussion av resultat .....	24
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>29</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>30</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>33</b>
Intervjuguide .....	33

## PROBLEMBESKRIVNING

Sverige är globalt sett ett av de länder som har den säkraste förlossningsvården, en slutsats som dras utifrån att landet i jämförelsevis har en mycket låg maternell och neonatal dödlighet (Sveus, 2015; United Nations, 2015). Idag föds de allra flesta barn i Sverige på sjukhus där läkare och barnmorskor tillsammans ansvarar för förlossningsvården. De båda yrkesprofessionerna har till viss del vetenskapligt skilda bakgrunder. Barnmorskors forskning utgår förutom ifrån det medicinska paradigmet, även utifrån det mer tvärvetenskapliga forskningsområdet reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa inom omvårdnadsparadigmet. Barnmorskor och obstetiker bör emellertid sträva utifrån WHO:s riktlinjer mot ett gemensamt mål: en frisk mor och ett friskt barn samt en för kvinnan positiv upplevelse av förlossningen (WHO, 1996). Internationell forskning visar dock att barnmorskor och obstetiker inte alltid är överens om på vilket sätt det gemensamma målet ska uppnås (Downe, Finlayson och Fleming, 2010). Vidare har Keating & Fleming (2009) visat att barnmorskor upplever att de inte kan använda sin specifika kompetens fullt ut till följd av en medicinsk och hierarkisk struktur i förlossningsvården. Lane (2006) har å andra sidan visat att obstetiker anser att barnmorskor i vissa fall sätter patientsäkerheten på undantag i sin önskan att bedriva en förlossningsvård fri från medicinska interventioner.

På svenska Läkartidningens hemsida (Marions & Johansson, 2015) såväl som i Vårdförbundets tidning Vårdfokus (Wiklund, 2014; Westin, 2015) har det rapporterats att ett bristande samarbete barnmorskor och obstetiker emellan kan minska patientsäkerheten inom förlossningsvården. Det svenska forskningsläget gällande samarbete mellan barnmorskor och obstetiker är begränsat, varför föreliggande studie ämnar belysa detta närmre.

## BAKGRUND

Inom förlossningsvården arbetar idag läkare och barnmorskor tillsammans på förlossningsavdelningen och de bör sträva efter ett gemensamt mål formulerat utifrån WHO:s riktlinjer: frisk mor, friskt barn och samt en för kvinnan positiv förlossningsupplevelse (WHO, 1996). De två professionerna har olika kompetensområden men även skilda ansvarsområden där barnmorskor självständigt ansvarar för det som benämns normal

förlossning, men samarbetar med obstetrikern kring de födslar som kategoriseras som patologiska eller riskfyllda (Socialstyrelsen, 2006; Socialstyrelsen, 2008). För att avgöra vem som skall vara ytterst ansvarig görs idag på svenska sjukhus en bedömning vid ankomst till sjukhuset där förlossningen utifrån vissa kriterier klassificeras som ”lågrisk” eller ”inte lågrisk”.

van der Lee, Driessen, Houwaart, Caccia och Scheele (2013) menar att forskning som berör samarbetet mellan olika yrkesgrupper bör ta hänsyn till en historisk kontext eftersom denna kan påverka samarbetet i modern tid. Utifrån detta presenteras initialt barnmorskors och obstetrikers professionella utvecklingar ur ett historiskt perspektiv för att sedan övergå till en redogörelse över aktuellt läge.

## **Barnmorskors och obstetrikers professionella bakgrunder**

Höjeberg (2011) beskriver att jordmodern under sekler höll sin förlossningskonst dold för läkarvetenskapen och att den då präglades av en “blandning mellan hantverk, ritualer och magi”. Hon byggde sin kunskap på folklig läkekonst och hjälpte kvinnor med födelsekontroll och fosterfördrivning. Jordmoderns kunskap var således empirisk och grundad på erfarenhet och praktik. Under 1700- och 1800-talen startades en mer formell utbildning för barnmorskor och i takt med att den blev alltmer avancerad ökade avståndet till de traditionella hjälpkvinnorna. I samband med att barnmorskeförbundet bildades 1904 gick den gamla traditionen med hjälpkvinnor i graven (Höjeberg, 2011).

Enligt Winnick (2004) är obstetrikern, i jämförelse med barnmorskans, yrkesområde tämligen ungt och vann mark först under 1800-talet. Läkaren Johan von Hoorn, som brukar benämnas som den svenska förlossningskonstens fader, startade utbildningen för barnmorskor för att ge dessa en mer teoretisk bildning (Höjeberg, 2011). Detta skedde samtidigt som man i samhället ansåg det relevant att föra ut vetenskapliga landvinningar i riket och 1808 bildades Läkarsällskapet med detta ändamål (Nordfjell & Persson, 2004). Kvinnosjukdomar och förlossningskonst kom att bli deras första sektion och 1904 bildades SFOG – Svensk förening för gynekologi och obstetrik.

## **Samarbete och konflikt historisk tid**

Serafimerlasarettet i Stockholm som upprättades 1752 brukar beskrivas som den plats där de olika professionerna för första gången kom att arbeta tillsammans (Nordfjell & Persson, 2004). Ända fram till 1900-talet skedde dock fortsatt de flesta förlossningarna i hemmen och inte förrän på 1930-talet började allt fler kvinnor föda på sjukhus.

Barnmorskan, vars yrkesutövning historiskt huvudsakligen inte innefattat medicinska interventioner har strävat efter att behålla sitt perspektiv på förlossning som en naturlig händelse med en social och kulturell innebörd, medan läkarnas fokus i större grad har legat på att rädda kvinnors och barns liv (Winnick, 2004). Utifrån detta har flera forskare och författare beskrivit barnmorskors och obstetrikers parallella utvecklingar som kantade av konflikter (Winnick, 2004; Öberg, 1996; Höjeberg, 2011). De olika förhållningssätten till barnafödande har enligt Öberg (1996) genom årens lopp lett till intressekonflikter och motsättningar yrkesgrupperna emellan, där det medicinska paradigmet blivit allt mer dominant. Denna utveckling härleds bland annat till att obstetriker historiskt har lutat sig mot en egen teoretisk vetenskap medan barnmorskors yrkesutövande präglats av erfarenhetsbaserad kunskap. Öberg (1996) beskriver också att det sedan lång tid tillbaka i Sverige har funnits en stark önskan från barnmorskors sida att förbli en helt självständig profession i samma utsträckning som läkarna, men att de samtidigt har varit tvungna att förhålla sig till medicinska strukturer som har begränsat deras professionella möjligheter.

## **Samarbete och konflikt i modern tid**

En svensk studie författad av Larsson, Aldegarmann och Aarts (2007) visar att barnmorskor upplevde att dialogen med läkarna hade förbättrats genom åren och att diskussionerna ofta ledde till gemensamt fattade beslut. Detta härledde de till en förändrad maktbalans professionerna emellan med större andel kvinnliga läkare samt att läkarna generellt sett var yngre, vilket gjorde att deras förtroende för de äldre barnmorskorna ökade. Emellertid upplevde barnmorskorna att läkarna blivit mer involverade i vården av kvinnan vilket berodde på en ökning av medicinska interventioner. Detta ledde till en ökad konkurrens mellan obstetriker och barnmorskor samt att barnmorskorna kände att deras yrkesområde inskränktes.

Watson, Heatley, Kruske och Gallois (2012) intervjuade i sin studie från Queensland i Australien 281 barnmorskor, 35 obstetiker och 21 allmänläkare om deras uppfattning av samarbete och visade att alla strävade mot samarbete i vården av gravida och födande kvinnor, men att uppfattningen av vad samarbete var skiljde sig åt mellan professionerna. Downe, Finlayson och Fleming (2010) beskriver att en undersökning gjord i England visade att majoriteten av de tillfrågade läkarna till största del hade en positiv upplevelse av att samarbeta med barnmorskor, men att en fjärdedel också beskrev barnmorskor som respektlösa och ifrågasättande samt att hälften uppgav att det fanns kommunikationsproblem mellan underläkare och barnmorskor som behövde uppmärksammas. Downe et al. (2010) beskriver också forskning från Australien som föreslår att en del av detta problem kan orsakas av att finns en skillnad i vad barnmorskor tycker att läkarna borde lära sig och vad läkarna anser att de borde bli involverade i. O'Connell och Downe (2009) visar i en metasyntes av studier att barnmorskor å ena sidan hade en önskan att jobba utifrån ett holistiskt synsätt utan onödiga medicinska interventioner ("real midwifery"), men att de å andra sidan anpassar sig till en förhärskande medicinsk kultur, vilket bland annat berodde på att läkare var överordnade att fatta beslut om medicinska riktlinjer.

Under 2014 och 2015 rapporterade Vårdförbundets tidning Vårdfokus (Wikholm, 2014; Westin, 2015) om fall där bristande samarbete läkare och barnmorskor emellan lett till flertalet vårdskador, där bland annat ett foster dog. Sjukhuset fick där kritik av Ivo (Inspektionen för vård och omsorg) för en bristande teamsamverkan som lett till att barnmorskor hade tagit ett alltför stort ansvar och frångått gällande rutiner, bland annat genom att inte tillkalla eller samråda med ansvarig obstetiker, vilket härleddes till bristande läkarnärvaro under jourtid. Under april och maj månad 2015 uppstod även på svenska Läkartidningens hemsida en debatt med anledning av uppmärksammandet av en vårdskandal i Storbritannien där 11 barn och tre mammor dött under nio års verksamhet. Där menade debatterande läkare att den undermåliga vården i fallet i England delvis kunde härledas till ett bristande samarbete läkare och barnmorskor emellan, där barnmorskegruppen beskrevs som en starkt sammansvetsad enhet som i strävan efter att ge de födande kvinnorna en så naturlig förlossning som möjligt inte önskade medicinsk inblandning (Marions & Johansson, 2015). Läkarna menade dock att sannolikheten för att något sådant skulle kunna inträffa i Sverige är mycket låg, men att inget led i vårdkedjan får uteslutas för att säkerheten och kvaliteten på vården skall bibehållas. Svenska Barnmorskeförbundet svarade att de till fullo höll med om vikten av ett gott tvärprofessionellt samarbete men att det idag inte är en självklarhet att

vården som bedrivs är styrd av riktlinjer som barnmorskor varit med och tagit fram (Ahlberg, Nordlund, Weichselbraun & Wiklund, 2015).

## Professionalisering och makt

Svensson (1993) skriver att begreppet professionalisering kan användas för att beskriva en process där olika yrkesgrupper försöker stärka sin samhälleliga ställning i konkurrens med andra. En strategi för att uppnå detta kan vara att bygga upp en vetenskapligt grundad kunskapsbas för att på så sätt kunna kontrollera sina yrken själva. Ett nyckelbegrepp inom professionaliseringsteori är ”social stängning” som grundas på Webers monopoliseringsstrategi (Dælhen & Svensson, 2008). Social stängning innebär i praktiken att en yrkesgrupp genom exempelvis utbildning avgränsar sitt kunskapsområde tydligt för att monopolisera möjligheter. Detta leder till ett uteslutande av andra grupper, ofta närliggande yrkesområden med mindre kvalifikationsgrad (Dælhen & Svensson, 2008). Effekterna av en sådan stängning syns dels genom *exklusion* av andra genom exempelvis legitimering, eller genom *usurpation*, att man inkräktar på andras områden och försöker göra det till sitt eget (Dælhen & Svensson, 2008). Svensson (1993) menar att professionalisering av detta slag kan bidra till en ökad specialisering och försvårar helhetssynen inom vård och omsorg vilket i sin tur kan leda till en ogynnsam behandling av patienter. Yrkesgruppernas professionalisering kan också ses som ett uttryck för egenintresse och inte nödvändigtvis ett handlande utifrån tanken om patientens bästa.

Professionaliseringsteoretiker har också undersökt begreppet makt där Michel Foucault är en viktig inspirationskälla (Vågan & Grimen, 2008). Enligt Foucaults teoribildning ses inte makt som ett enskilt och avgränsat fenomen utan något som uppstår när två krafter möts och sätts i relation till varandra. Makt är således inget en person eller institution har utan snarare något som görs parterna emellan. I Foucaults tankevärld är makt därför allstädes närvarande och ligger som ett nät över alla relationer. Utifrån detta tankesätt blir det alltså inte relevant att undersöka vem som kan betraktas som ”makthavare” eller ”maktlös” eftersom makten är en praktik och en komplex strategi (Vågan & Grimen, 2008). Makt beskrivs som ett ömsesidigt förhållande mellan parter där den ena sidan försöker styra den andra sidans uppförande, som i sin tur agerar mot detta med egna maktstrategier, exempelvis genom att försöka påverka motpartens agerande. Detta benämner Foucault makt och motmakt. För att undersöka maktbegreppet blir det därför relevant att titta på hur vissa



handlingar eller praktiker strukturerar andra handlingar och praktikers utrymme (Vågan & Grimen, 2008).

## **SYFTE**

Syftet med föreliggande studie var att belysa barnmorskors upplevelser av samarbete med obstetiker inom svensk förlossningsvård.

### *Specifika frågeställningar*

- Hur upplevs samarbetet?
- Vilka faktorer har inverkan på samarbetet?

## **METOD**

Metoden som användes var kvalitativa intervjuer. Intervjuerna analyserades utifrån Burnard, Gill, Stewart, Treasure och Chadwicks (2008) modell för kvalitativ innehållsanalys. Tio barnmorskor intervjuades från tre olika kliniker i södra Sverige.

### **Urval av undersökningsgrupp**

Inklusionskriterierna var barnmorskor verksamma inom förlossningsvården i Sverige med minst ett års erfarenhet. Författarna rekryterade respondenter på tre kliniker i södra Sverige. Enhetscheferna på respektive avdelning fungerade som mellanhänder. Mellanhänderna skickade ut mail med informationsbrev samt projektplan till samtliga barnmorskor på förlossningsavdelningarna. Efter ett initialt mail och två påminnelsemail hade tio barnmorskor rekryterats. Författarna strävade efter att få en jämn fördelning vad gällde arbetsplats, ålder och erfarenhet. Det slutliga urvalet bestod av tio barnmorskor. Fyra barnmorskor rekryterades från var och en av de två större klinikerna samt två barnmorskor från en mindre klinik.

## **Forskningstradition och valt undersökningsinstrument**

Kvalitativa studier ämnar beskriva människors erfarenheter, upplevelser och uppfattningar av ett fenomen i en specifik kontext. Den kvalitativa ansatsen har en konstruktivistisk utgångspunkt, där verkligheten ses som subjektiv och kontextbunden (Polit & Beck, 2010). Då föreliggande studie ämnade belysa barnmorskors upplevelser valdes en kvalitativ intervjustudie som metod. En intervjuguide (bilaga 1) utformades med inspiration från Kvale & Brinkman (2014). Intervjuguiden testades vid en pilotintervju och bedömdes vara relevant för att besvara syftet med studien. Inga ändringar gjordes i intervjuguiden. Pilotintervjun gav ett rikt material varför denna togs med i studien. Databearbetning genomfördes enligt Burnard et al.'s. (2008) modell för kvalitativ innehållsanalys.

## **Genomförande av datainsamling**

Datainsamling genomfördes under november månad 2015. De flesta intervjuerna skedde på barnmorskornas arbetsplats, ofta i anslutning till ett arbetspass. En intervju genomfördes på ett bibliotek och en i respondentens hem. Intervjuerna hade intervjuguiden som underlag, men frågorna ställdes inte alltid i ordning då intervjun mer hade formen av ett samtal. Intervjuerna var omkring 50 minuter långa. Båda författarna intervjuade gemensamt under samtliga tillfällen, där författarna turades om att vara den som ledde samtalet. Intervjuerna spelades in efter respondentens godkännande.

## **Genomförande av databearbetning**

Nedan beskrivs den kvalitativa innehållsanalysen enligt Burnard et al. (2008).

### *Steg ett - Transkribering*

De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant i sin helhet. Materialet kom att omfatta 110 sidor text skriven med Arial stl.12, enkelt radavstånd.

### Steg två - Öppen kodning

Den transkriberade texten lästes igenom av författarna och öppna koder, det Burnard et al. (2008) kallar "initial coding framework", skrevs i marginalen till varje intervju. De öppna koderna innefattade all text och författarna gjorde öppna koder på hälften av intervjuerna var. Detta gjordes i datorn. Under kodningen skrevs memos ner i en anteckningsbok. De öppna koderna gavs färger, en färg för varje intervju. Färgläggningen gjorde att koderna i nästa steg enkelt kunde härledas till respektive intervju.

### Steg tre - Skapandet av underkategorier

Utifrån de öppna koderna skapades underkategorier, det som Burnard et al. (2008) kallar "final coding framework". Burnard et al. (2008) benämner det som kommer ut ur "final coding framework" för kategorier, men författarna valde att kalla dessa för underkategorier. Enligt Burnard et al. (2008) ska sedan alla öppna koder samlas på ett blankt papper och processen ska fortsätta därifrån. Författarna gjorde istället detta "final coding framework" på varje intervju för sig. Underkategorierna kom att bli 35 stycken. De färglagda koderna lades i ett nytt dokument under respektive underkategori. Tabell 1 visar exempel på öppen kodning samt hur de öppna koderna kondenserades till underkategorier.

**Tabell 1.** Exempel på öppen kodning och skapandet av underkategorier

Intervjutranskript	Öppen kodning	Underkategori
"Är det någon som ser ner på en som om man vore mindre vetande, då känns det inte lika kul längre." (Barnmorska 2)	Negativt om doktorn ser ner på barnmorskan	Brist på ömsesidig respekt
"... läkaren måste respektera oss i vårt kunnande och vi måste också respektera läkaren så att vi ändå har ett samarbete ihop." (Barnmorska 3)	Respekt från båda håll viktigt	Ömsesidig respekt
"Jag har ansvar för en normal förlossning...är det något som avviker och jag har kontaktat läkare och vill ha hjälp så lämnar jag över ansvaret på något sätt, i alla fall vid det tillfället." (Barnmorska 5)	Det finns en tydlig ansvarsfördelning mellan barnmorskor och läkare	Viktigt med tydliga ansvarsområden

### Steg fyra- Kondensering från underkategorier till kategorier

De 35 underkategorierna lästes och författarna slog ihop liknande underkategorier och skapade åtta mer övergripande kategorier. Underkategorier och kategorier presenteras i tabell 2. Eftersom underkategorierna blev till kategorier i resultatet, presenteras inte

underkategorierna som rubriker utan dess innehåll presenteras i löpande text under respektive kategori.

**Tabell 2.** Exempel på kondensering från underkategorier till kategorier

Underkategorier	Kategorier
Ömsesidig respekt Brist på ömsesidig respekt Teamarbete Gott samarbete Bristande samarbete	Respekt och kommunikation
Hierarkier och status Barnmorskor anpassar sig Barnmorskor gör motstånd Barnmorskan försvarar sitt kompetensområde Skydda normal förlossning Barnmorskerollen Prestige och konkurrens Tillåtande attityd underlättar samarbetet	Barnmorskan försvarar sitt kompetensområde i en hierarkisk struktur
Barnmorskans ansvar Definition av ansvar Läkarens ansvar Viktigt med tydliga ansvarsområden Viktigt med tydliga definitioner Svårt att bedöma normalitet	Ansvarsfördelning

### *Steg fem - Säkerställande av kategoriernas giltighet*

Enligt Burnard et al. (2008) är nästa steg att ge varje kategori en färg och att med färgade pennor färglägga hela det transkriberade materialet för att säkerställa att all data täcks av kategorierna. Detta steg rymdes inte inom tidsramen för föreliggande studie, varför detta steg uteslöts. För att garantera att all data täcktes gjordes istället vid skapandet av kategorier upprepade genomläsningar av texten och de öppna koderna för att säkerställa att kategorierna täckte materialets innehåll.

### *Steg sex - Skapandet av teman*

Kategorierna visade att det fanns olika faktorer som påverkade upplevelsen av samarbete och att dessa faktorer var på en interpersonell och en strukturell nivå, varför två övergripande teman skapades; *Interpersonella faktorer* och *Strukturella faktorer*. Tabell 3 visar ett exempel på hur hela metodförfarandet gick till.

**Tabell 3.** Exempel på hela metodförfarandet

Citat	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
<i>"... läkaren måste respektera oss i vårt kunnande och vi måste också respektera läkaren så att vi ändå har ett samarbete ihop."</i> (Barnmorska 3)	Respekt från båda håll viktigt	Ömsesidig respekt	Respekt och kommunikation	Interpersonella faktorer
<i>"När jag som barnmorska känner att jag har bra...eh...koll på vad mitt område är och jag jobbar ihop med en läkare som har bra koll på vad dens område är, så tycker jag att, det är ju då det fungerar bra."</i> (Barnmorska 7)	När respektive yrkeskategorier har koll på vad sitt område är fungerar samarbetet bra	Viktigt med tydliga ansvarsområden	Ansvarsfördelning	Strukturella faktorer

### *Steg sju - Skrivprocessen*

Utifrån kategorier och teman påbörjades skrivprocessen. Författarna hade under skrivprocessen en närhet till koderna och texten och citat hämtades från texten genom att söka i dokumenten på de koder som bäst fångade den beskrivna upplevelsen. Här gick författarna även tillbaka till skrivna memos för att besvara frågan på vad dessa upplevelser betyder och hur dessa kan tolkas. Dessa slutsatser skapade sedan underlag för diskussionen.

### **Etisk avvägning**

Kvale och Brinkman (2014) menar att det i samband med intervjuforskning kan uppstå etiska problem och att potentiella etiska frågor därför behöver diskuteras redan från början av undersökningen. De etiska avvägningar som gjorts inför genomförandet av föreliggande studie berörde på vilket sätt intervjuerna kunde komma att påverka informanterna. Författarna var medvetna om att de frågor som ställts om samarbetet med obstetriker kunde väcka tankar och känslor med påverkan av det dagliga arbetet och eventuellt de kollegiala relationerna som följd. Kvale & Brinkman (2014) menar att en forskningsintervju oundvikligen innefattar en viss maktasymmetri mellan intervjuare och informant. För att undvika att en sådan maktasymmetri blev alltför tydlig utformades därför intervjuguiden med öppna frågor och intervjuerna hade formen av ett samtal där informantens svar styrde och ledde samtalet

framåt. I juni månad 2015 gavs ett rådande yttrande med diarienummer 65-15 av Vårdvetenskapliga Etiknämnden vid Lunds Universitet. Innan påbörjad rekrytering av informanter kontaktades verksamhetschefer på respektive klinik som skriftligen gav sitt godkännande att studien genomfördes. Informanterna skrev i samband med studien på en blankett om informerat samtycke som innebär att undersökningspersonerna deltar frivilligt i projektet och har rätt att dra sig ur när som helst, detta i enlighet med forskningsetisk litteratur (Kvale & Brinkman, 2014). De inspelade intervjuerna förvaras i författarnas datorer dit obehöriga ej har tillgång. Informanterna garanterades konfidentialitet genom att resultatet presenteras oidentifierat samt att specifika händelser som kan härledas till informanten ej presenteras i resultatet. Författarna är medvetna om att deras egen förförståelse kan ha påverkat intervjuerna och därmed resultatet. Den egna förförståelsen innefattar bland annat att författarna själva är barnmorskestudenter och under verksamhetsförlagd utbildning har fått egna upplevelser av barnmorskors samarbete med obstetiker.

## RESULTAT

De intervjuade barnmorskorna hade mellan 3 och 37 års erfarenhet inom yrket och var mellan 34 - 61 år gamla. Analysen resulterade i två teman och åtta kategorier. Se tabell 4.

**Tabell 4.** Slutgiltiga teman och kategorier

Tema 1	Kategorier	Tema 2	Kategorier
<b>Interpersonella faktorer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respekt och kommunikation</li> <li>• Erfarenhet och personliga egenskaper</li> <li>• Samarbetet påverkar patienter</li> </ul>	<b>Strukturella faktorer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemensamt mål- olika syn på hur målet skall uppnås</li> <li>• Barnmorskan försvarar sitt kompetensområde i en hierarkisk struktur</li> <li>• Ansvarsfördelning</li> <li>• Läkarens närvaro på avdelningen</li> <li>• Ökat säkerhetstänkande</li> </ul>

## Interpersonella faktorer

### *Respekt och kommunikation*

Barnmorskorna upplevde att respekt och kommunikation var två viktiga faktorer för ett fungerande samarbete. Vid ett gott samarbete fanns en öppen kommunikation där utrymme gavs för diskussioner och där barnmorskan och obstetrikern lyssnade på varandra. Detta innebar också att de två yrkesgrupperna respekterade varandras kompetensområden.

*"...just att man visar respekt för varandra i situationen.... att man kan kommunicera, att det inte är liksom att nån bara kör över den andra och bara...utan att det är en kommunikation hela tiden (...) och det tycker jag faktiskt att min upplevelse är överlag." (Barnmorska 10)*

Denna ömsesidiga respekt ledde till att yrkesgrupperna kunde fatta gemensamma beslut som i en given situation ansågs vara det bästa för den födande kvinnan. Respekten innefattade även en tillit till varandra, vilket underlättades om barnmorskan och obstetrikern kände varandra.

*"Och då som sagt så tycker jag det är roligt att jobba. När man kan ha en dialog och ett utbyte av kunskaper. Och förlita sig till varandra. Och att de också förlitar sig på oss." (Barnmorska 2)*

Barnmorskorna upplevde att det ibland kunde finnas en brist på denna ömsesidiga respekt och öppna kommunikation, vilket kunde vara en källa till konflikter.

*"... där doktorn tyckte vi skulle göra det här och jag tyckte inte det, och vi diskuterade fram och tillbaka och... då sa ju jag att 'Nä, då får du göra det själv'. Och det gjorde han och det blev en navelsträngs prolaps. Och då kände man liksom, ja, det var ju det här du hade sagt, och det lär ju alla sig att man ska inte göra det (anm. amniotomi) på ett högt och rörligt huvud (...) då känner man liksom att, ah... varför lyssnade du inte här för det här vet vi ju sedan innan?" (Barnmorska 6)*

### *Erfarenhet och personliga egenskaper*

Den mest framträdande av de individuella faktorer som visade sig påverka samarbetet var erfarenhet. En oerfaren barnmorska upplevdes vara snabbare med att kontakta en obstetriker

medan en erfaren barnmorska vågade lita på de egna bedömningarna i större utsträckning. Detta menade vissa barnmorskor kunde leda till att mer erfarna barnmorskor lättare kunde hamna i konflikt med obstetrikern.

*“... om en äldre erfaren barnmorska tycker nånting och så håller inte doktorn med, där kan det ju verkligen bli lite mer konflikt, medan... hade jag då... nej, men då får man väl kanske lite mer, (...) rätta sig efter det då. Man (...) har ju inte riktigt på sig den stora kostymen (skrattar).”* (Barnmorska 1)

En oerfaren obstetriker upplevdes ibland osäker vilket kunde resultera i ett kontrollbehov från läkarens sida. Detta gjorde att obstetrikern ville vara insatt även i de patienter som barnmorskan ansåg att hen kunde hantera själv, vilket kunde leda till ett, enligt barnmorskans åsikt, påtvingat samarbete.

*“... men många nya doktorer som då... vill ha koll på allt och känner sig osäkra och vet inte riktigt var barnmorskan på rummet går för, då kan det bli lite sådant som kan skapa... konflikter.”* (Barnmorska 6)

Samarbetet påverkades även av obstetrikerns personlighet, där vissa obstetriker var lättare att samarbeta med än andra.

### *Samarbetet påverkar patienter*

Barnmorskorna upplevde att både barnmorskor och obstetriker ansåg att eventuella meningsskiljaktigheter som uppstod skulle lösas utanför förlossningsrummet, för att inte oroa eller förvirra kvinnan eller hennes partner. Detta upplevdes fungera väl och fokus från båda yrkesgruppernas håll var att ha ett professionellt förhållningssätt gentemot kvinnan.

*“... just sugklockor är min fasa, jag tycker att det är vidrigt på det där höga klockorna, och där kan vi hamna i konflikt ibland, men inte öppet inne hos patienten.”* (Barnmorska 8)

Barnmorskorna uppgav att de värnade om kvinnan och att förlossningsrummet skulle vara en lugn miljö för att kvinnan inte skulle störas i förlossningsförloppet. Vissa barnmorskor upplevde att obstetrikerna inte alltid hade samma inställning till detta. Detta exemplifierades med att obstetrikerna kunde komma in hastigt på ett rum och främst vara fokuserade på sin



uppgift, vilket kunde ge avkall på bemötandet av kvinnan. Detta förklarades av att obstetrikerna många gånger hade en hög arbetsbelastning.

*“... och ibland så blir man ju bara så ledsen när det kommer in en som bara stormar in utan att säga hej eller bu eller bä och inte presenterar sig, kastar sig i hennes vagina och liksom gör jobbet, det är... och då blir man lite ‘Det här är min kära kollega, doktor, och han ska hjälpa oss...’ ” (Barnmorska 5)*

## **Strukturella faktorer**

### *Gemensamt mål - Olika syn på hur målet skall uppnås*

Barnmorskorna upplevde att de två yrkesgrupperna har ett gemensamt mål med förlossningsvården. Målet var en frisk, trygg kvinna som födde sitt barn på det bästa och säkraste sättet, ett friskt barn och en positiv upplevelse för kvinnan. Vägen till detta gemensamma mål kunde dock skilja sig åt vilket berodde på att barnmorskor och obstetriker ibland hade olika syn på hur förlossningar bäst bör handläggas.

*“... ja för att man ska få en frisk kvinna och friskt barn, att man ska tror på födandet, att det är liksom kvinnan, kvinnor föder barn och har alltid gjort, och det är... de behöver inte se det som att det är något sjukligt, doktorn ser att kvinnan har ont - vi måste göra något åt det onda, för doktorn ska bota onda saker, något som gör ont, medan vi vet att: Ja, det gör ont att föda barn och hon kan få smärtlindring om hon behöver, medan om jag kan hjälpa och sitta hos henne så kan hon klara sig utan och då slipper det påverka barnet och förlänga förloppet och ja, allt det där.” (Barnmorska 6)*

En barnmorska ansåg dock inte att barnmorskor och obstetriker hade olika syn på förlossningar.

*“Jag menar, även om de vill veta vad det är för patienter på avdelningen, gröningar och... så tycker jag nog inte att de... inte sätter sig emot hur jag liksom behandlar en patient. Att koppla av henne från CTG och låta henne bada eller vara uppe eller gå ut och gå en runda eller... bestämma mig för att hon ska vara kvar när hon är i latensfas för att hon är orolig, ge*

*hennes morfin när jag ser att hon behöver det, alltså... om allting är normalt, det tycker jag inte att de sätter sig emot, nej, faktiskt inte.” (Barnmorska 4)*

Barnmorskorna härledde de, ibland förekommande, olika förhållningssätten till förlossning till professionernas olika typer av kunskap och erfarenheter inom yrket. Flera barnmorskor härledde obstetrikernas mer uttalade riskperspektiv till att de inte såg lika många normala förlossningar som barnmorskorna, utan att de framför allt tillkallades när någonting var avvikande. Barnmorskorna ansåg att de mer hade det normala för ögonen vid bedömning av en kvinna i förlossningsarbete.

*“... att vi barnmorskor ser så himla många förlossningar och vi vet att många saker händer och att det är normalt. Medans obstetrikerna inte ser det lika ofta. Där kan man ju till exempel ta det här med när en kvinna precis ska föda och det börjar strama väldigt mycket, att det är... på mitt jobb är det en del läkare då som säger ‘Nu lägger vi ett klipp för det stramar så mycket’, men jag vet ju att det stramar så mycket varje gång. Att det är helt normalt och att det inte blir någon jättestor bristning för den sakens skull. (...) Ja men det är ju en svårighet, att man har olika syn för att man har sett olika saker helt enkelt.”*

(Barnmorska 7)

Barnmorskans kunskap handlade mycket om att få en känsla för förlossningen, en “tyst” kunskap vilket flera barnmorskor kallade “intuition”. Denna fick barnmorskan av att vara hos kvinnan mycket under förloppet. I vissa situationer ansågs obstetrikern ha svårare för att göra en helhetsbedömning då hen inte följde förlossningen på lika nära håll.

*“... vi jobbar med patienterna och med samma sak kan man säga men vi har ju ändå olika... alltså som barnmorska är man ju mer inne hos patienterna och hinner få liksom en känsla för hur... hur hon har det och hur det kommer... hur förloppet kommer gå på något sätt. Det behöver inte alltid vara rätt, men man kan ha liksom en stark känsla av det, just för att man är inne hos patienten mycket mera. Obstetrikern är ju... kommer ju liksom och gör såhär punktinsatser.” (Barnmorska 4)*

### ***Barnmorskan försvarar sitt kompetensområde i en hierarkisk struktur***

Barnmorskorna beskrev att det fanns hierarkier som angav ramarna för samarbetet med obstetrikerna. Den hierarkiska strukturen inom förlossningsvården upplevdes som starkare för

20-30 år sedan, då läkarens status var högre i relation till barnmorskans. Vissa barnmorskor upplevde dock att hierarkierna fanns kvar, vilket inte var ett problem så länge det fanns respekt yrkesgrupperna emellan. Att det fanns en tydlig beslutsgång beskrevs av vissa barnmorskor som en trygghet, att i vissa situationer få möjlighet att överlämna ansvaret till en obstetriker. Vissa barnmorskor upplevde dock att hierarkierna kunde göra att barnmorskans kompetens nedvärderades.

*“Ja... längst ned är ju liksom undersköterskor som får anpassa sig efter vad barnmorskorna säger och sen är det barnmorskorna som då ska anpassa sig efter vad läkarna säger. Och jag kan känna att... att det som är väldigt sorgligt med det, det är ju att inte vi får använda liksom hela vår kompetens och att vår kompetens inte räknas. Vår kompetens räknas fram tills att en läkare blir inblandad och då räknas inte vår kompetens.”* (Barnmorska 9)

Barnmorskeyrket beskrevs som ett självständigt yrke, något som uppfattades som positivt. Flera barnmorskor gav dock exempel på hur denna självständighet var något som behövde försvaras i en hierarkisk struktur där obstetrikerns ord ofta vägde tyngre än barnmorskans. Barnmorskorna kände en rädsla för att deras ansvar skulle tas ifrån dem i en alltmer medikaliserad förlossningsvård och upplevelsen var att obstetrikern ibland “klampade in” på barnmorskans område.

*“Förlossningar är lite vårt territorium där vi ska sköta om den normala förlossningen, vilket kanske inte är så överallt i världen och det är någonting som vi värnar om.”* (Barnmorska 2)

Detta värnande eller försvarande av kompetensområdet hade två syften, dels att bevara den normala förlossningen för kvinnans bästa och dels rent professionella intressen från barnmorskornas sida. Det vanligaste uttrycket för detta var att barnmorskan initierade ett samtal med läkaren kring den aktuella situationen. Bland vissa barnmorskor fanns det en ovilja att informera obstetrikern om de lågriskkvinnor som var ineliggande på avdelningen. Andra menade att en tillåtande attityd mot obstetriker gav ett utbyte av kunskaper och främjade patientsäkerheten.

*“Vi jobbar ju för att det ska bli en bra upplevelse för kvinnan och att hon ska föda så bra, så normalt som möjligt och en fin bebis som ska komma, sen... att där är en doktor som vet om henne fast hon är så att säga helt normal, kan ju egentligen inte spela så stor roll.(...) Det*

*måste ju vara ett samarbete, vi jobbar ju på ändå på samma ställe. Så det vore ju förfärligt om vi skulle börja strida om våra grejer.”* (Barnmorska 3)

Sällsynt, men förekommande, var också att barnmorskan frångick riktlinjerna, exempelvis kunde oxytocindropp ibland sättas utan ordination. Andra exempel var att barnmorskan “inte hann” tillkalla läkaren vid sätesförlossning eller att kvinnan “råkade föda i badet”. Om obstetrikern ordinerade ett ingrepp som barnmorskan ansåg var felaktigt kunde även barnmorskan fransäga sig ansvaret och låta läkaren själv utföra detta.

*“Sätesförlossningar vill vi ju gärna förlösa vaginalt och så, men där kan man hamna i lite konflikt... och det tror jag har att göra med att de aldrig får träna det... (...) Här är det ju så att det ska alltid vara läkare med, om man nu hinna kalla dem i tid... (skratt)... det gör man ju inte alltid, nej, men det ska alltid vara läkare med.”* (Barnmorska 8)

Barnmorskorna uppgav samtidigt att de arbetade utifrån gällande riktlinjer även om de inte själva varit med och tagit fram dessa. Detta för att barnmorskan ville “ha ryggen fri” och skydda sin legitimation.

### *Ansvarsfördelning*

Överlag tyckte barnmorskorna att ansvarsfördelningen var välfungerande. Definitionen av den normala och den komplicerade förlossningen upplevdes i teorin som tydlig, vilket förenklades av att kvinnor vid ankomst till förlossningsavdelningen delades in i “lågrisk” eller “inte-lågrisk”. Vissa barnmorskor upplevde dock att det i praktiken fanns gråzoner i vad som var normalt och inte, något som kunde göra ansvarsfördelningen svårdefinierad.

*“Ja, alltså tittar man strikt på det så är det ju det, teoretiskt är det ju tydligt när man ska... konsultera en doktor, när man inte ska, men sen är det ju alltid ett gränsländ i praktiken beroende på situationen, hur fort det går, hur upptagna folk är och alltså sådana saker...”* (Barnmorska 10)

Barnmorskorna hade olika syn på obstetrikerns ansvar. Vissa barnmorskor menade att obstetrikern inte hade något ansvar för de patienter som hen inte var inblandad i, medan andra ansåg att läkaren hade ett övergripande medicinskt ansvar för alla inläggande kvinnor. Barnmorskorna beskrev situationer då obstetrikern, ofta till följd av att ha sett en misstänkt

CTG-kurva på expeditionen, kom in på ett förlossningsrum där barnmorskan stod och förlöste. Detta beskrevs som något problematiskt, där barnmorskorna kände att deras ansvar och kompetens ifrågasattes.

*"... är det gröna så heter det att det är barnmorska som sköter dem så länge som möjligt att de är gröna, så då ska inte doktorn dyka in i rummet för att CTG:n på kurvan där ute i expeditionen visar en deceleration, för att doktorn vet ju inte att kanske huvudet sår i genomskärning, och snart kommer bebisen..."* (Barnmorska 6)

Här skiljde sig dock barnmorskornas upplevelser åt, där en del inte ansåg det vara ett problem om obstetrikern kom in på rummet utan att barnmorskan bett om hjälp. Detta tolkades av vissa snarare som att läkaren tog sitt ansvar.

#### *Läkarens närvaro på avdelningen*

Barnmorskorna upplevde att samarbetet skiljer sig mellan olika arbetsplatser, där en avdelningskultur beskrevs ha inverkan på samarbetet. En del i detta var hur mycket obstetrikern var närvarande på avdelningen, vilket skiljde sig mellan avdelningar men även inom samma avdelning beroende på om barnmorskan arbetade dag eller natt. På natten var obstetrikerna inte lika närvarande på avdelningen, vilket gjorde att barnmorskorna på natten arbetade mer självständigt.

*"Nej de jourar ju. Man väcker ju inte för allt möjligt utan man försöker och lösa det själva i den mån det går. Så det är kollegorna man vänder sig till i första hand, om det inte är riktigt, jättepatologiskt, men är det något frågetecken så tar man och försöker lösa det själv."*

(Barnmorska 2)

De intervjuade barnmorskorna hade olika syn på hur närvarande de ansåg att obstetrikern skulle vara på avdelningen, där vissa tyckte att det hade varit bra om läkarna var mindre på avdelningen även på dagtid, eftersom barnmorskorna tenderade att bli osäkra på sina egna bedömningar om läkaren fanns tillhands att fråga. Vissa barnmorskor ansåg dock att det hade känts tryggt om det funnits fler obstetriker närvarande på avdelningen, även på jourtid.

*"...det optimala hade väl varit egentligen om det hade varit, om det hade funnits fler... mer pengar, fler tjänster och doktorer som var på förlossningsavdelningen kontinuerligt så att det*

*inte bara var så att de hade flera avdelningar samtidigt...nu är det väl mest så under jourverksamhet. Men verkligen då att man skulle lägga in krutet på att ha fler doktorer även under jourtid...(...) precis som vi är fullbemannade då också liksom. Det tycker jag hade känts tryggt...”* (Barnmorska 4)

Bland vissa barnmorskor fanns en önskan om en annan typ av organisering av förlossningsvården, där barnmorskeledda enheter kunde vara ett alternativ. Detta skulle innebära att barnmorskor sköter normala kvinnor på avdelningar som leds av barnmorskor, utan obstetriker närvarande.

### *Ökat säkerhetstänkande*

Barnmorskorna beskrev att en faktor som kommit att påverka samarbetet med obstetriker var ett ökat säkerhetstänkande inom förlossningsvården. Flera barnmorskor upplevde att det medicinska perspektivet i dagens förlossningsvård fått större utrymme än tidigare med ett mer begränsat ansvar för barnmorskor som följd. Detta exemplifierades bland annat med att födande kvinnor idag övervakas mer med CTG. Barnmorskorna upplevde att förlossningar tenderar att patologiseras i takt med att allt mer teknik införts och mer medicinska interventioner görs.

*“... och så blir det en deceleration, också ‘Oj, nu blev det en deceleration, då vågar jag inte koppla loss CTG, för nu har det faktiskt varit en deceleration’, så fortsätter du att köra två timmar och så kommer det en deceleration till precis lagom till när du kanske hade tänkt koppla loss CTG men då vågar du inte koppla loss den för den decelerationen, och så helt plötsligt tycker du plötsligt att ‘Mm, hon, har ju ändå haft en deceleration, kanske ändå skulle prata med doktorn om detta för säkerhets skull’ (...) och då kanske hon ‘Ska vi ta ett laktat för säkerhets skull, nu har vi faktiskt haft två decelerationer där’... hade vi inte kört de där CTG:erna där så hade vi aldrig sett de där decelerationerna och det kanske bara hade varit normalt för just den bebisen (...) och så slutar det kanske i värsta fall med en sugklocka eller ännu värre ett kejsarsnitt...”* (Barnmorska 3)

Införandet av centralövervakning av CTG beskrevs av flera barnmorskor som en källa till samarbetssvårigheter, då obstetrikerna ofta kom in på rummet utan att barnmorskan hade kallat. Någon barnmorska menade dock att detta i förlängningen hade lett till att en diskussion kring professionernas ansvarsområden kom till stånd vilket upplevdes som positivt. En annan

aspekt som togs upp var att riktlinjer idag är mer tydliga och strikta. Vissa uppgifter som barnmorskorna tidigare själva fått besluta om, som till exempel epiduralanestesi, oxytocindropp och morfin som smärtlindring, skulle numera ordineras av en obstetriker.

*“... och det kan man ju diskutera om det var bra eller ej, vi satte ju själva oxytocindropp när vi tyckte det behövdes, det är ju som det är med det kanske. Vi behövde inte springa och fråga hela tiden. Vi behövde ju inte kontakta om vi skulle lägga epidural och så, men jag tycker att vi har en ganska stor frihet, ett bra arbetsklimat för det mesta.”* (Barnmorska 8)

Vissa barnmorskor uttryckte en önskan om att utvecklingen istället skulle gå i motsatt riktning där barnmorskorna skulle få mer ansvar för medicinska interventioner, där bland annat utgångssugklocka och ultraljud vid vändningar nämndes som förslag.

## **DISKUSSION**

### **Diskussion av metod**

Metoden diskuteras utifrån Polit och Beck (2010), Burnard et al. (2008), Kvale och Brinkman (2014) samt utifrån Graneheim och Lundman (2003). Polit och Beck (2010) skriver att den kvalitativa ansatsen används då forskaren bland annat vill beskriva människors upplevelser av ett fenomen. Utifrån detta kan valet av ansats anses ändamålsenlig då föreliggande studie ämnade belysa barnmorskors upplevelser av samarbete med obstetriker. Kvalitativa studier kan ha olika design, bland annat observationsstudie, fokusgruppsintervjuer och enskilda intervjuer (Polit & Beck, 2010). Valet för föreliggande studie föll på enskilda intervjuer då författarna hade mest erfarenhet inom denna metod och då Kvale och Brinkman (2014) menar att enskilda intervjuer är en välbeprövad design för att beskriva upplevelser. Den valda ansatsen och designen kan därför anses öka tillförlitligheten med studien.

Kvalitativ innehållsanalys av intervjutranskript är en erkänd metod inom omvårdnadsforskning (Burnard et al., 2008). Författarna valde i föreliggande studie att intervjua barnmorskor. Att även intervjua obstetriker hade varit värdefullt, men rymdes inte inom tidsramen för studien. De breda inklusionskriterierna gav ett urval av barnmorskor med mellan 3 och 37 års erfarenhet, en bredd i erfarenhet som kan anses styrka trovärdigheten med

studien (Graneheim & Lundman, 2003). Barnmorskor med mindre än ett års yrkeslivserfarenhet exkluderades, vilket motiveras med att författarna strävade efter att barnmorskorna skulle ha viss erfarenhet inom yrket för att kunna ha några upplevelser att dela med sig av. Samtidigt var strävan att inkludera barnmorskor både med kortare och längre tids erfarenhet, varför detta exklusionskriterium valdes. Detta gjorde dock att nyfärdiga barnmorskors upplevelser gick förlorade. Studiens överförbarhet är begränsad till förlossningsbarnmorskor, eftersom barnmorskor inom andra områden uteslöts.

Att rekryteringen av barnmorskor tog tid skulle kunna tolkas som att intresset för ämnet är lågt. Detta kan också betyda att de barnmorskor som kom att ingå i studien har ett större intresse för ämnet än andra barnmorskor, vilket kan ha påverkat resultatet. Utifrån pilotintervjuns längd (55 minuter) och rika material, drog författarna slutsatsen att det inom tidsramen var möjligt att intervjua tio barnmorskor. Ett större urval hade potentiellt gett ett rikare resultat. Barnmorskor rekryterades från två större kliniker och en mindre klinik, vilket minskade risken för att eventuella kliniks specifika faktorer kunde påverka resultatet. Emellertid hade ett urval från fler kliniker ytterligare ökat trovärdigheten. Kvale och Brinkman (2014) skriver att en forskningsintervju oundvikligen innefattar en maktassymmetri som kan ge intervjupersonen en känsla av underläge vilket kan påverka svaren. I föreliggande studie intervjuade båda författarna på samtliga intervjuer, vilket kan ha gjort att en sådan maktassymmetri blev extra tydlig. Att intervjua gemensamt var emellertid ett sätt att säkerställa att intervjuerna genomfördes på ett likvärdigt sätt. Intervjuerna spelades in vilket också kan ha påverkat hur barnmorskorna uttryckte sig. Inspelning var dock en förutsättning för att ha något material att analysera.

Burnard et al's. (2008) analysmetod upplevdes av författarna som något otydlig vilket främst berodde på att modellen inte beskriver på vilken nivå forskaren ska tolka materialet i de olika stegen. Burnards et al's. (2008) modell utgår från en induktiv ansats, det vill säga att texten i sig själv ska vara talande och den enhet som analysen utgår ifrån. Utifrån detta arbetade författarna därför textnära i analysprocessen. Dock upplevdes steget där de öppna koderna skulle kondenseras till underkategorier (steg tre, "final coding framework") som problematiskt då författarna upplevde att detta steg lämnar mycket för forskaren själv att tolka. För att behålla materialet textnära gick författarna därför upprepade gånger igenom texten och koderna vid skapandet av underkategorier och kategorier. Författarna gjorde "final coding framework" på varje intervju för sig istället för att samla alla koder på ett blankt papper som Burnard et al. (2008) föreslår. Detta på grund av att materialet var stort och att det hade varit logistiskt svårt att få en överblick över alla koder i en utskriven form. Att



ovanstående steg modifierades samt att färgläggning av hela det transkriberade textmaterialet utslöts kan ses som en svaghet. Detta kompenseras dock till viss del genom den textnära analysprocessen. Författarna har ämnat visa på en transparens i metodförfarandet, vilket styrker trovärdigheten med studien (Graneheim & Lundman, 2003). Burnard et al's. (2008) och Graneheim och Lundman (2003) diskuterar kollegial granskning som ett sätt att öka kvalitativa studiers trovärdighet och de menar att värdet av en sådan granskning kan diskuteras då det inte går att säkerställa att en utomstående granskare gör detta mer korrekt än forskarna själva. Utifrån detta utslöts detta steg. Däremot granskade författarnas handledare hela processen i dess olika steg, även om inte en separat kodning och kategorisering gjordes av handledaren. Författarnas förförståelse innefattar bland annat att de själva är barnmorskestudenter och i vissa fall har upplevt att barnmorskor ser samarbetet med obstetriker som konfliktfyllt. Denna förförståelses potentiella inverkan på resultatet har det funnits en medvetenhet om under arbetets gång. Intervjuguiden utformades utan värdeladdade uttryck med indirekta och öppna frågor för att barnmorskorna skulle kunna formulera sina upplevelser fritt. Under skrivprocessens gång ämnade författarna med hjälp av citat påvisa de skilda upplevelser som barnmorskorna gav uttryck för.

## **Diskussion av resultat**

Resultatet visade att barnmorskor upplever att samarbetet med obstetriker påverkades av faktorer på en interpersonell såväl som på en strukturell nivå. Materialet visade på en variation av upplevelser från barnmorskornas sida, men vad som framstod som tydligast i en övergripande analys av innehållet är att barnmorskornas upplevelse av samarbete med obstetriker till stor del upplevdes som gott och välfungerande. Analysen av innehållet visade också att grundläggande förutsättningar för ett gott samarbete företrädesvis rörde de interpersonella faktorerna där *respekt och kommunikation* dominerar, vilket överensstämmer med forskning av Pullon (2008) och Weller, Boyd och Cummin (2014). En tillit till varandras kunskaper var också viktigt, vilket även Colter Smith (2014) lyfter fram som den allra viktigaste aspekten i samarbete. Salas, Sims och Burke (2005) menar också att tillit är avgörande då avsaknaden av detta gör att yrkesgrupperna istället lägger mycket tid och energi på att skydda, kontrollera och inspektera varandra hellre än att fokusera på att samarbeta.

En viktig del i samarbetet angavs också vara en tydlig *ansvarsfördelning* vilken barnmorskorna beskrev som välfungerande, även om de uppgav att det fanns gråzoner som

företrädesvis handlade om att det ibland var svårt att veta vad som betraktades som normal förlossning och inte.

Samtidigt som ett gott samarbete beskrevs, berättade även barnmorskorna om sådant som inte upplevdes som positivt och som kan tolkas som faktiska problem som i större utsträckning borde ha förskjutit upplevelsen åt ett mer negativt håll. På ett interpersonellt plan beskrevs det mest som en frånvaro av ömsesidig respekt och kommunikation, och att detta ibland kunde bero på en enskild obstetrikers personliga *egenskaper* där vissa beskrevs som lättare att samarbeta med än andra. Barnmorskorna beskrev också att *samarbetet påverkar patienterna*, där de ibland uppfattade att de fick skydda kvinnan från ett dåligt bemötande av läkare. Barnmorskorna uppgav att de fick värna om kvinnan och att förlossningsrummet skulle vara så lugnt som möjligt, då de upplevde att läkarna ibland "klampade" in och störde förlossningsprocessen. En möjlig anledning till att barnmorskorna upplevde att läkaren inte hade samma fokus på att behålla förlossningsrummet stilla kan eventuellt kopplas samman med att barnmorskorna uppgav sig ha en annan närhet till kvinnan och hennes förlossningsprocess. Läkarna, som i större utsträckning tillkallades för att göra punktinsatser kan möjligen haft svårare för att hinna skaffa sig denna helhetsbild.

På ett strukturellt plan handlade företrädesvis de exemplen som barnmorskorna angav om uppfattningen av en hierarkisk ordning och dess konsekvenser. Om vad detta innebar gick dock åsikterna isär; en del av de intervjuade barnmorskorna pratade om hierarkier där läkaren betraktades som överordnad medan andra beskrev att det kan vara positivt med en beslutsgång som gör att man kan lämna ifrån sig sitt ansvar och där *läkarens närvaro på avdelningen* sågs som en trygghet.

Således upplevde vissa att en hierarkisk organisation inte nödvändigtvis innebar ett underminerande av barnmorskans kunskap, medan andra kände sig trängda och icke jämställda läkarna. Den aktuella forskningen som funnits under arbetets gång stärker i större utsträckning den senare upplevelsen jämfört med den förstnämnda. Keating & Fleming (2007) såväl som O'Connell & Downe (2009) har visat att barnmorskor upplever att en hierarkisk och medikaliserad förlossningsmiljö försvårar för barnmorskan att utöva sitt yrke på det sätt hen önskar. Detta syns även i föreliggande studie där flera barnmorskor upplevde att det medicinska perspektivet i dagens förlossningsvård, framförallt i form av ett *ökat säkerhetstänkande*, fått större utrymme än tidigare med ett mer begränsat ansvar för barnmorskor som följd.

Keating och Fleming (2007) beskriver också att tidigare studier har visat att barnmorskor ibland undvek medicinska interventioner men "hemlighöll" detta för obstetriker.

I föreliggande studie påvisas under kategorin *Barnmorskan försvarar sitt kompetensområde i en hierarkisk struktur* att barnmorskan vid enstaka tillfällen undviker att tillkalla läkare vid situationer då hen enligt riktlinjer skulle ha gjort det, exempelvis vid sätesförlossning. Detta kan i enlighet med Keating & Flemings studie tolkas som ett sätt att motverka en ökad medikalisering och kringgå en obstetrisk dominans, något som barnmorskan gör både för att skydda det egna kompetensområdet men också för att bevara den normala förlossningen för i deras tycke, kvinnans bästa. Detta hade i föreliggande studie också med *erfarenhet* att göra, där de oerfarna barnmorskorna var mer benägna att följa riktlinjer noggrant än de erfarna. Detta kan möjligen bero på att en oerfaren barnmorska i första hand har teoretisk kunskap och riktlinjer att basera sina handlingar på, medan en mer erfaren även har sin mångåriga kunskapsbank som grund för sitt arbete.

En förklaring till upplevelsen av ett gott samarbete trots ovan nämnda olikheter och möjliga konflikter, kan vara närvaron av ett *gemensamt mål* vilket barnmorskorna upplevde att de två yrkesgrupperna delade då alla strävade mot en frisk mamma och ett friskt barn. Trots att vägen dit ibland kunde innebära meningsskiljaktigheter angående handläggning så kan det gemensamma målet ses som en sammanförande faktor. Denna analys ter sig dock inte tillräckligt djup för att förklara den något motsägelsefulla bild som framstår, där upplevelsen av ett gott samarbete samexisterar med uppfattningen om ojämlika strukturer. Ett verktyg för en djupare diskussion kan vara Michel Foucaults analys av begreppet makt (Vågan & Grimen, 2008). Många av barnmorskornas utsagor om hur de skyddade sitt kompetensområde i en hierarkisk struktur kan tolkas som att de på olika sätt gjorde motstånd, direkt eller indirekt. Det vanligaste var att barnmorskan tog diskussionen med läkaren och uttryckte sin åsikt. Emellertid beskrev barnmorskorna också att de ibland frångick riktlinjer. Att "stänga dörren" till förlossningsrummet beskrivs också som ett sätt att markera sitt eget ansvarsområde för att ifrågasätta läkares åsikt. Dessa mer "subtila" motståndshandlingar skulle i Foucaults teoribildning kunna kallas motmakt (Vågan & Grimen, 2008). Även om barnmorskor till en viss grad är styrda av en annan struktur än deras egen, innebär detta inte att de är maktlösa. Tvärtom kan barnmorskans agerande tolkas som ett eget sätt att utöva makt, och att läkarnas handlingar (exempelvis att involvera sig i normala förlossningar) då kan betraktas som motmakt. Lane (2006) har påvisat att obstetiker anser att barnmorskor ibland till förmån för den naturliga förlossningsprocessen bortser från de risker som förlossningar kan innebära, vilket ytterligare kan förklara det som barnmorskor i föreliggande studie uttryckt, att läkaren "klampar in" på barnmorskans område. Obstetrikerns handlande kan då förstås både som ett intrång i barnmorskans professionsutrymme, men också som ett sätt att precis som

barnmorskan värna sitt eget kompetensområde. I föreliggande studie beskrevs oerfarna läkare på grund av osäkerhet vara mer benägna att agera på detta sätt, vilket även kan förstås som att läkaren, liksom barnmorskorna, hade ett behov av att skydda sin legitimation.

Foucaults analys av maktbegreppet (Vågan & Grimen, 2008) hjälper oss alltså att få syn på en annan ordning, som kan förklara varför barnmorskor ändå tycker att samarbetet fungerar väl, eftersom makten är något som pendlar fram och tillbaka. Även om det finns en organisation som sanktionerar ett större utrymme för läkarkåren att fatta beslut som i juridisk mening inte kan påverkas av den andra professionen, så balanserar barnmorskorna förmodligen detta genom sina egna strategier. Därav kan uttrycken försvara, skydda och värna ses som ett sätt att bibehålla sitt eget utrymme, stärka sin profession och själva styra vården, något som kan betraktas som ytterligare en skyddande faktor för upplevelsen av ett gott samarbete.

Ett annat sätt att förstå hur barnmorskor, trots en hierarkisk struktur, kan uppleva att det finns ett gott samarbete är att betrakta hur barnmorskor anpassar sig efter en medicinsk norm. Såväl O'Connell och Downe (2009) som Keating och Fleming (2007) visar att det inte bara är läkarna som styr vården åt ett medicinskt håll, utan även barnmorskor själva. Denna anpassning borde utifrån barnmorskors strävan att bibehålla normalitetsperspektivet på förlossning vara kontraproduktiv, men tjänar förmodligen som syfte att balansera maktförhållandena. Anpassning kan då också tolkas som en professionaliseringsstrategi. Social stängning beskrivs av Dælhen och Svensson (2008) som ett sätt att försöka stärka sin ställning i konkurrens med andra, där exklusion är den delstrategi som företrädesvis använts av läkare gentemot barnmorskor genom exempelvis legitimering och akademisering. Emellertid har även barnmorskor historiskt sett använt exklusion gentemot traditionella hjälpkvinnor, och praktiserar i nutid detta gentemot barnsköterskor. Utifrån det Svensson (1993) beskriver kan barnmorskans "anpassningshandlingar" emellertid bäst förstås som usurpation, vilket innebär att man går in på andras områden och försöker göra det till sitt eget. Vissa barnmorskor i föreliggande studie uttryckte önskemål om att få använda sig av ytterligare medicinska interventioner, exempelvis sugklocka och ultraljud vid vändningar. Då föreliggande studie skrivs har det på många förlossningskliner nyligen införts nya rutiner om administrering av oxytocindropp med följderna att det numera krävs en läkarordination. Anledningen till att detta var att barnmorskorna upplevdes sätta dropp för lättvindigt. Denna förändring uppfattade de intervjuade barnmorskorna generellt som negativt, även om de uppgav att användandet av oxytocindropp hade minskat sedan denna riktlinje infördes. Detta ställt mot det faktum att barnmorskan säger sig vilja försvara normal förlossning gör att

författarna ställer sig frågan om barnmorskor ibland istället handlar utifrån ett professionaliseringstänkande, då detta också kan förstås som en önskan om ett bibehållet (eller som ovan, ökat) utrymme på ett medicinskt område.

Sammanfattningsvis visar föreliggande studie att barnmorskor i hög grad upplever att det finns ett gott samarbete med obstetriker, även om problem existerar, vilka företrädesvis härleds till en hierarkiskt organiserad förlossningsvård. En teoretisk maktanalys av innehållet visar också att barnmorskorna använder sig av strategier för att skydda sin upplevelse av ett gott samarbete. Det är sannolikt att dessa maktstrategier tjänar som syfte att försvara en position som historiskt sett varit utsatt, men kan också bidra till att professionerna polariseras än mer. Även det faktum att professionaliseringsstrategier förekommer menar författarna riskerar att påverka samarbetet med negativa konsekvenser för patientsäkerheten.

Befintlig forskning beskriver tydligt barnmorskors upplevelser av marginalisering och deras profession som hotad (Keating & Fleming, 2007; O'Connell & Downe, 2009; Lane, 2006; Winnick, 2004) och det kan inte förnekas att historien om barnmorskeyrkets utveckling väl illustrerar en samhällelig sådan med kvinnoförtryck och paternalism (Höjeberg, 2011; Öberg, 1996). Författarna menar dock att det kan finnas en vinst i att se saker med nya ögon. Genom Foucaults maktanalys (Vågan & Grimen, 2008) ser vi att barnmorskan har (är?) makt och möjlighet att påverka vården och således är aktiva agenter i förlossningsdiskursen. Därför menar författarna att fortsatt tala om läkarkåren som förtryckare och medicinen som marginaliserande inte är konstruktivt, utan att ett nytt förhållningssätt bör utvecklas. Att "slå sig fri" från historien kan dock vara lättare sagt än gjort. van der Lee et al. (2013) beskriver de historiska samarbetsproblemen som så djupt implementerade i professionernas yrkesgrunder att de har lett till en tillitsbrist som ibland kan vara svår att adressera och därför förhindrar ett effektivt samarbete. Emellertid tror författarna till föreliggande studie att djupare utforska och förstå vad samarbete innebär kan vara en möjlig strategi för att få till stånd ett mer jämlikt samarbete. Ett ökat fokus på en förståelse och respekt för varandras perspektiv och kunskapsområden torde vara mer fruktbart än att samarbetet fortsatt betraktas ur ett konfliktperspektiv eftersom det snarare kan förstärka ett möjligt revirtänkande. Detta antagande kan betraktas som välgrundat då flertalet studier visar på vikten av ömsesidig tillit yrkesgrupper emellan vad gäller ett gott samarbete.

Enligt Salas et al. (2005), skapare av "Big Five model of teamwork", är begreppet *shared mental models* en viktig och understödande mekanism för effektivt samarbete generellt och för hälso- och sjukvården specifikt. Shared mental models framstår vid sökning i databaser som ett välbeforskat koncept med stor relevans för samarbete och McComb och

Simpson (2013) beskriver att det blir alltmer förekommande. Shared mental models definieras av McComb och Simpson som ”kunskapsstrukturer som hjälper teammedlemmar att samarbeta” och beskrivs av Weller, Boyd och Cummin (2014) leda till en gemensam förståelse av situationen, plan för åtgärder och individens roll och uppgift i teamet. Måhända kan detta koncept för att förbättra samarbetet mellan barnmorskor och obstetrikere te sig något simpelt med tanke på den komplexitet som finns beskrivet i deras professionella relation. Emellertid menar McComb och Simpson (2013) att shared mental models innebär att man måste kommunicera med och förstå sin samarbetspartners perspektiv, vilket öppnar upp för att professionernas kunskaper bör utforskas sinsemellan.

Andra tankar om vad som kan leda till att shared mental models skapas skulle kunna vara att akademiska kurser lästes tillsammans eller att förlossningsorganisationen gav utrymme för undervisning av varandra utifrån professionsspecifik kunskap. Författarna tror att detta kan medföra att professionerna kan behålla sina kompletterande perspektiv men samtidigt närma sig varandra. Detta kan leda till att en ännu högre patientsäkerhet uppnås genom att ett samarbete som är mer jämställt och där allas kunskap betraktas som likvärdig, utvecklas.

## **SLUTSATS**

Samarbete behöver uppmärksammas mer inom förlossningsvården för att motverka konflikter och främja patientsäkerheten. Såväl barnmorskor som obstetrikere är aktiva agenter i denna process. De strukturer som kan ge barnmorskan upplevelsen av att vara marginaliserad i sin yrkesroll bör utforskas, exempelvis genom att även intervjua läkare om deras upplevelser av samarbetet med barnmorskor. Vidare kan begreppet shared mental models kan vara ett sätt att i praktiken utveckla samarbetet samtidigt som en större teoretisk förståelse för varandras kunskaper och perspektiv uppnås.

## REFERENSER

Ahlberg, M., Nordlund, E., Weichselbraun, M., & Wiklund, I. (2015, 11 maj). God förlossningsvård kräver tvärprofessionellt samarbete. *Läkartidningen*, 112, DHUY. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2015/05/God-forlossningsvard-kraver-tvarprofessionellt-samarbete/>.

Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204, 429-432.

Colter Smith, D. (2014). Midwife-Physician Collaboration: A conceptual framework for interprofessional collaborative practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60, 128-139.

Downe, S., Finlayson, K., & Fleming, A. (2008). Creating a Collaborative Culture in Maternity Care. *Journal of Midwifery Women's Health* 55, 250–254.

Dæhlen, M., & Svensson, L.G. (2008). Profesjon, klasse og kjønn. I A. Molander & L.I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (pp 119-129). Oslo: Universitetsforlaget.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Höjeberg, P. (2011). *Jordemor, barnmorska och barnaföderska: Barnafödandets historia i Sverige*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Keating, A., & Fleming, V. (2009). Midwives' experiences of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective. *Midwifery*, 25, 518-527.

Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lane, K. (2006). The plasticity of professional boundaries: A Case Study of Collaborative Care in Maternity Services. *Health Sociology Review* 15, 341–352.

Larsson, M., Aldergarmann, U., & Aarts, C. (2009). Professional role and identity in a changing society: Three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery* 25, 373–381.

Marions, L., & Johansson, S. (2015, 4 april). Transparent teamarbete krävs för säker förlossningsvård. *Läkartidningen*, 112, DFHP. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Kommentar/2015/04/Transparent-teamarbete-kravs-for-saker-forlossningsvard/>

McComb, S., & Simpson, V. (2013). The concept of shared mental models in health care collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 70, 1497-1488.

Nordfjell, A., & Persson, E. (2004). Samverkan mellan läkare och barnmorskor. I B. Lindberg (Red.), *Svensk kvinnosjukvård under ett sekel* (pp. 35-43). Uppsala: Almqvist & Wiksell.

O'Connell, R., & Downe, S. (2009). A metasynthesis of midwives' experience of hospital practice in publicly funded settings: compliance, resistance and authenticity. *health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 13, 589-609.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Pullon, S. (2008). Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 22, 133 – 147.

Salas, E., Sims, D.E., & Burke, C. (2005). Is there a big five in teamwork? *Small Group Research*, 36, 555-599.

Socialstyrelsen (2008). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringsstjämgöring (SOSFS 2008:17). Hämtad 2015-12-16 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-17>

Socialstyrelsen (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (2006-105-1). Hämtad 2015-12-16 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/barnmorskan/>

Svensson, R. (1993). *Samhälle, medicin och vård. En introduktion till medicinsk sociologi*. Lund: Studentlitteratur.

Sveus (2015). *Värdebaserad uppföljning av förlossningsvård – analys från framtagande av nya uppföljningssystem*. Hämtad 2015-12-09 från [http://www.sveus.se/documents/files/Vardebaserad\\_uppfoljning\\_av\\_forlossningsvard.pdf](http://www.sveus.se/documents/files/Vardebaserad_uppfoljning_av_forlossningsvard.pdf)

United Nations (2015). *Millenium Development Goals Indicators*. The official United Nations site for the MDG indicators. Hämtad 2015-12-16 från <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=553>.

Van der Lee, N., Driessen, E.W., Houwaart, E.S., Caccia, N.C., & Scheele, F. (2013). An examination of the historical context of interprofessional collaboration in Dutch obstetrical care. *Journal of Interprofessional Care*, 1–5. doi: 10.3109/13561820.2013.869196

Vågan, A., & Grimen, H. (2008). Profesjoner i maktteoretiskt perspektiv. I A. Molander & L.I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (pp. 411-428). Oslo: Universitetsforlaget.

Westin, J. (2015, 17 november). *Allvarliga brister inom Göteborgs förlossningsvård*. Hämtad från <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2015/november/allvarliga-systembrister-vid-goteborgs-forlossningsvard/>

Weller J., Boyd M., & Cumin D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Medical Journal*, 90, 149–154.



Wikholm, C. (2014, 23 juli). *Trots flera allvarliga fall – inga förbättringar på förlossningen i Mölndal*. Hämtad från <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2014/juli/trots-flera-allvarliga-fall--inga-forbattningar-pa-forlossningen-i-molndal/>

Watson, B.M, Heatley, M.L., Kruske, S.G., & Gallois, C. (2012). An empirical investigation into beliefs about collaborative practice among maternity care providers. *Australian Health Review*, 36, 466–470.

World Health Organisation (1996). *Care in normal childbirth: a practical guide*. *Safe Motherhood, Family and Reproductive Health*, World Health Organization, Geneva, Switzerland. Hämtad 2012-12-16 från [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_frh\\_msm\\_9624/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/)

Winnick, T. A. (2004). Delivery: Gender and the language of birth. I M. Texler Segal, V. Demos, & J. Jacobs Kronenfeld (Red.) *Gendered Perspectives on Reproduction and Sexuality* (pp. 51-85). Hämtad 2015-10-16 från <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1016/S1529-2126%2804%2908003-8>.

Öberg, L. (1996). *Barnmorskan och läkaren. Kompetens och konflikt i svensk förlossningssjukvård 1870-1920*. Stockholm: Ordfronts förlag.

# Bilaga 1

## Intervjuguide

### **Inledande frågor**

*Hur gammal är du?*

*Hur länge har du arbetat som barnmorska?*

### **Övergripande forskningsfråga**

*Vill du berätta för mig om din upplevelse av att samarbeta med obstetriker inom förlossningsvården?*

### **Indirekta frågor**

*Hur ser du på den rådande ansvarsfördelning som finns idag mellan barnmorskor och obstetriker?*

- *Skulle du vilja att det såg ut på något annat sätt?*

*Hur ser du på ditt eget ansvar som barnmorska?*

*Upplever du att barnmorskor och obstetriker har olika syn på hur en förlossning ska handläggas?*

- *Vad kan detta få för positiva eller negativa konsekvenser i kliniskt arbete?*

*Upplever du att barnmorskor och obstetriker arbetar mot samma mål?*

*Upplever du att patienter påverkas av hur samarbetet mellan barnmorskor och obstetriker fungerar?*

*Finns det skillnader i vad en barnmorska anser är en normal förlossning och vad en obstetriker anser?*

*Under din tid som barnmorska, har du upplevt någon förändring i hur en förlossning handläggs?*

### **Exempel på specificerande frågor:**

*Hur agerade du i den situationen du nyss berättade om?*

### **Exempel på sonderande frågor:**

*Vill du berätta mer om det du nyss sa?*

*Har du fler exempel på det du nyss sa?*