



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Barnmorskans upplevelse av att ge stöd till kvinnan under förlossningen

Författare: Tilda Vuorinen och Annika Nilsson

Handledare: Maria Ekelin

Magisteruppsats

Våren 2018

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

# Barnmorskans upplevelse av att ge stöd till kvinnan under förlossningen

Författare: Tilda Vuorinen och Annika Nilsson

Handledare: Maria Ekelin

Magisteruppsats

Våren 2018

## Abstract

Support from a midwife through labour is unique for its ability to empower women to trust their own physical and mental capacities. The purpose of this thesis was to highlight the role of midwives in providing support to mothers during childbirth. In this qualitative study, ten midwives from two clinics were interviewed, and the data was collected via semi-structured, group-focused interviews. The data suggested that the level of support offered by midwives varies depending on the hospital context and personal preferences (of midwives and patients). The midwives all concluded that they view the support they offer women during childbirth as their most crucial role as professionals, but this support can be compromised due to medical responsibilities and a stressful workload. If work conditions involved one midwife per woman in labour, overall stress for midwives could have been decreased. This staffing decision could contribute to a more positive experience of childbirth for the mother, including less interventions and complications and, by extension, a better start to parenthood.

## Nyckelord

Barnmorska, upplevelse, stöd, förlossning & kvalitativ studie.

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

Introduktion.....	4
Problemområde .....	4
Bakgrund .....	5
Barnmorskan och barnafödande genom tiderna .....	5
Barnmorskans profession.....	5
Stöd .....	7
Syfte .....	8
Metod .....	9
Urval .....	9
Datainsamling.....	9
Tabell 1. Beskrivning av deltagarna i studien.....	10
Analys av data .....	11
Tabell 2. Exempel på hur analysprocessen har gått till.....	12
Forskningsetiska avvägningar .....	12
Förförståelse.....	13
Resultat .....	13
Relationsskapandet.....	14
Förlossningsförberedelse .....	14
Kvinnans tilltro till sin förmåga .....	15
Kvinnornas bakgrund och personlighet .....	16
Stödjande närvaro .....	17
Att stödja ett team.....	18
Begränsningar av att ge stöd.....	18
Arbetsklimatet samt det kollegiala stödet .....	18
Samvetsstress .....	19
Den medicinska vården tar över det naturliga födandet.....	20
Att vara anpassningsbar som barnmorska .....	20
Barnmorskans professionalitet .....	20
Barnmorskans förhållningssätt till arbetet.....	21
Diskussion .....	22
Metoddiskussion.....	22
Resultatdiskussion.....	24
Konklusion och implikationer .....	27
Referenser.....	28
Bilaga 1 .....	32
Intervjuguide .....	32

# Introduktion

## Problemområde

Att föda barn är en stor händelse i livet, både för kvinnan och för hennes partner. Upplevelsen är mycket omvälvande och samtidigt den mest naturliga (Ryding, 2014). Att uppleva stöd, både emotionellt, fysiskt och informativt har positiva effekter för kvinnans fysiska och psykiska välbefinnande under hela förlossningen (Hodnett, 2011; Iliadou, 2012).

Barnmorskans stöd till kvinnan är unikt, den stärker kvinnans autonomi samt tilltro till sin egen förmåga och bidrar till en bättre förlossningsupplevelse (Iliadou, 2012; Holvey, 2014.)

Barnmorskan stödjer kvinnan då hon är som mest utsatt. Samtidigt ska barnmorskan vara kvinnans förespråkare och på så vis stärka henne (Holvey, 2014; Dahlberg och Aune, 2013).

Kvinnor vill bli bekräftade, sedda och känna förtroende för sin barnmorska. En närvarande barnmorska är viktig och befrämjar den födande kvinnans inre styrka vid förlossningen, som i sin tur kan leda till en naturlig förlossning och positiv upplevelse (Dahlberg, Persen, Skogås, Selboe, Torvik och Aune, 2016; Dahlberg och Aune, 2013). För att uppnå en så positiv upplevelse som möjligt av förlossningen är stöd den viktigaste aspekten (Berg och Lundgren, 2010). Om barnmorskan har ett stödjande och stärkande förhållningssätt i vårdrelationen främjar det kvinnans resurser till att välbefinnande och hälsa uppnås. Det är en utmaning att utveckla en vård som stärker och stödjer kvinnan (Berg och Lundgren, 2010). Stödet till kvinnan under förlossningen är en av barnmorskans stora arbetsuppgifter men i dagens förlossningsvård där det råder brist på personal och resurser samt en stressig arbetsmiljö är verkligheten inte alltid förenlig med barnmorskans mål (Hildingsson och Wiklund, 2013).

Tiden som barnmorskan är närvarande och stöttar kvinnan kan vara så liten som tio till femton procent av arbetsdagen i modern förlossningsvård på sjukhus (Lundgren och Berg, 2016).

Arbetsituationen kan leda till samvetsstress vilket kan bidra till att barnmorskor riskerar att bli utbrända (Hildingsson och Wiklund, 2013). Därför är det viktigt att få kännedom om hur barnmorskor upplever att ge stöd till kvinnan under förlossningen för att bidra till att förbättra vården.

## **Bakgrund**

### *Barnmorskan och barnafödande genom tiderna*

Barnmorskeyrket är världens äldsta kvinnoyrke (Höjeberg, 2009). Från början ägde förlossningen rum i hemmet med stöd från andra kvinnor. Under 1400-talet benämns barnmorskan som en så kallad jordemor, en klok gumma som besatt särskild kunskap och förmåga. Runt den födande kvinnan samlades många kvinnor för att bistå, stötta och dela med sig av sina erfarenheter (Höjeberg, 2009). Bourgeois, som var barnmorska och verksam på 1600-talet, beskrev vikten av ett gott möte med kvinnan under förlossningen (Lundgren, 2010). Barnmorskan skulle lyssna och observera, skapa en tillitsfull relation, vara öppen, flexibel och visa medkänsla. Hon skulle visa sympati, men samtidigt kunna behålla en professionell kontroll. Hon borde inte heller överge någon klient. Humor var också ett redskap för barnmorskan (Lundgren, 2010). Enligt Berg och Lundgren (2010) har förlossningsvården gått från 1600-talets naturliga födelseförlopp i hemmet till att idag blivit allt mer medicinskt specialiserad och inriktad med teknologisk fosterövervakning samt andra medicinska interventioner. Strävan efter att utveckla och bevara kunskapen om det normala och naturliga kring barnafödandet är oftast inte i fokus. Från 1800-talet till 1900-talet förflyttades förlossningarna från hemmen till sjukhusen på grund av hospitaliseringen och andra sociala förändringar så som fattigdom och dålig hygien (Höjeberg, 2011; Lundgren 2010).

Normal graviditet och förlossning har varit och är barnmorskans specifika huvudansvar, vilket betonas i nationella och internationella styrdokument (International Confederation of Midwives [ICM], 1999; Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska, 2018). I det normala förlossningsförloppet innebär det för barnmorskan att stödja och stärka kvinnan, samt att se och respektera gränserna till det komplicerade (Berg och Lundgren, 2010).

Det traditionella stödet kvinnor emellan försvann då förlossningen flyttades från hemmet till sjukhuset (Lundgren och Berg, 2016). Barnmorskor har idag i den svenska förlossningsvården begränsade möjligheter att vara närvarande hos kvinnan under hela förlossningsförloppet för att ge lindring och stöd utöver rent medicinska åtgärder (SBU, 2013).

### *Barnmorskans profession*

Den reproduktiva och sexuella hälsan definieras enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2004) som ett tillstånd av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av

sjukdom eller svaghet. Detta gäller alla aspekter kring sexualiteten och det reproduktiva systemet, dess funktioner och processer genom hela livet (WHO, 2004). Enligt kompetensbeskrivningen för barnmorskor (2018) ska barnmorskan kunna ge samtalsstöd vid graviditets- och förlossningskomplikationer samt kunna ge stöd, trygghet och kontinuitet vid förlossning. Det poängteras även att samtalsstöd efter förlossningen samt stöd och råd vid amning är centralt i barnmorskans uppdrag (Barnmorskeförbundet, 2018).

Enligt Barnmorskeförbundet (2018) ska barnmorskans arbete, oavsett verksamhetsområde, präglas av ett etiskt och holistiskt förhållningssätt. Arbetet ska även byggas på vetenskap och beprövad erfarenhet och utföras i enlighet med gällande författningar och andra riktlinjer. Vården som kvinnan erhåller ska vara sakkunnig och omsorgsfull och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med kvinnan. Kvinnan ska visas omtanke och respekt. Barnmorskan bör verka både förebyggande och sjukvårdande, enligt gällande författningar. Barnmorskan ska vidare ha förmåga att tillgodose kvinnans behov av trygghet i vården (Barnmorskeförbundet, 2018).

International Confederation of Midwives (ICM) mission med den internationella sammanslutningen av barnmorskor är att förbättra den vårdkvalitet som kvinnor erbjuds. ICM beskriver att barnmorskor ska ge vägledning och stöd till alla kvinnor med familjer i samband med barnafödande och genom sina professionella kunskaper sträva efter en säker förlossningsvård till alla oavsett kulturell bakgrund (ICM, 1999). Det betonas att barnmorskan ska arbeta med kvinnor och stödja deras rätt till att delta i aktivt beslutsfattande gällande sin vård. Barnmorskan ska respektera kvinnans informerande rätt till val och stödja kvinnans ansvar för resultatet av sitt val (ICM, 1999; Dahlberg och Aune, 2013). En central aspekt är att barnmorskan har ett ansvar som inkluderar plikter av moralisk självrespekt och bevarande av integritet, som en person med moraliskt värde (ICM, 1999).

I hälso- och sjukvårdslagen beskrivs det att hälso- och sjukvårdspersonal ska tillgodose kvinnans behov av kontinuitet (SFS, 1982). Svenska Barnmorskeförbundet (SBF, 2014) har utifrån beprövad erfarenhet och forskning i sitt tiopunktsprogram för en god vård i samband med barnafödandet, betonat vikten av kontinuitet inom vården. SBF anser att varje födande kvinna ska ges tillgång till en närvarande barnmorska för att erhålla god vård i samband med barnafödandet (SBF, 2014).

## Stöd

Stöd kan hjälpa individen i olika situationer och är en interaktiv process (Lundgren och Berg, 2016). Kärnan inom det professionella vårdandet är stöd (Lundgren och Berg, 2016). Det stöd som erbjuds för en professions kunnande är det som benämns som det professionella stödet (Hodnett et al., 2013). Begreppet socialt stöd bygger på upparbetade relationer till anhöriga och vänner (Hodnett et al., 2013). Inom alla verksamhetsområden är barnmorskans stödjande funktion det centrala, men stödet är speciellt angeläget inom förlossningsvården.

Kontinuerligt stöd i samband med förlossningen påverkar förlossningsutfallet i positiv riktning (Hodnett et al., 2013). Kontinuerligt stöd kan medföra en bättre förlossningsupplevelse med färre ingrepp, samt en mer normal förlossning i jämförelse med kvinnor som inte har fått stöd (Lundgren och Berg, 2016). Det mänskliga omhändertagandet spelar större roll än den medicinska vården (Sundström, 2009). Vissa kvinnor har svåra minnen av inte att ha blivit sedda, respekterade eller tagna på allvar under sin förlossning (Sundström, 2009; Elmir, Schmied, Wilkes och Jackson, 2010). Men även kvinnor med positiva minnen nämner först och främst bemötandet som den största bidragande orsaken till att förlossningen blev en fin upplevelse (Sundström, 2009). Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) menar att kärnan i barnmorskans professionella arbete är den individuella omvårdnaden. Genom att visa empati och öppenhet, samt se individen stödjer barnmorskan kvinnan under förlossningen. Vidare beskriver Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) att barnmorskan ska kunna hjälpa sig själv till personlig och professionell utveckling genom reflektion kring sitt yrke. Barnmorskan ska även kunna stärka kommunikationen i förlossningsrummet och skapa en känsla av delaktighet för kvinnan. Att som barnmorska ha god kommunikation i det mellanmänskliga mötet kan få kvinnan att våga öppna sig, vilket i sin tur bidrar till en känsla av att bli sedd och att bli trygg (Halldorsdottir och Karlsdottir, 2011).

Stöd kan delas in i fyra olika komponenter: känslomässigt stöd, information och råd, instrumentellt stöd, samt bekräftande stöd (Berg, 2010). Det är viktigt att stärka kvinnor och på så sätt stödja ett frigörande av deras egna resurser under förlossningen. Barnmorskan bör stödja personens ansvarstagande, kunskap, kapacitet, självkänsla, självständighet och frihet att välja, så kallad empowerment. Detta leder till att kvinnan får en insikt om att hon själv är den viktigaste resursen i samband med förlossningen (Berg, 2010).

Ross-Davie och Cheyne (2014) menar att stöd under förlossningen främjar det normala förloppet och minskar medicinska ingrepp. Kvinnan får en positiv förlossningserfarenhet, samt anpassas lättare till föräldraskapet och risken för psykiska problem minskar. Födande kvinnor efterfrågar en barnmorska med en lugn, vänlig attityd och som inger trygghet. Coaching och beröm är värdefullt att få och kvinnor uttrycker vikten av att känna sig respekterad samt att stödet anpassades efter kvinnans önskemål (Ross-Davie och Cheyne, 2014). Aune, Amundsen och Skaget Aas (2014) utförde i Norge intervjuer med barnmorskor från två olika förlossningsavdelningar. Arbetsbelastningen på förlossningen gjorde att barnmorskorna hade svårt att tillhandahålla ett kontinuerligt stöd till de födande kvinnorna, vilket fick barnmorskorna att känna sig otillräckliga. Barnmorskornas förmåga att skapa en relation till den födande kvinnan, i kombination med egna värderingar och förståelse för barnmorskeprofessionen, var tillsammans faktorer som påverkade i vilken utsträckning barnmorskan närvarade och gav stöd under förlossningen (Aune et al., 2014). En stor Cochrane-rapport publicerades 2013 om effekten av kontinuerligt stöd under förlossningen (Hodnett, Gates, Hofmeyr och Sakala, 2013). Över 15 000 kvinnor från 16 olika länder inkluderades från 22 olika studier. Resultatet från rapporten visade att kontinuerligt stöd under förlossningen ökade chanserna för ett naturligt förlossningsförlopp. Kvinnorna använde mindre smärtlindring, fick ett något kortare förlossningsförlopp och var mer nöjda med sin förlossning. Risken för kejsarsnitt och instrumentella förlossningar minskade. Det visade positiva effekter även för barnet då barnens apgar var bättre vid fem minuters ålder. Det framkom inga negativa effekter av kontinuerligt stöd. Slutsatsen från rapporten var att alla kvinnor ska erbjudas stöd under sin förlossning (Hodnett et al., 2013). I en rapport från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2013) rapporterades goda effekter av kontinuerligt emotionellt och fysiskt stöd. Rapporten påpekar att det saknas studier i den svenska förlossningsvården gällande barnmorskors stöd under förlossningsprocessen (SBU, 2013).

## **Syfte**

Syftet var att belysa barnmorskans upplevelse av att ge stöd till kvinnan under förlossningen.



## Metod

En empirisk intervjustudie har genomförts med induktiv ansats. En induktiv ansats valdes för att utgå från verkligheten och dra slutsatser från den insamlade datan (Polit och Beck, 2016). Induktiv ansats innebär en förutsättningslös analys av texter, som kan vara baserad på människors berättelser om sina upplevelser (Lundman och Hällgren Graneheim, 2012). En kvalitativ ansats fokuserar på tolkning av texter och är en lämplig metod i forskning inom sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa (Lundman och Hällgren Graneheim, 2012). Kvalitativa metoder används när man behöver en djupare förståelse för målgruppen (Lundman och Hällgren Graneheim, 2012). Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll (Lundman och Hällgren Graneheim, 2012).

## Urval

För att rekrytera deltagare till studien, som kunde ge en informationsrik beskrivning som svarade till syftet, selekterades urvalet med hjälp av inklusionskriterier (Polit och Beck, 2016). Inklusionskriterierna var barnmorskor som arbetade inom förlossningsvård. Urvalet kom att inkludera barnmorskor från två olika sjukhus inom förlossningsvård i södra Sverige, detta för att få variation i urvalet och spridning av upplevelser och uppfattningar gällande barnmorskans upplevelse av att ge stöd (Kristensson, 2014).

## Datainsamling

Verksamhetschefer till de utvalda avdelningarna kontaktades via brev om tillstånd att få genomföra studien. Efter att medgivande hade erhållits från verksamhetschefer skickades ett skriftligt informationsbrev till enhetscheferna på respektive avdelning för att på så sätt komma i kontakt med presumtiva informanter. Därefter togs kontakt via telefon med enhetscheferna. De gav information kring studien på arbetsplatsmöten på respektive avdelningar, samt mailade ut informationsbrevet med samtyckesblankett till barnmorskorna. Några barnmorskor anmälde sitt intresse till att medverka i studien. Andra barnmorskor tillfrågades personligen om att medverka, då de arbetade den dagen de barnmorskorna som redan anmält sitt intresse för studien skulle intervjuas. Dessa rekryterades enligt så kallat bekvämlighetsurval (Trost, 2010). Samtyckesblanketten fylldes i och lämnades i ett slutet kuvert innan intervjun påbörjades. Semistrukturerade fokusgruppintervjuer, om tre till fyra barnmorskor användes

för att besvara studiens syfte. Fokusgrupper innebär att en grupp samlas och diskuterar ett givet ämne under en begränsad tid (Dahlin-Ivanoff och Holmgren, 2017). En av författarna var moderator och ledde gruppens samtal, den andra författaren observerade (Wibeck, 2000). Totalt tio barnmorskor med varierande yrkeserfarenhet inom förlossningsvården rekryterades till studien, spannet varierade från ett till 42 år. Ytterligare två barnmorskor hade tackat ja till att delta i studien, men vid intervjutillfället fick de lämna sent återbud på grund av personliga skäl. I ett försök att rekrytera fler deltagare togs kontakt via telefon med 13 barnmorskor på en ny förlossningsklinik. Ingen anmälde ingen sitt intresse för deltagande i studien. Tre fokusgruppsintervjuer genomfördes, var god se tabell 1. Intervjuerna varade mellan 45 till 90 minuter. Antal deltagare per intervju varierade från tre till fyra barnmorskor. Frågorna ställdes öppet, därefter följdfrågor för att leda deltagarna vidare i sitt resonemang. Huvudfrågan var: *Hur upplever du att det är att som barnmorska ge stöd till kvinnan under förlossningen?* (Bilaga 1). Under fokusgruppintervjun fick barnmorskan möjlighet att uttrycka sin egen erfarenhet samt inspireras av de andra deltagarnas upplevelser (Wibeck, 2000). Samma öppna frågor ställdes vid alla tre gruppintervjuer. Då deltagarna samtalade fritt var ordningen på frågorna skiftande men den inledande frågan var alltid den samma. Intervjuerna utfördes i samtalsrum på barnmorskornas arbetsplatser efter avslutat dagturspass och spelades in (Wibeck, 2000). Om miljön är bekant, tillåtande och avspänd har informanterna större benägenhet att dela med sig av sina erfarenheter (Dahlin-Ivanoff och Holmgren, 2017). Båda författarna medverkade vid alla intervjuer för att minska riskerna för feltolkningar under analysarbetet, men även för att stötta varandra samt få erfarenhet av hela processen och göra arbetsbördan jämn (Wibeck, 2000).

**Tabell 1. Beskrivning av deltagarna i studien.**

<b>Intervju</b>	<b>Barnmorska</b>
Intervju 1	Bm 1
	Bm 2
	Bm 3
Intervju 2	Bm 4
	Bm 5
	Bm 6
Intervju 3	Bm 7
	Bm 8
	Bm 9
	Bm 10

### **Analys av data**

Utifrån Lundmans och Hällgren Graneheims (2012) beskrivning har en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats använts vid dataanalysen, detta för att studera beskrivningen av människors erfarenheter. Med hjälp av induktiv ansats lästes analysenheterna i sin helhet upprepade gånger med öppet sinne och en avskalad förförståelse för att få en känsla för textens helhet.

Första steget i processen var att transkribera det inspelade intervjumaterialet. Därefter avidentifierades intervjuerna. Nästa steg var enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) att kondensera meningar, citat, eller fraser som innehöll relevant information till frågeställningen. För att helheten inte skulle gå förlorad bevarades omgivande text som rörde sammanhanget. Därefter kodades de kondenserade enheterna. Sedan sammanfördes koder med likartat innehåll till underkategorier och som därefter bildade kategorier, se tabell 2. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är processen influerad från hermeneutiken, då författarnas förförståelse möter nya erfarenheter och idéer som i sin tur leder till en ny förståelse och förförståelse i det fortsatta analysarbetet.

**Tabell 2. Exempel på hur analysprocessen har gått till.**

Citat	Kondensering	Kodning	Underkategori	Kategori
<i>Då blir ju stödet till kvinnan, det blir ju även stöd till partnern eller den som är med liksom. Ibland tycker jag vi kan känna att vi inte bara stöttar kvinnan utan man stöttar ju alla som är inne på förlossningsrummet i de olika rollerna som de har eller som de har bestämt att de ska ha.</i>	Vi stöttar inte bara kvinnan utan man stöttar alla inne på förlossningsrummet.	Barnmorskan ger stöd till alla på förlossningsrummet.	Att stödja ett team.	Relationsskapande.
<i>Sen gör vi ju födandet mer sjukt idag. Vi ska ha en venflon på patienten, vi ska ha blodgruppering, vi ska köra en CTG och ju mer vi använder oss av medicinska saker, ju mer medicinsk blir uppfattningen av att förlossningen är. Det normala får mindre plats.</i>	Vi gör födandet mer sjukt idag. Det normala får mindre plats.	Det normala får mindre plats i födandet.	Den medicinska vården tar över det naturliga födandet.	Begränsningar av att ge stöd.

### Forskningsetiska avvägningar

När projektplanen blev godkänd skickades en ansökan om rådgivande yttrande till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN). VEN gav ett yttrande, med diarienummer VEN 90–17, med några synpunkter som togs i beaktan och justerade. Detta enligt Helsingforsdeklarationen, som betonar vikten av att en forskningsetisk kommitté bör bedöma och godkänna försöksprotokollet innan studien inleds (World Medical Association, 2013). Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor betonas vikten av att informerat samtycke lämnas, samt att information om studiens syfte ges. Vidare bör deltagandet vara frivilligt och forskningspersonen har rätt att när som avbryta sin medverkan. Detta för att skydda och respektera den som deltar i forskningen (SFS 2003:460). För att försäkra studiedeltagarnas anonymitet och att den personliga integriteten inte kränks kodades intervjumaterialet med nummer. Detta för att materialet inte ska kunna spåras.

Intervjudeltagarna har avidentifierats och har erhållit ett kodnummer i materialet (SFS 1998:204 & WMA 2013). Alla data kommer att raderas efter att uppsatsen har examinerats.

### *Förförståelse*

Författarna har under sitt arbete som sjuksköterskor på BB-avdelning träffat kvinnor och dess familjer. Inför hemgången har kvinnorna ibland uttryckt att de saknat stöd och närvaro av barnmorskan under förlossningen. Författarna upplever att det finns en diskrepans mellan det stöd som kvinnan efterfrågar under förlossningen, gentemot det stöd som barnmorskan har möjlighet att ge. Författarna har valt att undersöka barnmorskors upplevelse av att ge stöd till kvinnan under förlossning, då forskningen i en svensk förlossningsvård är mycket begränsad inom området. Författarna har försökt diskutera och bortse från denna förförståelse.

## Resultat

Datamaterialets analys resulterade i tre kategorier och elva underkategorier, se tabell 3.

Kategorin *Relationsskapande* innehåller mötet mellan kvinnan och barnmorskan och vad som påverkar vilket stöd barnmorskan erbjuder kvinnan. *Begränsningar av att ge stöd* är kategorin där de yttre faktorerna diskuteras, vad som påverkar möjligheterna att ge ett fullgott stöd. Den sista kategorin *Att vara anpassningsbar som barnmorska* berör barnmorskans förhållningssätt till sitt yrke, men även förmågan att ständigt anpassa sig.

**Tabell 3. Beskrivning av kategorier samt underkategorier.**

<b>Kategori</b>	<b>Underkategori</b>
Relationsskapande	Förlossningsförberedelse Kvinnans tilltro till sin egen förmåga Kvinnans bakgrund och personlighet Stödjande närvaro Att skapa ett team
Begränsningar av att ge stöd	Arbetsklimatet samt det kollegiala stödet Samvetsstress Den medicinska vården tar över det naturliga födandet
Att vara anpassningsbar som barnmorska	Barnmorskans professionalitet Barnmorskans förhållningssätt till arbetet

### **Relationsskapande**

Resultatet visade att barnmorskans första möte med kvinnan är avgörande för hur stödet till kvinnan därefter utformas. Barnmorskorna ville gärna börja med att investera i ett förtroende för att på så vis påbörja en relation med kvinnan och få henne att känna sig trygg.

### *Förlossningsförberedelse*

Barnmorskorna upplevde att behovet av att ge stöd till kvinnan var varierande beroende på vilken förlossningsförberedelse kvinnorna erhållit, vilket stöd de mottagit från mödravården samt paritet. Otillräcklig förlossningsförberedelse hos kvinnan ledde till ökad oro och frågor vilket krävde att barnmorskan närvarade mer i rummet för att lugna, förklara och informera om förloppet. Det framkom att barnmorskorna ansåg att kvinnor idag kan vara oförberedda på vad graviditet, förlossning och föräldraskap innebär. Att känna sig trygg under sin förlossning är en process som bör påbörjas så fort kvinnan blir gravid.

*” Många kvinnor idag är oförberedda på något sätt på vad en graviditet, en förlossning och ett föräldraskap innebär. De har också mindre tilltro till sig själv och vad deras kroppar*

*klaras av. Då behöver ju vi egentligen ge ännu mer... det är ju en process som behöver börja när man blir gravid att skapa en trygghet inför förlossningen.” (Bm 5)*

Barnmorskorna var positiva till kvinnors förlossningsbrev. I dem stod det ofta en önskan om kontinuerlig information. Förlossningsförloppen kom inte alltid att motsvara förlossningsbrevet, men kvinnorna kunde vara nöjda med sina förlossningar ändå.

Barnmorskorna upplevde en del kvinnor som pålästa och informationssökande för att på så vis behålla kontroll över sin förlossning. Detta försökte barnmorskorna tillgodose genom att kontinuerligt uppdatera och informera för att göra kvinnorna delaktiga i sin förlossning. Å andra sidan försökte barnmorskorna få kvinnorna att släppa kontrollen och våga lita på sin kropp.

### *Kvinnans tilltro till sin förmåga*

Det var viktigt för barnmorskorna att möta kvinnorna på ett vuxet plan och ställa öppna frågor angående kvinnans tankar och känslor kring förlossningen. Detta för att hjälpa henne hitta styrka och tilltro till sig själv som födande kvinna.

*- ”Stödet kan ju också vara såhär att varsågod, det här är din förlossning, du ska föda barn, du får bestämma hur du ska föda barnet.”*

*- ”Precis, vi är ett redskap. Det är kvinnan som föder, inte jag som förlöser.” (Dialog mellan Bm 1 och Bm 3)*

Barnmorskorna beskrev hur vissa kvinnor växte med sin uppgift. Att se en kvinna känna tilltro till sin egen förmåga samt att hon var kapabel till att föda var enligt barnmorskorna fantastiskt att bevittna. Barnmorskorna uppfattade dock många kvinnor idag som osäkra med en låg självbild och dålig tilltro till sin egen förmåga och vad kroppen klarade av. De beskrev att vissa kvinnor räknade med att vården skulle leverera utan krav på kvinnans insats. Vidare beskrev barnmorskorna att många idag växer upp under skyddade omständigheter. Man råkar ut för färre svårigheter och livskriser och har därmed sämre beredskap för att hantera situationer som man inte kan kontrollera. Otrygga par krävde mer stöd och närvaro av barnmorskan.

Barnmorskorna menade att den födande kvinna får acceptera att inte ha någon kontroll, lita på sin kropp och våga vara trygg i att det blir bra. Barnmorskorna önskade att kvinnan skulle försöka hämta kraft från sig själv och se smärtan som ofarlig. Barnmorskorna upplevde

generellt att kvinnorna hade låg tolerans för smärta och efterfrågade smärtfrihet. Stor ansträngning lades på att försöka få kvinnorna att slappna av. Barnmorskorna jobbade även för att lyfta deras kapacitet och få dem att hitta tilltro till att kunna föda, men var även noga med att bekräfta och berömma deras prestation efter förlossningen.

*”Att liksom säga att det här har du gjort fantastiskt bra, vet du det. Att få bekräftelse för den stunden som hon har fött och den kommer hon aldrig att glömma. Den kommer följa henne hela livet. Hon kan berätta det när hon är 80. Hon kanske inte klarar skolan, har en massa diagnoser som helst. Men hon kunde föda.” (Bm 1)*

### *Kvinnornas bakgrund och personlighet*

Resultatet visade att barnmorskorna är måna om att varje kvinna behandlas respektfullt och tolerant oavsett bakgrund och härkomst. Då kvinnan hade utländsk bakgrund och inte talade språket upplevde barnmorskorna svårigheter med att etablera kontakt och stötta henne fullt ut. Språkförbistringar kvinnan och barnmorskan emellan krävde även en mer närvarande barnmorska för att skapa trygghet hos kvinnan.

*”Jag vill så väl stötta henne men jag vet inte alls vad hon har i sitt bagage, inte alls vad hon har gått igenom, varken från sitt hemland eller från sin relation eller hur hon blivit behandlad som kvinna.” (Bm 4)*

Det framkom i resultatet att man som barnmorska träffar kvinnor med varierande sociala bakgrunder och eventuella svårigheter. Att föda barn kan ibland upplevas som en utlämnande situation i en kvinnas liv och kan väcka starka känslor. Eftersom barnmorskan och kvinnan endast möts vid ett eller två arbetspass kan barnmorskan inte bearbeta det bagage hon har med sig. Det beskrevs att barnmorskorna mestadels ville fokusera på den stundande förlossningen för att kunna guida kvinnan på bästa sätt, men kännedom om kvinnans bakgrund ökade barnmorskans förståelse och underlättade relationskapandet.

Vilken inställning kvinnan hade till den stundande förlossningen påverkade hur barnmorskan stöttade henne fortsättningsvis. Om kvinnan var förlossningsrädd fokuserade man mer på att etablera kontakt och skapa en trygg atmosfär. Ibland kunde barnmorskorna känna motstånd ifrån kvinnorna, men genom tålamod och närvaro byggde barnmorskorna upp tilliten som medförde att kvinnorna anförtror sig till barnmorskorna. Lyhördheten hos kvinnorna kunde variera och det påverkade hur pass mottagliga de var för barnmorskans stöd och information. Det var även viktigt att barnmorskan kunde läsa av om en kvinna kände sig trygg och genom



rak kommunikation fråga hur mycket stöd och närvaro hon önskade från barnmorskan. Barnmorskorna menade att vissa kvinnor hade stor integritet och ett stort behov av att arbeta ifred. Kvinnan kunde ibland ha svårt att slappna av eller vara sig själv om barnmorskan befann sig på rummet.

### *Stödjande närvaro*

Resultatet visade att barnmorskorna värderade närvaro hos kvinnorna högt. Stöd från barnmorskan ansågs minska kvinnans behov av smärtlindring, kunde normalisera förlossningsförloppet och minska interventionerna. Barnmorskorna menade vidare att komplikationer kunde uppstå trots hög närvaro från barnmorskan men att förloppet utan närvaro kunde blivit ännu sämre, framförallt kvinnans upplevelse av sin förlossning. Barnmorskorna strävade efter att stödet de gav till kvinnorna var individuellt anpassat till vad de uppfattade att kvinnan var i behov av, deras livssituation och hur relationen var till partnern de hade med sig.

*”Det är ett nätverk och där ska jag fylla i dom trådarna som jag ser att hon behöver och att hon saknar.” (Bm 4)*

Barnmorskorna upplevde att de var ålagda många medicinska arbetsuppgifter så som CTG-övervakning samt provtagningar som de kände sig förpliktigade att utföra. Detta tog fokus ifrån deras viktigaste uppgift, nämligen att stödja kvinnan och närvara i rummet. Det viktiga var inte vad man sa eller gjorde utan att man visade att man ville vara där och inte var på väg någonstans. Kvinnorna kunde ibland upplevas krävande, men man visste som barnmorska att det var en stor dag i föräldrarnas liv och gjorde sitt bästa för att förlossningen skulle bli en fin upplevelse. Barnmorskorna kände även att de fick mycket tillbaka från kvinnorna. Ibland upplevde barnmorskorna att kvinnorna inte svarade på någon av deras insatser, utan bara hade det kämpigt.

*”Nu är det jätteintensivt, inget hjälper, man kan inte göra något mer än att bara vara där och rida ut vågen tillsammans med dem.” (Bm 9)*

Stöd till kvinnorna kunde även innebära att barnmorskan emellanåt fattade beslut åt kvinnan då hon inte var förmögen att göra det själv. Om läkare behövde tillkallas och eventuellt ta över kände barnmorskorna ett ansvar över att informera kring händelseförloppet så att kvinnan kunde känna fortsatt tillit. Vid eventuella akuta situationer som kejsarsnitt kände

barnmorskan att det var viktigt att närvara med kvinnan i operationssalen och fortsätta stödja henne.

### *Att skapa ett team*

Resultatet visade att barnmorskor upplever att de ibland behöver inleda relationen med att stötta partnern. En rädd partner kan påverka stämningen i rummet negativt och då även förlossningsförloppet. Då partnern är trygg och känner sig behövd kan barnmorskan i nästa steg använda hen som ett redskap för att med hjälp av instruktioner från barnmorskan stödja kvinnan när barnmorskan inte befinner sig på rummet.

Barnmorskorna kände sig tillfreds om kvinnan sade till sin partner att hon inte hade klarat det utan hen. Då hade man som barnmorska inte tagit över utan lyckats göra partnern delaktig och få kvinnan och partnern att bli ett team. När ett team jobbade fint tillsammans var det viktigt för barnmorskan att vara diskret och låta dem vara själva på rummet medan barnmorskan övervakade utanför och fanns tillgänglig om de behövde henne.

*”Ibland har man ju par som har en fantastisk relation och en trygghet i sig själva. Då behöver man ibland bara visa sin närvaro och inte göra så mycket för dom fixar det. Men ibland behöver man stötta partnern mer än man stöttar kvinnan, finns tillhands för den personen som kanske är otroligt rädd.” (Bm 5)*

Barnmorskorna kunde ibland uppfatta parets relation som ytlig. Relationen kunde emellanåt vara kortvarig innan paret skaffade barn och vissa hade dålig beredskap för att hantera krävande situationer tillsammans. Barnmorskan fick i dessa fall ge mer stöd om partnern hade svårt att hantera situationen.

### **Begränsningar av att ge stöd**

För att barnmorskan skulle kunna ge stöd till den födande kvinnan krävdes tid, närvaro och kontinuitet. För att minska barnmorskans samvetsstress var det kollegiala stödet av stort värde.

### *Arbetsklimatet samt det kollegiala stödet*

Barnmorskorna kände kollegialt stöd från varandra. Om man upplevde en hopplöshet i hur man skulle kunna ge stöd i en viss situation fanns det möjlighet att gå ut från rummet och

bolla idéer och tankar med sina kollegor. Det framkom även att en kollega på salen kunde bidra till ny energi för kvinnan, partnern och barnmorskan. Hade man ett gott arbetsklimat på förlossningen med ett fint kollegialt stöd bidrog det till att barnmorskorna lättare kunde ge det stöd de önskade till kvinnorna.

*” Vi har samma tanke om hur vi vill jobba med de födande kvinnorna. Vi prioriterar det väldigt högt att kunna vara närvarande och vi löser det på något sätt. Alltså, vi tar verkligen hjälp av varandra, vi har ju ändå ett gemensamt mål.” (Bm 9)*

Några barnmorskor uttryckte dock en frustration över att alla kollegor inte hade samma entusiasm över att ge stöd och att det kunde vara frustrerande att arbeta med någon som inte var lika motiverad. Barnmorskorna uttryckte även hur viktigt det var att berömma istället för att kritisera varandras sätt. Ett betydelsefullt mål för barnmorskorna var att främja kvinnors positiva upplevelse av stöd trots kulturella skillnader. Barnmorskorna beskrev att vissa kollegor kunde ha förutfattade meningar mot kvinnor med utländsk härkomst, vilket upplevdes frustrerande av barnmorskorna.

### **Samvetesstress**

På grund av den generellt höga arbetsbelastningen fanns det inte alltid möjlighet att vara närvarande. Barnmorskorna hanterade detta genom att i mötet med kvinnan trots stress utstråla lugn som i sin tur ingav trygghet och normalitet. Det ledde till att kvinnan och hennes partner klarade av att vara ensamma på salen mer. Barnmorskorna kände frustration, otillräcklighet och missnöjsamhet med sin arbetsinsats när stödet påverkades av arbetsbelastningen. Barnmorskor önskade ge kvalité vilket inte var möjligt utan närvaro och stöd vilket skapade samvetesstress.

*”Det är väldigt svårt som ny när man verkligen vill, liksom. Man vill prestera, man vill leverera ett bra paket av sig själv. Men det tar väldigt, väldigt mycket på en när man känner att man ger allt. Och det tror jag att man med tiden måste börja ransonera med om man ska orka leva i den här branschen.” (Bm 2)*

Barnmorskorna upplevde även skillnad i att ge stöd till kvinnorna beroende på var i förlossningsförloppet kvinnorna befann sig. Detta påverkades av hur mottagliga kvinnorna var relaterat till smärta, oro och förväntningar. Även när i förlossningsförloppet kvinnorna kom in till förlossningen påverkade hur mycket tid barnmorskan hade till att etablera kontakt.

*”En barnmorska per födande vore drömmen.” (Bm 6)*

### *Den medicinska vården tar över det naturliga födandet*

Det uttrycktes att samhället påverkar till att det medicinska tar över det mest naturliga, nämligen att föda barn. Den nätbaserade informationen har både på gott och på ont tagit mer plats i vad föräldrar tar del av. Barnmorskorna berättade att medicinen krupit in i förlossningsvården och med ökad medicinsk kunskap skapas oro hos blivande föräldrar.

*”Idag vet vi mer och då krävs mer stöd.” (Bm 5)*

Kvinnorna vill ha garanti och svar på allt och om det inte går enligt förlossningsplanen upplevs stödet ej som fullgott. Det krävdes tydliga svar från barnmorskor för att skapa och inge trygghet. Barnmorskorna upplevde att de nog behövde överväga sina ordval för att inte skapa onödig oro. Det var även viktigt att personalen gav likvärdig information och stod eniga i sina beslut eftersom kvinnorna fokuserade på det medicinska istället för att lägga fokus på det normala födandet. Barnmorskor med lång erfarenhet inom förlossningsvården uttryckte att de hade mer tid för kvinnorna förr trots att man då hade fler förlossningar per barnmorska, detta på grund av att det normala var i fokus både i barnmorskans och i patienternas tankar.

### **Att vara anpassningsbar som barnmorska**

Barnmorskans personlighet och professionalitet påverkade det stöd som den födande kvinnan erhöll samt vilken kontakt som etablerades.

### *Barnmorskans professionalitet*

Professionalitet samt egna attityder inverkade på barnmorskans förmåga att ge stöd. Dessa attityder var ibland baserade på barnmorskornas egna erfarenheter, men även deras dagsform och välbefinnande. Barnmorskorna berättade att de ständigt behövde anpassa sig för att ge gott stöd till kvinnor på grund av deras olika bakgrund och personlighet, samt var i förlossningen de befann sig.

*”Man är en kameleont och har många olika barnmorskor i sig.” (Bm 10)*

Vidare var barnmorskan uppmärksam på sitt kroppsspråk och ansiktsuttryck för att inte skapa någon falsk oro hos kvinnan. Detta uttrycktes vara en tidvis svår balansgång. För att avdramatisera förlossningsförloppet och få stämningen avslappnad i rummet försökte barnmorskorna använda humor till att skapa härlig stämning. Barnmorskans personlighet och professionalitet hade stor betydelse för vilket stöd som gavs och vilken kontakt som skapades.

*Det är, alltså man jobbar mycket med sig själv som verktyg. Att man är närvarande och att man etablerar en kontakt och en atmosfär i rummet som liksom öppnar för att det är tryggt.”*  
(Bm 7)

Det framkom att barnmorskorna såg det som en utmaning att skapa förtroende hos kvinnan, framförallt om hon var rädd, ledsen eller utåtagerande. Gemensamt upplevdes en härlig känsla hos barnmorskorna när de kände att de fick gehör hos kvinnan. Även om man som barnmorska var trött eller hade en dålig dag sögs man in i situationen när man väl kom in på förlossningsrummet. Fördelen med hög närvaro på salen var att det underlättade bedömningen av vilket stöd hon behövde. Det kunde också upplevas uttömmande att som barnmorska hela tiden ge av sig själv. Barnmorskorna upplevde att välmående och personlighet påverkade hur mycket stöd och närvaro de orkade ge.

### *Barnmorskans förhållningssätt till arbetet*

Gemensamt för barnmorskorna var att alla ansåg att de hade det bästa tänkbara arbetet. Det framkom att barnmorskorna kände ett betydande ansvar över att föräldrarnas viktigaste dag skulle bli fantastisk. Att ge ett fullgott stöd kunde upplevas som arbetsamt men även spännande och utmanande. Tidvis kunde man dock läsa av kvinnorna fel och då ta det personligt när dom reagerade på ett visst sätt. Det uttrycktes att man som barnmorska ibland kunde behöva lämna rummet för att komma tillbaka efter en stund med nya krafter. Känslan man som barnmorska fick när man inte haft möjlighet att ge det stöd man önskat, bidrog till att man mådde dåligt efter arbetets slut. Barnmorskorna ansåg att för att kunna vara verksam som barnmorska inom förlossningsvården långsiktigt behövde de vara vaksam på sitt mående. För att vara professionell var barnmorskorna tvungna att lära sig att sätta gränser och på så vis värna om sitt välbefinnande. Vidare behövde de ha rimliga krav och inte döma sig själv de gånger de var missnöjda med sin arbetsinsats.

*”Det är en härlig känsla när man åker hem och känner att idag har jag gjort så gott som jag har kunnat. Jag hade inte kunnat göra något annorlunda, jag har gjort så gott jag kan. Ibland blir det jättebra och ibland blir det mindre bra.” (Bm 3)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva barnmorskans upplevelse av att ge stöd till kvinnan under förlossningen. Fokusgruppsintervjuer ansågs passande då syftet berör upplevelser, tankar och erfarenheter vilket är omöjligt att beräkna och generalisera enligt kvantitativ metod (Kristensson, 2014). Givande diskussioner uppkom under intervjuerna, vilket bidrog till ett innehållsrikt resultat som svarar väl an till syftet. Genom interaktioner i fokusgrupperna var avsikten att locka fram idéer, synsätt och åsikter samt diskutera dem inom gruppen. Det framkommer då nya perspektiv som berikar ämnet (Dahlin-Ivanoff och Holmgren, 2017). Antalet deltagare i de utförda intervjuerna var tre till fyra barnmorskor. Den ideala gruppstorleken för fokusgrupper är fyra till åtta personer (Dahlin-Ivanoff och Holmgren, 2017). Små fokusgrupper kan dock vara mycket dynamiska och resultatet av diskussionerna beror mer på engagemang hos deltagarna än det faktiska antalet deltagare (Dahlin-Ivanoff och Holmgren, 2017). Ett fåtal väl utförda intervjuer är mycket mer värda än ett flertal mindre väl utförda (Trost, 2010).

Vissa barnmorskor kan ha känt sig begränsade av att tala i grupp och hade eventuellt kommit till tals mer om författarna hade erbjudit individuella intervjuer. Det kan både vara till nackdel samt fördel om deltagarna är kollegor. Antingen känner de sig begränsade i vad de vill uttrycka, eller känner de trygghet och vågar tala fritt. Fördelarna med fokusgrupper, att deltagarna inspirerar och diskuterar med varandra, överväger (Dahlin-Ivanoff och Holmgren, 2017). Författarna upplever att samtliga deltagare hade möjlighet att komma till tals under intervjuerna. Dock var vissa mer dominanta och hade starka åsikter. Detta påverkade hur diskussionen vidareutvecklades men hämmade inte de andra deltagarna att komma till tals eftersom moderatorn i de fall ledde in dem i samtalet (Wibeck, 2000 & Dahlin-Ivanoff och Holmgren, 2017).

De rekryterade barnmorskorna till intervjuerna hade olika arbetslivserfarenheter vilket är en styrka i materialet. Deltagare från olika förlossningskliniker ger en ökad variation av resultatet och höjer därmed kvalitén och trovärdigheten (Trost, 2010). Några av studiedeltagarna anmälde sitt intresse för studien självmant. Andra deltagare blev tillfrågade personligen eftersom de arbetade i anslutning till de planerade intervjutillfällena (Trost, 2010). Bekvämlighetsurval har alltså använts. Enligt Kristensson (2014) väljer man då ut personer som är lättillgängliga. Nackdelen kan dock vara att urvalet riskerar att inte bli representativt för en hel population. Det är en styrka att ha både frivilliga och tillfrågade deltagare då deltagarnas engagemang för ämnet kan vara varierande och därmed ge ett mer nyanserat material som höjer reliabiliteten (Wibeck, 2000). Samtliga intervjuer utfördes i anslutning till förlossningsavdelningarna i liknade konferensrum vid ungefär samma tidpunkt, alltså har datan samlats in under samma förutsättningar (Dahlin-Ivanoff och Holmgren, 2017). Det kan vara till nackdel att utföra intervjuerna i anslutning till avslutat arbetspass eftersom deltagarna kan vara emotionellt och fysiskt uttröttade. Likväl upplevde författarna en god och positiv stämning samt ett engagemang under samtliga intervjutillfällen.

Eftersom författarna var oerfarna att leda intervjuer kan det ha varit en nackdel att ingen pilotintervju utfördes. Då hade det funnits tillfälle att testa intervjufrågor och upplägg, men även varit ett tillfälle att öva på att komma in i rollen som moderator (Danielsson, 2012). När intervjuerna väl utfördes förflöt samtalen följsamt och moderatorn höll en låg profil för att inte påverka diskussionerna och samtalen. Att samtliga intervjuer utfördes tillsammans utgjorde en trygghet. Om en moderator är oerfaren är det särskilt lämpligt att intervjuerna utförs i sällskap med medförfattaren. Då skapas en enighet med en större förståelse för den insamlade datan (Trost, 2010).

Om en kvantitativ metod hade använts till studien hade fler områden kunnat fångats genom att ställa olika frågor, men möjligheten att gå på djupet i specifika frågor hade gått förlorad (Eliasson, 2013).

För att öka tillförlitligheten i analysen har samtliga intervjuer utförts av båda författarna. Analysprocessen har genomförts systematiskt enligt Lundman och Graneheims (2017) modell för kvalitativ innehållsanalys. Det har givits kontinuerlig återkoppling från författarnas handledare samt i seminariegrupp. Detta anser författarna är en styrka då det inte är den enskildes tolkning av materialet utan en gemensam tolkning utav det fenomen som studerats.

Författarna har noggrant verifierat sina ställningstagande under hela forskningsprocessen (Lundman och Hällgren Graneheim, 2017).

För att som läsare kunna bedöma studiens överförbarhet har omständigheterna kring studien noggrant beskrivits (Kristensson, 2014 och Höglund Nielsen & Granskär 2017). Studiens resultat anses vara överförbart till svensk förlossningsvård med arbetsvillkor där barnmorskan vårdar fler än en födande kvinna samtidigt.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet visade att barnmorskorna var väl medvetna om betydelsen av att ge ett närvarande stöd till kvinnan under förlossningen. Den generellt höga arbetsbelastningen samt medicinska åtagande tog fokus från barnmorskans viktigaste uppgift, nämligen att stödja kvinna och närvara i rummet. Arbetsituationen ledde till en frustration samt en känsla av otillräcklighet. Barnmorskorna kunde då känna missnöjdhet med sin insats vilket skapade en samvetsstress. Det krävdes tid till att etablera kontakt med kvinnan. Om barnmorskan hade många födande kvinnor samtidigt fanns inte den tiden. I Aune, Amundsen och Skaget Aas (2014) framkom det att arbetsbelastningen på förlossningen gjorde att barnmorskorna hade svårt att tillhandahålla stöd till de födande kvinnorna vilket fick barnmorskorna att känna sig otillräckliga. I en kvantitativ studie av Hildingsson, Westlund och Wiklund (2013) beskrivs bristen på personal samt den stressiga arbetsmiljön på förlossningen som avgörande faktorer till barnmorskornas förhållningssätt till sitt arbete. De barnmorskor som var i riskgruppen för utbrändhet var barnmorskor under 40 år med mindre än tio års arbetslivserfarenhet. En av tre barnmorskor hade övervägt att lämna sitt yrke. Andra avgörande faktorer var konflikter arbetskollegor emellan, ledningen samt oro inför framtiden och över sin egen hälsa (Hildingsson, Westlund och Wiklund, 2013).

Genomgående i intervjuerna framkom betydelsen av det första mötet med kvinnan. Det var då som barnmorskan hade chans att påbörja relationsskapandet, skapa förtroende samt tillit och kunde då ge ett gott stöd till kvinnan. Ross-Davie och Cheynes (2014) studie stärker resultatet då de menar att stöd är en central faktor för hur kvinnan hanterar sin förlossning. Stöd förbättrar kvinnans förlossningsupplevelse, främjar anpassningen till moderskapet och minskar risken för postpartum-depressioner (Ross-Davie och Cheynes, 2014).



I resultatet framkom det att mer stöd krävdes till den födande kvinnan med förlossningsrädsla. Att kunna anpassa stödet individuellt samt vara närvarande som barnmorska var avgörande och kunde normalisera förlossningsförloppet samt minska interventionerna. Liknande resultat ses i Larssons, Hildingssons, Ternströms, Rubertssons och Karlströms (2018) kvalitativa studie som påvisade att om den förlossningsrädda kvinnan som får professionellt och individuellt stöd av barnmorskan inför och under förlossningen stärker kvinnans självförtroende till sin egen förmåga under förlossningen, men även till eventuella framtida graviditeter och förlossningar (Halldorsdottir och Karlsdottir, 2011; Larsson, Hildingsson, Ternström, Rubertsson och Karlström, 2018).

De intervjuade barnmorskornas mål var att hjälpa kvinnan att hitta styrka och tilltro till sig själv som födande kvinna. Många kvinnor upplevdes osäkra med låg självbild.

Barnmorskorna beskrev vidare att vissa kvinnor räknade med att vården skulle prestera utan krav på kvinnans insats. Berg (2010) understryker hur barnmorskan genom att stärka och stödja kvinnan under hennes förlossning frigör kvinnans egna resurser. Barnmorskan strävar också efter att den födande kvinnan ska komma till insikt med att hon själv är den viktigaste resursen i samband med förlossningen (Berg, 2010). Likaså Holvey (2014) stödjer det beskrivna och redogör i sin studie att barnmorskan spelar en avgörande roll för hur kvinnan informeras och på så vis blir självständig och trygg i sin förlossning. Att ge individuell omvårdnad är kärnan i barnmorskans profession (Halldorsdottir och Karlsdottir, 2011).

Barnmorskorna beskrev vikten av att varje kvinna skulle behandlas respektfullt trots bakgrund och härkomst. Barnmorskorna upplevde en frustration över språkförbistringar som inverkade på förmågan av att ge fullgott stöd. En kulturdoula skulle kunna bidra till en mer jämlik vård och övervinna språkförbistringar barnmorska och kvinna emellan. Doula och kulturtolk i samarbete med Karolinska institutet planerar för en randomiserad studie gällande kulturdoulans betydelse under 2018. Denna forskning är av stor vikt då kvinnor med utländsk härkomst har mer komplikationer under graviditet, förlossning och eftervård på grund av språkförbistringar (Doula och kulturtolk, 2018). I Bergs och Terstads (2006) kvalitativa studie beskrivs doulan som en erfaren medlande och bekräftande person med hög närvaro.

Emellanåt kunde barnmorskan uppleva kvinnan och partners relation som ytlig och inte kapabel att hantera förlossningssituationen. I dessa fall fick barnmorskan ta en större plats i rummet och stötta både kvinnan och partnern. Detta fynd bör om möjligt uppmärksammas

redan på mödravården för att stärka parets relations och på så vis skapa större delaktighet hos partnern.

Det framkom i resultatet att den nätbaserade informationen påverkade de blivande föräldrarna på både gott och ont. Barnmorskorna upplevde att föräldrarna inte alltid var källkritiska då de tog till sig information vilket kunde leda till felaktiga föreställningar och förväntningar. Barnmorskorna menade även att den medicinska inriktningen och åtgärderna tog allt större plats inom förlossningsvården. En barnmorska har många medicinska åtagande som tar tid från hennes möjligheter att ge ett fullgott stöd. Ross-Davie och Cheynes (2014) studie förstärker resultatet då de beskriver hur stöd under förlossningen främjar det normala förloppet samt minskar medicinska ingrepp. Även Sundström (2009) påtalar att det mänskliga bemötandet spelar större roll än den medicinska vården. Barnmorskans primära uppgift, att stödja och förespråka kvinnan, har blivit mer åsidosatt då den medicinska inriktningen har tagit allt större plats inom förlossningsvården. Barnmorskan bör vara delaktig och tongivande i utformning av arbetsrutiner samt promemoria som rör yrkesrollen för att på så vis möjliggöra ett arbetssätt som tillåter barnmorskan att vara självständig i sin yrkesroll, ha hög närvaro hos patienterna och fokusera på det naturliga förloppet. I enighet med kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska besitter barnmorskan kompetens att självständigt bedöma när en situation avviker från det normala, bedöma behovet av åtgärder samt snabbt sätta in adekvata åtgärder (Barnmorskeförbundet, 2018).

I resultatet framgick det att kollegialt stöd upplevdes betydelsefullt för att få ny energi både till barnmorskan, kvinnan samt partnern. Barnmorskorna uttryckte vikten av att berömma istället för att kritisera varandras arbetssätt. Det framkom även en frustration över att alla kollegor inte hade samma entusiasm över att ge stöd. Det betonas i kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska att kollegors olika erfarenheter och kunskaper ska värdesättas vilket främjas genom kollegial stöttning (Barnmorskeförbundet, 2018). Det är även viktigt för barnmorskan att reflektera kring sitt yrke och på så vis utvecklas i sin profession (Halldorsdottir och Karlsdottir, 2011). I resultatet beskrevs även barnmorskan som en egen individ med erfarenheter, attityder och en personlighet vilket påverkade hur hennes stöd utformades. Trots detta var barnmorskan professionell och anpassade stödet och bemötandet efter den individuella kvinnan. För att vara professionell var barnmorskorna även tvungna att lära sig att sätta gränser för att på så vis värna om sitt välbefinnande. Enligt Barnmorskeförbundet (2014) arbetar inte barnmorskor enbart för att stödja den födande

kvinnan utan ska även stärka och stödja sina kollegor. Trots att barnmorskor har olika arbetssätt och kunskaper är det viktigt med kollegialt stöd för att ta del av varandras erfarenheter. Det är även viktigt med ett tillåtande arbetsklimat för att utvecklas i sin profession (Barnmorskeförbundet, 2014).

### **Konklusion och implikationer**

Att som barnmorska ge stöd är komplext och mångfacetterat och är beroende av personen som ska erhålla stödet samt i vilken kontext det ska utföras i. Barnmorskorna är eniga om att stödet till kvinnan under förlossningen är en av professionens stora huvuduppgifter. Att som barnmorska ge ett fullgott närvarande stöd till den födande kvinnan kan upplevas krävande i dagens förlossningsvård med hög arbetsbelastning samt stor medicinsk fokus. För barnmorskor är det kollegiala stödet väldigt betydelsefullt. Om arbetsvillkoren hade varit en barnmorska per födande kvinna hade barnmorskan inte behövt uppleva samvetsstress de ibland känner. Det hade även bidragit till en positivare förlossningsupplevelse för den födande kvinnan med mindre interventioner, komplikationer samt en bättre start på föräldraskapet.

För att barnmorskan ska kunna bevara sin unika yrkesroll i att självständigt handlägga och värna om den normala graviditeten, förlossningsförloppet samt eftervården och arbeta stödjande enligt rådande evidens krävs en politisk och ekonomisk satsning och prioritering av förlossningsvården gällande utökade personalresurser samt en vårdorganisation som är formad för att göra detta möjligt.

Vidare forskning kan ske angående utfallet i att ha en födande kvinna per barnmorska för att på så vis kunna minska interventioner, komplikationer samt vårdkostnader så som långdraget förlopp, sectio, postpartum-depression samt sekundär förlossningsrädsla.

## Referenser

- Aune, I., Amundsen, H-H., Skaget Aas, L. C. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30(1), 89-95.
- Berg, M., & Terstad, A. (2006). Swedish womens experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 22(4), 330-8.
- Berg, M (2010). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka : Vårdande vid barnafödande* (s. 29 – 41). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M., & Lundgren, I. (2010). Att vårda vid barnafödande är att stödja och stärka. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka : Vårdande vid barnafödande* (s. 237-241). Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience – The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29, 407-415.
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A-K., Selboe, S-T., Torvik, H. M., & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 2-7.
- Dahlin-Ivanoff, S., & Holmgren, K. (2017). *Fokusgrupper*. Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricsson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Doula & Kultur. (2018). Hämtad 2018-05-07 från <https://www.doulakulturfolk.se/forskning/>
- Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jacksson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(19), 2142-2153.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education to day*, 24, 105-112.
- Halldorsdottir, S. I., & 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), 625-833.

- Hildingsson, I., Westlund, K., & Wiklund, I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive healthcare: Official journal of the Swedish Association of Midwives*, 4(3), 87-91.
- Holvey, N. (2014). Supporting women in the second stage of labour. *British Journal of Midwifery*, 22(3), 182-186.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 1-17.
- Höjeberg, P. (2009). Barnmorskans historia. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red). *Lärobok för barnmorskor* (s. 19-26). Lund: Studentlitteratur.
- Höjeberg, P. (2011). *Jordemor*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- International Confederation of Midwives. (1999). Den internationella etiska koden för barnmorskor. Hämtad från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>
- Iliadou, M. (2012). Supporting women in labour. *Health Science Journal*, 6(3), 385-391.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och sjukvårdsvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C., & Karlström, A. (2018). Womens experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women and Birth: journal of the Australian College of Midwives*. S1871-5192(17)30328-1
- Lundgren, I. (2010). Förlossningsvårdens historia. I M. Berg & I. Lundgren (Red.). *Att stödja och stärka : Vårdande vid barnafödande* (s. 17-25). Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I., & Berg, M. (2016). Professionellt förhållningssätt. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (s. 19-24). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 187-199). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, F. D., & Beck, T. C. (2016). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

- Ross-Davie, M., & Cheyne, H. (2014). Intrapartum support: what do women want? A literature review. *Evidence Based Midwifery*, 12(2), 52-58.
- Ryding, E-L. (2014). Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I H. Hagberg, K. Marsal & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 127-135). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Justitiedepartementet. Hämtad från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763)
- SFS 1998:204 Personuppgiftslagen. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad från [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204\\_sfs-1998-204](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204)
- SFS 2003:460. Lag om etikprovning av forskning som avser människor. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/)
- SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2013). Kontinuerligt stöd till kvinnor under förlossning. Hämtad från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/kontinuerligt-stod-till-kvinnor-under-forlossning/#>
- Sundström, K. (2009). Kvinnors reproduktiva hälsa. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson, & I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (s. 27-38). Lund: Studentlitteratur.
- Svenska Barnmorskeförbundet (2014). 10-punktsprogram för en God vård i samband med barnafödande. Hämtad från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/04/10-punkter-web.pdf>
- Svenska Barnmorskeförbundet (2018). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Hämtad från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper – Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur

World Health Organization. (2004). Reproductive health strategy to accelerate progress towards attainment of international development goals and targets. Hämtad från [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/1/WHO\\_RHR\\_04.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/1/WHO_RHR_04.8.pdf)

World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> 1.

Härmed intygar författarna till föreliggande studie att arbetsbördan fördelats jämt samt att båda författarna har varit lika delaktiga genom hela processen.

## Intervjuguide

Namn

Ålder

Antal år som barnmorska

Antal år på förlossningen

Huvudfråga

***Hur upplever du att det är att ge stöd till kvinnan under förlossningen?***

Följdfrågor

*Hur är din upplevelse när du inte har möjlighet att ge det stöd som kvinnan verkar efterfråga?*

*Vad påverkar möjligheterna att ge stöd till kvinnan?*

*Kan du berätta mer?*

*Kan du utveckla?*

*Hur menar du då?*

*Hur tänker du då?*

*Kan du beskriva?*

*Kan du ge exempel?*