



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: HT 17 Examensarbete samt vetenskapsteori och forskningsmetodik för magisterexamen i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa.

Att vara, att känna

Barnmorskors levda erfarenhet av att ge kontinuerligt stöd vid barnafödande.

To be, to feel

Midwives' lived experiences of continuous support during child birth.

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2017

Författare:

Eva Nordlund

Leg. barnmorska

Handledare:

Helena Lindgren

Docent, leg. barnmorska

Examinator:

Lena Wettergren

Docent, leg sjuksköterska

Sammanfattning

Bakgrund: Födande kvinnor och deras familjer efterfrågar idag kontinuerligt stöd av barnmorska under födseln. Det finns stöd i forskningen för positiva effekter av kontinuerligt stöd kring såväl medicinska utfall som kvinnans förlossningsupplevelse. Fram till verksamheten upphörde på ett modifierat birth center i Sverige arbetade en grupp barnmorskor utifrån en vårdfilosofi med kontinuerligt stöd. Barnmorskor som arbetar med hemfödslar är en annan grupp som arbetar med kontinuerligt stöd.

Syfte: Syftet med studien var att få en ökad förståelse för barnmorskors levda erfarenhet av kontinuerligt stöd vid barnafödande.

Metod: Åtta barnmorskor i åldrarna 37 till 69 år, med olika antal år i yrket, 4 till 43 år, intervjuades. Fyra barnmorskor arbetade med hemfödslar och fyra barnmorskor hade arbetat på Södra BB fram till nedläggningen. Data från intervjuerna analyserades genom en fenomenologisk analys.

Resultat: Fenomenets essens kunde beskrivas genom fyra konstituenten. Essensens kärna var barnmorskornas tillit till kvinnors förmåga att föda. Konstituenterna som framträdde var: tilliten till kvinnans förmåga att föda, tillfredsställelse med sitt yrkesutövande och att förändras, tilliten till kollegor som delar samma syn, smärtan av att ha ”varit där” och inte få möjlighet att återvända dit.

Konklusion: Att ge kontinuerligt stöd var av stor betydelse även för barnmorskorna vid en födsel. Tilliten till kvinnans förmåga att föda var grundläggande. Den tilliten uttrycktes genom ett individualiserat bemötande. Att ”bara vara” hos den födande, att vara aktivt passiv förändrade också barnmorskans till att bli lugnare och tillitsfull. Barnmorskekollegorna var ett stort stöd. Stödet från kollegorna visade på en ytterligare dimension av vad kontinuerligt stöd kan innebära även för barnmorskans välmående och vila. När barnmorskorna inte längre kunde arbeta med kontinuerligt stöd innebar det ett stort lidande som fick konsekvenser för enskilda barnmorskor.

Nyckelord: barnmorska, tillit, kontinuerligt stöd, kollegialitet, lidande

Abstract

Background: Today women in labour and their families ask for continuous support from their midwife during child birth. Studies has shown, that continuous support during child birth has a positive effect regarding medical outcomes as well as on the labouring woman's experience during birth.

Before their organization was discontinued, a group of midwives worked with continuous support based on a healthcare philosophy. Midwives working with homebirths is another group who works with continuous support.

Purpose: The aim of this study was to obtain a deeper understanding of midwives' lived experiences of continuous support during child birth.

Method: Eight midwives in the ages of 37 - 69, differencing in work experience with 4 - 43 active years in the profession, was interviewed. Four of the midwives worked with homebirths and four had been a part of the modified birth center, Södra BB before it was discontinued. The obtained data from the interviews was analyzed with phenomenological analysis.

Results: The essence of the phenomenon could be described with four constituents. The core of the essence was the midwives' faith in the woman's ability to give birth. The four appearing constituents were: The faith in the woman's ability to give birth; the satisfaction with one's work and their personal change; a higher trust in colleagues who shares the same view; the pain of "to have been there" without the opportunity to return.

Conclusion: To give continuous support during child birth was of great importance also to the midwives. The faith in the woman's ability to give birth was essential. That faith was expressed through an individualized engagement in the woman. To "only be present" with the woman in labour, to actively be passive, also changed the midwife to be calmer and more confident. The collegial support was also of great importance to the midwives and further showed how continuous support could mean for the midwife's resting and wellbeing. When the midwives no longer could give continuous support, it led to a great deal of suffering that had negative consequences for individual midwives.

Keywords: midwife, trust, continuous support, collegiality, suffering

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	1
BAKGRUND	2
DEN SVENSKA FÖRLOSSNINGSVÅRDENS MEDICINSKA UTFALL	2
ORGANISATION AV GRAVIDITETS- OCH FÖRLOSSNINGSVÅRD I SVERIGE	2
BARNMORSKANS KOMPETENS, FÄRDIGHETER OCH ANSVAR	4
MAKING CHILDBIRTH A POSITIVE EXPERIENCE	5
KONTINUERLIGT STÖD	5
KONTINUERLIGT STÖD SOM EN DEL I EN VÅRDFILOSOFI	7
PROBLEMFORMULERING	7
SYFTE	8
METOD	8
STUDIEDESIGN	8
URVAL	8
DATAINSAMLINGSMETOD	9
DATAANALYSMETOD	10
ANALYS	11
RESULTAT	13
ESSENSEN	13
TILLITEN TILL KVINNANS FÖRMÅGA ATT FÖDA	14
TILLFREDSTÄLLELSE MED SITT YRKESUTÖVANDE OCH ATT FÖRÄNDRAS	21
TILLITEN TILL KOLLEGOR SOM DELAR SAMMA SYN	26
SMÄRTAN AV ATT HA "VARIT DÄR" OCH INTE FÅ MÖJLIGHET ATT ÅTERVÄNDA DIT	29
DISKUSSION	33
METODDISKUSSION	33
RESULTATDISKUSSION	34
TILLITEN TILL KVINNANS FÖRMÅGA ATT FÖDA	35
ATT VARA, ATT SITTA, ATT BLI LUGN, ATT FÖRÄNDRAS SOM BARNMORSKA	37
TILLITEN TILL KOLLEGOR SOM DELAR SAMMA SYN	39
"IF YOU HAVE SEEN YOU CAN'T UNSEE"	40
KONKLUSION	42
KLINISKA IMPLIKATIONER	43
FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING	43
REFERENSLISTA	44
BILAGA 1	49

Bakgrund

Som alla människor, kan även den födande kvinnan känna ensamhetskänslor i en situation som det inte är möjligt att fly ifrån. Barnmorskan kan genom bekräftelse stödja kvinnan i att acceptera och att ta ansvar för det som sker. Det innebär också att vara uppmärksam på att kvinnan inte passerar sina inre gränser för vad som är möjligt för henne att klara av. Det betyder att barnmorskan behöver vara närvarande, skapa närhet både i emotionell och fysisk mening (Lundgren, I. & Berg, M., 2007). När kontinuerligt stöd inte kan ges under födsel kan det leda till en känsla av ensamhet och otrygghet hos kvinnan vilket kan ge traumatiska förlossningsupplevelser, påverka kvinnans psykiska välbefinnande och anknytningen till barnet. Det kan även påverka hela familjens framtida hälsa (Aune, I., Hvaal Amundsen, H. & Skaget, L.C., 2014).

Den svenska förlossningsvårdens medicinska utfall

Den svenska förlossningsvården erbjuder en säker vård med ett av världens bästa hälsoutfall enligt Graviditetsregistret som kontinuerligt samlar in uppgifter kring de cirka 115 000 födselar som sker i Sverige årligen (Graviditetsregistret, 2018). Överlag visar den svenska vården före, under och efter graviditet mycket goda resultat. I internationell jämförelse är Sverige ett av de länder med den lägsta mödradödligheten i världen (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], 2018). Sverige har även hög överlevnad bland nyfödda barn och varje år upptäcks färre än 200 barn med allvarliga skador som uppstått under själva förlossningen (Socialstyrelsen, 2017).

Organisation av graviditets- och förlossningsvård i Sverige

När en kvinna blir gravid kommer hon i normalfallet vända sig till en barnmorskemottagning för kontroll och support under graviditeten. Mödrahälsovården ansvarar för vård under graviditet och är organiserad utifrån ett basprogram som alla kvinnor erbjuds, vilket utöver medicinska kontroller också innefattar socialt stöd till kvinnan. Den svenska mödrahälsovården är unik i världen med sin sammanhållna verksamhet och barnmorskans centrala roll (Svensk Förening för Obstetrik och gynekologi [SFOG], 2016).

När det är dags för födsel, föder merparten av de svenska kvinnorna på en förlossningsklinik. Kvinnan eller annan anhörig tar i regel telefonkontakt med förlossningskliniken och rådgör

med en barnmorska. Barnmorskan gör bedömningen, som bäst i samråd med kvinnan, när det är dags att komma in till förlossningen. Situationen kan också vara så att kvinnan behöver hänvisas till en annan förlossningsklinik vid platsbrist. Efter födseln har förlossningskliniken ansvaret för vården av kvinnan den första tiden och familjen vårdas antingen på en BB-avdelning eller på patienthotell för de friska kvinnorna och barnen alternativt går hem tidigt i vissa fall och får hembesök av barnmorska. Förlossningsklinikerna varierar i storlek mellan drygt 300 och knappt 10 000 förlossningar per år (SKL, 2018).

Sveriges förlossningskliniker har blivit större, färre och ger en relativt likartad vård trots en alltmer heterogen grupp vilket framkom i rapporten ”Trygg hela vägen, kartläggning av vården före, under och efter graviditeten”, (SKL, 2018). I intervjuer beskrev vissa professionsföreträdare att arbetsmiljön vid de stora klinikerna är mer opersonlig och att det kan bli ”som på löpande band”. Synen på vad som är en rimlig balans mellan att tillgodose kvinnornas medicinska respektive ickemedicinska behov skiljde sig mellan professionerna och även i vårdkedjan där framför allt barnmorskor förespråkade vårdmodeller där barnmorskan kan följa kvinnan genom hela vårdkedjan i relationell kontinuitet med ökad trygghet som följd. Det skulle även ge en ökad variation i arbetsuppgifter och arbetstillfredsställelse.

Kontinuerligt stöd innebär i vissa studier att kvinnan på förhand träffat några olika barnmorskor och vet att en eller två av dessa kommer att bistå vid födseln. Barnmorskan har då ansvar för vården före, under och efter födseln för ett begränsat antal kvinnor, denna vårdform benämns internationellt ”case-load” (Homer, C., Brodie, P., & Leap, N., 2008). På barnmorskemottagningen Hjärtat i Uppsala arbetar ett team barnmorskor och delar på en heltidstjänst på förlossningskliniken för att om möjligt kunna ge inskrivna kvinnor på barnmorskemottagningen kontinuitet av en känd barnmorska vid födseln. Sen 2017 bedrivs även ett Caseload midwifery projekt i Sollefteå. Det är de två enda varianterna av vårdmodeller med kontinuitet i vårdkedjan som idag finns i Sverige. Ett projekt med Caseload midwifery som förebild planeras på Karolinska sjukhuset i Huddinge.

Hemförlossningar är ovanliga i Sverige. Mindre än 0,1 procent av alla förlossningar äger rum hemma (Lindgren, H. E., Rådestad, I. J., Christensson, K. & Hildingsson, I. M., 2008). Det saknas nationella riktlinjer för planerade hemförlossningar och tillgången till en hemfödelsbarnmorska varierar över landet. I de flesta delar av landet får kvinnan ersätta

barnmorskan själv om hon önskar en hemfödelse (Lindgren, H. E., Kjaergaard, H., Olafsdottir, O.A. & Blix, E., 2014). Endast två landsting finansierar barnmorskor vid hemförlossning, Stockholm och Västerbotten. När hemfödslarna är finansierade av Stockholms läns landsting är det under vissa villkor. Ett krav är att kvinnan är frisk omfödelska som tidigare fött vaginalt utan komplikationer. Vid hemförlossning är barnmorskan i beredskap kring tidpunkten för planerad förlossning. Barnmorskan kontaktas och åker hem till kvinnan när det är dags att föda (SKL, 2018). I Västerbotten kan även friska förstfödelskor föda hemma så länge de befinner sig inom en radie på tre mil från förlossningskliniken. (Svenska Barnmorskeförbundet, 2015).

Barnmorskans kompetens, färdigheter och ansvar

Barnmorskans kompetens och ställning i samhället är reglerad i ”Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska”(Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Den svenska barnmorskan har en självständig roll inom kompetensområdet reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa och är den primära vårdgivaren inom många delar. I kompetensbeskrivningen beskrivs hur barnmorskan samverkar inom och med andra professioner, med andra yrkesgrupper, på olika nivåer, i verksamheter och ansvarsområden samt med olika myndigheter och vårdgivare. Genom sin nyckelroll inom sexuell och reproduktiv hälsa tar barnmorskan självständigt hand om den normala födseln, mödravård, antikonception, cervixscreening, arbetar inom gynekologin och hanterar även numera självständigt en stor andel medicinska aborter. Den svenska barnmorskan företräder en självständig yrkesgrupp med möjlighet att ge god och säker vård utifrån rättvisa och ansvar (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). I den internationella etiska koden för barnmorskor beskrivs hur barnmorskan ska förhålla sig till barnmorskekollegorna, ”*Midwives support and sustain each other in their professional roles, and actively nurture their own and others’ sense of self-worth*” (International Confederation of Midwives [ICM], 2014) vilket överensstämmer med den svenska kompetensbeskrivningens skrivning om att barnmorskan förväntas samverka inom den egna professionen. För att erhålla barnmorskeexamen behöver den blivande barnmorskan uppfylla de allmänna målen i Högskoleförordningen (SFS1998:1003, Högskoleförordningen 1993:100). Målet är att uppnå en bred och fördjupad kunskap inom området reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. En del av de färdigheter som ska uppnås innebär att analysera, bedöma och hantera komplexa frågeställningar och situationer utifrån individer och grupper behov. För att nå dit krävs att barnmorskan visar självkännedom och empatisk förmåga, har förmåga till ett holistiskt synsätt och därmed kan göra bedömningar utifrån relevant vetenskapliga, etiska och samhällliga

aspekter. Barnmorskan har bland annat ett ansvar för att särskilt beakta de mänskliga rättigheterna, ha ett professionellt förhållningssätt gentemot kvinnor och deras närstående (Högskoleförordningen 1993:100).

Making childbirth a positive experience

I den nya riktlinjen från World Health Organization, ”Making childbirth a positive experience, New WHO guideline on intrapartum care” (2018) beskrivs hur det finns alltmer kunskap om det fysiologiska förlossningsförloppet vilket har lett till att födslarna blivit alltmer medikaliserade. Att förstå vad som leder fram till kvinnors känsla av trygghet och en positiv förlossningsupplevelse har inte uppmärksammats i samma utsträckning. Förståelsen för att den här bristande kunskapen har betydelse har uppmärksammats och har visats sig leda till att kvinnans tillit till sin egen förmåga att föda har undergrävts och därför har haft en negativ påverkan på kvinnors upplevelse. I den första av 54 rekommendationer kring vård av barnafödande beskrivs hur vården ska ges inte bara utifrån kliniska medicinska behov utan även de psykologiska och emotionella behoven ska tillgodoses. Med det menas att miljön inte bara ska vara medicinskt säker utan även tillgodose kvinnans känsla av kontroll över sin situation, att involveras i beslut och kunna göra informerade val. Rekommendationen bygger på att kvinnan tas om hand i miljö där grunden är en kvinnocenterad filosofi med en människorättslig grund där det finns möjligheter att välja på många olika vårdalternativ. Respektfull mödra- och förlossningsvård utgår ifrån värdighet, att kunna vara privat och konfidentiell, vara fri från felbehandling och skada samt ges kontinuerligt stöd under födseln (WHO, 2018).

För att tillfredsställa kvinnans behov av trygghet behöver barnmorskan värdera hennes förväntningar och behov, planera för att möta hennes specifika önskemål och genom hela förloppet följa upp genom kommunikation och iakttagelser. Detta kan göras till fullo om barnmorskan är ansvarig för vården av högst en kvinna i aktivt förlossningsarbete och ger henne kontinuerligt stöd och närvaro (Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. & Sakala, C., 2012).

Kontinuerligt stöd

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], (2013), sammanfattade evidensläget kring kontinuerligt stöd under förlossning. I en kommentar menade SBU att för att det kontinuerliga stödet ska fungera ska stödpersonen vara med under hela förlossningen.

Barnmorskor skulle därför troligen inte vara den lämpligaste gruppen för att ge kontinuerligt stöd, även om deras arbetsbelastning minskades, eftersom tiden för en förlossning oftast är längre än ett arbetspass för en barnmorska i Sverige. Svenska arbetstidsregler skulle omöjliggöra det och dessutom skulle det medföra stora kostnadsökningar.

Kontinuerligt stöd under födsel kan förbättra utfallet för kvinnor och barn. Det ökar andelen spontana födslar och förkortar längden. Det minskar behovet av kejsarsnitt och instrumentella födslar, minskar användningen medicinsk smärtlindring och förbättrar barnets apgarpoäng vid 5 minuters ålder. Det ger också kvinnor en mer positiv förlossningsupplevelse. Ingen negativ effekt av kontinuerligt stöd har visats (Bohren, M.A., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A., 2017). Vanliga dimensioner av kontinuerligt stöd inkluderar emotionellt och fysiskt stöd, information och rådgivning och att hjälpa kvinnan att formulera sina behov och önsknings. Det fysiska stödet kan innebära att skapa komfort och att lindra genom till exempel massage, uppmuntra aktivitet, varma bad och att få i sig näring. Det emotionella stödet kan se olika ut där kontinuerligt stöd är en faktor (Bohren m.fl., 2017). Den födande kvinnan överlämnar sig till sin kropp, till födandet och de professionella vårdgivarna. Barnmorskan möter henne genom att vara tillgänglig, öppen och lyhörd för hennes unika behov (Lundgren & Berg, 2007).

Aune m.fl. (2013) intervjuade tio barnmorskor på en förlossningsklinik med syftet att få förståelse för barnmorskors erfarenheter av kontinuerligt stöd under födsel. Barnmorskorna beskrev att de hade erfarenhet av att de bara kunde *vara* tillsammans med föräldrarna och att det i sig skapade en trygg situation. De kände sig tillfreds med det sättet att arbeta. Ju mer barnmorskorna lärde sig om kontinuerligt stöd och närvaro, ju mer självklart blev det att göra kvinnans födsel så säker och trygg som möjligt. Barnmorskorna beskrev erfarenheter kring hur de med sin närvaro kunde främja en spontan födsel utan interventioner som exempel epiduralbedövning och värkstimulerande infusion och därmed bromsades de effekter som kan leda till ännu fler interventioner.

De isländska barnmorskorna använder en särskild term, ”the sitting over woman”. Det kan beskrivas som ”att vara med” kvinnan, en holistisk process som inkluderar barnmorskans färdigheter och lyhördhet för hennes behov. Det kontinuerliga stödet är en del av det och ger barnmorskan möjlighet att skapa relation till föräldrarna, vaka över säkerheten för barn och mor och därmed förbättra utfallet (Olafsdottir, 2006).

Kontinuerligt stöd som en del i en vårdfilosofi

Södra BB var ett modifierat birth center som var beläget på Södersjukhuset i Stockholm. Det stängdes våren 2016. Södra BB utvecklades från en annan typ av enhet och förändringen bestod i att medicinsk teknologi började användas som till exempel möjlighet att övervaka födseln med CTG och att utföra medicinska interventioner på plats. En viktig del av vårdfilosofin var att erbjuda kvinnor med låg risk för komplikationer att ha sin mödravård, födsel och eftervård i samma lokaler. Ett team av barnmorskor skötte verksamheten. En gemensam nämnare för de barnmorskor som arbetade där var visionen att uppmuntra och stödja det normala födandet med så få interventioner som det var möjligt. Barnmorskorna gav kontinuerligt stöd till en födande kvinna i taget som en del av vårdfilosofin (Gottvall, K., Waldenström, U., Tingstig, C., & Grunewald, C., 2011).

En annan vårdform där kontinuerligt stöd ges är vid hemfödslar. Sjöblom, I., Lundgren, I., Idwall, E. & Lindgren, H. (2015) fann i en fenomenologisk intervjustudie att barnmorskor som arbetar med hemfödelse i Norden drivs av altruistiska värden och fullföljer sina egna visioner kring hur de vill arbeta genom att stärka kvinnors egna önskningar kring att föda barn. Sättet att arbeta beskrevs som utan begränsningar och störningar och som barnmorskekonst. En drivkraft för barnmorskorna var att genom sitt stöd och sin tillgänglighet stärka kvinnor till en god förlossningsupplevelse. Barnmorskorna hade en fundamental tillit till kvinnors förmåga att föda, att kvinnor besitter en inre förmåga att lyssna till. Deras roll var att stödja kvinnan i att lyssna på den här inre rösten. Barnmorskorna var aktivt passiva och uppmärksamma på skeendet genom att *vara med kvinnan* och att följa henne genom processen i hennes individuella rytm. Inför en hemfödelse, menade barnmorskorna att det krävs att en relation till kvinnan byggs upp under graviditeten genom möten.

Problemformulering

Barnmorskorna som arbetade på Södra BB hade möjlighet att ta hand om en familj i taget under födsel. De kunde därför utveckla kunskapen kring kontinuerligt stöd vid födsel under de år som verksamheten drevs. De barnmorskor som arbetar med hemfödslar ger alltid kontinuerligt stöd och fördjupar därmed över tid sin kunskap om vad det innebär.

I svensk förlossningsvård förväntas barnmorskor som regel ta hand om flera familjer samtidigt inom slutenvården trots kunskapen om det positiva med kontinuerligt stöd. Det kan till exempel innebära att vårda två kvinnor i aktiv födsel i kombination med andra familjer.

Bemanningsmålen ser olika ut i landstingen och inga gemensamma riktlinjer finns. Därmed saknas en överblick och dokumenterad kunskap.

Så som den svenska förlossningsvården är organiserad idag kan barnmorskor inte erbjuda kontinuerligt stöd till en kvinna i födsel inom slutenvården och kan därför inte fördjupa kunskapen och den känslomässiga förståelsen kring det. Det är känt att kontinuerligt stöd innebär fördelar för den födande kvinnan avseende förlossningsutfall och att hon får en mer positiv upplevelse. Det är därför angeläget att öka förståelsen för vad barnmorskor upplever när kontinuerligt stöd kan ges i ett sammanhang där det uppmuntras och har stöd i verksamheten.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva barnmorskors levda erfarenhet av kontinuerligt stöd vid barnafödande.

Metod

Studiedesign

Kvalitativ forskningsdesign användes i studien då det stämde väl överens med syftet att beskriva upplevelser och levd erfarenhet hos barnmorskor. Polit & Beck (2012) menar att den kvalitativa forskningsdesignen medger ett holistiskt perspektiv som strävar efter att förstå en helhet. Den kvalitativa designen medger en flexibilitet som gör det möjligt att anpassa sig till ny information under processen då data samlas, fram till den punkt då forskaren anser att data är färdigsamlat. Under processen kan forskaren vara involverad och använda sig själv som ett instrument i forskningen. I föreliggande studie visade det sig under insamlingen av data att fenomenologisk metod var lämplig att använda därför att, som Henricson (2017) beskriver, det handlar om att ”gå tillbaka till sakerna själva” i betydelsen att förstå hur upplevelser och företeelser erfars av någon.

Urval

Åtta barnmorskor i åldrarna 37 till 69 år, med olika antal år i yrket, 4 till 43 år, tackade ja till att delta i studien vilket innebar samtliga tillfrågade. Polit & Beck (2012) menar att i fenomenologiska studier kan urvalet vara tio eller färre deltagare men att det alltid ska vara deltagare som har erfarenhet och kan beskriva sin levda erfarenhet av fenomenet som ska

undersökas. De menar också att i kvalitativ forskning finns inga särskilda regler kring urvalets storlek men att en ledande princip är att datainsamlingen fortgår till ingen mer data går att få fram och materialet är mättat. Det avgör hur många och vem som ska utgöra urvalet.

Barnmorskornas variation i ålder och erfarenhet utgjorde ett strategiskt urval som enligt Wihlborg (2017) är väsentligt när ett fenomen ska beskrivas. Ett strategiskt urval används då forskaren vill uppnå en stor variation och rikedom i kunskap om fenomenet som studeras (Wihlborg, 2017).

Fyra barnmorskor arbetade med hemfödslar och fyra barnmorskor hade arbetat på Södra BB fram till nedläggningen år 2016. De åtta barnmorskorna hade alla erfarenhet av att arbeta med kontinuerligt stöd inom ramen för sitt arbete, antingen som hemfödelsbarnmorskor eller för att de tidigare arbetat på Södra BB. Då data samlades in fanns det såväl barnmorskor som återigen arbetade inom traditionellt organiserad förlossningsvård som barnmorskor som tidigare hade erfarenhet av arbete inom traditionellt organiserad förlossningsvård. I den typen av förlossningsvård är inte kontinuerligt stöd under födsel en del i organisationen utan ges utifrån möjlighet och upp till varje barnmorska.

En av barnmorskorna assisterade både hemfödslar och arbetade inom slutenvården. En barnmorska gick i pension i samband med nedläggningen av Södra BB, år 2016. Barnmorskorna kände på olika sätt varandra eller hade arbetat eller arbetade tillsammans men blev inte informerade om vilka som ingick i studien. Författaren av föreliggande studie arbetade på Södra BB fram till nedläggningen och kände därför flertalet av deltagarna även utifrån andra sammanhang.

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen skedde med hjälp av intervjuer. En kvalitativ forskningsintervju med öppna frågor kan ge svar på personernas erfarenheter, åsikter, känslor, upplevelser och kunskap (Patton, M.Q., 2015). Studiens syfte är avgörande för vilken intervjumetod som är lämplig. När forskaren inte på förhand har en förutbestämd åsikt om vad som kommer framkomma under intervjuerna kan en ostrukturerad intervjumetod vara lämplig att använda. Forskaren använder inte ett set av intervjufrågor som är förutbestämda eftersom det på förhand inte går att bestämma vad som efterfrågas eller vad som kommer att framkomma. Intervjuaren börjar ofta med en bred fråga som sen leder vidare till nya frågor utifrån svaret. Som exempel används den ostrukturerade intervjumetoden ofta i sammanhang där ansatsen är fenomenologisk (Polit & Beck, 2012).

Ostrukturerad intervjumetod användes. Intervjuerna inleddes med en öppen fråga som löd, ”Vad gör du och vad känner du när du ger kontinuerligt stöd under en födsel?”. Därefter ställdes följdfrågor utifrån vad som framkom under intervjuerna. Följdfrågorna varierade. En pilotintervju gjordes med syfte att pröva intervjumetoden och utrustningen. Pilotintervjun inkluderades inte i det slutliga materialet. Samtliga intervjuer utfördes i hemmiljö för att ha en lugn omgivning under samtalet. Intervjuerna spelades in och längden varierade från 45 minuter till 75 minuter. Sporadiska anteckningar fördes under enstaka intervjuer. I föreliggande studie var författaren medveten om sin förförståelse men kunde använda den för att ställa relevanta följdfrågor och få en djupare förståelse för det som sades. Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008) menar att forskaren alltid bär med sig kunskap och erfarenhet som har betydelse för hur ett fenomen tolkas eftersom det inte finns någon som inte har levda erfarenheter och är en del av livsvärlden. Det väsentliga är att kontrollera denna förförståelse och ständigt vara ifrågasättande och reflekterande i sin roll som forskare.

Dataanalysmetod

Texten bearbetades med hjälp av fenomenologisk analys enligt Dahlberg m.fl. (2008). Dahlberg m.fl. (2008) menar att enligt det fenomenologiska förhållningssättet i vetenskap och forskning beskrivs världen på det sätt människor uppfattar den, vad världen är och betyder för människor, vad det betyder att ha en värld för människor och hur människor relaterar till den här världen, till varandra, till olika situationer och till alla tänkbara saker i världen.

Ett fenomenologiskt centralt begrepp är ”livsvärld” i betydelsen någons mer eller mindre bearbetade, reflekterade upplevelsevärld. Begreppet ”livsvärld” används för att visa på nyanser och de många aspekter som kan finnas för en människa som upplever sin omvärld och de relationer som finns i den. Livsvärlden kan beskrivas som en syntes av människan (liv) och det som finns omkring henne (världen). Centralt inom fenomenologi är tesen om att ”gå tillbaka till sakerna själva” i betydelsen hur företeelser erfars och upplevs. Hur något kan visa sig för den människa som erfar det. Med ”sak” menas ett fenomen (Henricson, 2017). Shütz (1997) beskriver att även om varje upplevelse är unik för en människa så har berättelser ofta drag från vad andra sagt och beskriver också att allt som erfars sker i sociala sammanhang och av någon. Det blir en ömsesidighet mellan ett objekt till exempel trygghet och subjektet, personen som upplever det.

När ett fenomen inte bara är utan också upplevs av en människa kroppsligt används uttrycket ”den levda kroppen”. Ett fenomenens existens, till exempel trygghet kan uppfattas som något som finns men det är först när det kan beskrivas som något som också upplevs utifrån olika

innebörder och variationer som det är belyst, en levd erfarenhet. Upplevelsevariationerna kan sen ge upphov till en kärna, en essens dvs. något som är gemensamt (Henricson, 2017).

Analys

Analysen gjordes genom följande steg (Dahlberg, K., m.fl., 2008) 1. Intervjuerna transkriberades av författaren till studien till en datafil i iTunes på en Mac Book Air dator. Analysen av data började redan i detta skede genom att intervjuerna avlyssnades. Det gav en möjlighet till att reflektera över vad som blev sagt flera gånger. Lyssnandet gav möjlighet att höra nyanser, pauser och annat av värde.

2. Texten lästes därefter flera gånger för att få en känsla av helheten och vad som framkom. Enligt Dahlberg, K., m.fl. (2008) behöver sinnet vid läsningen behöver vara öppet och nyfiket för det som framkommer. Genom att skapa sig en uppfattning av helheten och vad som faktiskt sägs kan analysen hållas under kontroll och förförståelsen hos forskaren få mindre betydelse vartefter analysen fortskrider. Forskaren behöver ha ett medvetet och stramt förhållningssätt till texten med insikt om sin egen förförståelse, sin del i världen och en önskan att se betydelser i det undersökta fenomenet. Målet med detta förhållningssätt är att närma sig fenomenet så som det framstår, erfars och visar sig både för informanter likväl som forskaren.

3. När den initiala läsningen var över började texten delas upp i meningsenheter som successivt framträdde och berättade något om forskningsfrågan.

4. Därefter fördes meningsenheterna samman i kluster, grupper som bildade någon form av gemensam nämnare i syfte att belysa fenomenet. Dessa två steg, att dela upp texten i meningsenheter och därefter föra samman dessa i kluster, gjordes flera gånger fram till att ett mönster kunde skönjas.

Dahlberg, K., m.fl., (2008) beskriver processen ovan som att baserat på förståelsen för helheten och med målet att förstå fenomenet och dess mening fokuserar nu forskaren på att se delarna som tillsammans visar variationen av fenomenet. Varje meningsenhet behöver förstås för att sedan föras samman i så kallade kluster, grupper av meningsenheter som verkar vara liknande och bildar ett tillfälligt mönster. Slutligen när alla meningsenheter är samlade i kluster och data har "tömts" och systematiserats börjar nästa fas.

5. När klustren av meningsenheter lästes, analyserades och fördes samman till en ny helhet i föreliggande studie bildades konstituenten som belyste forskningsfrågan/fenomenet från olika håll. För att bilda konstituenten krävdes ett växlande mellan att se delarna och helheten under analysen för att kunna förstå vad som framkom.

Dahlberg, K., m.fl., (2008) beskriver det som att texten återigen behandlas som en helhet och klustren av meningsenheter relateras till varandra för att bilda ett mönster genom konstituenterna som kan beskriva fenomenet som framträder och dess essens, kärnan i fenomenet.

Konstituenterna visade på olika aspekter av fenomenet i föreliggande arbete. Tillsammans utgjorde konstituenterna en helhet som beskrev essensen, kärnan i vad som framkommit. Denna del av analysen överensstämde med det Dahlberg, K., m.fl., (2008) beskriver, att fenomenets essenser beskrivs genom konstituenterna som är en sammanfattning av meningsenheterna och de mönster som framträtt. Varje konstituent förklaras på djupet och ambitionen är att visa alla nyanser som kan ses i originaldatan.

Handledaren för studien hade tillgång till texten i varje steg och fungerade som en samtalspartner för att försäkra om att analysen gjordes strikt utifrån den beskrivna metoden.

Etiska överväganden

Deltagarna som tillfrågades om intervju fick en skriftlig beskrivning via mail av studien och dess syfte. Därefter svarade samtliga ja via mail eller messenger och tid för intervjun planerades. I samband med intervjun gavs möjlighet att ge muntligt samtycke till att delta efter ytterligare en muntlig redogörelse av studiens upplägg. Den skriftliga informationen som skickades i första mailet redogjorde för studiens nytta, syfte, upplägg och vad det innebar för deltagarna. Deltagarna informerades om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan och att samtycket bara gällde så länge de önskade. Kontaktuppgifter till studieansvariga lämnades ut skriftligt (bilaga 1).

Enligt Medicinska forskningsrådet (2000) ska ett etiskt övervägande göras inför en kommande studie vad gäller de som deltar. Som exempel när information ska ges om studien, när och hur samtycke till medverkan ska inhämtas, krav på konfidentialitet och säker förvaring av den data som insamlas samt eventuell ersättning till deltagarna. Namn och telefonnummer till studieansvariga ska lämnas och informationen ska lämnas skriftligt och muntligt. Att ge samtycke grundas på frivillighet och det behöver tydligt framgå. Samtycket kan vara skriftligt eller muntligt. När data som insamlats hanteras konfidentiellt förutsätter det också tystnadsplikt och handlingssekretess (Medicinska forskningsrådet, 2000).

Deltagarna i föreliggande arbete fick information om att materialet skulle hanteras konfidentiellt och att tystnadsplikt skulle råda. Efter arbetets avslutande förstördes inspelningarna av intervjuerna.

Grundprincipen när urvalet av deltagare görs är att urvalet är representativt för det som studien gäller. Detta för att uppnå att studien blir vetenskaplig och relevant. Urvalet av försökspersoner får heller inte vara för hårt selekterat eftersom det då kan innebära en ökad risk för att resultatet kan bli missvisande. Det är även väsentligt att klargöra eventuella beroendeförhållanden till forskaren och dess eventuella betydelse (Medicinska forskningsrådet, 2000). I det föreliggande arbetet togs hänsyn till ovanstående. Några av deltagarna hade en personlig relation till studieansvarig men det bedömdes inte utgöra någon negativ påverkan på intervjuerna eller intervjusituationen. Antalet intervjuade minskade risken för att någon skulle identifieras. Citat aidentifierades i så stor utsträckning som det var möjligt för att inte kunna härledas. Det kunde innebära att vissa citat valdes bort.

Resultat

Essensen

Den essentiella innebörden av fenomenet kontinuerligt stöd under barnafödande kan beskrivas som att en känsla av tillit till kvinnan och hennes förmåga att föda präglade barnmorskorna. Barnmorskorna beskrev sig som beskyddare av födandet och som budbärare till andra kring föräldrarna. Genom att bara vara, utan för mycket görande, upplevde barnmorskorna att de kunde avdramatisera födandet. Det kontinuerliga stödet förmedlade trygghet och tillförsikt till föräldrarna. När barnmorskorna kunde uppfatta skiftningar hos den födande kvinnan tidigt kunde de också agera och minska risken för negativa förlopp. Istället stärktes den positiva spiralen mot en normal födsel utifrån den individuella kvinnans behov. Det framträdde även att det kontinuerliga stödet hade betydelse för barnmorskornas egen tillfredställelse med sitt yrkesutövande och de kunde beskriva hur de förändrades.

En tillit till kollegor som delade synen på födandet utvecklades i en organisation som gav utrymme för kontinuerligt stöd. De upplevde en stark kollegialitet med andra barnmorskor som delade känslan av tillit till kvinnans förmåga att föda. Barnmorskorna beskrev att denna samsyn också innebar att de födande kunde känna sig trygga oavsett vem som var där vid

födelsen i en arbetsgrupp. I samspelet mellan kollegor fanns också stödet när det var svårt och när en känsla av misslyckande uppstod.

Barnmorskorna beskrev att en inre konflikt uppstod då de förhindrades att utöva kontinuerligt stöd. Att ha fått erfara fenomenet men sedan hindras att utöva det kontinuerliga stödet innebar ett lidande för barnmorskorna. De beskrev hur de tvingades att reducera sig själva och använda sig av olika typer av försvarsmekanismer så som att stänga av sina känslor eller att helt lämna förlossningsvården för att det var för smärtsamt att inte kunna använda sin kunskap.

De konstituenten som framträdde var:

- Tilliten till kvinnans förmåga att föda.
- Tillfredställelse med sitt yrkesutövande och att förändras.
- Tilliten till kollegor som delar samma syn.
- Smärtan av att ha ”varit där” och inte få möjlighet att återvända dit.

Tilliten till kvinnans förmåga att föda

Det fanns en överensstämmelse mellan barnmorskorna i synen på hur första mötet i samband med födsel skulle ske. Det var viktigt att påvisa att tid finns och att barnmorskan var lugn. Lugnet och attityden från barnmorskan var en ingång i relationen som gav vinster senare i förloppet. Barnmorskorna beskrev att det var väsentligt att vara inkännande, låta kvinnan bestämma takten för kontroller och undersökningar bortsett från att lyssna på fosterljud och att en bra miljö omgav föräldrarna. Skälet var att hinna socialisera sig med föräldraparet och individualisera omhändertagandet.

När barnmorskorna närmade sig föräldrarna beskrev flera att de gjorde det långsamt och successivt. En barnmorska berättade att hon försökte vara så osynlig som möjligt, att inte ta för mycket plats när hon kom till föräldrarna. Flera barnmorskor beskrev att de väntade på att bli inbjudna till att vara en del i föräldraparets födande och först därefter klev in och blev aktiva deltagare i födelseprocessen. Det kunde också innebära att det visade sig att barnmorskan och föräldraparet inte fungerade ihop efter en stund tillsammans och då beskrev en barnmorska att det var hennes ansvar att ta hand om den situationen. Hon beskrev det som att man provar varandra en stund och får se vad man hittar. En barnmorska berättade att när ett arbetspass på Södra BB var slut skedde överlämnandet till en kollega enligt en ritual där den nya barnmorskan blev introducerad innan och själva överlämnandet skedde under en

tillräckligt lång stund för att skapa lugn och trygghet. Hon beskrev det så här: *”...och sen var det ett riktigt konststycke att sakta fick den andra komma in ,lite från håll och så småningom fick man ta över och då vinkade man hejdå när man gick av”*. Hemfödelsbarnmorskornas beskrivning av hur de närmade sig kvinnan/föräldrarna skilde sig från barnmorskorna som arbetade på sjukhus. De hade alltid haft ett eller flera möten innan med föräldrarna och visste därför på förhand en del om vilka önskemål som fanns, hur kvinnan kände och tänkte. Det innebar att det gick lättare att skapa sig en uppfattning om vad situationen krävde även om en gemensam faktor för alla barnmorskor var det respektfulla, långsamma närmandet i alla situationer. Hemfödelsbarnmorskorna beskrev även det fysiska närmandet. De flesta som föder vill ha mycket fysiskt kontakt och de som från början inte vill, ändrar sig nästan alltid när födseln tar i. Att massera fötterna beskrev flera barnmorskor var ett sätt att fysiskt närma sig som inte upplevdes integritetskränkande.

Respekten för kvinnan/föräldrarnas önskemål och behov var långtgående hos barnmorskorna oavsett om det var hemma eller på sjukhus. Hemfödelsbarnmorskorna hade möjlighet att i större utsträckning tillmötesgå föräldrarnas önskemål. I samtalen före födseln fick föräldrarna ta ställning och fundera över vad en födsel hemma kunde innebära vilket sen också gav större möjlighet att hjälpa kvinnan/föräldrarna att följa sin plan under födseln, utan att kränka eller missförstå. De barnmorskor som arbetade på både sjukhusklinik och som hemfödelsbarnmorskor beskrev en skillnad i bemötandet av föräldrarnas önskemål och rytm i födandet. Redan när kvinnan tog kontakt i telefonen beskrev en barnmorska att det var lättare att gå kvinnans behov till mötes, om hon som exempel ville att barnmorskorna skulle komma till skillnad från på sjukhuskliniken där de oftare blev ifrågasatta och utfrågade i telefonen. På sjukhuskliniken fick också kvinnor i större utsträckning underkasta sig sjukhusets rutiner och PM medan de i hemmet avgjorde fullt ut var och hur de ville föda. En barnmorska berättade om hur hon förändrade sitt arbetssätt när hon hade hemfödelse: *”...jag kan slappna av på ett helt annat sätt när jag stöttar någon som är hemma. Man blir mer passiv som barnmorska också. – Fast väldigt närvarande.”* Barnmorskorna var noga med att inte lägga någon värdering i hur kvinnorna ville föda och beskrev situationer där föräldrparet bett en eller båda barnmorskorna att stanna utanför rummet där de ville föda i enskildhet men vid behov ha nära till hjälp.

Jag tänker att jag... för mig är det ju... det har nästan alltid varit så att jag har känt kvinnan innan och det blir ju en speciell sak för då blir det ju redan när jag är på väg DIT så far det ju igenom mig; ja det är hon, det här är liksom vad vi har pratat om och det här är hennes partner och det liksom det är mycket som far igenom mig och sen då när jag kommer dit så blir det ju alltid det här "HEJ!" Nu är du igång och det liksom det här, liksom som blir nåt slags familjärt och känns väldigt tryggt och mysigt att vara där och så. Och sen är jag väldigt... observerande. Jag brukar inte göra så mycket. Om det inte är så att [det] krävs just då att det är panik eller nånting sånt. Så blir det mer att jag.. jaa.. avvaktar lite och ser, iakttar, vad händer och observerar och känner in. Är det lugnt? Är det nåt jag behöver göra? Behöver jag vara lite fysisk och ta på? Då brukar jag ofta närma mig kanske på fötterna eller liksom lite längre bort. Inte rakt på kramas utan mer så... och lite med mjuk röst säga "fint, det här bra, fortsätt så här".

Alla barnmorskor beskrev hur de arbetade med kontinuerligt stöd och närvaro oavsett om födslarna skedde i hemmet, på en konventionell sjukhusklinik eller vid den tidigare arbetsplatsen Södra BB. De hade alla erfarenhet av olika vårdformer under sina år som barnmorska. Alla barnmorskor hade strategier då de gav kontinuerligt stöd och erfarenheterna var lika.

Respekten för kvinnans/föräldrarnas integritet och själva rummet där de befann sig var återkommande. Föräldrarna bjöd in barnmorskan/barnmorskorna till att vara delaktiga i födandet på deras villkor. En barnmorska beskrev det som att vara en del i team: *"Vi skapade en relation och jag var en del i teamet"*. Genom att vara i ett team tillsammans kunde barnmorskan skydda och vakta födandet och fungera som en budbärare.

En tydlig strategi som flera barnmorskor beskrev var att aktivt påverka kvinnan/föräldrarna att stanna i nuet och arbeta med födseln där och då. Det kunde till exempel innebära att barnmorskan inte förde in samtalet på andra saker, som vad man arbetar med, gör på fritiden etcetera och också att barnmorskan inte delade med sig av sitt privata liv. Som en barnmorska beskrev det: *"Jag ÄR väldigt ...fokuserad på födandet och på vad som händer i kvinnans kropp. Jag vill inte att hon ska vara någon annanstans än där"*. Erfarenheten var också att en

kvinnor som föder inte kan eller orkar vara i annat än nuet för att kunna föda. Kommunikationen till kvinnan måste därför vara annorlunda.

Sen är det att bekräfta och bekräfta och bekräfta.... Alltså lyssna. Jag kan till och med sitta och blunda men jag hör. Jag lyssnar på henne. Till exempel såna här roliga saker som när dom säger att dom vill ha vatten så är dom oftast 10 centimeter öppna. Det är ett litet tricks för att veta ungefär var dom är någonstans.

En beskrivning som återkom hos flertalet barnmorskor var hur avgörande det var att kunna stänga dörren om sig, barnmorskan tillsammans med föräldrarna. Att inte behöva tänka på andra föräldrar som behövde hjälp samtidigt. Föräldrarna behövde inte heller känna dåligt samvete och uppmana barnmorskan att ta hand om andra som de uppfattade hade det svårare. Rummet beskrevs som ett skydd och där dörren som öppnades kunde vara störande. Flertalet barnmorskor beskrev starka känslor förknippade med att få vara ifred med föräldrarna. Hemfödelsbarnmorskorna behövde aldrig ta sådana hänsyn och beskrev lugnet i det. Barnmorskorna beskrev också hur de aktivt tog hand om och visade stödpersonen vägen under födseln. Det kunde vara en situation där det hade låst sig och kvinnan inte kunde få det hon behövde av dem som var med henne. Det fanns också en stark koppling mellan stödpersonens känsla av trygghet och att det skulle bli bra för kvinnan. Barnmorskorna kunde då på olika sätt stödja även den eller de som var tillsammans med kvinnan.

Jag vet att jag kunde bli störd bara över att, det är som att väggarna blir ännu mer skalet och att jag går och vaktar det här skalet. Att bara glänta på dörren kunde nästan kännas som att herregud, kan det knäckas nåt i det här nu.... Jag kan ofta se det här skalet som badrummet med en kvinna i ett badkar... en partner närmast och där jag i och för sig kunde turas om, kanske fifty/fifty i att stötta med partnern men jag har ändå inte den där allra närmaste intimiteten ändå utan även om jag är fysiskt till och med närmare än partnern så är jag kanske ändå, så befinner jag mig ändå i den här innersta kretsen, lite utanför men att det är känslan.

Alla barnmorskor beskrev hur de aktivt gjorde så lite som möjligt om inte behovet fanns hos föräldrarna eller situationen av att de skulle vara aktiva. Själva ”sittandet”, att bara vara, bidrog också till att födandet avdramatiserades och barnmorskan kunde genom sin närvaro skapa en trygg situation där hon visade genom att bara vara att födseln gick bra. När intermittert stöd ges kommer barnmorskan in och gör regelbundet framförallt olika typer av medicinska kontroller vilket kan förstärka känslan hos föräldrarna att något är fel eller att kvinnans kropp inte fungerar. Flera barnmorskor beskrev att det var väsentligt att hålla fokus på kvinnan och att uppmärksamma henne hela tiden. Genom närvaron i rummet var det möjligt. Flera barnmorskor hade också upplevt att föräldrarna började berätta och fråga om både små och stora saker som hade med födandet att göra. Ibland kring stora avgörande saker som till exempel relationen mellan föräldrarna. En barnmorska berättade om flera födselar där hon på ett avgörande vis förstod att kvinnor kan styra över sina kroppar och stänga av födandet när situationen är sådan. Att födande kvinnor får utrymme att tänka, reflektera och prata har flera effekter. Det var inte bara väsentlig information till barnmorskan; det gav också kvinnan möjlighet att våga vara i sin kropp och acceptera det som skedde under en födsel.

Jag lärde mig att dricka kaffe tillsammans därinne. Jag lärde mig att dricka te. Att det var väldigt avväpnande att arbeta på det sättet. Att inte göra födandet farligt egentligen med min närvaro. Om man hela tiden gör det med tanke på intervention och åtgärder, rent medicinska, varje gång du besöker en kvinna så kan dom eller min tanke är, så det vet jag inte hur kvinnan känner men det finns nånting som hela tiden kan gå fel. Eftersom barnmorskan kommer in och ut och in och ut och gör nånting så att hon PASSAR verkligen på att det inte ska gå fel. Och jag tycker att när man är kontinuerligt närvarande så är det inte det jag förmedlar även om det är en väldigt viktig uppgift att upptäcka när det går fel. Med min närvaro så förmedlade jag mycket mer att det är inte farligt.

Olika barnmorskor berättade om hur de utvecklade stor lyhördhet för kvinnans signaler under födandet. I det aktiva i att vara passiv, lyssnade och tittade barnmorskorna efter tecken på var kvinnan befann sig i förloppet och vilka behov hon hade. En barnmorska berättade om hur hon blev specialist på att se exakt när kvinnan börjar få en värk och hur hon kunde se det på hur hennes ögonbryn höjs litegrann. Kvinnorna kommenterade: ”...men hur visste du att min

värk skulle komma nu?”. Som en del i barnmorskornas utforskande av kvinnans situation använde också alla barnmorskor olika typer av fysisk beröring utifrån vad kvinnan behövde och genom sin närvaro kunde barnmorskorna ge stöd i smärthantering. Det var tydligt att när barnmorskan lämnade rummet kunde situationen vara en helt annan när hon kom tillbaka. Då hade smärtan och oron tilltagit igen. En barnmorska hade erfarenhet av hur kvinnor tyckte att hon var som en epidural: *”Du är istället för en epidural. Om jag visste att du skulle vara här hela tiden så hade jag inte behövt ta den där epiduralen”*. Barnmorskans närvaro och interventioner beskrevs också som att det kunde minska oxytocinanvändning i samband med medicinsk smärtlindring som epidural. Rädsla och kroppsupplevelser ska hanteras trots epidural och det kunde barnmorskan hjälpa till med via sig själv och de andra i rummet.

Flera barnmorskor beskrev att de många timmarna tillsammans med föräldrarna också kunde kännas krävande, i alla fall till att börja med. Ett visst mått av prestationsångest kunde finnas i att det måste bli en bra upplevelse för föräldrarna. Samtidigt fanns tillfredställelsen över att vara där i lugn och ro. Knyta an, ta sig vidare från känslan av att det vara ett långt arbetspass med många timmar av kontinuerligt stöd. Barnmorskorna beskrev ett ansvar kring att göra sitt jobb och ge stöd. Ibland som ett åtagande som kan kräva mod. Ett växelspel mellan att vara modig, ta ansvar, sårbarhet och samtidigt djupt tillfredställande.

Flertalet barnmorskor hade en tydlig uppfattning om vad kontinuerligt stöd innebar för dem känslomässigt och vad deras uppdrag gentemot föräldrarna var. De kunde beskriva hur de behövde öppna sitt sinne för att tolka den kvinna, de föräldrar de hade hand om. Själva närvaron, under många timmar gav dem kunskap om vad ett normalt födande innebär och stärkte dem i förmågan att känna tillit till att kvinnans kropp fungerar och kan föda.

I kontinuerligt stöd; det är där som under dom timmarna, det är då som du lär dig det normala födandet. Det är då som du förstår födandet. I närvaron. Det är då som allting bara faller på plats.. öh.. genom närvaron. Det var först där som jag förstod vad det handlade om. Hur kvinnor föder. Hur dom föder olika och vad som är normalt och våga tro på den processen och se att den så normala födeprocessen finns idag.

Alla barnmorskor hade erfarenhet av att deras kontinuerliga stöd och närvaro gjorde dem uppmärksamma på när förloppet började avvika. Ibland innan föräldrarna själva uppmärksammade att något var på väg att hända. En barnmorska berättade hur hon såg direkt, hur hon aldrig missade tåget om något avvek i kvinnans beteende.

Föräldrarna kunde också genom sin relation med barnmorskan läsa av henne lättare och förstå när det var allvar, hade flera barnmorskor erfarit. De flesta födslar förändras gradvis och det uppstod sällan ett plötsligt kaos när barnmorskan varit tillsammans med föräldrarna hela tiden.

Ja man har ju hela historien. Det är inte så att man ramlar in i ett kaos utan det har oftast varit en stegvis upptrappning så att man själv är med på spåret som gör att det inte blir på samma sätt som när man ramlar in i nånting och där man får hjärtat i halsgropen och så försöker man samla in så mycket information som möjligt och så försöker man få en bild av. Den bilden har man ju när man ÄR där.

I lugnet och tryggheten kunde barnmorskorna använda sig av kunskapen om födandet och beskrev på olika sätt hur de kände tillit till att kvinnor kan föda. Flera barnmorskor beskrev hur tilliten ledde till en positiv spiral som ledde till normal födsel och hur de genom att vara hos föräldrarna kontinuerligt också hade kunskap om den kvinnans specifika behov och rädslor. En barnmorska beskrev hur hennes närvaro minskade behovet av värkstimulerande infusion när epidural användes av kvinnorna. Hon såg andra saker genom att vara där och kunde på så vis hjälpa till att få upp nivåerna av oxytocin i kvinnans kropp: ”...jag använde mig av epiduralen men jag hade lägre användning av oxytocindropp”. En annan barnmorskan beskrev betydelsen av personkemin mellan barnmorskan och kvinnan och hur hon erfarit hur allt spelade in i slutändan för att perineum skulle förbli intakt, ”om jag får hela henne lugn så får jag en bättre perineum”.

Flertalet barnmorskor som hade arbetat på olika typer av sjukhuskliniker beskrev situationer där de av olika anledningar inte kunnat vara med föräldrarna kontinuerligt och hur de då förlorade kontrollen över skeendet. Att lämna ett rum under en kort stund kunde räcka för att skapa oro hos kvinnan men även hos barnmorskan. Det fanns en erfarenhet hos flera barnmorskor att när de inte kunde ge kontinuerligt stöd så gick viktig kunskap och tillit till

kvinnans kapacitet förlorad. De fick svårare att ta kommandot i mer akuta situationer och skydda födandet. Barnmorskor beskrev också hur interventioner ökade när de inte kunde stödja föräldrarna och hur de hamnade i situationer där de inte hade möjlighet att vänta in kvinnan och ge henne den tid de upplevde att hon behövde.

Det mesta är normalt men så ser man det ju inte utan det mesta är ju onormalt och det mesta är konstigt. Och det mesta, ja, hennes kropp kommer inte att kunna det här men på Södra BB när man får allt med kontinuerligt stöd då förstår du att våga tro på det normala födandet och se det och hitta den tilliten själv. Det är ju grunden i ditt självförtroende som barnmorska. Du måste ju våga känna i den här närvaron. Jag tror på det här, jag tror på det här och jag tror på henne och jag ser och jag känner att det är så här. Det går före. Sen kan vi lägga till partogram och diagram och såna mätbara saker men.. tanken är först, utgångspunkten är att jag tror och det har jag fått erfara under de här tio åren som jag har fått möjligheten att vara där tillsammans med dom äldre barnmorskor som har lärt mig oerhört mycket.

Tillfredsställelse med sitt yrkesutövande och att förändras

Barnmorskorna påverkades och förändrades när de kunde arbeta med ett individualiserat omhändertagande där det kontinuerliga stödet var en del. Ur den erfarenheten kom en vetskap om att oavsett om evidensen styrkte betydelsen av kontinuitet och kontinuerligt stöd så fanns en stor betydelse för den enskilda kvinnans upplevelse och utfall. En barnmorska uttryckte att "...jag vet att det är rätt. Jag vet det. Inte bara evidensbaserat, det där. Men jag vet att det gör en enorm skillnad". Barnmorskorna kunde på olika sätt beskriva hur växlingen mellan olika arbetsuppgifter gjorde att de orkade ge kontinuerligt stöd och vara närvarande. Samspelet med föräldrarna innebar ett lärande, gav energi och kärlek. "Dom som har lärt mig mest; det är föräldrarna" beskrev en barnmorska som även menade att barnmorskan föds varje gång. En annan barnmorska beskrev hur hon behövde vara lite av en kameleont, genom att möta alla utifrån hur hon uppfattade att de vill bli bemötta. Det innebar en rolig utmaning som barnmorska menade hon, att individualisera vården för var och en.

Jag tyckte om det här att man arbetar med olika delar därför jag tror inte att jag hade varit en bra barnmorska om jag hade haft två, tre förlossningar varje pass. Det räckte med en födsel i veckan. Det tyckte jag och sen gick jag och sög på den karamellen och följde den familjen fullt ut. Jag tror inte på den här stationsverksamheten. Det dödar. Man kan inte vara euforisk tre gånger om dan men det kan man vara en gång i veckan.

Barnmorskorna beskrev hur de använde sig själva i det kontinuerliga stödet och att det både ledde till närhet men också en tydlig gräns mellan att vara personlig men inte privat. De beskrev också hur det kan vara svårt att orka med att utgöra ett kontinuerligt stöd vissa dagar som kunde bero på privata omständigheter, trötthet eller annat, ”...vi kan ibland ha dom dagarna då vi haft alldeles för mycket hemma och har för mycket runt omkring oss och kan faktiskt inte vara ett kontinuerligt stöd för det ärinte så enkelt”. Då beskrev barnmorskorna hur de klev in i den professionella rollen men menade att föräldrarna ändå märkte skillnad.

Olika aspekter framkom kring närhet och att kunna lämna arbetet åt sidan. En barnmorska beskrev hur hon tyckte att det var vilsamt efter arbetspass där hon inte hade mött så många föräldrar eftersom hon gav kontinuerligt stöd till en familj i taget till skillnad mot när förlossningsvården var organiserad utifrån att intermittent stöd var normen. Något alla barnmorskor beskrev var den lugna, vilsamma känsla som infann sig under tiden då de gav kontinuerligt stöd.

Trots att alla barnmorskor beskrev hur de blev trötta, ibland helt utpumpade, både fysiskt och psykiskt av att ge kontinuerligt stöd oavsett var de befann sig kände de sig inte trötta på samma sätt som vid födslar med intermittent stöd. Utan beskrev hur de kunde känna glädje, tillfredsställelse och att de ibland istället hade mer energi. En barnmorskan berättade att ”...man är fysiskt trött men du är inte... och du kan vara även psykiskt extremt slut men nöjd! För du vet att du har gjort det du skulle göra, faktiskt”. Vid hemfödslar var det ibland nödvändigt att slumra en stund om födslarna drog ut på tiden. Samtidigt beskrev en av barnmorskorna att det var en känsla av att hemfödslarna gick snabbare och lättare vilket gjorde att det var lättare att orka med. Det kontinuerliga stödet beskrevs också som en närvaroövning på ett personligt plan för barnmorskan där det var nödvändigt att vara i nuet

och att få styrka genom det. Som en barnmorskan beskrev ”Alltså, det är ju så himla härligt att inte behöva ifrågasätta skeendet och ifrågasätta saker under tiden utan det är som något slags rakt spår. Enkelt.”

Även om födslarna upplevdes som energigivande och till och med vilsamma krävdes återhämtning och en barnmorska beskrev hur hon behövde prata mycket om sitt arbete hemma och att de anhöriga undrade över vad det var som gjorde henne så trött av arbetet, ”Det verkar som du är mer trött än andra”. Strategin för den barnmorskan var att skapa egentid, att träna, yoga och promenera för att bevara känslan av att vara jordad. Kunna komma till den lugna platsen inombords för återhämtning. I den processen beskrevs hur det blev möjligt att lämna arbetet åt sidan och inte älta det som varit.

*...jag [har] nog ganska hög integritet i mig själv, att försöka behålla det även om man... det där är ju en sån där balansgång, hur **personlig** man är i förhållande till att ändå komma väldigt nära. Ja, det är väldigt olika och att komma nära kan, en del kan ju vara väldigt personliga på ett väldigt naturligt sätt men jag är inte som person... har ganska hög integritet i min egen personlighet och drar inte så mycket paralleller till mig själv och såna saker för att jag inte **är** sån. Men jag upplever inte det som en begränsning i att komma nära. Utan det är så himla olika **hur** man kommer nära och på vilket sätt man gör det och det är häftigt också. Det är väl en av dom häftigaste grejerna i det där att kanske inte ha öppnat sig själv överhuvudtaget. Ändå känna så, en sån enorm närhet till ett par...som man egentligen inte känner så mycket...*

Det fanns beskrivningar av hur barnmorskor med åren blivit alltmer uppmärksamma på sitt eget beteende och behov av bekräftelse. Hur det var av stor vikt att kunna ta ett steg tillbaka även om förmågan till det kunde variera beroende på hur barnmorskan själv mådde. En barnmorska hade utvecklat ett behov av att inte prata så mycket och vara mer tyst inne på rummen, ”...eftersom jag var därinne så många år och så länge och så mycket så orkar jag inte prata så mycket”. Två barnmorskor hade mer tankar kring om de gav kontinuerligt stöd på det sätt föräldrarna behövde, att vilja vara bra och att få en god kontakt med föräldrarna.

Det fanns en oro att inte räcka till, att göra fel och inte förstå signalerna hos föräldrarna. Barnmorskorna som beskrev de känslorna hade färre år i yrket än de andra och var yngre. En av dem med vana av hemfödslar.

*Man vet ju att man tar del av nåt så enormt stort. Att det är en respekt att värna om det här. Att hålla det här, bära det här. Och det här är också en lite knepighet i det hela ... och som kan vara lite tufft. Ibland kunde jag känna att det var ganska jobbigt för att det är... jag kunde lägga ribban väldigt högt för föräldrarna vad jag ville att dom skulle uppleva. Apropå den här treföderskan som kommer in och man har tio timmar (ihop) liksom. Jag kunde känna att nu måste jag leverera så att det blir det här, det här.. stödet och den här känslan som jag vill komma till. Innan man har kommit dit så vill jag vara där och då är det ganska jobbigt att tänk om jag inte riktigt orkar komma dit eller kan det vara nåt som är begränsande just idag. Att jag känner att jag inte, återigen det blev ju, klart man kunde vara trött nån gång men det blev väldigt sällan så. Snarare det här lite **inför** kunde jag känna ibland en prestationsångest faktiskt.*

En barnmorska beskrev att hon med åren fått ökad insikt om sitt eget beteende. Vikten av att släppa sitt ego och lägga fokus på den födande kvinnan. Istället för att "knarka den bekräftelsen" som en barnmorska kan uppleva då föräldrarna är tacksamma och födseln har gått bra menade hon att målet är att få kvinnan att känna: "Jag klarade det! " Jag gjorde det!" Barnmorskan beskrev att den kunskapen hade vuxit fram med erfarenheten under de år hon arbetat.

"Sen med åren våga ta ett steg tillbaka, att våga ta ett steg tillbaka."

Barnmorskorna beskrev på flera sätt hur de fick arbeta med sig själva och den successiva förändringen in i en annan vårdfilosofi där kontinuitet och kontinuerligt stöd var ett arbetssätt. Det handlade om att lugna ner sig, att inte ha utgångspunkten att vara så effektiv som möjligt

och att känna tillit till sin kunskap om födande. Det beskrevs av en barnmorska, *”När man lugnar ner sig... Det är en hel transformation. Du blir ju som ett stadigt träd själv. Med rötterna neråt”*. Det var bitvis en svår omställning som krävde tid. När sen förändringen behövde ske åt det motsatta hållet och det blev nödvändigt att acceptera att arbeta med intermitterant stöd igen var det en lika svår omställning för den enskilda barnmorskan. Tankar på var gränsen gick för att arbeta med intermitterant stöd igen framkom. För många gånger riktigt ledsen, för tung arbetsbelastning där det inte gick att hinna med att vara närvarande, för många arbetspass på hög där det inte gick att ge en bra vård väckte frågan om när arbetssituationen återigen behövde förändras, *”Blir det för mycket så är det frågan om jag verkligen ska vara kvar. Blir det för mycket för mig, då är det frågan”*.

Så med det i bagaget så kommer jag till Södra BB och hade då, var en sån här ruschbarnmorska som skulle ställa om mig på nånting som jag egentligen trodde var rätt men jag vågade inte riktigt. För jag kunde inte riktigt förstå att, att en kvinna kunde föda bara i sina egna värkar och att det var tillräckligt. Utan ett värkstimulerande dropp fanns alltid och det vet jag att jag hade i smyg på rummet blandat på rummet för att tänk om det här inte skulle gå. Så att jag kom liksom från den världen in i det här som jag egentligen hade en tro på och som jag drömde om men jag hade inte fått praktisera det. Så att för mig tog det säkert ett år på Södra BB innan jag vågade helt fullt tro på att det här funkar. Att kvinnans egna värkar kan leda henne igenom utan att man går in och intervenerar.

När barnmorskorna lämnade den verksamhet där det hade varit möjligt att ge kontinuerligt stöd förändrades deras sätt att arbeta. De började relatera till andra yrkeskategorier och upplevde att det gick att hitta tillbaka till en roll som barnmorska som de hade tidigare erfarenhet av.

Det lite knäppa i det hela är ju att jag ...har nog ganska lätt för att bli ganska professionell som då också var lite sorg i. Ja, nu är det det här som gäller. Då kör vi det här rejset. Då kliver vi på det tåget igen. Det var lite sjukt och lite att upptäcka med mig själv, jag hade ju det där. Jag kunde ju

*det där liksom i mig. Hur man jobbar och hur man har tre stycken. Ja, roddar och är steget före och är tjenis med undersköterskorna och är liksom så här himla knäpp. Samtidigt så varje gång jag fick möjligheten så kunde jag, kände jag att det jag hade lärt mig på Södra BB var ju hur man faktiskt ändå **kunde VARA** dom stunder jag VAR på rummet.*

Tilliten till kollegor som delar samma syn

Alla barnmorskor hade erfarenhet av att arbeta tillsammans med andra kollegor i samband med födslar. På Södra BB var man alltid två barnmorskor vid framfödandet men även tidigare under förloppet vid behov. Hemfödelsbarnmorskorna arbetade som regel också två tillsammans under födseln. De kunde därför alla berätta om erfarenheter kring att samarbeta med barnmorskekollegor. Barnmorskorna samverkade i nätverk eller olika grupper. Beroende på var födslarna skedde kunde det vara två barnmorskor eller en grupp av barnmorskekollegor kring den barnmorska som hade födsel.

Där födseln skedde i sjukhusmiljö, med möjlighet att ge kontinuerligt stöd, som på Södra BB, beskrev barnmorskorna respekten och tilliten till den barnmorska som hade födseln. Attityden var sådan att de barnmorskor som var utanför föderummet och arbetade med andra uppgifter, inte visade tvivel eller ifrågasatte vad barnmorskan gjorde där inne utan tilliten var stor till att hen skulle be om hjälp vid behov. Den arbetskultur som rådde gav trygghet och personlig utveckling i rollen som barnmorska. Barnmorskorna beskrev en generositet och ett tillåtande klimat som gjorde det naturligt att fråga och be om hjälp när födslarna hade blivit problematiska och barnmorskan kände sig rådvill. Barnmorskorna beskrev hur kontinuiteten kunde överbryggas genom att kollektivet tänker och arbetar lika. Det kunde innebära att det inte var en nackdel att byta av varandra till exempel för rast eller att arbetspasset var över och en ny barnmorska kom. En barnmorska beskrev, ”*Det behöver inte vara till ... en nackdel att man byter av varann, att man tar in någon, att man är flera om man bara har bearbetat det innan och att man har samma grundsyn och samma värderingar då kan det snarare bli, bli en tillgång.*” De olika personligheterna kunde också användas i arbetet som en tillgång, till exempel när det behövdes någon särskild kompetens emotionellt eller kunskapsmässigt. Barnmorskegruppen som helhet visste vad det innebar att ge kontinuerligt stöd, att det kunde vara tröttande och kunde därför också stödja barnmorskan som hade födsel både med omvårdnad som mat och dryck men även samtal och råd.

*Det var inte någon som tvivlade på vad jag gjorde därinne. Jag kände aldrig att nån behövde ha kontroll över vad som pågick inne på mitt rum. Vilket gav ett lugn för mitt yrkesutövande. Att dom kollegorna som jobbade likadant som jag, eftersom vi gjorde det alla, som jobbade med födande på Södra BB, **skulle** jobba med kontinuerligt stöd och vi visste vad det handlade om. Jag behövde aldrig vara orolig för att dom ja, tvivlade på det jag gjorde inne på salen helt enkelt eller rummet. Vilket gav en trygghet i att jag växte som barnmorska. Så skulle jag nog kunna säga och när jag gick till arbetet så var jag inte orolig över att jag inte skulle hinna med eller att jag skulle behöva springa.*

Ett annat sätt att beskriva fenomenet var de barnmorskor som hade hemfödslar och som beskrev tydligt hur stor betydelse kollegorna hade vid hemfödslor. De gemensamma värderingarna och inställningen till födandet gav trygghet och hjälp. Barnmorskekollegan hade möjlighet att avlasta, ta över och se till att det fanns möjlighet för vila. De beskrev hur de växlade roller under förloppet. I en utsatt situation i ett hem var det av stor vikt att vara på samma våglängd och vissa arbetade därför mer gärna med varandra. Som hemfödslor barnmorska är arbetstiden inte reglerad och det kan innebära en lång process innan barnet är fött.

*För mig personligen så är det fantastiskt. Jag tycker att det är HELT optimalt faktiskt att vara två. Det är så här att när man har en kvinna som har det väldigt tufft så har man inte bara två händer. Man har fyra händer som kan trycka och klämma och vara det här stödet för ofta är vi båda två och trycker och klämmer... och sen har vi en enorm trygghet av varandra den dan vi står där med problem. Får vi en bebis som inte riktigt vill så är vi två stycken. Får vi en kvinna som blöder så är vi två stycken. För mig är det den här extra tryggheten som gör att man bara kan släppa. För mig är det **aldrig** ett hinder att vara två.*

När det fanns en gemensam samsyn skapade det en trygghet i paret eller gruppen av barnmorskor oavsett var födseln skedde. Välkända barnmorskekollegors stöd var en tillgång i arbetet. Kommunikationen kunde vara ordlös med blickar, tonfall eller rörelser. En barnmorska berättade att *”... jag behövde inte i allmänhet vara rädd för att någon kom in och vevade igång med sig egen ångest utan att vi hade koll på varandra. Vi hörde varandras tonlägen. Ibland behövde det inte sägas något när man kände varandra nära som kollegor”*. En barnmorska menade att en barnmorska som är ensam och utlämnad kan bli osäker och att bristen på trygghet kan skapa en komplikation. Barnmorskekollegornas betydelse utgjorde i förlängningen skillnad för kvinnan. Ingen av barnmorskorna uttryckte något negativt kring att arbeta med barnmorskekollegor utan beskrev istället enbart det positiva med stöd från sina kollegor.

*Jag ser **BARA** fördelar. Jag kan tycka likadant när vi var två barnmorskor som jobbade ihop på jobbet ibland. När vi är två som är inne mycket tillsammans med en kvinna på jobbet också om det är lite tufft och vi är två stycken, så ger inte det dubbelt så mycket. Det är tio gånger så mycket för man ger varandra energi och man ger kvinnan energi. Så att det, jag tycker det förstärker dom positiva bitarna.*

Det visade sig att oavsett erfarenhet och år i yrket, i rollen som barnmorskestudent, vid arbete på sjukhusklinik eller vid hemfödslar så hade barnmorskekollegorna en viktig roll som förebilder och att bidra med erfarenhet. Barnmorskorna beskrev både hur de lärt sig att ge kontinuerligt stöd och förstå den processen genom andra erfarna barnmorskor, *”I början gjorde jag nog massor... för att jag trodde att, det satt i ... men sen när tiden gick och jag började förstå hur vi jobbade och hur man kunde hjälpa kvinnan. Och det här kom ju genom att vara med andra och också i samtal med andra barnmorskor...”* men också hur barnmorskekollegor kunde hjälpa till att hantera inre våndor och utmaningar. Det utgjorde en del av tryggheten att veta att det fanns hjälp att få av någon som förstod kontexten.

Ja ... dom barnmorskorna som man såg upp till eller som jag såg upp till. Det var ju dom som, barnmorskor, som var lite så där hemliga och man undrade liksom ”vad gör dom på rummet”? Sen fick man höra sen att

nämen jag satt i en stol. Jag gjorde inte så mycket” och sen kommer dom ut med moderkakan och allt är klart.

Smärtan av att ha ”varit där” och inte få möjlighet att återvända dit

Barnmorskorna hade vid olika tillfällen under sitt yrkesliv arbetat inom verksamheter där kontinuerligt stöd inte var normen. Alla barnmorskor hade tidigare eller pågående erfarenheter av att arbeta i en sådan verksamhet. Barnmorskorna beskrev skillnaden mellan att ge kontinuerligt eller intermitterant stöd. Den kunskap de bar med sig om att ge kontinuerligt stöd gjorde att även i frånvaron av kunna ge stöd på det sättet blev de ständigt påmind om hur det kunde ha varit och det var smärtsamt. De uttryckte många gånger starka känslor över att inte kunna ge de födande vad de behöver och vilka konsekvenser det hade gett. De beskrev olika aspekter av samvetsstress och lidande över att lämna en familj under födandet. Det väckte ilska, sorg och upplevdes som slitsamt att växla mellan olika familjer. Att inte kunna använda sin kunskap och kompetens fullt ut gav upphov till frustration eftersom det också tydligt påverkade förloppet för kvinnorna i negativ riktning. Trots barnmorskornas försök att utstråla lugn trots stressen att dela sig mellan flera födande ansåg de att föräldrarna påverkades och kunde läsa av barnmorskan vilket ledde till stress även hos föräldrarna.

*Jag är väldigt mycket för att tänka i bilder och det som jag uttryckte en gång för någon, det bara poppade upp så sa jag att ”det är som att gå in i en dans att gå in på ett rum och alla har sin egen musik och sin egen rytm. Det är dom som dikterar hur musiken och stämningen är och jag som kommer utifrån jag har till att **hitta**, hitta den rytmen och följa. Om man då har flera föräldrar, man kan inte gå in och dansa rock'n'roll i en, två minuter och sen gå in till nån sakta vals på nästa rum. Det är.. det är väldigt frustrerande att man inte.. det är omänskligt. Man kan inte ställa om sig så.*

En barnmorska beskrev särskilt hur hon fysiskt påverkades av stressen av att gå emellan födande. Hur hon blev spänd och att axlarna åkte upp. Hon beskrev smärtan i att inte kunna använda sitt barnmorskeri fullt ut och hur hon stängde av sina

känslor, "För om jag skulle känna efter för mycket då skulle jag nog börja gråta, tror jag och bli väldigt ledsen över att jag vet att jag hade kunnat göra annorlunda". Hon var arg, "skitförbannad", på att kvinnor i Sverige inte får vetskap om hur det skulle kunna vara och att de i sitt födande behöver ta hänsyn till barnmorskors stressade arbetssituation med konsekvensen att de inte fick hjälp att hitta lugnet, "Oavsett hur vältrimmade paret är tillsammans eller så, vet jag att jag har en lugnande inverkan." Barnmorskan beskrev att hon träffat väldigt få kvinnor och par som inte hade haft behov av att ha henne närvarande under födseln.

Det framkom tankar hos en barnmorska om hur hon tar hand om tre personer vid en födsel, barnet och föräldrarna. När barnmorskan har hand om två familjer behöver hon förhålla sig till 6 individer med olika behov.

*Det är ju **slitsamt** på ett annat sätt att pendla in och ut. Det är **slitsamt** att gå in och ut och växla för dom är ju olika. Det är ingen kvinna, partner som är den andra lik eller barn som är i magen. Alla är ju olika. Så det är en jävla massa personer man ska ta in. Det är sex personer liksom.*

När barnmorskorna inte kunde ge kontinuerligt stöd beskrev de svåra prioriteringar som uppfattades som omänskliga, anpassade till verksamhetens behov och inte föräldrarna. Det fanns en stark relation mellan föräldrarnas behov och hur barnmorskorna uppfattade sin situation. Att behöva säga att "jag kommer om ett tag" upplevdes som en omöjlighet. En barnmorska beskrev hur hon inte vågade lita på att hon uppfattat kvinnornas behov rätt när hon inte gav kontinuerligt stöd. Det innebar att de kvinnorna i större utsträckning använde sig av epidural eftersom hon inte kunde möta deras behov där de befann sig i förloppet. Att föda barn beskrevs av en barnmorska som att vara i kris, "**DET** är helt omänskligt faktiskt. Så är det. Det är som att tänka att ok, inne på ett rum ska en dö och på det andra rummet ska en annan dö och vilket rum ska jag välja?". Att då behöva välja mellan vem som behöver barnmorskan mest uppfattades som ett omöjligt val.

*Det är liksom min värsta grej att säga till en födande. ”Jag kommer om ett tag”. Jag vill ju inte gå därifrån och komma om ett tag och det där ”ett tag” ; hur långt är det? Är det tre minuter eller är det 20 minuter? Och jag vet ju aldrig och jag tycker alltid att varje gång jag kommer tillbaka så var det längre än jag hade velat. Det var exakt det här som jag kände när jag slutade på den första stora avdelningen. Jag VILL INTE SÄGA att jag måste gå ut och kommer om ett tag. Jag hatade det. Nåt går förstört för varje gång. Så.. ja det..... ja, man backar hela tiden och när man är på väg någonstans så bara förstörs det. Det bara raseras och så bygger man nånting en stund igen. Ger nåt slags stöd och absolut kan man göra mycket men man kan inte komma till **det där** liksom.*

Barnmorskor som tidigare hade haft möjlighet att arbeta med kontinuerligt stöd inom en annan organisation och därefter valt att stanna inom konventionell förlossningsvård beskrev stora konsekvenser för dem själva. Trots det ville de ändå fortsätta att arbeta med födslar. Konsekvenserna kunde vara att till viss del stänga av känslor och att överlämna sig till att andra nu bestämde hur vården skulle organiseras för att barnmorskorna skulle räcka till för alla födande. De beskrev olika typer av normalisering in i ett nygammalt sätt att arbeta och att inte vilja känna efter för mycket. En barnmorska skrev dagbok för att följa med i förändringen och kunna uppmärksamma om normalisering skedde, ”*Om jag börjar förändras och bli på ett sätt som jag inte vill igen. Alltså , jag måste, då har jag lovat mig själv att...då måste jag fundera på om jag ska fortsätta*”. Andra beskrev hur det blev nödvändigt att börja förlita sig på att undersköterskor fanns som kunde träda in. Alla barnmorskor hade utvecklat olika typer av strategier för att hantera situationer under födslar där de inte kunde ge kontinuerligt stöd inom närtid eller över tid. Barnmorskorna som hade erfarenhet av att växla mellan hemfödslar och sjukhusfödslar arbetade till exempel olika beroende på var de befann sig och beskrev olika konsekvenser av det. De kunde beskriva hur de inte kunde individualisera omhändertagandet på samma sätt som när de hade hemfödslar eftersom organisationen var uppbyggd på ett sätt som gjorde det omöjligt. Det var nödvändigt att låta annat styra förloppet och det var svårt att kunna lyssna in vad just den specifika familjen behövde då. Det fanns också barnmorskor som inte längre kunde arbeta inom konventionell förlossningsvård och som valde att lämna helt och enbart arbeta med annat eller hemfödslar. En barnmorska

berättade att "... för jag **kan** inte gå emellan. Därför att jag blir så påverkad, stressad av det att jag inte kan vara närvarande. ... Jag kan inte det. Det är **fysiskt** omöjligt." Ett citat som en barnmorska förmedlade var "If you have seen, you can't unsee" vilket sammanfattade vad många barnmorskor beskrev.

Sen är man väl lite vidbränd, kan jag tänka. Eller det är jag absolut! Ganska mycket bränd i vingarna över det som hände så är det absolut och ... att ge mig in i ... något nytt där inte strukturerna verkligen är satta från början. Säkerställda från politiskt ledningshåll; att det här gäller. Det ger jag mig ALDRIG in i igen. Nej, det vågar jag inte riskera för det tror jag att då skulle jag gå sönder. Det är inte värt det. Man har ju ett liv faktiskt.

Flera barnmorskor beskrev en definitiv och varaktig förändring inombords där de inte längre kunde känna tillit till att en organisation kunde fungera och ge utrymme för ett arbetssätt som var förenligt med deras inre värderingar och barnmorskekunskap.

*Ja, i slutet på xxx när jag, när jag var koordinator ibland och fick springa in på rum och så där samtidigt då för att det var nåt och lämna kvinnor i totalt kaos utan bara kolla av. Det funkar inte. Jag kan inte jobba så. Därför att jag.....det är som att sälja sin själ. Jag kan inte göra det. Där går min gräns nånstans va. Jag fixar inte det. Jag kan tycka att det, på ett plan kan jag tycka att det är roligt när det är mycket att göra och man har saker hela tiden man kan hålla på med så **när man inte** har kvinnor i aktiv födsel.*

Diskussion

Metoddiskussion

Kvalitativ metod med fenomenologisk ansats användes för studien. Det visade sig vara lämpligt utifrån den frågeställning som undersöktes där en fördjupning och rikedom behövdes för att kunna beskriva fenomenet. Henricson (2017) beskriver hur upplevelsevariationerna leder till att en essens kan framträda vilket var fallet i resultatet. Urvalet bestod av åtta barnmorskor i olika åldrar och med olika erfarenhet vilket gav en variation i materialet. Alla barnmorskor kunde beskriva sin levda erfarenhet av kontinuerligt stöd under barnafödande vilket överensstämmer med Polit och Beck (2012) som menar att deltagare i en fenomenologisk studie ska ha kunskap om fenomenet som ska studeras och kunna beskriva sin levda erfarenhet i ord. Genom att en ostrukturerad intervju metod användes kunde fenomenet belysas från många aspekter. Deltagarna intervjuades under tillräckligt lång tid för att frågeställningen skulle vara beskriven. I intervjusituationen var det tydligt när det uppstod en slutpunkt och mättnad i intervjusituationen. Polit & Beck (2012) beskriver hur forskaren kan vara involverad och använda sig själv som ett instrument vilket var fallet då intervjuerna skedde i en interaktiv process där författaren ställde följdfrågor som responderade på det som sagts. Medicinska forskningsrådet (2000) menar att det är väsentligt att klargöra eventuella beroendeförhållanden till forskaren och betydelsen av det, vilket gjordes i föreliggande arbete och bedömdes därefter vara utan betydelse. Det fanns under intervjuerna en reflekterad och medveten förförståelse hos författaren som föreföll ge ytterligare möjligheter till fördjupning och rikedom av data i samspelet med deltagarna. Det upplevdes inte ha en negativ inverkan i situationen men kan ändå ha begränsat urvalet av vilka frågor som ställdes till barnmorskorna. Pålitlighet kunde påvisas eftersom varje steg i processen skedde i medvetenhet hos författaren och i en miljö som främjade datainsamlingen. Det överensstämmer med Dahlberg m.fl. (2008) som menar att forskaren alltid är en del av en livsvärld och därför aldrig kan vara helt medveten om sina känslor, sitt undermedvetna och hur det påverkar. Det innebär att det är väsentligt att så långt som möjligt vara medveten om hur förförståelsen kan påverka forskningsprocessen i betydelsen hur forskningsfrågan väljs ut, hur den definieras, hur frågor formuleras och val av metod. Författaren av föreliggande arbete har arbetat med kontinuerligt stöd i organisationen där flera av barnmorskorna i studien arbetade. Det gav författaren en kunskap om ämnet och en känslomässig förståelse som upplevdes positiv i både intervjusituationen och analysen. Det finns dock risker med förförståelse som är gemensam med deltagarnas. Det kan uppstå svårigheter i att ta ett steg tillbaka och förhålla sig neutral

vilket kan ha varit fallet i föreliggande studie. Det är därför extra väsentligt, som Dahlberg m.fl. (2008) beskriver, att forskarens egen kunskap och erfarenhet kring det fenomen som ska undersökas hela tiden kontrolleras genom reflektion och oavbrutet ifrågasättande av den egna livsvärlden. När analysen påbörjades skedde det under en ständigt växelvis process med handledaren som fungerade som en ”kritisk vän” och som säkerställde att analysen var grundad i data. Det gav trovärdighet och bekräftelsebarhet i processen vilka är parametrar som används inom kvalitativ metod för att försäkra sig om att skapad kunskap är rimlig och att resultatet är verkligt (Henricson, 2017). Överförbarhet innebär i vilken grad det går att översätta och överföra resultat som framkommit till andra liknande grupper eller kontexter. Det kräver ett noggrant redovisat resultat att ta ställning till (Henricson, 2017). Polit & Beck (2012) beskriver samma process men menar också att det är läsaren och konsumenten av forskningen som gör det verkliga arbetet genom att värdera innehållet för att avgöra i vilken grad det kan användas i en annan situation. I föreliggande arbete framkom resultat som kunde anses överförbara och väl grundade. Genom variationen i deltagarnas ålder, erfarenhet och var de arbetade eller hade arbetat framkom en rikedom i data som gav en mångfacetterad bild av fenomenet, barnmorskors levda erfarenhet av att ge kontinuerligt stöd under barnafödande. Data visade även på att det fanns en överensstämmelse i det som framkom från barnmorskorna.

Resultatdiskussion

De huvudsakliga fynden i studien var hur barnmorskorna kände och visade tillit till kvinnornas förmåga att föda och den kollegialitet som fanns mellan barnmorskorna. Barnmorskorna hade omfattande erfarenhet av att ge kontinuerligt stöd vilket de upplevt på många olika sätt haft stor betydelse för kvinnornas födande. När de inte längre hade möjlighet att ge det kontinuerliga stödet under barnafödande gav det upphov till lidande och för några betydde det att de inte längre ville arbeta med födande. Att ha varit där, i en situation där kontinuerligt stöd kunde ges och sen inte ha möjlighet att göra det påverkade barnmorskorna på ett genomgripande sätt.

I resultatdiskussionen används begreppet birth center och alongside unit. Ett birth center beskrivs av Hermus m.fl. (2017) som en barnmorskeledd verksamhet för födande kvinnor med låg risk för komplikationer. De har ofta en hemlik miljö och en inriktning mot att främja den fysiologiska födseln. En variant av birth center är alongside unit. Den typen av birth

center är lokaliserad på ett sjukhus i nära anslutning till en förlossningsklinik med obstetrisk service. Vid komplikationer transporteras den födande kvinnan över till den obstetriska enheten.

Tilliten till kvinnans förmåga att föda

Tilliten till kvinnans förmåga att föda var grundläggande hos barnmorskorna vilket framkom när de beskrev sitt bemötande av föräldrarna och den situation de befann sig i. Barnmorskorna beskrev hur de närmade sig föräldrarna med respekt och lyhördhet. De väntade på att bli inbjudna till födseln och var även noga med att följa föräldrarnas önskemål och ge ett individualiserat omhändertagande vilket till stor del överensstämmer med Aune m.fl. (2014) samt Olsson, A., & Adolfsson, A. (2011) som har beskrivit hur barnmorskor betonar vikten av det långsamma mötet, med gott om tid för att bygga en bärande relation, i tillit till kvinnan och hennes partner. I båda studierna framkommer betydelsen av barnmorskans närvaro såväl fysiskt och mentalt, som avgörande. Aune m.fl. (2014) lyfter särskilt att barnmorskorna behöver vara mentalt och inte bara fysiskt närvarande som kan vara fallet när barnmorskan har flera födande att fokusera på. Olsson och Adolfsson (2011) beskriver barnmorskans förhållningssätt som att vara uppmärksam och aktivt lyssnande. Med engagemang och beredd att också höra det som inte sägs verbalt för att skapa en trygg och tillitsfull relation.

Barnmorskorna i föreliggande studie visade tydligt hur de kände tillit till kvinnans förmåga att föda genom att i första hand lyssna på kvinnan och hennes partners önskemål. Att följa riktlinjer och PM var inte det primära utan att individualisera omvårdnaden utifrån behov och önskemål var det väsentliga vilket var en stark övertygelse hos barnmorskorna. I studien framkom också hur föräldrarnas behov och önskemål fick gå före att underordna sig riktlinjer och PM så långt det var möjligt för barnmorskan. Det fanns skillnader mellan hemfödslor och sjukhusfödslor i hur långtgående barnmorskorna kunde individualisera omvårdnaden och gå föräldrarnas önskemål till mötes. Hemfödslorbarnmorskorna hade en tydligare möjlighet att tillmötesgå föräldrarnas behov men grundsynen var gemensam hos barnmorskorna. Den skillnaden har Davis, D.L., & Homer, C.S.E. (2016) beskrivit i en studie där det visade sig att barnmorskor som växlade mellan att arbeta på sjukhusklinik, i hemmet eller på ett birth center ändrar beteende beroende på var de befinner sig. Barnmorskorna i den studien beskriver hur de vid arbete på sjukhuskliniken ständigt behöver ta hänsyn till obstetriska parametrar för progress, starkt kopplade till tidsbegränsningar, med risk för att någon knackar på dörren och undrar hur det går. Vid hemfödelse eller på birth center kan de däremot individualisera omvårdnaden och se till den enskilda kvinnans progress och därmed lättare nå en normal

födelse. I en norsk studie kring ABC vård och hur kvinnor kan stärkas i sitt barnafödande, har forskarna funnit att kvinnor blir stärkta av ett respektfullt bemötande med syfte att hjälpa dem att hantera graviditet, födelse och eftervård utifrån den kunskap de redan besitter. Det ger kvinnor möjlighet att fatta genomtänkta beslut kring sin situation. Det har också visat sig vara av betydelse att barnmorskor har förmåga att ta ett steg tillbaka och successivt låta kvinnan ta ansvar över sin situation (Helberget, L., Fylkesnes, A. m., Crawford, P., & Svindseth, M. 2016.)

Barnmorskorna i föreliggande studie beskrev också hur de genom kontinuerligt stöd kunde stödja den födande kvinnan till att stanna i nuet och acceptera skeendet. Närvaron av en barnmorska, menade de, avdramatiserade födandet och gjorde det mindre farligt. Vilket överensstämmer med Lundgren & Berg (2007) som har funnit att barnmorskan har ett ansvar att stödja kvinnans upplevelse av meningsfullhet för att inte hopp och att fokusera på det normala födandet. Barnafödande har sin väg och meningsfullhet, även smärtan som leder till progress men förutsättningen är att barnmorskan är mentalt och fysiskt närvarande.

Något som framträdde tydligt var att barnmorskorna genom det kontinuerliga stödet blev uppmärksamma på när ett förlopp började avvika och risk fanns för komplikationer. Flera barnmorskor beskrev hur de genom att inge trygghet och en lugnande effekt hade erfarenhet av att de kunde påverka det medicinska utfallet. Motsatsen, att inte vara närvarande utan att ha hand om flera födande kvinnor innebar att väsentlig information gick förlorad och både kvinnans och barnmorskans oro ökade. Det fick innebörden att barnmorskan inte längre kunde skydda födandet på samma sätt utan blev mer passiv och ibland tvingades medverka till interventioner där de tappat kontrollen i situationen. Fynden i föreliggande studie överensstämmer till stor del med det Bohren m.fl. (2017) har visat kring att kontinuerligt stöd minskar behovet av medicinsk smärtlindring, förkortar födselns längd och ökar den positiva upplevelsen. Det överensstämmer även med den fysiologiska processen vid födelse där hormonet oxytocin har stor betydelse vilket Stenglin, M. & Foreur, M. (2013) beskriver i en studie där de har visat hur en känsla av trygghet, säkerhet och lugn ger upphov till oxytocininsöndring. I motsats till en situation där känslor av ångest och stress istället resulterar i ökad katekolamininsöndring till exempel adrenalin som blockerar oxytocin. Aune m.fl. (2014) har även visat, i överensstämmelse med fynden i föreliggande studie, att barnmorskor som har erfarenhet av kontinuerligt stöd och närvaro minskar behovet av oxytocininfusion, användning av epidural, förkortar processen och minskar andelen kejsarsnitt. Barnmorskorna blir däremot mer tveksamma i sin roll vid intermittent stöd och

riskerna ökar då för interventioner vilket sedan leder vidare till en kaskad av interventioner. Rossignol Rossignol, M., Chaillet, N., Boughrassa, F. & Moutquin, J. M. (2014) har visat på ett komplext mönster där olika interventioner tillsammans har effekt på förekomsten av olika förlossningssätt, ”the cascade of interventions”. I den studien visas även att kontinuerligt stöd tillsammans med intermitterande auskultation samt olika smärtlindrande ickefarmakologiska tekniker som andning och avslappning kan minska risken för kejsarsnitt.

Att vara, att sitta, att bli lugn, att förändras som barnmorska

Barnmorskorna hade arbetat inom olika typer av förlossningsvård vilket gjorde att de väl kunde beskriva hur de genomgick en genomgripande förändring när de började arbeta inom en verksamhet där de skulle ge kontinuerligt stöd under födsel. De beskrev hur de behövde ställa om sitt sätt att tänka till att bli lugnare, långsammare och vågade känna tillit till kvinnans förmåga att föda normalt. Det visade sig att det tog tid att ställa om. Barnmorskorna beskrev hur de successivt lärde sig av att lyssna på föräldrarna, hur relationerna byggde på ömsesidighet vilket överensstämmer med det Olafsdottir (2006) har beskrivit kring det isländska begreppet ”sitting over” som innebär att barnmorskan är närvarande med kvinnan under födsel och i närvaron kan läsa av kvinnans behov, ha tid att *vara* med henne och skapa en relation. Förutom att närvaron och ”sittandet” är relationsskapande och ger möjlighet att kunna läsa av situationer, uppstår också en ömsesidighet mellan barnmorskan och den födande. Barnmorskan fördjupar som en följd av det, sin känslighet för mor och barn och blir stärkt i sin roll. Olsson m.fl. (2011) har funnit att barnmorskor behöver lång tid för att förvärva det som beskrivs som en reflekterande/emotionell kompetens likställd med tyst kunskap. Den tysta intuitiva kunskapen är en komplex sammansättning av såväl teoretisk som praktisk kunskap vilket med tiden ger barnmorskan förmåga att se varje föräldrapar som unika, med individuella emotionella, fysiska och andliga behov. Barnmorskan använder sig själv som verktyg i arbetet med att skapa en säker och trygg omvårdnad. Även Aune m.fl.(2014) har funnit att barnmorskors syn på kontinuerligt stöd kan innebära att *bara vara* med föräldrarna, spendera tid och därmed vara uppmärksam på modern, barnet och processen. I den studien beskrivs även hur barnmorskor genom sitt engagemang successivt utvecklar sitt kunnande kring kontinuerligt stöd.

Det framkom starka känslor hos barnmorskorna kring att få vara ifred på ett rum där de gav kontinuerligt stöd, att inte behöva dela sig med andra föräldrar och därmed tappa koncentrationen. Rummet beskrevs som ett skydd och det kunde vara störande att dörren

öppnades och någon som inte var involverad kom in. Det upplevdes ofta vilsamt att ge kontinuerligt stöd och barnmorskorna beskrev hur de var aktivt passiva och kunde följa föräldrarnas behov. De utvecklade en stor lyhördhet för vad som skedde i rummet. Det är i överensstämmelse med Jepsen, I., Mark, E., Aagaard, E., Foureur, M., & Elgaard Sørensen, E. (2016) som har visat att barnmorskor i caseloadverksamhet har liknande känslor vilket innebär att barnmorskorna skapar ett skydd kring de födande inne i rummet på förlossningsenheten och att de där menar att de får vara ifred. Barnmorskorna beskriver att det är nödvändigt för att kunna bedriva kontinuerligt stöd. Det är också av stor betydelse att kunna ”stänga av” vad som händer utanför rummet eftersom det innebär att barnmorskorna inte blir uttröttade på samma sätt när de får fokusera på en födande i taget trots många timmars arbete. Även Davis och Homer (2016) har funnit att miljön kring föräldrar och barnmorskor har betydelse för att kunna kontrollera det privata, att kunna vara i enskildhet och inte bli störd av olika personer som kommer in och ut i ett rum i sjukhusmiljö. Forskarna menar att det påverkar det positiva hormonflödet hos kvinnan men även hos barnmorskan vilket kan vara en anledning till att barnmorskorna i föreliggande studie både fick energi och glädje av födslar trots ansträngande arbetspass och komplicerade födslar. Till skillnad från när de tvingades ge intermitterant stöd och gå mellan flera familjer.

Det framkom också i föreliggande studie att det ibland fanns andra faktorer som kunde påverka förmågan att ge ett bra kontinuerligt stöd. Faktorer som att vara trött innan arbetspasset, någonting hade hänt i det privata, gjorde att barnmorskan fick använda sig av ett mer professionellt agerande just vid det tillfället. Barnmorskan hämtade kraft hos anhöriga genom samtal och fysisk omvårdnad av sig själv. I det professionella förhållningssättet beskrev också barnmorskorna hur det gick att vara intensivt nära men ändå inte privat i relationen. Det är fynd som överensstämmer med Jepsen m.fl. (2016) som har funnit att den tillfredställande känslan av att göra ett bra jobb leder till ett stort engagemang för barnmorskor. När barnmorskorna i den studien beskriver stor arbetstillfredsställelse jämför de med tidigare erfarenhet av att arbeta i konventionell förlossningsvård. De beskriver hur de inte blev trötta på samma sätt eller känner sig utmattade. Ett intressant resonemang är att relationen med föräldrarna är som en tidsbegränsad ”affär” där de går in med känslor och sig själva som person. Barnmorskorna menar att eftersom det är ett tvåvägsförhållande krävs en intimitet och en vilja att visa sig som person. Efter den korta ”affären” kan de sen känslomässigt lämna föräldraparet och gå vidare. I en annan studie har forskarna funnit att socialt stöd, som familj och vänner, hjälper barnmorskan att få perspektiv på problem relaterat

till arbetet. Det ger styrka och motståndskraft i en arbetsmiljö (Hunter, B., & Warren, L., 2014).

Tilliten till kollegor som delar samma syn

Alla barnmorskor beskrev en uttalat positiv känsla kring kollegorna och beskrev samarbetet som ovärderligt. Samtliga var vana att arbeta två och två under födseln under de förutsättningar då de hade arbetat eller arbetade med kontinuerligt stöd. De beskrev hur det kunde innebära att få stöd och nya infallsvinklar kring hur de skulle hantera födslarna, sig själva eller få stöd till att ta rast och vila en stund. Det fanns barnmorskor som beskrev hur de utvecklades i sin yrkesroll genom att diskutera och ha möjlighet att stämma av med kollegorna. Det fanns en tydlig beskrivning av hur barnmorskorna i en kontext med kontinuerligt stöd som en del av organisationen, skapade ett tillåtande och generöst klimat vilket till viss del överensstämmer med Olsson m.fl. (2011) som har funnit att barnmorskor behöver tillräckligt med tid för att hinna reflektera över och diskutera sitt arbete med professionella kollegor. Genom stöd av kollegor kan en barnmorska få testa och reflektera över sina känslor kring specifika situationer och undersöka vad som är rimligt att ta ansvar för. I Olssons studie, 2011, beskriver barnmorskorna en djup tillfredsställelse när kollegorna erkänner och bekräftar dem i att deras intuition kring en specifik situation visar att de tänkt rätt men ibland frustration när samma kollegor inte är överens med dem. Det som framkommit i föreliggande studie överensstämmer även med det Catling, C. J., Reida, F., & Hunter, B. (2017) har beskrivit i en studie där de har studerat barnmorskors upplevelse av sin arbetsmiljö/arbetskultur i Australien. De har funnit att barnmorskor har behov av positiv bekräftelse från kollegor. Det kan ske på olika sätt men är generellt betydelsefullt för självkänslan och att kollegorna visar att de värderar och förstår det emotionella, fysiska och stundtals svåra barnmorskearbetet.

I föreliggande studie beskrev barnmorskorna hur de hade lärt sig av sina kollegor hur kontinuerligt stöd kan utövas. Barnmorskekollegorna utgjorde förebilder, ibland oavsett antal år i yrket. Det förekom ett nätverkande och stödande som löpte över tid och blev till en livslång kunskap för den enskilda barnmorskan. Många barnmorskor beskriver i den australiensiska studien (Catling m.fl., 2017) att kollegorna utgör stöd men också fungerar som rollmodeller ur en professionell aspekt. Även kända barnmorskor med stort inflytande i såväl dåtid som nutid kan utgöra en förebild som ger näring till viljan att utföra barnmorskeri med hög kvalitet. Hunter och Warren (2014) har funnit att barnmorskor, förutom att vara

empatiska och bekräftande, också utgör ett samtalsstöd för varandra när det kommer till svårare frågor.

Resultatet av föreliggande studie indikerar att det kontinuerliga stödet har betydelse för såväl föräldrar som barnmorskor. Det visade sig att barnmorskorna påverkades av lugn och ro i föderummen men också av kollegornas stöd i den mångfacetterade situation ett födande kan vara. Barnmorskorna menade också att kollegialiteten och tryggheten med varandra ledde till att det i förlängningen gav ett bättre utfall för den födande. I motsats till det har Catling m.fl. (2017) funnit att i arbetskulturer där mobbing och översitteri förekommer, tar det kraft från barnmorskor och kräver strategier. I de hierarkiska strukturer som innebär bland annat ett ”vi och dom tänk” blir påföljden att motsättningar uppstår. I Caitlings studie, 2017, var det särskilt tydligt kring de barnmorskor som arbetar inom en alongside unit på sjukhus med till exempel caseload och har ett annorlunda arbetssätt. Däremot var det den tredjedel som arbetade på små enheter i barnmorskeledda kontinuerliga vårdmodeller som ansåg att de kunde påverka sin arbetsmiljö och blev lyssnade till när de hade synpunkter.

Sammanfattningsvis förefaller det som att en mindre arbetsgrupp med barnmorskor, som har tillräckligt med tid för reflektion och att ge kollegialt stöd tillsammans med kontinuitet och stöd under barnafödande, kan vara stärkande för den enskilda barnmorskan, arbetsgruppen och i förlängningen även föräldrarna.

”If you have seen you can’t unsee”

De barnmorskor som tidigare hade arbetat med kontinuerligt stöd och hade varit tvungna att lämna det arbetssättet uttryckte starka känslor kring hur de uppfattade skillnaden mellan kontinuerligt och intermittent stöd. De beskrev en svår väg tillbaka för att ändra sitt inre för att hantera den nya situationen där de bara kunde ge intermittent stöd. De barnmorskor som växlade mellan hemfödslar och konventionell förlossningsvård med intermittent stöd beskrev liknande svårigheter men vilade i att kunna vara och arbeta annorlunda vid hemfödslar. De hade antingen valt att gå vidare till en annan typ av barnmorskearbete, hade enbart hemfödslar, kombinerade hemfödslar med arbete på sjukhusklinik eller hade valt att arbeta enbart på sjukhusklinik med födslar. Barnmorskorna som arbetade på sjukhus kunde inte längre ge kontinuerligt stöd av barnmorska. Det som framträdde tydligt var barnmorskornas lidande över att inte kunna ge familjerna det stöd de visste behövdes. Att inte få jobba utifrån sin kunskap och kompetens kring födande gav upphov till stor frustration, ilska och sorg.

Barnmorskorna beskrev hur de försökte dölja sin känsla av stress inför föräldrarna i de fall som en annan familj behövde deras uppmärksamhet. Trots det blev de genomskådade av familjerna som blev stressade med påföljden att de började ta hänsyn till barnmorskan och andra behövande föräldrar. Davis och Homer (2016) beskriver hur arbetsplatskultur kan förstås som att oskrivna regler finns som styr beteendet för både den gravida, födande och barnmorskan och att barnmorskor ska vara effektiva och anpassliga. I föreliggande studie kan det delvis knytas an till barnmorskornas lidande av att inte kunna ge det som borde ges till de födande. Catling m.fl. (2017) fann att barnmorskor har en föreställning om vad som är ”riktigt barnmorskeri” i betydelsen att ge de födande kvinnorna individualiserad kontinuitet istället för att anpassa sig till verksamhetens behov. De beskrev hur svårt det är att utföra det på en sjukhusklinik där de hamnar i en roll som mer liknar sjuksköterskans.

Barnmorskorna i föreliggande studie menade att verksamhetens behov styrde istället för föräldrarnas behov. Det gav upphov till omänskliga prioriteringar som skapade osäkerhet hos barnmorskorna när de inte längre kunde tolka situationen och kvinnans behov. Det ledde till mer medicinsk smärtlindring och interventioner eftersom det inte gick att lova kontinuerligt stöd vilket överensstämmer med Bohren m.fl. (2017). Trots evidens kring det kontinuerliga stödets betydelse för ett positivt utfall organiseras förlossningsvården i Sverige utifrån verksamheternas behov av effektivitet vilket blir tydligt i SBU:s sammanfattning av evidensläget 2013, där det konstateras att kontinuerligt stöd fungerar men att barnmorskan troligen inte är den lämpligaste. Bland annat med hänsyn till de kostnadsökningar som kan uppstå. I föreliggande studie framkommer ett tydligt stöd för att barnmorskor kan ha såväl glädje som nytta rent arbetsmiljömässigt av att arbeta evidensbaserat med kontinuerligt stöd vilket i förlängningen skulle kunna vara kostnadseffektivt. Den aspekten behöver mer forskning i svenska kontext. Bryson, V. & Deery, R. (2010) har forskat om tid och kön kopplat till en case study med barnmorskor som arbetar inom kommunen i England. De har funnit att det är skillnad på mäns och kvinnors definition av tid i förhållande till arbete och att det har betydelse för kvinnors arbete eftersom makten i stor utsträckning ligger hos män eller ett ”manligt synsätt” när vården organiseras. Medan ”kvinnors tid” kan ses som mer cyklisk, kvalitativ, relationsinriktad och därmed inte på samma sätt kan effektiviseras menade forskarna att mäns tid är linjär, kvantitativ och kopplad till mer kapitalism i betydelsen att det går att effektivisera med klockans hjälp. Bryson, V. & Deery, R. (2010) har visat hur barnmorskor kommer i kläm mellan förväntningarna på att de ska utföra kvalitativ och nära omvårdnad medan de samtidigt får minskade resurser, med en förväntan på fortsatt

effektivitet. Det barnmorskorna beskriver i föreliggande studie är hur de har erfarenhet av hur närheten, stödet, tiden att hinna uppfatta och se de födande kvinnornas behov också påverkar förlossningsförloppet till det bättre men att det kräver en annan inställning och ett annat förhållningssätt till tid där det handlar om att kunna vara i nuet och i ostördhet för att utveckla känslan för det som sker i föderummet.

Barnmorskorna beskrev hur de utvecklade strategier för att hantera en ny situation där de inte längre kunde arbeta med kontinuerligt stöd. Det skedde på olika sätt. De som valde att stanna kvar och arbeta med intermittent stöd beskrev hur de normaliserades in i att acceptera arbetssättet som en överlevnadsstrategi. Konsekvenserna blev att stänga av sina känslor, använda de verktyg som var möjliga i det lilla även om helheten saknades. Det överensstämmer med Davis och Homer (2016) som har kommit fram till att barnmorskor som arbetar på en sjukhusklinik och även har erfarenhet av att arbeta med hemfödslar eller på birth center kan vara tvungna att förändra sitt arbetssätt, ta hänsyn till verksamheten och det som händer på avdelningen, utföra andra uppgifter och hjälpa kollegor. Det får då konsekvensen att den födande kvinnan får minskad uppmärksamhet, minskad tillgång till individualiserad vård och att barnmorskan inte längre kan ”bara vara” tillsammans med den födande. På så vis försvåras möjligheten för att skapa det lugn och känslan av normalitet som kan underlätta för att nå fram till en normal födsel.

Slutligen fanns det barnmorskor i föreliggande studie som helt hade lämnat sjukhusvården för att de inte kunde arbeta på ett sätt som motsvarade deras kompetens och inre värderingar. Att inte kunna arbeta i lugn och ro med kontinuerligt stöd innebar ett för stort lidande och fick konsekvenser för barnmorskan vilket överensstämmer med vad Catling m.fl. (2017) har kommit fram till. Barnmorskorna beskriver hur de älskar barnmorskeriet men känner förskräckelse inför sin arbetsplats, arbetsmiljön och de emotionella och psykiska övergrepp de ibland bevittnar. The Royal College of Midwives [RCM], (2016) har undersökt varför barnmorskor i England lämnar sitt arbete och har funnit att det beror på personalbrist, stor arbetsbörda men också när tid saknas för att ge högkvalitativ vård till kvinnorna och deras familjer.

Konklusion

Att ge kontinuerligt stöd är av stor betydelse även för barnmorskorna vid en födsel. Tilliten till kvinnans förmåga att föda är grundläggande. Den tilliten uttrycktes i att barnmorskorna

närmade sig de födande långsamt, med respekt och utifrån ett individualiserat förhållningssätt. Relationen mellan barnmorskorna och föräldrarna var grunden för att möta behoven. PM och riktlinjer hade underordnad betydelse så långt det var möjligt för att ge familjerna det de efterfrågade. Att "bara vara", sitta hos den födande och vara aktivt passiv påverkade också barnmorskan till att bli lugnare och tillitsfull. Det förändrade barnmorskornas sätt att vara i sin yrkesroll. Barnmorskorna beskrev hur de inte var trötta på samma sätt när de arbetade med kontinuerligt stöd där det var normen. Barnmorskekollegorna var ett stort stöd i form av förebilder, som samtalspartner men också som skydd för barnmorskan i arbetet. Stödet från kollegorna visade på en ytterligare dimension av vad kontinuerligt stöd kan innebära även för barnmorskans välmående och vila. När barnmorskorna inte längre kunde arbeta med kontinuerligt stöd innebar det ett stort lidande som fick konsekvenser för enskilda barnmorskor. Den yttersta konsekvensen var att det fanns barnmorskor som inte längre kunde tänka sig att arbeta där de inte kunde ge kvinnorna och deras familjer det de behövde, närvaro och kontinuerligt stöd. Det finns således en stark relation mellan möjligheten för barnmorskor att ge högkvalitativ vård, där kontinuerligt stöd är en del och för familjernas möjlighet till en positiv upplevelse och medicinskt utfall.

Kliniska implikationer

Organisationen av förlossningsvården i Sverige behöver ses över i syfte att skapa olika vårdnivåer och vårdmodeller för en födande kvinna. I samtliga vårdformer bör barnmorskor ha möjlighet att ge kontinuerligt stöd till föräldrarna eftersom det ger positiva effekter för såväl den födande kvinnan, hennes familj och barnmorskan.

Förslag på vidare forskning

Det är angeläget med mer forskning kring barnmorskors upplevelse av att ge kontinuerligt stöd och den förändring som sker i barnmorskor när förutsättningarna förändras och de inte längre kan arbeta med kontinuerligt stöd. Det skulle ge en ökad förståelse för hur barnmorskor vill arbeta. För att öka kunskapen i ämnet och bli mer allmängiltigt kan större kvantitativa studier kring arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse hos barnmorskor vara av nytta.

Referenslista

Aune, I., Hvaal Amundsen, H. & Skaget, 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. doi: 10.1016/j.midw.2013.02.001

Bohren, M.A., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, Art. No.: CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.

Bryson, V. & Deery, R. (2010). Public policy, 'men's time' and power: The work of community midwives in the British. *Women's Studies International Forum*, 33 (2), 91-98. doi:10.1016/j.wsif.2009.11.004

Catling, C. J., Reida, F., & Hunter, B. (2017). Australian midwives' experiences of their workplace culture. *Women and Birth*, 30 (2), 137-145. doi:10.1016/j.wombi.2016.10.001

Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research (2:a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Davis, D.L, & Homer, C.S.E. (2016). Birthplace as the midwife's work place: How does place of birth impact on midwives? *Women and Birth*, 29 (5), 407-415. doi:10.1016/j.wombi.2016.02.004

Gottvall, K., Waldenström, U., Tingstig, C., & Grunewald, C. (2011). In-hospital birthcenter with the same medical guidelines as standard care: A comparative study of obstetric interventions and outcomes. *BIRTH*, 38 (2), p120-128. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00461.x

Graviditetsregistret.(2018). Historik, mål & vision. Hämtad 2018-09-04 från <https://www.medscinet.com/gr/mal.aspx>

- Helberget, L., Fylkesnes, A. m., Crawford, P., & Svindseth, M. (2016). The power of shared philosophy: A study of midwives' perceptions of alternative birth care in Norway. *British Journal of Midwifery*, 24(2), 101-107. doi:<http://dx.doi.org.sll.idm.oclc.org/10.12968/bjom.2016.24.2.101>
- Henricson, M. (Red.). (2017). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Hermus, M.A.A., Boesveld, I.C., Hitzert, M., Franx, A., De Graaf, J.P., Steegers, E.A.P., Wiegers, T.A., & Van Der Pal-de-Bruin, K.M. (2017). Defining and describing birth centres in the Netherlands - a component study of the Dutch Birth Centre Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, (210). doi10.1186/s12884-017-1375-8
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Systematic Review*, doi: 10.1002/14651858. CD003766.pub4
- Homer, C., Brodie, P., & Leap, N. (2008). *Midwifery continuity of care. A practical guide*. Sydney: Elsevier.
- Hunter, B., & Warren, L. (2014). Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery*, 30 (8), 926–934. doi:10.1016/j.midw.2014.03.010
- International Confederation of Midwives. (2018). *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtad från <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Jepsen, I., Mark, E., Aagaard, E., Foureur, M., & Elgaard Sørensen, E. (2016). A qualitative study of how caseload midwifery is constituted and experienced by Danish midwives. *Midwifery* 36, 61-69. doi:10.1016/j.midw.2016.03.002
- Lindgren, H. E., Rådestad, I. J., Christensson, K. & Hildingsson, I. M. (2008). Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 87(8), 751-759. doi:10.1080/00016340802199903

Lindgren, H.E., Kjaergaard, H., Olafsdottir, O. A. & Blix, E. (2014). Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries – An overview. *Sexual & Reproductive Helthcare*, 5, (1), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.12.002>

Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21, 220–228. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x

Medicinska forskningsrådet. Nämnden för forskningsetik (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. (Rev. version). Hämtad från <http://infovoice.se/fou/bok/diverse/etik2000.pdf>

Olafsdottir, O.A. (2006). *An Icelandic midwifery saga – Coming to light- "With woman " and connective ways of knowing*. (A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements of Thames Valley University for the degree of Doctor of Philosophy).

Olsson, A., & Adolfsson, A. (2011). Midwife's experiences of using intuition as a motivating element in conveying assurance and care. *Health*, (3)7, 453-461. doi:10.4236/health.2011.37075

Patton, M.Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (4. ed.). London: Sage Publications

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research, Generating and assessing evidence for nursing practice* (9. ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Rossignol, M., Chaillet, N., Boughrassa, F. & Moutquin, J. M.(2014). Interrelations between four antepartum obstetric interventions and cesarean delivery in women at low risk: A systematic review and modeling of the cascade of interventions. *Birth*, 41(1), 70-78. doi:10.1111/birt.12088

Schütz, A. (1997). *The phenomenology of the social world*. Evanstone: Northwestern University Press.

Sjöblom, I., Lundgren, I., Idvall, E. & Lindgren, H. (2015). Being a homebirth midwife in the Nordic countries – a phenomenological study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, (6) 3, 126-131. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.004>

Socialstyrelsen. (2017). *Öppna jämförelser 2016 – Säker vård – En indikatorbaserad uppföljning* (2017-1-16). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20464/2017-1-16.pdf>

Stenglin, M. & Foreur, M. (2013). Commentary: Designing out the Fear Cascade to increase the likelihood of normal birth. *Midwifery*, 29 (8), 819-825. doi: 10.1016/j.midw.2013.04.005

Svenska Barnmorskeförbundet/Jordemodern. (2015). Föda hemma i Umeå. Hämtad 2018-09-04 från <https://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/vasterbotten/foda-hemma-i-umea/>

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>

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi [SFOG] / Intressegruppen för Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa. (2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa*. Hämtad från <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>

Svensk författningssamling: SFS. 1998:1003, Högskoleförordningen 1993:100, ändring (omtryck). (1998). Hämtad från Riksdagens webbplats: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100

Sveriges Kommuner och landsting. (2018). *Trygg hela vägen. Kartläggning av vården före, under och efter graviditet*. Hämtad från <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-620-9.pdf?issuusl=ignore>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2013). *SBU Kommenterar: Kontinuerligt stöd till kvinnor under förlossning* (2013 08). Hämtad från https://www.sbu.se/2013_08

The Royal College of Midwives. (2016). *Why midwives leave – Revisited*. Hämtad från <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Why%20Midwives%20Leave%20Revisted%20-%20October%202016.pdf>

Wihlborg, M. (2017). Fenomenografi. I B.Höglund & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*(3:1 s. 112). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Hämtad från <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=7263EBC85D9695CC56F9E34679C97041?sequence=1>

Bilaga 1

Information om en intervjustudie om barnmorskors erfarenhet av att ge kontinuerligt stöd

Som en del av en fristående magisterkurs på Karolinska Institutet ska ett arbete på magisternivå göras. Kontinuerligt stöd under födsel är ett angeläget ämne. I Sverige är förlossningsavdelningarna som regel inte bemannade för att barnmorskor ska ha hand om en födsel i taget. På Södra BB, som fick stänga, ingick det i vårdfilosofin att ta hand om en kvinna i taget under födseln och det skedde över tid. Likväl har hemfödselbarnmorskorna förutsättningar för att ge kontinuerligt stöd.

Syftet med studien är att beskriva barnmorskors erfarenheter av att ge kontinuerligt stöd under födsel i miljöer där det finns eller har funnits förutsättningar att ge kontinuerligt stöd.

Jag kommer gärna hem till dig om det passar alternativt träffas på en lugn plats. Du bestämmer vad som passar dig bäst. Intervjun kommer ta 1-1,5 timme max och spelas in på min telefon. Du kan när som helst avbryta intervjun eller ditt deltagande i studien. Intervjuerna kommer sen skrivas ner ordagrant och kasseras när studien är färdig. Materialet kommer förvaras så att ingen obehörig kan komma åt det och kodas så att ingen enskild person kan identifieras. Om du har frågor eller önskar ytterligare information kring studien är du välkommen att kontakta mig. Jag nås på telefon eller e-mail på nedanstående uppgifter. Examensarbetet utförs under handledning av Helena Lindgren, barnmorska och docent vid Institutionen för kvinnors och barns hälsa. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på e-mail: helena.lindgren@ki.se

Med vänlig hälsning

Eva Nordlund

Tel: 073-561 83 49

evalouisenordlund@gmail.com