



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Förlösande barnmorskors upplevelse av stöd i samband med kritiska situationer.

- En intervjustudie

Författare: Madelene Middelboe, Negin Mishel Ghashghaei

Handledare: Elizabeth Crang Svalenius

Magisteruppsats

Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad,
radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Förlösande barnmorskors upplevelse av stöd i samband med kritiska situationer.

- En intervjustudie

Författare: Madelene Middelboe, Negin Mishel Ghashghaei

Handledare: Elizabeth Crang Svalenius

Magisteruppsats

Hösten 2017

Abstrakt

Bakgrund: Att vara med om en kritisk situation i samband med förlossning kan ha stark känslomässig effekt på barnmorskan. Konsekvenser av den psykiska ohälsan kan vara stora både för barnmorskors personliga samt professionella välbefinnande. **Syfte:** belysa barnmorskors upplevelse av stöd vid för dem en kritisk situation för att klargöra behov av bearbetningshjälp. **Metod:** femton barnmorskor intervjuades på två förlossningsavdelningar i södra Sverige. Intervjuerna varade mellan 18–60 minuter och analyserades med Burnads innehållsanalys. **Resultat:** visar på stor önskan om stöd och bearbetningshjälp av kritiska situationer bland barnmorskorna. Dessa kategorier framkom: *Kollegialt stöd, Strukturellt stöd, Arbetsmiljö och Ledarskap* samt *Barnmorskans personliga egenskaper* **Konklusion:** Genom att möjliggöra bearbetning i anslutning till arbetsplats och arbetstid kan utveckling främjas för barnmorskorna samt patientsäkerheten förbättras.

Nyckelord

Kritiska situationer, Förlösande barnmorskor, Upplevelse, Stöd,

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	6
Kritiska situationer	6
Krisstöd	6
Krisens förlopp	7
Barnmorskans profession	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	9
Undersökningsinstrument	10
Genomförande av datainsamling	11
Genomförande av databearbetning	11
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	14
Kollegialt stöd	15
Att bli sedd	15
Psykosociala stämning mellan kollegor	15
Strukturellt stöd	16
Reflekterande samtal	16
Önskan om mentorskap	17
Behov av handlingsplan	17
Professionellt samtalsstöd	17
Kristeam	18
Arbetsmiljö och ledarskap	18
Bristande resurser	19
Ledarskapets roll vid kritiska situationer	20
Barnmorskans personliga egenskaper	21
Barnmorskans sociala nätverk	21
Tidigare erfarenheter av kritiska situationer	21
Barnmorskans uppföljning av den kritiska situationen	22
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	25
Vikten av insatser i arbetsmiljön	25
Kollegialt stöd som det första tillgängliga stödet på arbetsplatsen	27
Strukturellt stöd	27

Ledarskapsroll som ett centralt tema i krishantering	29
Krishantering på ett personligt plan	30
Konklusion och implikationer	31
Referenser	32
Bilaga 1 (1)	37

Problemområde

Att som barnmorska följa en kvinna med traumatisk förlossning eller vara med om en situation som upplevs kritisk för barnmorskan i samband med en förlossning kan ha stark känslomässig effekt på henne. Detta kan leda till posttraumatisk stress syndrom, PTSD, trötthet och utbrändhet hos barnmorskor (Leinweber & Rowe, 2010). Konsekvenser av den psykiska ohälsan hos barnmorskor kan vara stora både för deras personliga samt professionella välbefinnande.

Resultatet i en studie av Sheen, Spiby och Slades (2016) visade på att brister i resurs och hög arbetsbelastning ledde till känsla av kontrollförlust hos barnmorskorna vilket bidrog till en negativ upplevelse av den kritiska situationen. Hälso- och sjukvårdspersonal upplever att de har för hög arbetsbelastning och 69 procent av de med specialistutbildning upplever arbetet som psykiskt påfrestande, bland annat på grund av inträffade kritiska situationer på sin arbetsplats och negativ stress (Arbetsmiljöverket, 2016).

Ovanstående visar på att barnmorskors hantering av en kritisk situation blir än mer svår med tanke på hög arbetsbelastning och resursbrist samt att de bär denna erfarenhet med sig till nästa situation. Det är därför viktigt att undersöka hur de barnmorskor som arbetar inom förlossningsvården upplever stödet för bearbetning av kritiska situationer och hur de önskar få hjälp med bearbetningen för att motverka psykisk ohälsa som en konsekvens av obearbetade negativa känslor.

Bakgrund

Kritiska situationer

Kritisk situation definieras som en plötslig och oväntad förändring som leder till en svår negativ händelse (Malmqvist & Lundh, 2016). Det härstammar från ordet kris som innebär en mycket allvarlig händelse eller livshotande försämring av tex sjukdomstillstånd eller händelseförlopp, vilket kan leda till en krisreaktion hos den som drabbas eller är närvarande. En krisreaktion uttrycks oftast som en känsla av otillräcklighet som utlösts av en föregående kritisk situation eller svårt fysiskt eller psykiskt trauma (ibid.).

I en studie gjord av Sheen, Spiby och Slade (2016) fick barnmorskor beskriva vad de ansåg vara traumatiska situationer. Studien genomfördes i England via enkäter där totalt 421 barnmorskor svarade genom skriftliga berättelser av situationer. Barnmorskorna upplevde en traumatisk situation som något oväntat, plötsligt och allvarligt som inträffade och kunde involvera flera olika komplikationer. Det kunde även vara en situation som ansågs svår att kontrollera och ofta ledde till negativa eller bestående konsekvenser. (ibid.).

Trauma och förlust är en fundamental sida av barnmorskans roll som kan upplevas påfrestande och oroväckande av barnmorskor (Leinweber & Rowe, 2010). Kritiska och traumatiska situationer inom förlossningsvården går att förhindra till viss del men det kommer alltid att finnas tillfällen där det inträffar ändå (Behruzi et al., 2009). Då det inte finns en konkret definition av kritisk situation kommer respondenterna i studien själva beskriva vad en kritisk situation är för dem.

Krisstöd

Krisstöd definieras som allt medmänskligt, praktiskt, psykologiskt och socialt stöd som olika samhällsinstanser förmedlar i samband med allvarliga händelser (Socialstyrelsen, 2008). En annan definition av krisstöd är att det omedelbara omhändertagandet av en person i kris sker i form av till exempel avlastningssamtal samt eventuella efterföljande professionella insatser (AFS, 1999). Syftet med krisstöd är att förebygga utveckling av stressrelaterade psykiska besvär, både genom att försöka öka motståndskraften och att öka förmågan till återhämtning (Ursano, 2007). Målet med tidiga krisstödsinsatser bör vara att förebygga att de drabbade utvecklar en känsla av att inte själva kunna klara av situationen, främja hälsosamma beteenden och positiva bemästringsstrategier, uppmuntra olika former av socialt stöd samt stödja individer i att hantera eventuella kvarstående hot (Brolin, Calleberg & Westrell 2016).

Ett bra krisstöd förutsätter en helhetssyn på människan. Det innebär att arbetet måste bygga på kunskaper från olika kompletterande kunskapsområden och ta hänsyn till biologiska, psykologiska, sociala, socialpsykologiska, samt existentiella och andliga faktorer (ibid.).

Arbetsmiljöverket har gett ut föreskrifter om första hjälpen och krisstöd (AFS 1999:7). Enligt föreskrifternas 5§ ska alla arbetsplatser ha beredskap och rutiner för första hjälpen och krisstöd, anpassat till verksamhetens art, omfattning och särskilda risker. Det är positivt om en grundläggande utbildning i krisstöd ingår som en naturlig del i chefsutbildningen. Även beredskapen för krisstöd ska vara känd hos de anställda och alla ska vara klara över sin uppgift.

Krisens förlopp

Den svenske psykiatern Johan Cullberg har delat upp krisreaktioner i fyra faser: chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Den första perioden efter en kritisk händelse är chockfasen som också kallas för förnekande- eller avsträngningsfasen. När chocken lagt sig kommer reaktionsfasen som brukar vara mellan en vecka och en månad efter krisen och traumat blir allt mer verkligt och krisreaktionerna blir allt tydligare under denna period. Tredje fasen är bearbetningsfasen där reaktionerna börjar avta för de drabbade och den drabbade är inte längre lika upptagen av det som hänt samt kan allt längre stunder koncentrera sig på annat. Gradvis sker också en integrering av minnen av händelsen i personens samlade livserfarenhet och därmed blir det allt tydligare att minnena härrör från förfluten tid. Det är denna process som kallas bearbetning (Brolin, Calleberg & Westrell 2016). Bearbetningsfasen kännetecknas av att man släpper taget och att skilja på det som måste accepteras och det man inte kan ändra (Cullberg, 2003). Denna fas varar alltifrån några månader upp till flera år och personen har i denna fas större behov av samtal och bearbetning. Det är viktigt att få möjlighet att bearbeta minnen, sinnesintryck och fantasier och därigenom sätta ord på sina tankar och känslor. Professionell hjälp och krisstöd kan behövas. När den kritiska händelsen har bearbetats kan den drabbade börja gå vidare med livet vilket kallas nyorienteringsfasen. De följande reaktionerna kommer att bli mer integrerade hos den drabbade och inte orsaka något hinder i det dagliga livet.

Barnmorskans profession

I Sverige har barnmorskor ett självständigt ansvarsområde för normal graviditet, förlossning och postpartumvård (Socialstyrelsen, 2006). Barnmorskan ska ha förmåga att identifiera och bedöma avvikande händelser från den normala processen samt att kunna hjälpa kvinnor via ett multiprofessionellt teamarbete samt en strävan efter kontinuerlig och säker vård utan onödig intervention (Behruzi et al., 2009; Socialstyrelsen, 2006). Enligt International code of ethics for midwifery (2014) ska barnmorskan bevara kvinnans autonomi samt stödja familjers rätt att aktivt delta i beslut om i vården. Under komplicerad graviditet och förlossning ska den ansvariga barnmorskan försöka främja den naturliga processen och hitta balans mellan medicinska interventioner och normal förlossningsprocess (Behruzi et al., 2009).

Empati och exponering är två stora riskfaktorer som kan öka posttraumatisk stress hos medarbetarna i den utsatta yrkesprofessionen (Thomas & Wilson, 2004). En nära relation som skapas mellan barnmorska och den födande kvinnan i samband med förlossning gör att barnmorskan kan hamna i en stark empatisk relation som ökar risken för känslomässig stress (Rice & Warland, 2012). Barnmorskans yrkesprofession har båda ovan nämnda riskfaktorer, men det finns stor motivation hos barnmorskor för att trivas med sin profession trots alla svårigheter enligt Sullivan, Lock & Homer (2011). I deras studie framkom att barnmorskans stora arbetsglädje är att kunna etablera en meningsfull relation med kvinnor. De tre högst rankade källorna för arbetstillfredsställelse var att de känner att de gör en skillnad för kvinnor, interaktioner med kvinnans vård samt ser att kvinnor är nöjda. Detta innebär att när barnmorskorna regelbundet erfar kritiska situationer i samband med förlossning kan detta påverka deras trivsel och även syn på professionen (ibid.).

Halldorsdóttir och Karlsdóttir (2011) beskriver i sin barnmorsketeori fem komponenter som är viktiga för att vara en god barnmorska. Dessa är *professionell omvårdnad*, *professionell visdom*, *professionell kompetens*, *förmåga till mellanmännsliga relationer* samt *barnmorskans personliga och professionella utveckling*. Alla dessa kan påverkas när en kritisk situation inträffar. Under komponenten, barnmorskans personliga och professionella utveckling, anses att barnmorskan behöver utveckla sina strategier för att hantera stress enligt Halldorsdóttir och Karlsdóttir (2011). Dessa strategier och kompetenser hos barnmorskor förhindrar att de drabbas av utbrändhet genom att de ständigt förbättrar sin förmåga för att hantera stress och negativa upplevelse som jobbet kan orsaka. De kan även vara mer mottagliga för stöd och vägledning som erbjuds av andra till dem vid sådana situationer.

Syfte

Syftet med studien var att belysa förlösande barnmorskors upplevelse av stöd vid en för dem kritisk situation för att klargöra eventuella behov av bearbetningshjälp.

Metod

Studien gjordes genom en kvalitativ metod med induktiv ansats via semistrukturerade intervjuer. En kvalitativ forskningsmetod användes då författarna önskade få förståelse samt insikt i barnmorskors upplevelser och erfarenheter kring stöd och bearbetning av för dem upplevda kritiska situationer. Genom intervjuer kunde varje enskild barnmorska fritt uttrycka sig utifrån den kontext hen relaterar till och författarna kunde via sammanställning av barnmorskornas olika erfarenheter dra slutsatser, vilket är en induktiv forskningsansats. (Malterud, 2011)

Urval

Upplevelse av stöd vid kritisk situation som huvudämne berör alla barnmorskor inom olika arbetsplatser. På grund av begränsad tid för arbetets utförande var det av betydelse för studiens genomförbarhet att urvalet begränsades och därav valdes förlossningsavdelning som genomförande plats. Två förlossningskliniker i södra Sverige tillfrågades om att delta.

Inklusionskriterier: barnmorskor som arbetar med att bistå födande kvinnor oberoende av verksamhetsår inom yrket.

Exklusionskriterier: barnmorskor som arbetar på förlossningsavdelning med andra arbetsuppgifter än att bistå födande kvinnor.

Båda tillfrågade verksamhetschefer medgav studiens genomförande på respektive förlossningsklinik. Femton barnmorskor visade intresse av att delta i studien och alla dessa intervjuades och ingår i resultatet.

Undersökningsinstrument

Datainsamlingen genomfördes via intervjuer med en låg grad av standardisering och en låg grad av strukturering (Patel & Davidsson, 2014). Detta innebär öppna frågor som ger respondenten utrymme att tolka och besvara frågorna fritt samtidigt som frågorna kan vara uttänkta i förväg för att täcka syftet med studien samt att alla respondenter får samma frågor. Dock var det inte självklart vilken ordning frågorna skulle ställas utan det avgjordes under respektive intervju. Detta kallas semistrukturerade intervjuer (Patel & Davidsson, 2014).

Författarna av studien utformade en intervjuguide (bilaga 1) som ett stöd att leda intervjuerna för att fånga de upplevelser hos respondenterna som var relevanta för studiens syfte. Denna guide bestod av öppna och övergripande frågor samt följdfrågor som användes vid behov av utveckling och fördjupning av respondentens svar. Exempel på följdfrågor är: Hur menar du då? Kan du utveckla det?

En pilotintervju genomfördes för att prova intervjuguidens giltighet och förmåga att fånga studiens syfte, vilket den efter analys och utvärdering ansågs göra. Därför valde författarna av studien att inkludera pilotintervjun i resultatet. Även om pilotintervjun bedömdes svara till studiens syfte gjordes justeringar i form av tilläggsfrågor som skulle kunna användas om respondenten inte spontant berörde ämnen som författarna tänkt sig och hade svårt att utveckla sina svar. Dessa tilläggsfrågor var: Hur har andra kritiska situationer påverkat dig? Vad har tidigare erfarenhet för betydelse för dig?

Författarna har via medias rapporteringar fått förförståelse om hög arbetsbelastning under sommarmånaderna samt även genom diskussioner mellan barnmorskor på avdelningarna där författarna utfört verksamhetsförlagd utbildning inom ramen för utbildningsprogrammet där denna studie ingår. Denna förförståelse består av en medvetenhet om förekomst av bristande ekonomiska resurser på förlossningsavdelningarna i form av personalbrist, bristande möjligheter för återhämtning samt en hög arbetsbelastning.

Genomförande av datainsamling

Verksamhetschefer vid två förlossningskliniker i södra Sverige tillfrågades om deltagande i studien, genom att författarna skickade skriftlig information om studien och dess syfte samt projektplan via mail. Därefter kontaktade författarna enhetscheferna på respektive förlossningsavdelning via kontaktuppgifter som erhöles av verksamhetscheferna. Enhetscheferna skickades skriftlig information om studien via mail och tillfrågades om hjälp med att upprätta en kontaktperson som kunde sprida informationen vidare till lämpliga respondenter. På båda förlossningsklinikerna valde enhetscheferna att själva agera kontaktperson och fick då skriftlig information riktad till respondenterna som de sedan skickade ut per mail till avdelningens barnmorskor samt hängde upp i gemensamt personalrum. En av författarna besökte även klinikerna och informerade om studien samt samtalade med barnmorskor om den. Verksamhetschefer lämnade skriftligt medgivande till studien och barnmorskorna som deltog i studien fick lämna skriftligt informerat samtycke på respektive informationsblad.

I samråd med respondenterna beslutades om intervjuerna skulle genomföras per telefon eller via personligt möte. Respondenterna fick själva avgöra tidpunkt samt mötesplats. Intervjuerna genomfördes från september till november år 2017 och varade mellan 18–60 minuter med en medellängd på 25 minuter. Alla intervjuer spelades in på digital enhet som sedan överfördes till en lösenordskyddad dator som endast författarna till studien samt handledaren har tillgång till. Detta för att säkerställa konfidentialitet. Vilket betyder att bara författarna har kunskap om vem som medverkar i studien (Patel & Davidsson, 2014). Båda författarna genomförde intervjuer men på grund av logistikproblem gjordes inte intervjuerna tillsammans, som tänkt från början, utan författarna gjorde några intervjuer var. Tre intervjuer gjordes per telefon och resterande tolv vid personliga möten.

Genomförande av databearbetning

Burnard´s innehållsanalys användes vid bearbetning av insamlade data (Burnard, 1991, 1994). Intervjuerna transkriberades i sin helhet efterhand som intervjuerna genomfördes. Författarna transkriberade 7 respektive 8 intervjuer var. Båda författarna läste igenom alla transkripten flera gånger för att få en fördjupad förståelse för innehållet samtidigt som memos skrevs i marginalen. Sedan rensades intervjuerna från irrelevant material, så kallat dross, och delades in i meningsenheter som kodades. Denna del av analysen kallar Burnard (1991) för “öppen kodning”. Meningsenheter bestod av enstaka ord, en mening eller ett stycke som i sin kontext

var meningsbärande delar i texten utefter studiens syfte (Burnard, 1991; Burnard, Gill, Stewart, Treasure & Chadwick, 2008). Båda författarna genomförde varsin kodning av alla intervjuerna. Efter detta skapade författarna, var för sig, kategorier utefter kodningen (Burnard, 1991, 1994). För att försäkra studiens trovärdighet ytterligare, tillbads även handledaren läsa igenom transkripten och oberoende av författarnas anteckningar skapa egna kategorier som sedan jämfördes med de skapade av författarna till studien. Dessa stämde till största delen överens. När de olika koderna sorteras under respektive kategori sker också en sorts test för trovärdigheten för att se om alla meningsenheter blir indelade och passar (Burnard, 1991, 1994). Efter detta sammanställde författarna gemensamt resultatet av innehållsanalysen i löpande text med citat under de olika kategorier och underkategorier som framkommit i bearbetningen av det insamlade materialet. (Burnard et al., 2008) En separat diskussionsdel med jämförelse till tidigare funnen information inom området och innebörden i resultatet som framkommer i denna studien skrevs även gemensamt.

Nedan presenteras ett analyschema (tabell 1) som visar på hur bearbetningen av intervjumaterialet gjordes med citat från intervjuerna, kodning, underkategori samt kategori.

Citat	Kod	Underkategori	Kategori
<i>"Det kan vara undersköterskan, det kan vara koordinatören, kollega, att man ser, att man ser mig också i det här liksom. Att man kramar om mig kanske och säger det gick ju bra det här du gjorde vad du kunde och vill du prata lite. Ja det är viktigt."(BM7)</i>	att man ser mig	Bli sedd	Kollegialt stöd
<i>"...just kring situationen tycker jag bara det är viktigt att man går igenom allting, så man kan lägga det bakom sig."(BM3)</i>	gå igenom allting	Reflekterande samtal	Strukturellt stöd

Tabell 1, Analyschema

Forskningsetiska avvägningar

Innan kontakt togs med verksamhetscheferna och datainsamling påbörjades erhöll författarna till studien ett rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Lunds Universitet (Dnr 37–17).

Genom studiens gång har de etiska principerna autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada samt rättvis principen beaktats. Respondenternas förmåga att tolka informationen om studiens syfte och genomförande respekterades. Autonomiprincipen följdes genom att respondenterna själva fick avgöra om de ville delta och välja plats och tidpunkt för intervjuerna. (Olsson & Sörensen, 2011). Alla deltagare behandlades och bemöttes lika utefter rättvis principen. Enligt godhetsprincipen samt principen att inte skada, tog författarna kontakt med företagshälsovården för de valda förlossningsavdelningarna innan intervjuerna genomfördes. Detta för att författarna skulle kunna hänvisa studiedeltagarna att vända sig dit om behov för diskussion och bearbetning skulle behövas efter intervjuerna genomförts då intervjuerna skulle kunna väcka obearbetade tankar och känslor av obehag. Ingen av respondenterna utnyttjade detta.

Inom forskning råder även samtyckeskrav, konfidentialitetskrav samt nyttjandekrav (Helsingforsdeklarationen, 2013; Olsson & Sörensen, 2011). Respondenterna fick lämna informerat samtycke till deltagande i studien efter erhållande av informationsbrev om studiens syfte och metod samt upprepad information i samband med intervjun. De informerades om att deltagande i studien var frivilligt och möjligheten att dra tillbaka sitt deltagande vid ett senare tillfälle om de så önskade, utan att behöva ange orsak. (Helsingforsdeklarationen, 2013). Under intervjuerna framkom personkänslig information om patienter och enskilda situationer som kodades för att bevara sekretess och anonymitet (Olsson & Sörensen, 2011). Intervjuerna tilldelades varsin kod. Denna kod benämns i citaten, men enbart författarna vet vilken kod som tillhör vilken respondent. Allt insamlat material förvaras på en lösenordskyddad enhet som bara författarna samt handledaren har tillgång till. Ovanstående åtgärder genomfördes för att säkerställa konfidentialitet. I enlighet med nyttjandekravet kommer materialet som ligger till grund för studien att förstöras när magisteruppsatsen är godkänd, så det inte går att använda i annat syfte samt bevara anonymiteten hos respondenterna och de personer samt situationer som benämndes i intervjuerna (Olsson & Sörensen, 2011). Förhoppningen är att resultatet kan nyttjas till fördel för barnmorskorna ute i arbetslivet genom att belysa och skapa förståelse för barnmorskornas behov av stöd och bearbetning av kritiska situationer.

Resultat

Totalt intervjuades 15 barnmorskor på två olika förlossningsavdelningar i södra Sverige. Barnmorskornas ålder varierade mellan 28 och 55 år och de hade mellan 1 till 15 års yrkeserfarenhet inom barnmorskeyrket. Sju av barnmorskorna hade rotationstjänst och åtta hade sin tjänst bara på förlossningen. Vid tillfället för intervjuerna var samtliga respondenter placerade på förlossningsavdelning. Barnmorskornas beskrivning av en kritisk situation varierade över ett spann från situationer och händelser som påverkade den enskilda individen till händelser som påverkade flera i arbetsgruppen. Det kunde vara en situation som för någon bedömdes kritisk och någon annan inte skulle anses som kritisk. Genom innehållsanalys av de transkriberade intervjuerna urskildes fyra kategorier som belyser barnmorskans upplevelse samt behov av stöd och bearbetning av kritiska situationer samt ett antal underkategorier till respektive kategori som presenteras i tabell 2.

Kategori	Underkategori
Kollegialt Stöd	<ul style="list-style-type: none">❖ Att bli sedd❖ Psykosocial stämning mellan kollegor
Strukturellt Stöd	<ul style="list-style-type: none">❖ Reflekterande samtal❖ Behov av handlingsplan❖ Professionellt samtalsstöd❖ Kristeam
Arbetsmiljö och Ledarskap	<ul style="list-style-type: none">❖ Bristande resurser❖ Ledarskapets roll vid kritiska situationer
Barnmorskans personliga egenskaper	<ul style="list-style-type: none">❖ Barnmorskans sociala nätverk❖ Tidigare erfarenhet av kritiska situationer❖ Barnmorskans uppföljning av den kritiska situationen

Tabell 2 Resultatets kategorier respektive underkategorier

Kollegialt stöd

Under intervjuerna tar barnmorskorna upp kollegialt stöd som ett viktigt stöd under sin bearbetningsfas. Detta resulterade i underkategorierna: Att bli sedd samt Psykosocial stämning mellan kollegor.

Att bli sedd

Barnmorskorna uttrycker vikten av att bli sedd av sina kollegor. De beskriver att arbetsgruppen behöver vara lyhörd för varandras känslor och behov, oavsett yrkestitel. Majoriteten av intervjuade barnmorskor anser att alla som är inblandade i en situation, som de upplever som kritisk, blir berörda på olika sätt och det är då viktigt att ge plats för allas känslor och reaktioner och att övriga kollegor då är lyhörda samt ser att den drabbade kanske behöver prata och få stöttning i sin bearbetning.

”Det kan vara undersköterskan, det kan vara koordinatör, kollega, att man ser, att man ser mig också i det här liksom. Att man kramar om mig kanske och säger det gick ju bra det här du gjorde vad du kunde och vill du prata lite. Ja det är viktigt.”(BM7)

Även om majoriteten av de intervjuade barnmorskorna uttrycker vikten av att vara lyhörda och stöttande mot varandra, så varierar det mycket i vilken utsträckning som de faktiskt upplever att de får stöd från sina kollegor. Vissa anser sig erhålla mycket stöd från sina kollegor medan andra upplever att de efter en kritisk situation där de mår dåligt inte får någon empati eller stöttning från arbetskollegor.

“Men där fick jag ingen stöttning alls efter. Utan dem sa ”o jobbig förlossning”.”(BM8)

“Å mina kollegor var jättegulliga och dem satt där och tröstade mig.”(BM15)

Psykosociala stämning mellan kollegor

Ett tillåtande och öppet arbetsklimat betonas av många barnmorskor som en viktig förutsättning för att den inblandade personalen ska kunna känna sig bra och kunna prata om det som de har varit med om fritt utan en dömande attityd. Vissa barnmorskor upplever stämningen i arbetsgruppen som mycket stöttande medan andra har erfarenhet av utanförskap

och bristande empati och förståelse från sina kollegor som gör att det upplevs som “snack bakom ryggen” istället. Många barnmorskor uppger att det inte finns ett avgränsat utrymme för samtal om den aktuella situationen och detta leder till mer informellt korridor- och kafferumsprat som kan upplevas störande.

“Det kände jag att snacket går och man pratar om att det var konstig och detta var personer som inte överhuvudtaget har med fallet att göra //...// viktigt att man inte har en dömande attityd utan en tillåtande attityd, att man känner att man kan berätta saker och man förstår och kan man sätta ord på det som har hänt” (BM13)

“Men jag tycker ju att man har tidigt stöd i sina barnmorskekollegor och får alltid hjälp av dem. Kollegorna ger ju ett bra stöd, avsett om det är erfarna eller nya kollegor” (BM1)

Strukturellt stöd

Under analys av intervjuerna framkom ett behov av strukturerat stöd i att bearbeta de kritiska situationerna, vilka uttryckets i olika former som resulterade i fyra underkategorier; Reflekterande samtal, Behov av handlingsplan, Professionellt samtalsstöd och Kristeam.

Reflekterande samtal

Barnmorskorna beskriver att det finns ett behov av samtal direkt efter eller i anslutning till händelsen med de som var involverade för att bearbeta händelsen. Dessa samtal beskrivs på olika sätt men handlar om att på ett strukturerat sätt gå igenom förloppet tillsammans med de som var involverade eller tillsammans med övriga kollegor.

“att vi kan sitta ner och har en debriefing om detta specifika fallet så att ingen går härifrån och känner att vad skulle vara och många tänker och hur skulle jag kunde göra annorlunda, vad ska tänka på nästa gång.” (BM11)

Några barnmorskor beskriver att det finns avslutningssamtal efter arbetspasset som också hjälper dem i sin bearbetning av kritiska situationer. Dock är det inte alla arbetspass detta fungerade på, tex sällan på nattpasset, och det uttrycks en önskan om bättre förutsättningar från arbetsgivaren för att kunna genomföra dessa reflektionsmöten.

Önskan om mentorskap

Flera av barnmorskorna pratar om ett behov av mentorskap då det upplevs svårt att få till fungerande reflektionsmöten. Att de skulle kunna paras ihop eller placeras i grupper som skulle ha en stöttande funktion gentemot varandra. Personerna eller gruppen skulle se efter varandra och bli en trygg plats att ventilera sina tankar och känslor i. Vissa uttrycker det som att man spontant skulle ”hålla koll” på varandra och andra att det mer skulle vara regelbundna inplanerade möten där man träffas och pratar om det som kändes tungt eller jobbigt, som en sorts stödgrupp.

”så man kanske skulle ha någon form av mentorskap. Nu har jag jobbat i 11 år men jag hade fortfarande velat ha någon, det är inte långt med 11 år i det här yrket liksom. Men jag hade också velat ha någon mentor som jag kunde vända mig till och prata med.”(BM7)

Behov av handlingsplan

Behovet av tydliga riktlinjer över hur personalen kan och får göra när en kollega varit med om en kritisk situation anses viktigt. I dagsläget råder oklarheter över vad som är tillåtet då chefen inte är i tjänst. Frågor kring ersättare “Kan de kalla in extra personal så den drabbade kan gå hem” eller “ska denne behöva arbeta vidare på sina resterande pass” tex över helgen, uppstår bland barnmorskorna.

“För det är oerhört viktigt att oavsett vilken tid på dygnet, vilken tid på veckan, att där finns en tydlig handlingsplan vad som händer och hur man går tillväga med kollegor och vilka resurser som finns att tillgå “(BM14)

Professionellt samtalsstöd

Det finns en önskan, hos flera av barnmorskorna, om kontakt med professionellt samtalsstöd i form av individuella möten med kurator eller psykolog. Några barnmorskor menar också att efter inledande reflekterande samtal i grupp på avdelningen, kan personal som är i behov av mer stöttning fångas upp av arbetsledaren och erbjudas kuratorssamtal för att kunna gå vidare. En kurator skulle även kunna användas vid gruppsamtal efter en kritisk situation där flera ur

personalen varit inblandade, som skulle kunna styra upp mötet för att ge bättre förutsättningar för bearbetning.

“varje gång en barnmorska hamnat i en sådan situation måste hen kunna prata om det och en professionell samtalsterapeut kan hjälpa att strukturera och personen eller gruppen kan stödjas i sin bearbetning” (BM9)

Kristeam

Några barnmorskor beskriver att det finns en grupp liknande kristeam som består av ordinarie personal som fått utbildning i krisfaser, krishantering och bearbetning, på en av förlossningsavdelningarna. Dessa bildar en grupp som kan tillkallas vid kritiska situationer som uppstår på avdelningen för att hjälpa och stötta den involverade personalen i att hantera känslor och reaktioner. Att personerna i kristeamet består av samma yrkeskategori som de drabbade anser barnmorskorna har betydelse då det anses ge bättre förståelse av situationen och att de därigenom kan få bättre stöttning. Men några barnmorskor upplever att kristeamet bara fungerar vid mycket speciella fall som drabbar hela kliniken och inte när en enskild individ varit med om något som, för denne, upplevs som kritisk situation. Dock uppfattas det som en bra och positiv resurs att ha men att det borde vara mer tillgängligt för den enskilda individen.

”vi har en grupp på förlossningen och BB avdelning som bildas av personalen och ska ha samtal när det händer en sån situation men jag tycker inte att det fungerar bra för det blir inte aktuell när man har en svår situation utan bara när det är jättespeciellt fall med stor konsekvens” (BM12)

Arbetsmiljö och ledarskap

Inflytande av resurser i arbetsmiljö och ledarskap tas upp av många deltagande barnmorskor. Det framkom att ett fungerande ledarskap på arbetsplatsen är nödvändigt för att barnmorskorna ska kunna hantera och bearbeta kritiska situationen under svåra förhållanden. Detta resulterade i de två underkategorierna: Bristande resurser, Ledarskapets roll vid kritiska situationer.

Bristande resurser

Brist på både personal och ekonomiska resurser tas upp av barnmorskorna. De upplever även en obalans mellan arbetsbelastning och resurser i arbetet.

“...det hela tiden pratas om att vi, där inte finns pengar, att det finns inte, vi kan inte ringa in extra folk för att då får dem inte kvalificerad övertid och så vidare och så vidare. Och det tycker jag, de grejerna tycker jag inte att vi ska behöva bry oss om.”(BM2)

Några av barnmorskorna berättar om en önskan att eventuellt ha möjligheten att gå hem eller vara ledig efter en kritisk situation har inträffat. Det upplevs inte som möjligt pga. personalbrist. Avsaknad av återhämtningstid betonas av många barnmorskor beroende av underbemanning och dåliga ekonomiska förutsättningar på avdelningarna. Barnmorskorna beskriver att de utefter bästa förmåga försöker underlätta för varandra efter att någon varit med en situation som upplevts kritisk. De försöker möjliggöra tid för återhämtning. Dessvärre upplevs detta ofta som svårt pga. hög arbetsbelastning. Majoriteten av gångerna behöver den berörda barnmorskan nästintill direkt gå vidare till nästa födande kvinna och kastas in i en ny situation. De beskriver att de sällan har tid att sätta sig direkt efter händelsen och gå igenom fallet eller dokumentera.

“Men jag tycker en sak som bör vara självklar är att om jag har varit med om en situation ska jag ta det lite lugnt och skriva först och bearbeta mina känslor, sedan nästa patient //...// precis efter det som har hänt är jag förvirrad och sen plötslig ska gå in hos en ny patient //...// man känner sig otillräcklig “(BM5)

Bristen på återhämtning gör även att barnmorskorna upplever sämre omvårdnad gentemot de andra patienterna som de ansvarar för. Att inte hinna samla sina tankar och känslor gör att barnmorskorna känner sig mindre mottagliga för de andra patienterna och har svårare att motivera samt stötta dessa kvinnor. Barnmorskorna uttrycker det som en känslomässig utmattning.

Ledarskapets roll vid kritiska situationer

Enhetschefens ledarskap är viktigt för barnmorskorna. Det finns en önskan om att chefen ska erbjuda personalen de olika hjälpmedel för bearbetning som finns tillgängliga. Några av barnmorskorna önskar stöd och hjälp från arbetsgivaren att boka in samtalsstöd med kurator eller psykolog. Denna hjälp önskas då det upplevs som svårt att själv söka denna hjälp efter en kritisk situation och även att det bör göras tillgängligt på eller i samband med ordinarie arbetstid.

“...jag vet ju att man kan få stöd från Previa till exempel om man inte mår bra på sitt arbete av olika situationer och ja, men jag hade nog tänkt att vårdenhetschefen hjälper en.” (BM2)

Enhetschefen tilldelas även huvudansvaret för att skapa och upprätthålla en bra arbetsmiljö och arbetsklimat. Barnmorskorna anser att enhetschefen ska vara lyhörd inför sina anställdas behov både personliga och yrkesmässiga.

“För att det ska vara bra arbetsmiljö för mig, det är ju att vi ska ha bra och gynnsamma förhållanden att jobba i på arbetsplatsen. Det vill säga att vi ska ha alla saker vi behöver på en arbetsplats, //...// En lyhörd chef, som förstår hur det är att jobba här. Som förstår hur det är om man har tuffa arbetspass som den händelsen som jag har tagit upp här.” (BM14)

Synen på nuvarande ledarskap hos enhetschefen är olika. Vissa barnmorskor anser sig få det stöd och den uppbackning som önskas medan andra upplever en viss oförståelse samt orättvis behandling mellan de anställda. Det framkommer även i intervjuerna att barnmorskorna har olika mycket kunskap om vilka resurser för stöd och bearbetning som går att få på avdelningen och från enhetschefen.

“Som chef ska man kunna se och ta emot sin medarbetare där den är för att kunna lyfta upp denne utan att påpeka negativ kritik utan stötta medarbetaren och stå bakom dennes beslut och agerande” (BM10)

Barnmorskans personliga egenskaper

Under denna huvudkategori beskriver barnmorskorna olika sätt att hantera och bearbeta de kritiska situationer de ställts inför. Här framkommer underkategorierna; Barnmorskans sociala nätverk, Tidigare erfarenhet av kritiska situationer, Barnmorskans uppföljning av den kritiska situationen.

Barnmorskans sociala nätverk

Hur barnmorskorna hanterar och bearbetar sina upplevelser av kritiska situationer framkommer som mycket individuellt. Vissa anser sig kunna göra allt på egen hand medan andra önskar professionellt stöd. Några barnmorskor har krishantering på ett personligt plan genom ett gott stöd från sina familjer och andra via sina nära vänner, som även kunde vara barnmorskor.

“jag känner att jag kan bearbeta själv hemma” (BM6)

Tidigare erfarenheter av kritiska situationer

Varje händelse och situation som barnmorskorna utsätts för i sitt yrke, enligt flera av de intervjuade, ger erfarenheter som de tar med sig och kan utnyttja i nästa situation. Oavsett om dessa erfarenheter kommer ifrån positiva situationer eller från jobbiga kritiska situationer som de har erfarit, så beskriver barnmorskorna att erfarenheten hjälper dem att lättare bearbeta nästa kritiska situation. Många av de intervjuade barnmorskorna menar att det är genom erfarenheter de lär sig sitt yrke.

“Men jag tror det har med erfarenheten att göra. I början drömde jag om alla mina förlossningar // ...// och tog verkligen allt med mig hem. Första åren var så sen efter ett tag så släppte det ju, i takt med att man blev tryggare i yrket.” (BM4)

Samtidigt uttrycker flera av barnmorskorna att obearbetade kritiska situationer ger erfarenhet som kan påverka dem negativt. Det kan göra dem osäkra, rädda, onödigt försiktiga samt uttrycker de en oro inför att obearbetade känslor kan göra att kommande förlossningar blir mer medicinskt inriktade med fler interventioner.

”man ser kanske lite mer sjukt på någonting som kanske egentligen är friskt, för man känner igen en situation, //...// jag tror att det blir mycket onödiga ingripanden i en förlossning trots att det inte, att man behöver göra det bara för att man, för rädslor hos barnmorskor.”(BM8)

Dessa negativa och obearbetade tankar och känslor upplevs även kunna påverka barnmorskornas hälsa och privatliv, enligt några barnmorskor, som berättar att de tog med sig den kritiska situationen hem och återupplevde den i drömmar och via självkritiska tankar kring vad de kunnat göra annorlunda för att det inte skulle ha hänt.

Barnmorskans uppföljning av den kritiska situationen

Barnmorskorna uttrycker olika sorters uppföljning av den kritiska situationen som en viktig del i att bearbeta händelsen för att kunna lägga den bakom sig och gå vidare. Några av barnmorskorna uppger att de ofta, efter en jobbig förlossning, har svårt att sluta tänka på mamman och barnet fram tills de tagit reda vad som hände och hur de mår efter. Om barnet hamnat på neonatalavdelning ringer de dit för att kolla hur barnet mår till exempel.

“Jag kan inte gå hem och inte veta, eller det är klar att det har hänt också men att man känner att man vill ta reda på vad som hände liksom och jag kan ringa hit också på kvällen och höra ”hur gick det med patienten?” för jag kan inte släppa det hemma...”(BM3)

En annan form av uppföljning som anses vara bra för barnmorskornas bearbetning är postpartumsamtal med paren. Många av barnmorskorna anser att dessa samtal är värda lika mycket för barnmorskorna som de är för paren.

“jätteviktig, precis lika viktig för barnmorskan att ha postpartum samtal, dels kan man få bekräftelse för det som hände och man får en återkoppling av hur paret mår och hur de upplevde det.”(BM13)

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ metod med induktiv ansats valdes till denna studie då det ansågs lämpligt. Syftet vid en kvalitativ studie är att få en djupare förståelse för hur någon upplever eller beskriver ett fenomen sett ur dennes livsvärld och genom tolkning skildra variationer som framkommer samt presentera dessa i ett samlat resultat, vilket var syftet med föreliggande studie (Patel & Davidsson, 2014; Lundman & Granheim, 2012). En induktiv ansats syftar till att forskaren inte på förhand har skapat en teori att arbeta utefter utan att forskaren fritt kan analysera de upplevelser som framkommer i studien utefter levda erfarenheter från de människorna som deltar i studien. (Lundman & Graneheim, 2012). Via en innehållsanalys kan större textmassor analyseras och bearbetas till ett bredare gemensamt resultat utefter likheter och skillnader som framkommer från fenomenet som studeras, vilket anses lämpligt vid intervjustudier. (Burnard, 1994)

Studien genomfördes via enskilda semistrukturerade intervjuer, vilket innebär att författarna i förväg konstruerat frågor som berörde studiens syfte och alla respondenter fick samma frågor samtidigt som frågorna var öppna och kunde ställas i olika ordning. Detta kallas för att intervjun hade låg grad av standardisering och låg grad av strukturering vilket anses vara av fördel vid kvalitativ forskningsmetod. (Patel & Davidsson, 2014) För att underlätta för författarna skapades en intervjuguide som underlag inför intervjuerna. Denna utformades utefter ”tratt-tekniken”. Denna teknik går ut på att intervjun inleds med en öppen fråga som motiverar respondenten att tala fritt och hjälpa denne att associera till det fenomen som forskaren önskar studera. Efter detta ställs mer specifika frågor kring fenomenet (Patel & Davidsson, 2014). Enskilda intervjuer är en pålitlig metod för att undersöka personliga upplevelser och erfarenheter och användning av metoden gör studien mer tillförlitlig (Kvale och Brinkman, 2014). Författarna till föreliggande studie anser att den valda intervjumetoden kunde fånga ett specifikt tema samtidigt som det gav respondenterna möjlighet att fritt resonera och svara på frågorna.

Författarna till studien hade inklusionskriterier som gjorde att en bred variation mellan ålder och yrkeserfarenhet bland deltagande barnmorskor var möjlig. Olikheter mellan deltagarna leder till att belysa ämnet utifrån olika dimensioner samt ger större möjlighet till variationer i upplevelse av det studerade fenomenet (Malterud, 2011). Sammanlagt deltog 15 barnmorskor

i studien, vilket påverkade överförbarheten i resultatet positivt. Enligt Trost (2010) anses antalet deltagare mellan 12–20 öka överförbarheten på en studie på ett lämpligt sätt. Intervjuernas medellängd var 25 minuter och upplevdes informationsrika. Vid intervjuprocessens slut framkom inget nytt vilket gjorde att författarna ansåg att intervjuerna täckte området på ett lämpligt sätt. Ingen av intervjuerna genomfördes med både författarna närvarande som tänkt från början, vilket kan vara en nackdel med tanke på olikheter i intervjuteknik eller personliga intryck från respondenterna. Samtidigt kan det ha bidragit till en större variation. (Kvale & Brinkman, 2014). Tre av de 15 intervjuerna genomfördes per telefon medan de andra gjordes via personliga möten i samband med att respondenten skulle börja eller precis hade avslutat ett arbetspass. Detta skulle kunna påverka kvaliteten i intervjuerna, men författarna till föreliggande studie upplevde att de intervjuer som genomfördes per telefon var mer avslappnade, både avseende respondenten och intervjuaren. Respondenterna tänkte efter och svarade mer utförligt på frågorna än vid intervjuerna som skedde via personligt möte på arbetsplatsen. Ovan skulle kunna förklaras av att respondenterna var stressade inför eller efter ett arbetspass och därför “skyndade” sig igenom intervjuerna, medan de som valde att göra telefonintervjuer hade avsatt mer tid för intervjun. Enligt Trost (2010) är arbetsplatsen ingen lämplig plats för intervju relaterade till att risken för störningar är stor.

Analysprocessen genomfördes enligt Burnards (1991) innehållsanalys. Olika tolkningar diskuterades av författarna kontinuerlig under analysprocessen för att få en ömsesidig förståelse av materialet. Kodning av alla intervjuerna gjordes av båda författarna, vilket enligt Lundman och Granehiem (2012) ökar tillförlitligheten i studien när författarna gör kodning av materialet i analysprocessen enskild och sedan jämför sina resultat. Samtidigt gav det en djupare förståelse för materialet då inte båda författarna varit närvarande vid intervjutillfällena.

Författarna till föreliggande studie hade en viss förförståelse om bristande ekonomiska resurser inom förlossningsvården, genom rapporter i media under sommaren, vilket skulle kunnat påverka genomförandet och resultatet av denna studie. Intervjufrågorna i föreliggande studie var öppna och de intervjuade barnmorskorna tog själva upp positiva och negativa resurser på avdelningarna. Utifrån intervjuerna gjordes en innehållsanalys, vilken ledde till det presenterade resultatet. Författarna anser därför inte att deras förförståelse har påverkat utfallet av studien, utan har kunnat vara objektiva i bearbetningen av det insamlade materialet.

Enligt Patel och Davidsson (2014) kan författarna, genom att vara medvetna om förförståelsen, åsidosätta den under processens gång och på så sätt ge utrymme för en tillförlitlig tolkning och framställning av resultatet. Dock menar Lundman och Granheim (2012) att intervjuerna skapas av både respondenterna och den som intervjuar då denne inte kan ställa sig helt utanför samtalet, utan är medskapare i forskningsprocessen på ett sätt som inte skulle ske vid en kvantitativ forskningsmetodik där forskaren kan vara helt objektiv genom hela forskningsprocessen. Genom att använda lite strukturering i intervjuerna, genom förutbestämda frågor som ställdes till alla respondenter, kunde författarna till föreliggande studie hålla viss distans. Detta anses positivt för resultatet då det anses ge ökat tolkningsutrymme för respondenten samt skildra variationer i respondenternas livsvärld utan inverkan av författarnas förförståelse. (ibid.)

När en studie görs via intervjuer och en kvalitativ innehållsanalys sker en tolkning av vad respondenterna berättat och beskrivit i sina intervjuer. Enligt Lundman och Graneheim (2012) kan intervjuerna tolkas på flera sätt utan att det finns ett korrekt svar, och därför ändå anses giltigt även om de är olika. Hur överförbart resultatet från den föreliggande studien är bedöms av läsaren. Utifrån beskriven forskningsprocess kan liknande studier genomföras som skulle kunna ge liknande resultat om det tas ifrån samma kontext, vilket gör att författarna till föreliggande studie anser resultatet som överförbart till liknande kontexter. Genom citat som presenteras i resultatet kan läsaren själv tolka om de anser att resultatet verkar spegla respondenternas upplevelser och därigenom bedöma om studien anses trovärdig och överförbar eller inte. (ibid.)

Resultatdiskussion

Vikten av insatser i arbetsmiljön

Några av barnmorskorna som deltog i föreliggande studie, upplevde höga arbetskrav och att de hade låg kontroll över arbetstakt, arbetsmängd och när de kunde ta paus i arbetet. Enligt Tatano och Gable (2012) behövs en bred ansats från ansvariga för att skapa förutsättningar för återhämtning genom att förmedla trygghet och tillhandahålla tillräcklig information som kan underlätta barnmorskors inneboende återhämtningsförmåga. Majoriteten av barnmorskor i föreliggande studie menade att de i hög grad fick hjälp och stöd av varandra att försöka skapa återhämtning efter en kritisk situation innan den drabbade barnmorskan behövde gå in till

nästa patient. Dock uppgav barnmorskorna att det sällan fanns tid till att hjälpa varandra i den uträkning de ville på grund av personalbrist. För att skapa ett bra arbetsklimat är det enligt författarna i denna studie avgörande att det görs rum för återhämtning och positiv feedback.

För att förbättra hälsan bland barnmorskor inom förlossningsvården efter kritiska situationer är det viktigt att förbättra bemanningen och psykosociala insatser i deras arbetsmiljö. Enligt Hunter (2010) handlar psykosocial arbetsmiljö om att skapa miljöer där människor trivs tillsammans och med sitt arbete. Till nyckelfrågorna hör exempelvis ett bra samarbetsklimat och möjligheter till återhämtning. Faktorer som stress, otydligt ledarskap, konflikter med chefer/kollegor, dåliga krisinsatser och upplevd brist på uppskattning har negativ påverkan. Alla nämnda faktorer, både positiva och negativa, togs upp av barnmorskorna i föreliggande studie som något de upplevde kunde förbättras om adekvata insatser sattes in.

I en studie av Hildingsson, Westlund och Wiklund (2013) svarade 475 svenska barnmorskor på en enkät om utbrändhet och orsaker till att byta yrke. Resultatet visade att 39,5% av barnmorskorna uppvisade tecken till utbrändhet som påverkade deras privatliv och ca 15% upplevde utbrändhet relaterad till arbetspasset eller patienten. I studien framkom även att barnmorskorna haft funderingar på att byta yrke relaterat till personalbrist, bristande resurser och en stressig arbetsmiljö (32,5%). Andra orsaker var konflikter med kollegor och/eller ledningen (24,9%) samt erfarenheter av kritiska situationer (15,4%). Obearbetade kritiska situationer och en bristande arbetsmiljö kan, kopplat till ovan nämnda studie, resultera i psykisk ohälsa hos barnmorskor i form av bland annat utbrändhet samt kan vara en orsak till den personalbrist som anses råda då de inte får tillräckligt stöd i sin hantering och bearbetning och istället väljer att byta yrke (ibid.) Genom att erbjuda strukturerad bearbetning samt reflektion kan arbetsmiljön förbättras anser författarna till föreliggande studie. Det går inte att frångå en periodvis hög belastning på en förlossningsavdelning då det inte går att styra när befolkningen föder barn, men via små och stora medel kan förutsättningarna för återhämtning och bearbetning förbättras till fördel för personalen som arbetar där och detta kan i slutändan resultera i bättre patientsäkerhet.

Kollegialt stöd som det första tillgängliga stödet på arbetsplatsen

Majoriteten av deltagande barnmorskor i studien upplevde ett stort stöd av sina kollegor genom att kunna ventilera sina reaktioner och känslor med dem. Författarna tolkar detta som att kollegorna kunde stötta den drabbade barnmorskan i den första chockfasen och därigenom underlätta hens bearbetning i de efterföljande krisfaserna. Genom att se den drabbade och våga fråga, lyfter kollegorna händelsen och belyser att den barnmorskan inte är ensam och att det är okej att visa sig sårbar. Anledningen till att kollegorna anses ha en viktig roll kan vara att tröskeln för den drabbade barnmorskan att träffa och prata med en kollega är lägre än när det gäller att träffa en utomstående hjälpare som till exempel kurator. Främst kanske det handlar om att det kan kännas lätt att anförtro sig åt en kollega där det finns en ömsesidig identifikation jämfört med en utomstående som inte är insatt i yrkesområdet. Detta bekräftas i en studie av Leinweber (2016) som genomfördes i Australien, där majoritet av barnmorskor värderade stöd från kollegorna högre än stöd från vänner eller anhöriga på grund av att dessa personer som förstår verksamheten och har varit med om liknande upplevelser och kan dela med sig av erfarenheter till den drabbade, vilket upplevdes som oerhört värdefullt (Leinweber, 2016). Creamer et al. (2012) kom fram till att den som erfarit en kritisk situation även kunde ha andra skäl till att oftare uppleva större eller bättre stöd av sina kollegor. Bland annat beskrivs det som mindre tidskrävande att prata med kollegor än att gå till företagshälsovården. I många andra studier framkommer det att barnmorskor pratar med kollegor för att hantera oro, stress och upplevelser som uppstår i samband med kritiska situationer men de känner vissa begränsningar relaterade till arbetsbelastning och tidsbrist (Dietz, 2009, Mollart; Newing & Foureur, 2009). I den föreliggande studien framkommer samma resultat.

Strukturellt stöd

Resultatet klargör att majoriteten av barnmorskorna önskar någon form av strukturerat gruppsamtal för att få en möjlighet att reflektera och gå genom känslor och händelsen efter en kritisk situation. Det framkommer en otydlighet gällande ansvar och initiativ till att sammankalla inblandad personal till reflekterade samtal efter kritiska situationer. Genomförandet blir därmed slumpmässigt och oplanerat. De deltagande barnmorskorna använde olika begrepp när det gäller reflekterande samtal under intervjuerna, men många av dem nämnde det som förhållandevis strukturerade gruppsamtal, liknande debriefing. Debriefing är ett strukturerat gruppsamtal där man efter en inledning, som bland annat omfattar presentation, sekretess- och formfrågor, går igenom fakta kring händelseförloppet. Genom denna genomgång skapas en gemensam bild. Var och en av deltagarna bidrar med

varsin pusselbit (Dyregrov, 2003). Critical Incident Stress Debriefing (CISD) är det fullständiga namnet för den sort av reflektionssamtal men förkortas oftast debriefing. CISD anses kunna både förebygga och mildra traumatisk stress, förkorta krisens längd och hjälpa till att undvika långa sjukskrivningar (Jonsson, 2005; Mollart, Newing & Foureur, 2009). I en studie som genomfördes av Dietz (2009) framkom att den eventuella känslomässiga belastning som det innebär för barnmorskan att vårda kvinnor och barn i kritiska vårdssituationer sannolikt kan minskas genom debriefing. För att kunna genomföra ett sådant strukturerat samtal på förlossningsavdelningar krävs både tid samt ett fungerande ledarskap för att kunna planera in detta under arbetstid, något som det finns stor brist på i dagsläget enligt barnmorskorna i föreliggande studie.

Halldorsdóttir och Karlsóttir (2011) menar att en god barnmorska bör kunna hantera svåra känslor och utveckla strategier för att hantera stress och motverka utbrändhet. För att kunna utvecklas på både ett personligt och professionellt plan, krävs förutsättningar som främjar utveckling, enligt författarna till föreliggande studie. Barnmorskorna måste få verktyg att arbeta med i form av olika insatser på arbetsplatsen för att bygga en stabil grund att luta sig mot, för att kunna hantera och bearbeta den stress som kan uppstå vid kritiska situationer. Att öka tillgängligheten med psykolog eller kurator som kommer för att träffa personalen och för att hjälpa till med reflektion och bearbetning kan vara en insats som hjälper barnmorskorna växa i sin yrkesroll och lägga kritiska situationer bakom sig.

Det finns på vissa förlossningskliniker idag tydliga riktlinjer för personalstöd vid krissituationer. Dessa riktlinjer beskriver steg för steg olika åtgärder från det akuta läget till uppföljning av händelsen efteråt, hur personalen kan gå tillväga. Målsättning med denna handlingsplan är att alla som varit med om en kritisk situation ska få lika hjälp till stöd och bearbetning och genom det kunna gå vidare. (Region Östergötland, 2017) Liknande riktlinje efterfrågades av barnmorskorna i föreliggande studie då de upplevde att det saknas på de två kliniker där studien genomfördes. Otydligheter kring vem som är personalansvarig då enhetschefen inte är i tjänst råder och barnmorskorna önskar ha tydliga direktiv på hur och vad de får göra när en kollega erfarit en kritisk situation så den drabbade snabbt kan få stöd och hjälp samt att verksamheten kan fortgå med optimal patientsäkerhet. Hobfoll och medarbetare (2007) påpekar tre ledord att tänka på då riktlinjer för stödinsatser skapas: stabilisera, bedöma och intervensera. Stabilisera handlar om att skapa trygghet och minska den stress som kan uppstå vid kritiska situationer på arbetsplatsen. Bedöma innebär de insatser

som behöver göras som både är nödvändiga och vad de drabbade anser tillräckliga samt identifiera vilka som är i behov av professionell hjälp. Det sista ledordet intervention syftar till den efterföljande krisbearbetning som kan behövas och i vilka former denna kan ges från kliniken.

I intervjuerna med barnmorskorna i föreliggande studie framkom också att de önskar någon sorts mentorskap och att deltagarna i mentorskapet kan skilja sig åt både i ålder och erfarenhet. Detta då de kan vara på olika plan men ändå lära sig mycket av varandra enligt barnmorskorna. Författarna tror att genom att skapa organisatoriska förutsättningar för mentorskap, blir vården säkrare och chansen att barnmorskorna blir trogna medarbetare ökar då de känner en trygghet i varandra och kan utvecklas. Ett fungerande mentorskap kan förmedla självständighet, kritiskt tänkande och skapa ett öppet klimat mellan kollegor vilket kan ha stor betydelse för den personliga bearbetningen efter kritiska situationer. I Tatano och Gable (2012) studie bekräftas att trygga och kompetenta medarbetare ökar patientsäkerheten under de svåra och kritiska situationerna som när som helst kan uppstå på en förlossningsavdelning.

Ledarskapsroll som ett centralt tema i krishantering

I intervjuerna framkom vikten av enhetschefens roll att stötta, prioritera och kommunicera med sina medarbetare efter en kritisk situation. Barnmorskorna önskar en enhetschef som är lyhörd för sina anställdas behov. Det är såväl yrkesmässiga och personliga behov. De yrkesmässiga behoven tillgodoses genom att varje yrkeskategori får tillgång till de resurser som behövs för att kunna genomföra sitt arbete under säkra och trygga förhållanden, det vill säga adekvat material, utrustning samt utbildning. Enhetschefen skulle även vara lyhörd för personliga behov som för barnmorskorna innebar att avdelningen behövde en chef som vet vad det innebär att utföra arbetsuppgifterna samt har förståelse för vad personalen går igenom när en kritisk situation inträffar.

Flera studier har kommit fram till liknande resultat angående ledarskapets samband med medarbetarnas bearbetning av kritisk situation. Den personalansvariga chefen måste kunna visa omtanke och förståelse, vågar uttrycka att det som hänt är svårt och visa sitt stöd. Samtidigt behövs en plan för krishantering och att chefen ger adekvata resurser. Chefen behöver vara närvarande och mottaglig för sina medarbetares känslor och upplevelser. (Larsson, 2010; Halpern et al., 2009)

Krishantering på ett personligt plan

Krishantering på ett personligt plan är allt en person gör för att minska omfattningen av hur den drabbade påverkas när denne utsätts för obehagliga upplevelser och stark stress (Brolin, Calleberg & Westrell, 2016). I föreliggande studie framkom att majoriteten av barnmorskor försökte, genom sina personliga egenskaper och sitt sociala nätverk, göra vad de kunde själva för att bearbeta händelsen.

Ett bra socialt stöd är viktigt för barnmorskans välmående enligt en studie av Mollart, Newing & Foureur (2009) som har undersökt barnmorskors välbefinnande. Att barnmorskor kan prata med sina närstående och sociala nätverk om sina känslor och upplevelse efter att de var med en kritisk situation gör det lättare för barnmorskan att bearbeta sina känslor samt understödja den naturliga och spontana återhämtningen hos de drabbade barnmorskorna. Något som författarna till föreliggande studie tolkat som viktigt är att genom att bli visad empati och förståelse kan barnmorskorna själva bearbeta händelsen och ta det som en erfarenhet att använda sig av i framtiden.

En del av deltagande barnmorskor i föreliggande studien har positiv syn på kritiska situationer med tanken att de lär sig yrket och skaffar yrkeserfarenhet när de går igenom olika svåra och kritiska situationer. Å andra sidan uttryckte några barnmorskor en oro för att bli onödigt försiktiga i sitt yrke och tappa tilltron i sin beslutsfattande förmåga efter att ha erfärut en kritisk situation. Enligt Halpern et al. (2009) skapar varje problem en människa löser erfarenheter, kunskaper och strategier som hen kan använda för att lösa nya problem som uppstår. Brolin (2016) menar att ”tänk om”-tankar, i vilka man kan måla upp vilka konsekvenserna hade blivit om man agerat annorlunda än vad man faktisk gjorde, är relativt vanligt efter en kritisk situation. En möjlig tolkning av fenomenet tycks vara att det är hjärnans sätt att i efterhand extrahera så mycket erfarenhet som möjligt genom att gå igenom händelseförloppet om och om igen och tanken testar olika handlingsalternativ för att utröna vilket sätt att agera som hade varit det bästa och på så sätt samlas erfarenhet efter varje kritisk situation. (ibid.) Författarna anser att självkritiskt tänkande inte alltid är negativt, vilket ovanstående studier instämmer med, utan kan bidra till barnmorskornas bearbetning men bör vara något som görs i strukturerade former så barnmorskan inte vinklar det till personlig negativ kritik utan utvecklar positiva erfarenheter från det.

En stor del av deltagande barnmorskor i studien är överens om att uppföljning av kritiska situationer är utvecklande och lärande, det sågs som en del i den egna yrkesutvecklingen. Samtalet med föräldraparet ger dem också en uppfattning om föräldraparets upplevelse samt en direkt återkoppling genom att barnmorskan får respons på sin handläggning. Detta kan enligt Hunter (2010) ha stor betydelse för barnmorskornas bearbetning av inträffade händelse och vid positiv feedback skapas bättre självkännet och skuldansor minskas hos den drabbade barnmorskan. Uppföljning av händelse t.ex. via postpartumsamtal kan med fördel används för att knyta ihop säcken, inte bara för föräldraparets skull utan också för deras egen del (ibid.). Den goda barnmorskan ska genom professionell omvårdnad, professionell visdom samt professionella mellanmänskliga relationer skapa en trygg och empowering kontakt med föräldraparet samt möjliggör utveckling av personliga och professionella aspekter hos sig själv (Halldorsdóttir & Karlsdóttir, 2011). Författarna till föreliggande studier menar att uppföljning av händelse via postpartumsamtal av barnmorskor kan skapa en möjlighet för barnmorskor att utvärdera sina handlingar och utveckla sin reaktionsförmåga som en viktig del av barnmorskans kompetensområde samt släppa obearbetade känslor som kan ha negativ effekt på deras professionella kompetenser och i deras privatliv.

Konklusion och implikationer

Resultatet i föreliggande studie visar tydligt på en stor önskan om stöd och hjälpinsatser till bearbetning av kritiska situationer bland barnmorskorna på förlossningsavdelningarna, samt att ledarskapet visade sig ha en stor och betydande roll. Flera stödinsatser måste fungera samtidigt för att barnmorskorna ska kunna hantera och bearbeta en kritisk situation i sitt arbetsliv. Det fram kom i resultatet att barnmorskorna ansåg sig vara underbemannede och mycket i arbetsmiljön, arbetsbelastningen samt barnmorskors förmåga att hantera kritiska situationer skulle kunna förbättras om en ökning i grundbemanningen sker. För att arbetsgivarna ska locka barnmorskor till att arbeta på förlossningsavdelning och för att skapa en bra arbetsmiljö, måste barnmorskors psykiska hälsa tas i beaktning. Genom att möjliggöra stöd och bearbetning i anslutning till arbetsplatsen och på arbetstid kan utveckling främjas som är positiv för barnmorskorna och i slutändan förbättrar patientsäkerheten. Det behövs mer och större forskning inom området för att belysa hur dessa insatser på bästa sätt kan inkorporeras i verksamheterna.

Referenser

AFS 1999:7. första hjälpen och krisstöd. Stockholm: Arbetsmiljöverket. från <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/forsta-hjalpen-och-krisstod-foreskrifter-afs1999-7.pdf>.

Arbetsmiljöverket (2016) *Arbetsmiljöstatistik Rapport 2016:2 Arbetsmiljön 2015*
Stockholm:Arbetsmiljöverket Hämtad: 2017-02-22 Från:
<https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsmiljon-2015/arbetsmiljostatistik-arbetsmiljon-2015-rapport-2016-2.pdf>

Behruzi, R., Hatem, M., Gpulet, L., Faraser, W., Leduc, N & Misago, C. (2009). Humanized birth in high risk pregnancy: barrier and failitating factor. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 25(13): PP. 49-58. doi: 10.1007/s11019-009-9220-0

Brolin, M., Calleberg, P. & Westrell, M. (2016). *Krishantering i arbetslivet*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Burnard, P. (1991) Amethod of analysing interview transcriptsnin quantitaive research. *Nurse Education Today*. 11(6):461-466. doi:10.1016/0260-6917(91)90009-Y

Burnard, P. (1994). Searching for meaning: a method of analysing interview transcripts with a personal computer. *Nurse Education Today*. 14(2):111-117. doi:10.1016/0260-6917(94)90113-9

Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E. och Chadwick, B. (2008) Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*. 204(8):429-32. doi: 10.1038/sj.bdj.2008.292.

Creamer, M.C., Varker, T., Bisson, J., Darte, K., Greenberg, N., Lau, W., Moreton, G., Donnell, M., Richardson, D., Ruzek, J., Watson, P. & Forbes, D. (2012). Guidelines for peer support in high-risk organizations: an international consensus study using the Delphi method. *Journal of Traumatic Stress* 25(2):134-41. doi: 10.1002/jts.21685.

Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling: en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie*. (4. utg.) Stockholm: Natur och kultur.

Dietz, D., (2009). Debriefing to help perinatal nurses cope with a maternal loss. *MCN The American journal of maternal child nursing*, 34(4), 243-248.

DOI:10.1097/01.NMC.0000357917.41100.c5.

Dyregrov, A. (2003). *Psykologisk debriefing*. Lund: Studentlitteratur.

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*. 25(4):806-817. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00886.

Halpern, J., Gurevich, M., Schwartz, B., & Brazeau, P. (2009). What makes an incident critical for ambulance workers? Emotional outcomes and implications for intervention. *Work and Stress*, 23(2), 173–189. DOI:<https://doi.org/10.1080/02678370903057317>

Helsingforsdeklarationen. (2013). World Medical Association Helsingforsdeklarationen. Hämtad den 20 februari 2017 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A., Brymer, M.J., Friedman, M.J., Friedman, M., Gersons, B.P., de Jong, J.T., Layne, C.M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A.E., Pynoos, R.S., Reissman, D., Ruzek, J.I., Shalev, A.Y., Solomon, Z., Steinberg, A.M., Ursano, R.J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. 70(4):283-315;. doi: 10.1521/psyc.2007.70.4.283.

Hildingsson, I., Westlund, K., Wiklund, I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 4(3):87-91. doi: 10.1016/j.srhc.2013.07.001

Hunter, B., 2010. Mapping the emotional terrain of midwifery: what can we see and what lies ahead? *International Journal of Work Organisation and Emotion* 3, 253–269.

International Code of Ethics for midwifery.(2014). Hämtad 21 februari, 2017, från http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_01%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf

Jonsson, P. (2005). *Stress vid kriser: grundläggande psykotraumatologi och praktisk krishantering*. Stockholm: Nätnavet.

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

Larsson, G. (2010). *Ledarskap under stress*. Stockholm: Liber.

Leinweber, J., Rowe, H. (2010). The costs of being 'with woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*. 26(1): pp. 76–87. doi: 10.1016/j.midw.2008.04.003.

Leinweber, J., Creedy, D.K., Rowe, H., Gamble, J. (2016) Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives. *Women and Birth*. 30(1):40–45. doi: 10.1016/j.wombi.2016.06.006.

Lundman, B. & Hällgren Granheim, U. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (2012) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Malmquist, Jörgen & Lundh, Bengt (2016). *Medicinska ord: det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer*. 6., [rev. och utök.] uppl. Lund: Studentlitteratur

Malterud, K. (2011). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Mollart, L., Newing, C., Foureur, M. (2009). Midwives' emotional wellbeing: Impact of conducting a Structured Antenatal Psychosocial Assessment (SAPSA). *Women Birth* 22(3):82-8. doi: 10.1016/j.wombi.2009.02.001.

Olsson, H & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB

Patel, R. & Davidsson, B. (2014) *Forskningsmetodikens grunder - Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Region Östergötland. Personalstöd vid krissituationer på förlossnings- och BB avdelning(kvinnokliniken i linköping). Hämtad: 2017-12-05 från : vardgivarewebb. regionstergotland.se.

Rice, H., Warland, J. (2012). Bearing witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery*, 29(9), 1056-1063. doi: 10.1016/j.midw.2012.12.003.

Sheen, K., Spiby, H. & Slade, P. (2016) What are the characteristics of perinatal events perceived to be traumatic by midwives? *Midwifery*. 40:55-61. doi: 10.1016/j.midw.2016.06.007

Socialstyrelsen (2006, oktober). kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorsk. Hämtad 21 februari, 2017, från http://sahlgrenska.gu.se/digitalAssets/1540/1540251_kompetensbeskrivning.pdf.

Socialstyrelsen (2008). krisstöd vid allvarlig händelse. Stockholm. Socialstyrelsen.

Sullivan, K., Lock, L., Homer, C.S. (2011). Factors that contribute to midwives staying in midwifery: a study in one area health service in New South Wales, Australia. *Midwifery*.27 (3): pp: 331–335. doi: 10.1016/j.midw.2011.01.007

Tatano Beck, C ., Gable, R. K. (2012). A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 41(6), 747- 760. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2012.01386.x.

Thomas, R.B. & Wilson, J.P. (2004). Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization, and secondary traumatic stress disorder. *International Journal of Emergency Mental Health* Spring;6(2):81-92.

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

Ursano, R.J., Fullerton, C.S., Wiesaeth, L. & Raphael, B.(red.) (2007). *Textbook of Disaster Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.

Intervjuguide

Personfrågor:

Hur gammal är du?

Hur länge har du varit barnmorska?

Arbetar du bara på förlossningsavdelning eller även på andra enheter?

Fråga:

1. *Kan du beskriva en kritisk situation som du har erfarit?*
2. *Hur kände du under och efter denna situationen?*
3. *Upplvde du att det fanns stöd för dig att hantera dessa känslor och kan du beskriva detta stöd?*
4. *Vilka resurser till stöd för bearbetning finns på din arbetsplats?*
5. *Hur skulle du vilja få hjälp med bearbetningen vid framtida kritiska situationer?*

Följdfrågor: *Hur menar du då? Kan du utveckla det mer? Kan du beskriva det tydligare?*

Tilläggsfrågor vid behov: *Hur har andra kritiska situationer påverkat dig? Vad har tidigare erfarenhet för betydelse för dig?*