



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Nyförlostas kvinnors upplevelser av barnmorskans bemötande under förlossningen

En kvalitativ intervjustudie

Women's experiences, shortly after giving birth, of midwives' personal treatment during labour and birth

A qualitative interview study

Författare: Erika Johansson och Olivia Sjögren

Handledare: Hafrún Finnbogadóttir

Antal ord: 7292

Magisteruppsats

Hösten 2019

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Nyförlösta kvinnors upplevelser av barnmorskans bemötande under förlossningen

En kvalitativ intervjustudie

Women's experiences, shortly after giving birth, of midwives' personal treatment during labour and birth

A qualitative interview study

Författare: Erika Johansson och Olivia Sjögren

Handledare: Hafrún Finnbogadóttir

Magisteruppsats

Hösten 2019

Abstrakt

Bakgrund: Barnmorskans bemötande är en viktig del i om kvinnan får en positiv eller negativ förlossningsupplevelse för det påverkar kvinnans psykiska välbefinnande som i sin tur påverkar barnet. **Syfte:** Att belysa nyförlösta kvinnors upplevelse av barnmorskans bemötande under förlossningen. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Sexton nyförlösta kvinnor intervjuades och innehållsanalys genomfördes. **Resultat:** Fem underkategorier framträdde; *Barnmorskans kompetens och samspel, Den trygghetsskapande barnmorskan, Närvaro och humor, Maktmissbruk och brist på tillit och Den otillräckliga och frånvarande barnmorskan* vilket resulterade i två kategorier: *Det professionella bemötandet* och *det oprofessionella bemötandet*. **Konklusion:** Studien visar hur betydelsefullt ett professionellt bemötande är. Förlossningsenheter bör arbeta aktivt med värdegrundsfrågor och att de även följer upp kvinnor som haft en dålig förlossningsupplevelse för att kunna ta lärdom av vad som varit dåligt.

Nyckelord

Barnmorska, bemötande, förlossning, intervjustudie, kvinnor, nyförlöst, upplevelse

Innehållsförteckning

Problemområde.....	5
Bakgrund.....	5
Perspektiv och utgångspunkter	6
Barnmorskans bemötande och omvårdnad.....	7
Upplevelse	8
Syfte.....	10
Metod	10
Urval.....	10
Datainsamling	10
Analys av data.....	11
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat.....	13
Det professionella bemötandet.....	14
Barnmorskans kompetens och samspel	14
Den trygghetsskapande barnmorskan	15
Närvaro och humor.....	16
Det oprofessionella bemötandet.....	16
Maktmissbruk och brist på tillit.....	17
Den otillräckliga och frånvarande barnmorskan	18
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	22
Konklusion och implikationer	26
Referenser	27
Bilaga 1 (1).....	31

Problemområde

Kvinnor som föder barn önskar ett individuellt samt respektfullt omhändertagande och där har barnmorskan en central roll (Berg, Lundgren, Hermansson & Wahlberg, 1996; Dahlberg et al., 2016; Lundgren, 2004). Barnmorskans bemötande är en viktig del i om kvinnan får en positiv eller negativ förlossningsupplevelse och litteraturgranskning har påvisat att det finns ett behov av att undersöka mötet som äger rum mellan den födande kvinnan och barnmorskan (Berg et al., 1996; Dahlberg et al., 2016; Lundgren, 2004; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad, 2004). Forskning har visat att en kvinna som har en negativ förlossningsupplevelse kan må psykiskt dåligt samt få posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Hon väntar också längre med att föda fler barn (Bossano et al., 2017; Waldenström et al., 2004) om några alls (Nystedt & Hildingsson, 2018).

Det är av vikt att undersöka kvinnors upplevelser av barnmorskans bemötande då det kan ha effekter på både mammans och barnets hälsa samt välbefinnande (Waldenström et al., 2004). Det finns sparsamt med svenska studier, i synnerhet ifrån södra Sverige, som enbart belyser kvinnors erfarenheter av barnmorskans bemötande och därför kan denna studie vara av intresse.

Bakgrund

Enligt Kompetensbeskrivningen för legitimerade barnmorskor (2018) bör kontinuerligt stöd och närvaro ges till alla kvinnor under förlossningen. I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) står det att vård ska ges på lika villkor och målet är en god hälsa för individen. Respekt och värdighet för människan är hörnstenar i en god vård. Ett respektfullt bemötande är således ett lagstadgat krav på vårdpersonal och det ingår även i Världshälsoorganisationens (WHO) riktlinjer för en positiv förlossningsupplevelse (WHO, 2018). I riktlinjerna står det att en förlossningsupplevelse inte bara innebär en säker förlossning med en frisk mamma och ett friskt barn, utan även att kvinnan ska få föda på en säker och trygg plats samt att personalen ska vara kunnig och vänlig. God omvårdnad och bemötande är en del i det WHO kallar *Respectful maternity care* (RMC) vilket innebär att kvinnans värdighet och integritet ska bevaras. Sekretessen är också en del av detta. Kvinnan ska heller inte utsättas för fara, kränkning eller felaktig behandling. Hon har dessutom rätt till information så att hon kan fatta eventuella

beslut på ett grundat sätt och hon har rätt till kontinuerligt stöd i värbabet och födandet. WHO betonar även vikten av kompetent och utbildad personal för att vården ska bli respektfull. Med kränkande och respektlös behandling ges exempel som att inte presentera sig för kvinnan eller att inte erbjuda tvätt och renbäddning efter förlossningen. Avslutningsvis understryks att interventioner enligt RMC inte nödvändigtvis kräver särskilt omfattande resurser då de är på ett mer interpersonellt plan, det vill säga, att det främst har med bemötandet och omvårdnaden av kvinna att göra.

Perspektiv och utgångspunkter

Midwife, barnmorska på engelska, betyder ”med kvinna” (Berg, 2014; Powell Kennedy, 1995). Att vara med kvinnan under förlossningen, att stödja och hjälpa henne, är en stor och central del av barnmorskans roll (Berg et al., 1996; Berg, 2014; Dahlberg et al., 2016). Powell Kennedy (1995) konstaterar att essensen i barnmorskans profession är att ge kvinnan samt hennes familj god vård. Powell Kennedy intervjuade kvinnor för att undersöka deras upplevelser av barnmorskans vård och bemötande. Resultatet visade att barnmorskans generella vördnad och respekt var central för hur kvinnan upplevde vården. Med respekt menade kvinnorna respekt för sina rädslor, att deras närvarande familj respekterades och respekt för kvinnans behov av information. Att få ett kontinuerligt stöd och vägledning var en del av respekten. Barnmorskans egenskaper såsom lugn och kompetens gjorde att kvinnorna upplevde att barnmorskan blev ett försvar mot eventuella motgångar som exempelvis smärta.

Berg, Ólafsdóttir och Lundgren (2012) har utvecklat en teori *A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings* som utgår ifrån fem sammanflätade teman; *ömsesidig relation*, *förlossningsatmosfären* och *grundad kunskap*. Över detta vilar ett *kulturellt sammanhang* som inte går att undvika (till exempel högteknologisk vård kontra naturlig förlossningsprocess) samt *balansgången* barnmorskan måste förhålla sig till för att väva ihop dessa teman. Med ömsesidig relation menar forskarna att barnmorskan behöver vara närvarande hos kvinnan och det utgår ifrån bemötandet. En fysiskt och psykiskt närvarande barnmorska kommer att kunna få en tillitsfull samt en ömsesidig relation till kvinnan och kan då stödja och bekräfta henne på bästa möjliga sätt. De understryker också, att för att relationen ska vara ömsesidig, behöver kvinnan vara mottaglig för stöd och våga lita på barnmorskan.

Barnmorskans bemötande och omvårdnad

Definition av professionalism bedöms utifrån ”nivån av skicklighet, omdöme och artighet som förväntas av personer som lärt sig utföra sitt jobb väl” (Karolinska Institutet, 2019). Inom all hälso- och sjukvård är det grundläggande för personal att ha ett gott bemötande till patienter och dess anhöriga (Vårdhandboken, 2018). Ett gott bemötande är att ge patienten utrymme för att dela med sig av sin berättelse och där varje möte är unikt och det kräver att vårdpersonalen aktivt lyssnar och agerar utifrån den givna patientberättelsen (Kunskapsguiden, 2017).

Berg (2010) skriver om barnmorskans vårdande förhållningssätt där kvinnan respekteras och hennes rättigheter tas tillvara. Alla former av maktutövning som bestraffningar eller kränkande bemötande är respektlöst och inte i enlighet med värdig omvårdnad. Ett gott bemötande och en god omvårdnad ser hela individen och är patientcentrerad.

Nyman, Downe och Berg (2011) undersökte förstagångsföräldrars upplevelse av det första mötet med förlossningspersonalen, däribland barnmorskor, vid ankomsten till förlossningen. Resultatet visade att det råder en asymmetrisk relation mellan paret och vården. Paret, den födande kvinnan i synnerhet, önskade och behövde stöd och vård men måste få klartecken för att få komma till förlossningen. Det blir då inte alltid personcentrerad vård eftersom tillgången till förlossningen styrs av antalet lediga platser, inte nödvändigtvis kvinnans behov och önskemål. I resultaten framgick även hur viktigt det allra första bemötandet var för parets helhetsupplevelse av förlossningen.

Vad beträffar bemötandet behöver även barnmorskan vara uppmärksam på kulturella aspekter och olikheter (Socialstyrelsen, 2018). Enligt Dietsch, Schackleton, Davies, Mcleod och Alstons (2010) studie utförd i Australien kan bemötandet vara direkt kränkande och rasistiskt. Främst var det kvinnor med ett aboriginskt ursprung som rapporterade att de blivit utsatta för kränkning av barnmorskor. Det är betydelsefullt med en kulturkongruent vård, men att göra indelningar av människor i olika grupper kan även vara riskfyllt, då det är lätt att det leder till generaliseringar (Ny, 2016). Det är inte bara etniskt ursprung som kan påverka bemötandet. Nyman, Prebensen och Flensner (2010) visade till exempel att överviktiga gravida kan känna sig dåligt bemötta. De påtalade att barnmorskor bör medvetandegöra, reflektera samt verbalisera sina egna fördomar gentemot dessa kvinnor. Först när barnmorskan gjort en självransakan kan en god förlossningsvård ges till kvinnor som har övervikt samt fetma.

I en metaanalys genomförd av Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa och Cuthbert (2017) undersöktes betydelsen av kontinuerligt stöd under förlossningen. I översikten framkom att kvinnor som fick kontinuerligt stöd under hela sin förlossning hade en bättre helhetsupplevelse av sin förlossning än sina medsystrar som inte erhöll kontinuerligt stöd. Stöd är ett signifikant begrepp som har stor betydelse för födande kvinnor över hela världen. Barnmorskan har till uppgift under förlossningen att vara kvinnans följeslagare, att kunna stödja och att vara närvarande (Lundgren, 2004). I norra Sverige genomfördes en longitudinell kohortstudie, där fokus låg på att ta reda på om kvinnans förlossningsupplevelse varit så som de tänkt sig (Hildingsson, 2015). Kvinnorna (n = 1042) fick två månader efter sin förlossning svara på en enkät och resultatet visade att de flesta av kvinnorna hade höga förväntningar på sin förlossning, varvid några utav dessa förväntningar blev uppfyllda. En väsentlig del i resultatet var att en del av kvinnorna kände stöd av sin partner, men inte av barnmorskan, trots att barnmorskan varit närvarande under större delen av förlossningen. Berg et al., (1996) beskriver interaktionen mellan den födande kvinnan samt barnmorskan som en komplex process där de födande kvinnorna betonade vikten av att ha en närvarande barnmorska hos sig under förlossningen.

Upplevelse

En upplevelse kan förklaras som något, exempelvis en händelse, som tagits in och påverkat ens tankar och känslor (Egidius, 2019). Med upplevelse menas vanligen att personen varit med om något personligen och inte bara något hen har en uppfattning om. Det engelska ordet *experience* kan både översättas till upplevelse och erfarenhet men en erfarenhet kan uppfattas som en händelse som lärt en något specifikt på ett intellektuellt plan medan en upplevelses påverkan framförallt är på ett känslomässigt plan.

Att få barn är en omvälvande och stor händelse i livet för de flesta och tidigare upplevelser av att föda barn påverkar kommande förlossningar (Bossano, 2017; Lundgren, 2004). Många kvinnor har en positiv förlossningsupplevelse men en del har en negativ upplevelse (Johansson & Finnbogadottír, 2019; Nystedt & Hildingsson, 2018; Waldenström et al., 2004). Johansson och Finnbogadottír (2019) fann att närmare 10% har en negativ förlossningsupplevelse, ofta kopplad till värkstimulerande läkemedel eller om kvinnan fått en sfinkterskada. Waldenström et al., (2004) fann att kvinnor med negativa upplevelser oftare hade långdragna förlossningar, inte sällan har de behövt induceras eller fått värkstimulerande läkemedel. De

var också vanligare med instrumentell avslutning som sugklocka, tång eller med akut kejsarsnitt. Studien visade även att kvinnans bakgrund hade betydelse; unga, ensamstående, rökare och socialt utsatta kvinnor fick oftare en negativ förlossningsupplevelse. Även nedstämdhet under graviditeten predisponerade för negativa upplevelser. Nystedt och Hildingsson (2018) såg liknande resultat men de undersökte även partners upplevelse. Både partnern och den födande med negativa upplevelser uttryckte att de varit rädda, närmast panikslagna, och det påverkade dem så kraftigt att de inte ville ha fler barn. Nystedt och Hildingsson (2018) underströk vikten av god eftervård hos dem som haft en negativ upplevelse samt vikten av ett gott omhändertagande vid en eventuell ny graviditet, exempelvis genom stödsamtal hos auroarbarnmorska. Bossano et al., (2017) såg att kvinnans upplevelse av delaktighet i vården till stor del påverkade. Kvinnor som upplevt att de kunnat påverka förloppet och varit delaktiga i beslut som tagits hade en mer positiv förlossningsupplevelse. Vidare framkom att förlossningsupplevelsen lämnade spår som kunde påverka kvinnorna i flera år framöver.

Ett lyckat interpersonellt möte mellan barnmorskan och den födande kvinnan är av betydelse för en positiv förlossningsupplevelse och en väsentlig del vid arbete inom reproduktiv, perinatal samt sexuell hälsa. (Bohren et al., 2017; Dahlberg et al., 2016; Nystedt & Hildingsson, 2018; Waldenström et al., 2004). Negativ förlossningsupplevelse är en tragedi för den enskilda kvinnan, ibland hela familjen, och kan öka vårdtyngden, exempelvis om kvinnan utvecklar en depression eller genom ökade önskemål av kejsarsnitt (Annborn, 2019; Waldenström et al., 2004). Därför kan föreliggande studie vara en pusselbit till rådande kunskapsläge inom ämnet och bidra till att belysa kvinnors upplevelser och ge möjlighet för verksamheter att utvärdera sitt arbetssätt.

Syfte

Att belysa nyförlösta kvinnors upplevelse av barnmorskans bemötande under förlossningen.

Metod

För att svara på syftet utfördes en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats (Kvale & Brinkmann, 2014). Datainsamling gjordes genom enskilda, narrativa intervjuer.

Urval

Inklusionskriterierna var nyförlösta kvinnor, sex till 20 veckor postpartum, vid tillfället för intervjun. Vidare skulle förlossningen ha ägt rum inom graviditetsvecka 37+0 - 41+6. Informanterna behövde förstå och tala svenska. Exklusionskriterierna var att förlossningen inte fick avslutas med kejsarsnitt, samt att barnet inte fick vara sjukt eller dödfött. Rekrytering av informanter gjordes genom konsekutivt urval på två barnmorskemottagningar i sydvästra Sverige. Konsekutivt urval innebar, i denna studie, att kvinnor som var inbokade för efterkontroll och som föll inom inklusionskriterierna, erbjöds, av sin barnmorska, att delta i studien.

Datainsamling

Två barnmorskemottagningar kontaktades under hösten 2018 för medverkande i studien. Efter verksamhetschefens muntliga och skriftliga godkännande fick barnmorskorna på mottagningarna agera mellanhänder och identifierade informanter i samband med efterkontrollbesöket. Barnmorskorna fick muntlig och skriftlig information under våren 2019 under arbetsplatsträffar. Informanterna fick skriftlig information av barnmorskan och de som önskade delta lämnade sitt skriftliga samtycke, i ett slutet kuvert, på mottagningen samt kontaktinformation. Samtyckesblanketterna med kontaktinformation hämtas sedan av författarna som kontaktade informanterna telefonledes. Vid detta samtal underströks att de var fria att avbryta sitt deltagande när som helst utan att ange orsak. Informanterna fick själva bestämma tid och plats där intervjun skulle genomföras.

Datansamling gjordes under våren 2019. Totalt intervjuades 16 nyförlösta kvinnor och de fick en övergripande fråga: ”*Kan du berätta om dina upplevelser av bemötandet du fick av barnmorskan/barnmorskorna under förlossningen?*” samt efterföljande sonderande frågor om oklarheter uppstod exempelvis “kan du utveckla?” eller “kan du ge exempel?” Från början fanns samtycken från 18 informanter men två svarade inte när kontakt togs. Intervjuerna var mellan fyra och 30 minuter, med en medellängd på 12 minuter. Sex av intervjuerna var via telefon medan resterande var personliga möten hemma hos informanterna. De första sex intervjuerna gjorde författarna tillsammans, sedan delades de upp till hälften av tidsmässiga och geografiska skäl. Intervjuerna spelades in på lösenordsskyddade telefoner. Intervjuerna transkriberades ordagrant under sommaren och hösten 2019 och sparades på lösenordsskyddade datorer.

Narrativa intervjuer är lämplig som metod när avsikten är att beskriva upplevelser och få den som intervjuas att berätta sin historia (Kvale & Brinkmann, 2014). En inledande fråga, gärna om en specifik händelse eller period, ska uppmuntra till rikliga beskrivningar. För att uppmuntra till en mer detaljerad beskrivning kan den som intervjuar gå vidare med uppföljningsfrågor men det är önskvärt om intervjuaren är så tyst som möjligt men tydligt visar intresse för informanten och dennes historia. Som vägledning och stöd utformades en intervjuguide med inspiration av Kvale och Brinkmann (2014) (se Bilaga 1).

Analys av data

Intervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Transkripten sammanställdes och lästes flera gånger. Genom att gå igenom och tolka texten framkommer det manifesta innehållet och de latent budskapen. Det manifesta innehållet är det ordagranna och beskrivande som blir underkategorier medan det latent är det mer suggestiva och underliggande meningen i texten som blir till kategorier vid tolkningen. Meningsbärande enheter plockades ut, resterande data sorterades bort. Meningsbärande enheter är delar av texten som hör samman och relaterar till syftet. Det var meningar, fraser eller paragrafer som hängde ihop genom sitt innehåll. Enheterna kondenseras, det vill säga kortades ner utan att förlora sin mening, och nyckelorden kodades. Liknande koder bildade underkategorier som slutligen blev kategorier.

All data lästes naivt igenom av båda författarna. För att öka trovärdigheten gjorde författarna analys av en del av samma empiri. Därefter jämfördes kodningen för att se att det råde konsensus mellan författarna, vilket det gjorde. Sedan delades analysen upp till hälften av tidsmässiga skäl. Vid tveksamheter kring analys av resterande data, exempelvis meningsbärande enheter och kodning, gjordes analysen tillsammans. Sammanställningen av koderna och kategoriseringen gjorde författarna tillsammans. Även handledaren och studiekamrater tog del av denna text samt analysen för att kunna ge konstruktiv kritik. Ett exempel på analysprocessen kan ses i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kodning	Underkategori	Kategori
<p><i>“Asså den här barnmorskan när jag tänker på henne, asså så här, det blir tyvärr det här, jag kan inte.. det första som kommer att: otrevlig människa! Asså, liksom såhär; fel person på fel plats.”</i></p> <p>Informant 16</p>	<p>Det första som kommer att: otrevlig människa! Asså liksom såhär; fel person på fel plats.</p>	Otrevlig	Maktmissbruk	Det oprofessionella bemötandet

Med förförståelse menas den eventuella bild som författaren har inför det som ska studeras (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Förförståelse förekom hos författarna till denna uppsats. Författarna har båda fött barn och har därmed egna upplevelser av barnmorskors olika bemötande vid förlossning. Författarna har dessutom haft verksamhetsförlagd utbildning på förlossningsenheter inom samma upptagningsområde där informanterna födde. Förförståelsen kan påverka tolkningen men genom att vara medveten om den kan författarna få nya infallsvinklar och kunskap samt få en ökad förståelse (a.a.).

Forskningsetiska avvägningar

Vid forskning som involverar människor är det grundläggande att deltagandet är frivilligt och sker med informerat samtycke samt all data hanteras konfidentiellt och enbart används för det

ämnade syftet (Bryman, 2011). Vårdvetenskapliga etiknämnden, VEN, hade inga invändningar mot studiens genomförande (VEN 36-19). Studien skulle kunna väcka obehag hos informanterna, i synnerhet de som varit med om negativa upplevelser, varför etiska avvägningar gjordes och åtgärder vidtogs. För att informanterna inte skulle kunna identifieras eller riskerade att lida någon skada av studien skrevs aldrig namnen på deltagarna ner i transkripten utan döptes istället om till Informant och en efterföljande siffra. Framkom namn på enskild personal dokumenterades inte det heller. Alla informanter uppmanades att ta kontakt med sin barnmorska på barnmorskemottagningen eller förlossningsenheten de fött på om det rörde oklarheter kring deras förlossning eller om de önskade kuratorskontakt, men ingen av informanterna gav uttryck för det behovet. Hänsyn till informanternas integritet togs i beaktande så tillvida att de vid upprepade tillfällen fick information om att de kunde dra sig ur när som helst eller ta bort delar av sin utsago om de önskade (WMA, 2013). Dock blev det aldrig aktuellt. Muntligt samtycken inhämtades i anslutning till intervjun och det skriftliga samtycket och kontaktinformationen förvarades inlåst. Datan försvarades på lösenordsskyddade datorer och mobiltelefoner. Alla intervjuer, skriftliga samtycken och kontaktinformation kommer att destrueras när uppsatsen är godkänd.

Resultat

Totalt intervjuades 16 kvinnor mellan 27 och 42 år gamla (medelålder 33 år). Det ingick både först- och omföderskor. Utbildningsnivån varierade från förgymnasial utbildning till eftergymnasial utbildning på högskolenivå. Alla informanter var vid tillfället för intervjun föräldralediga från förvärvsarbete. Alla talade svenska flytande. Kvinnorna hade fött barn på tre olika förlossningsenheter i Skåne under våren 2019.

Två huvudkategorier framkom vid analys av empirin: *det professionella bemötandet* och *det oprofessionella bemötandet*. Det professionella bemötandet innefattar tre underkategorier och det oprofessionella bemötandet innefattar två underkategorier vilket demonstreras i tabell 2.

Tabell 2. Sammanställning av kategorier och underkategorier.

Kategori	Underkategori
Det professionella bemötandet	<ul style="list-style-type: none"> - Barnmorskans kompetens och samspel - Den trygghetsskapande barnmorskan - Närvaro och humor
Det oprofessionella bemötandet	<ul style="list-style-type: none"> - Maktmissbruk och brist på tillit - Den otillräckliga och frånvarande barnmorskan

Det professionella bemötandet

Resultatet visade att kvinnornas upplevelser av ett professionellt bemötande rymde både barnmorskans handläggning och hur hon visade på kunskap och erfarenhet, men även mjuka värden som vänlighet, närvaro och omtänksamhet. Det var också viktigt med tydlig kommunikation och information; själva samspelet mellan kvinnan och barnmorskan. Kvinnorna belyste vikten av närvaro och kontinuitet samt att få behålla samma barnmorska och att motsatsen skapade otrygghet.

Barnmorskans kompetens och samspel

En barnmorska som visade att hon var kunnig inom sitt område upplevdes som mycket positivt och det präglade upplevelsen av ett professionellt bemötande. Kvinnorna beskrev situationer där de var rådvilla eller där de inte längre orkade förmedla sina önskemål gällande exempelvis smärtlindring och då uppskattades barnmorskans kunskap och råd. Barnmorskor som kom med förslag så som lägesändringar eller ett bad, eller som erbjöd hjälp med läkemedel mot illamåendet var annat som beskrevs som ett professionellt bemötande. Kvinnorna upplevde att en kunnig barnmorska guidade dem och kunde ge stöd under förlossningen. Barnmorskor som var handlingskraftiga och tydliga uppfattades också som att de hade ett professionellt bemötande. De skulle också uppfattas som lugna. Kunskapen gjorde att kvinnorna kände sig trygga och att förlossningen gick framåt. En barnmorska som uppfattades som erfaren ingav känsla av att hon hade kunskap och kunde på så sätt hjälpa och främja förlossningsprocessen. Ett professionellt och kompetent handläggande av förlossningen gjorde kvinnorna trygga och nöjda.

“Så förklarade hon varför hon tyckt de ändå var liksom motiverat i det här fallet [att ge Petidin] och otroligt liksom hela tiden, kändes väldigt empatisk och väldigt, vad ska jag säga respektfull i sitt bemötande.” (Informant 1)

“Väldigt bra faktiskt. Det var väldigt lugnt. Hon var väldigt, ja, det verkade som hon kunde väldigt mycket liksom. Hon var lugn med en.” (Informant 6)

Att barnmorskan kunde förmedla kunskap och kommunicera var också en viktig faktor som påverkade upplevelsen av barnmorskans bemötande. Ett bra samspel mellan kvinnan och barnmorskan hade betydelse, dels den konkreta information som barnmorskan gav men även barnmorskans lyhördhet. Barnmorskans förmåga att känna in kvinnans behov och hur tillmötesgående hon var bidrog till ett bra samspel och ett professionellt bemötande. Att kvinnan kände sig vägled och fick stöd och bekräftelse, i synnerhet i krystningsskedet, var viktigt för kvinnorna och för upplevelsen av ett professionellt bemötande.

“Så att det var ett bra samspel. Jag kände att jag blev lyssnad på och att de tillgodosåg mina behov.” (Informant 8)

“Jag fick en äldre barnmorska och hon var jättego, ville hellre hålla henne i handen än min man.” (Informant 2)

Den trygghetsskapande barnmorskan

Vänlighet och omtänksamhet var något som uppskattades och ingav trygghet och stärkte upplevelsen av ett professionellt bemötande. En del i den positiva upplevelsen och känslan av trygghet var att ha känt sig prioriterad och att vara i fokus men också att partnern fått vara delaktig och blivit professionellt bemött. Barnmorskan bemötande redan i telefonsamtalet när kvinnorna ringde in till förlossningen, ansågs bidra till trygghet. Var barnmorskan bekräftande och erbjöd kvinnorna att komma in, även om det inte var dags, kände de sig mer nöjda och tryggare. Det gällde i synnerhet kvinnor som tidigare haft snabba förlossningar. Att barnmorskan var lugn och att hon hade läst förlossningsbrevet ingav även det upplevelsen av att barnmorskan brydde sig om kvinnan och skapade en trygg atmosfär.

“Åh, jag trivdes väldigt bra med den första [barnmorskan]. Hon var väldigt lugn och bemötande, lyssnade in och hade läst förlossningsbrevet och det var väldigt viktigt för mig att hon verkligen visade att hon hade läst det. Så att jag kände mig trygg.” (Informant 9)

“Vid nåt tillfälle så sa min man, typ, frågade om han skulle flytta sig så, att hon kunde komma fram eller nånting och då hon bara sådär; “Nej, du sitter inte i vägen, och här är det ingen som är i vägen, och jag kommer fram”, liksom att, ja, det ingav ett förtroende. Att hon brydde sig om honom också.” (Informant 3)

Närvaro och humor

En närvarande och tillgänglig barnmorska var väsentligt för upplevelsen av ett professionellt bemötande. Att barnmorskan inte lämnade kvinnan utan fanns kvar i förlossningsrummet som stöd bidrog till känslan av att vara väl bemött och ingav trygghet. Kvinnorna påtalade vikten av den närvarande barnmorskan och kontinuitet i vården. Kontinuitet, att få behålla samma barnmorska, var viktigt för kvinnorna. Det framkom att det kunde finnas oro inför skiftbyte men oron kunde överbryggas om den pågående barnmorskan var omtänksam och inkännande. Humor och värme var andra egenskaper som framkom i resultatet. Att bemötas med humor främjade samspelet och skapade en avslappnad stämning särskilt i situationer som långdragna förlossningar och om kvinnan var orolig. Att barnmorskan upplevdes som varm och snäll bidrog också till ett professionellt bemötande.

“Jag var så orolig inför bytet sen, att nästa inte skulle vara bra, men efter varje byte av de här tre grupperna, var alla exemplariska, och jättebemötande och väldigt omtänksamma. Så det var jag väldigt glad över. Jag kände mig i väldigt trygga händer.” (Informant 9)

“Men vad som vi tänkte på och vad som var slående; det var att vi blev bemötta med så mycket humor! Och så mycket förståelse och medkänsla. Och det var jätteskönt. Det var så, avslappnad stämning.” (Informant 15)

Det oprofessionella bemötandet

Kvinnorna gav uttryck för negativa upplevelser i mötet med barnmorskan. Det oprofessionella bemötandet uttrycktes av kvinnorna som om barnmorskan var osäker och/eller stressad, att

hen var hårdhänt vid undersökningar samt att hen kom med förlöjligande kommentarer. Det framkom att kvinnorna kunde läsa av barnmorskans kroppsspråk och att deras iakttagelser präglade relationen de fick till barnmorskan.

Maktmissbruk och brist på tillit

Kvinnorna berättade att det kunde uppstå en obehaglig stämning i rummet och att de fick en känsla av misstycke från barnmorskan. Barnmorskan gav kvinnorna en känsla av värdelöshet när detta obehagliga stämningssläge rådde. Kvinnorna var medvetna om sitt underläge, men också att de var i behov av barnmorskans hjälp. Kvinnorna kunde uppleva sig osynliggjorda samt förlöjligade av barnmorskan.

“Du vet det finns sådana människor som inte är riktigt okej med hur du är, hur du ser ut. Ja, men man är tvungen att ha det där leendet, påtvingat leende. Det var väldigt obehagligt faktiskt.” (Informant 7)

Barnmorskorna använde sig av uttryck som ”det gör ont att föda barn”, ”försök slappna av” och ”nu är det jag som bestämmer hur du ska bli igångsatt”. Dessa uttryck upplevde kvinnorna som nedlåtande och kränkande. Kvinnorna var redan sårbara och i en beroendeställning till barnmorskan, de upplevde att barnmorskan utövade makt över dem. Kvinnorna berättade att de i vanliga fall brukade kunna säga ifrån men att de inte vågade med rädsla för ett ännu sämre bemötande. De gav exempel på hur barnmorskor genomfört amniotomi utan samtycke, hårdhänt manipulerat ut moderkakan samt velat sätta skalpelektrod på indikationen av att kvinnan ville föda på pall.

“Dom trodde inte på mig under den här förlossningen. Dom gjorde en massa ingrepp och en massa kontroller som inte hade behövts. Och dom skapade en massa rädsla och oro hos båda oss två som inte hade kommit om vi hade varit där själva i stort sett.” (Informant 14)

Kvinnorna angav att de inte gavs möjlighet att delta i beslut och att barnmorskorna nonchalerade deras åsikter. Vidare delgav kvinnorna att barnmorskorna pratat över huvudet på dem och att de vid några tillfällen förlöjligat kvinnorna i en redan utsatt situation, genom att exempelvis himla med ögonen.

“Hon pratade med min man om mig, som om jag typ (...) som om jag inte var där och som om jag var lite fånig. Så då, det kändes lite dumt sådär. Gör jag bort mig nu kände jag liksom. Så där, ja, men det hade man inte riktigt liksom tid och energi att bry sig om då.” (Informant 1)

Den otillräckliga och frånvarande barnmorskan

Avsaknad av en närvarande barnmorska ledde ofta till en sämre förlossningsupplevelse hos kvinnorna. Att barnmorskan inte var närvarande fick kvinnorna att känna sig otrygga och utlämnade. Kvinnorna upplevde att de under större delen av förlossningen varit utan barnmorskans stöd och närvaro. De berättade att undersköterskan ofta var den som kom in till dem då de tryckte på signalklockan, men att dem istället hade önskat att det var barnmorskan som kom in.

“NU behöver jag någon som stöttar mig, nån som är här inne. Och nån som liksom är med mig och bekräftar att, att det är jobbigt för mig och det är tungt och att det kan behövas kanske nånting, nånting extra. Då kände jag att det då fanns det ingen där.” (Informant 12)

Kvinnorna upplevde att där fanns brister i kommunikationen samt att information till dem uteblev. De upplevde att barnmorskan inte lyssnade på dem utan att hen körde sitt eget race. De saknade vägledning samt information från barnmorskan om orsaker till olika åtgärder. Exempelvis så fick de fråga sig fram för att få information om hur en induktion skulle gå till väga. Informationen kring bristningar i underlivet, efter förlossningen, var något barnmorskorna ofta glömde bort. Kvinnorna fick istället fråga personalen på Familje-BB om och hur de skulle ta hand om sitt underliv.

“Nä, men nåt jag hade önskat som hade varit lite bättre var, kanske, efter förlossningen så blev jag sydd och där fick jag kanske inte riktigt. Där kanske det hade varit bra att få en bättre bild av hur dom hade [gjort]. Hur skadan såg ut.” (Informant 9)

Kvinnorna uttryckte att när de kände av ängslighet och stress upplevdes barnmorskan som osäker. De upplevde att barnmorskorna hade en väldig stress kring att få vidare de nyförlösta kvinnorna till exempelvis Familje-BB, BB eller hemmet. Denna stress kunde kvinnorna känna av och de upplevde att barnmorskan forcerade dem vidare. Det framkom även att kvinnorna upplevde att barnmorskans huvudsakliga fokus låg på den tekniska utrustningen, det vill säga

barnmorskans blick fastnade på CTG kurvan. Barnmorskan hade en alltför stor tilltro till tekniken. Enligt kvinnorna ledde barnmorskans försämrade uppmärksamhet till att de glömdes bort. De upplevde att barnmorskans närvaro och kommunikation nästintill blev obefintlig.

“Då tittade barnmorskan bara på skärmen där hjärtljuden mättes upp. Hon tittade inte mig i ögonen som jag minns det. Inte mycket i alla fall och det saknade jag.” (Informant 14)

Diskussion

Metoddiskussion

Kvalitativa intervjuer är en bra metod för att få förståelse för någons upplevelser och erfarenheter och på det sättet få ökad kunskap inom ett visst område (Kvale & Brinkmann, 2014, Trost, 2010). Vid induktiv ansats analyseras texter baserade på erfarenheter och upplevelser förutsättningslös för att försöka skapa en förståelse. Utifrån studiens syfte, som var att belysa kvinnors upplevelse av barnmorskans bemötande, var detta därför en lämplig ansats (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Vidare är innehållsanalys användbart för att exempelvis analysera attityder inom hälso- och sjukvård. Det kan göras genom tolkning av texter, transkript av intervjuer till exempel, varför det ansågs som en passande analysmetod för denna studie.

Den övergripande trovärdigheten för en studie med kvalitativ ansats baseras på giltigheten, tillförlitligheten, delaktigheten och överförbarheten (Bryman, 2011; Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017, Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). En del i att skapa tillförlitlighet ligger i författarnas förförståelse. Vid innehållsanalys finns utrymme för flera tolkningar och det är nödvändigtvis inte en tolkning som är den “rätta” (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Författarna till denna studie har en förförståelse i form av själva ha fött barn samt haft verksamhetsförlagd utbildning på olika förlossningsenheter i Skåne och därmed mött barnmorskor både som patienter och som studenter. Dessa upplevelser var även en av anledningarna till att genomföra studien. Innan datainsamling diskuterades tankarna kring de olika upplevelserna för att medvetandegöra förförståelsen och på så sätt distansera sig från texten (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Det kan ses som en styrka att ha förförståelse inom det

givna området. Författarnas erfarenheter och upplevelser gjorde det sannolikt lättare att sätta sig in i kvinnornas situation och det kan ha bidragit till en mer tillförlitlig tolkning. En möjlig svaghet var hur pass mycket författarna lät förförståelsen prägla tolkningen; räckte medvetandegraden? Författarens delaktighet är oundviklig i en kvalitativ intervjustudie men åtgärder bör tas för att distansera sig och inte påverka informanterna så att det påverkar resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Således var det rimligt att en utomstående person, handledaren, gick in och granskade delar av analysen så att vi tillsammans kunde reflektera kring tolkningen.

Giltigheten i ett studieresultat beror bland annat på urvalet vilket, om optimalt, ska leda till variationer av upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). De informanter som rekryteras behöver ha upplevelser som kan leda till att syftet besvaras och dessutom behöver tillräcklig mängd data insamlas (Kvale & Brinkmann, 2014; Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Studiens inklusions- och exklusionskriterierna valdes för att fånga in upplevelser kring så normala förlossningar som möjligt. Resonemanget var att kvinnor som varit med om traumatiska händelser som att föda ett sjukt barn eller ett akut kejsarsnitt skulle ha svårt att skilja de känslorna ifrån känslorna kring bemötandet. Kvinnor som inte talade svenska flytande uteslöts också då intervjuer med språkbarriärer ställer stora krav på den som intervjuar, både i form av kunskap och erfarenhet (Kvale & Brinkmann, 2014). Dessutom hade det krävts tolk och då hade mer tid och mer resurser behövts. Kvinnorna hade varierad ålder och utbildningsnivå vilket kan bidra till mer omfattande och varierande berättelser. De hade dessutom fött barn på tre olika förlossningsenheter vilket kan ses som en styrka då barnmorskors bemötande från olika "arbetskulturer" fångades in. Studiens styrka kan då anses ligga i att kvinnorna varit med om liknande händelser - vaginala förlossningar - även om händelseförloppet och personal de mött skiljt sig åt.

Vidare vad gäller giltigheten kan både ses som en fördel och en nackdel att författarna inte alls var delaktiga i rekryteringen. Fördelen var att kvinnorna inte behövde känna någon press eller plikt gentemot författarna, å andra sidan vet vi inte hur förfarandet gick till mer än de instruktioner som gavs till mellanhänderna. Att presentera kvinnornas upplevelser som citat i resultatdelen ökar giltigheten då det redovisas vad informanten faktiskt sa (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Slutligen gällande giltigheten är det en styrka att handledaren samt studiekamrater, granskade delar av analysen och resultatet. Meningen med det var, förutom

hjälp med analys och förförståelse, att säkerställa att resultaten speglade det som studien avsåg att belysa.

En svaghet i studien är att intervjuernas längd varierade kraftigt. En intervjuguide sammanställdes som stöd men det fanns brister i intervjutekniken vilket berodde på oerfarenhet hos författarna (Kvale & Brinkmann, 2014, Trost, 2010). Att vissa av intervjuerna blev korta kan dels bero på brister i intervjutekniken, men det kan också bero på att alla kvinnor som svarade väldigt kortfattat hade upplevt ett positivt bemötande och att de därmed kanske inte hade vidare behov av att utveckla eller förtydliga sina upplevelser. Kvinnorna som upplevde ett negativt bemötande hade flera anekdoter och situationer de kunde beskriva. Kan det vara att kvinnorna med negativa upplevelser har ett större behov av att berätta sin historia? Intervjutekniken blev bättre men det kan inte uteslutas att författarnas intervjuteknik delvis påverkade informanterna (Kvale & Brinkmann, 2014). Kvinnorna fick dock en och samma öppna fråga initialt vilket är en styrka (Kvale & Brinkmann, 2014, Trost, 2010). Alla hade dessutom en eller flera exempel på positivt eller negativt bemötande. Hur lång en intervju bör vara kan vara svår att fastslå då det är datans kvalitet som är det mest viktiga (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017, Trost, 2010). Således behöver det inte vara en svaghet att ha en kort intervju om det som sades var fylligt och informativt. Två informanter svarade inte när kontakt försökte tas och deras deltagande hade givetvis varit önskvärt men på grund av tidsbrist kunde inte nyrekrytering påbörjas. Även om all data inte kunde användas; det kunde handla om att kvinnorna istället berättade om bemötandet av annan personal eller andra händelser för syftet skull ovidkommande saker, bedömdes datan till stor del vara omfångsrikt och väsentligt, även de kortare intervjuerna.

Författarna genomförde sex intervjuer tillsammans vilket kan ses som en styrka och öka trovärdigheten då författarna fann stöd i varandra och kunde hjälpas åt för att optimera intervjutekniken (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017, Trost, 2010). Kvinnorna som deltog fick möjlighet att välja var intervjun skulle äga rum, vilket är en styrka då det skapar ett tryggare klimat för informanten (Bryman, 2011, Trost, 2010). De flesta intervjuer ägde dessutom rum i informantens hem vilket kan förstärka känslan av trygghet. Ingen av informanterna drog sig ur eller uttryckte behov av stöd vilket kan tolkas som att trygghet skapades och att försäkran om konfidentialitet framgick. Kanske var det så att kvinnornas möjlighet att få berätta sin historia gav en form av bekräftelse och bearbetning vilket gjorde att de inte önskade vidare stöd. De sex telefonintervjuerna som gjordes var på informanternas begäran och det kan vara

en fördel med telefonintervjuer, exempelvis kan intervjuarens påverkan bli mindre då eventuella fördomar, såsom utseende och ålder, inte blir lika uppenbar. Dock kan telefonintervjuer vara en nackdel då kroppsspråket och andra kroppsliga reaktioner saknas. Det var sannolikt även en styrka att det tidsmässigt inte förflutit någon längre tid mellan förlossningarna och intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2014).

Med överförbarhet menas hur pass en studies resultat kan appliceras på andra grupper (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Givet att läsaren fått tillräckligt med information om urvalet, datainsamling, analysmetod och andra väsentliga omständigheter är det upp till denne att bedöma om resultatet går att överföras eller inte. Generellt går det inte att överföra kvalitativa forskningsresultat på andra grupper men resultatet skulle kunna överföras på en motsvarande grupp (Bryman, 2011). Sammanfattningsvis finns det både svagheter och styrkor i metoden men det finns en *röd tråd* genom studien då syftet och resultat hänger ihop vilket ökar den övergripande trovärdigheten (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Resultatdiskussion

I resultatet framträdde två viktiga aspekter som kvinnorna belyste, nämligen upplevelsen av att mötas av en professionell barnmorska respektive en oprofessionell barnmorska. Ett gott bemötande kan ses som synonym till ett professionellt bemötande. Det krävs av hen, barnmorskan i detta fallet, att möta individen framför med respekt, vänlighet samt artighet. Genuint visa intresse för sin patient, i detta fall den födande kvinnan, krävs för ett lyckat möte (Fossum, 2019). Vidare är inte ett gott bemötande personbundet, utan det är en egenskap alla människor kan lära sig genom att bli medvetna om hur de bemöter andra människor. Barnmorskor skulle ha nytta av att få personlig handledning i sin yrkesroll och av att få återkoppling ifrån kvinnorna, det vill säga en möjlighet att se sina brister ur ett större perspektiv. Bara genom att medvetandegöra sina brister kan förändring ske (Fossum, 2019).

Informanterna kände att barnmorskan fanns där med kvinnan, enligt Powell Kennedy (1995) enkelt uttryckt, *midwife*. Kvinnorna uttryckte även att barnmorskans närvaro och stöd gav dem kraft att klara av förlossningen. I likhet med Berg et al., (1996); Dahlberg et al., (2016) samt Powell Kennedy (1995) framkom det i studien att kvinnorna värdesatte en barnmorska

som var närvarande, stödjande och hjälpsam. *One-to-one care*, det vill säga en barnmorska per födande kvinna, hade varit önskvärt och ger kvinnor mer positiva förlossningsupplevelser (Berg, 2010). Det ger barnmorskan större möjlighet att individualisera vården och stödja den enskilda kvinnan. Kan fler kvinnor få bättre förlossningsupplevelser kan möjligen sekundära förlossningsrädslor minska och dessutom bör *one-to-one care* göra arbetsmiljön drägligare på förlossningsenheterna. En annan arbetsmodell som börjat uppmärksammas inom den svenska förlossningsvården är *caseload* (Hildingsson, Rubertsson, Karlström & Haines, 2018). Modellen går ut på att en och samma barnmorska följer den gravida kvinnan, hjälper till vid förlossningen samt tar hand om eftervården av kvinnan. Detta är ett välkänt arbetssätt i länder såsom Danmark, Australien och England. Arbetssättet ger kvinnan kontinuitet och det i sin tur skapar trygghet. Jepsen, Mark, Foureur, Nør & Sørensen (2017) gjorde en studie på gravida par i Danmark och syftet var att få parens syn på arbetssättet *caseload midwifery*. En konklusion var att den födande kvinnan kände sig sedd och hörd av sin barnmorska men också att kvinnans partner kände sig inkluderad i förlossningen. Att skapa rätt förutsättningar, för både kvinnan och barnmorskan, genom att bygga upp en förtroendefull relation innan förlossningen skulle kunna ge bättre och personligare möten.

Vidare visade resultatet att kompetens och utstrålande av erfarenhet hos barnmorskan ansågs som positiva egenskaper. Kvinnorna upplevde att det var lättare att slappna av och ge sig hän in i förlossningen, då de kände att barnmorskan hade läget under kontroll. Kvinnornas kontrollbehov minskade då avsevärt. Enligt WHO (2018) är vikten av kompetent och utbildad personal en utav riktlinjerna i god förlossningsvård och kvinnorna i denna uppsats förstärker vikten av att följa denna riktlinje. I likhet med studien av Berg et al., (2012) där det framkom att grundad kunskap var av betydelse för kvinnan, kände kvinnorna i föreliggande studie behov av att vårdas av en kunnig barnmorska. Powell Kennedy (1995) menar också att en kompetent barnmorska sågs som ett försvar gentemot exempelvis förlossningssmärta. Alla kvinnor är medvetna om att det är smärtsamt att föda barn, men ifall kvinnan har en barnmorska vid sin sida som vägleder och ger stöd, kan kvinnan bättre klara av att uthärda smärtan. Barnmorskan tillsammans med kvinnan bildar en symbios som ska leda till en normal förlossning med så få, helst inga, medicinska interventioner. Det krävs därmed av barnmorskan att vara kunnig och trygg i sin profession.

Resultatet visade att kommunikation och interaktion med barnmorskan hade stor betydelse för hur förlossningen fortskred. Det var tydligt att kvinnorna önskade guidning och vägledning av

barnmorskan. Liknande resultat har visats av Bohren et al., (2017) som kom fram till att kvinnan och barnmorskan behöver vara samspelta, och med det menat måste kommunikationen fungera emellan dem. Kvinnorna kände ett starkt behov av att känna trygghet och barnmorskans förmåga till att agera trygghetsskapande visade sig ha stor betydelse för kvinnorna. Humor var ett sätt för barnmorskorna att skapa en relation och uppskattades av kvinnorna. Humor kan, dessvärre, ibland uppfattas som oprofessionellt men kan tvärtom vara ett utmärkt sätt att för att bygga en tillitsfull relation och ge en medmänsklig dimension till en annars så högteknologiska vård (Dean & Major, 2008). Det är dock en balansgång och vårdpersonal behöver vara vaksamma på att deras humor inte uppfattas som kränkande eller förlöjligande.

Det framkom i resultatet att kvinnorna upplevt att de blivit utsatta för övergrepp av barnmorskorna. Övergreppen kunde ta sig i olika uttryck, allt ifrån förlöjligande av kvinnan till att hårdhänt genomföra vaginalundersökningar. Under sommaren 2019 publicerades en masteruppsats i ämnet sexologi med fokus på Obstetriskt våld av barnmorskan Anna Annborn. Resultatet av Annborns (2019) kvalitativa intervjustudie var att det existerar obstetriskt våld på förlossningsenheter i Sverige. Begreppet obstetriskt våld innefattar verbala och/eller fysiska övergrepp men det kan också vara lögner och tvång, att utföra interventioner som inte behövs eller önskas (Lesser & Flakerud, 2017). Inom begreppet innefattas även försummelse av patienten samt organisatoriska faktorer så som brist på resurser och underbemanning. Kan vara så att dagens barnmorskor är så pass stressade att arbetsmiljön "tvingar" dem till att utföra undersökningar och interventioner som de annars inte hade gjort? Det hade varit intressant att undersöka barnmorskans perspektiv för att se om detta var fallet. Vidare hade det varit önskvärt med mer forskning på området och att bemötande och kvinnornas upplevelser diskuterades mer öppet på enheterna för att skapa en medvetenhet kring problemet.

Mötet mellan kvinnan och barnmorska kunde upplevas som osäkert av kvinnan. Kvinnorna beskrev situationer där barnmorskan inte verkade ha tid för dem. Kvinnorna berättade att barnmorskan kunde finnas på rummet, men att kvinnorna upplevde att barnmorskan var otillgänglig. Det bekräftar det fynd som Hildingsson (2015) gjorde i sin enkätstudie, där kvinnorna beskrev att de funnit stöd av sin partner, men där barnmorskan varit otillgänglig trots att hen befunnit sig i rummet. En annan viktig aspekt som kvinnorna lyfte var att det saknades förmåga hos barnmorskan att ta hänsyn till att kvinnorna är individer med olika behov och bakgrunder. Kvinnorna upplevde att barnmorskan fattade misstycke för kvinnan och därmed

gav ett sämre bemötande. Denna företeelse, där barnmorskan fattar misstycke för kvinnan, kunde även ses i tidigare forskning (Dietsch et al., 2010; Ny, 2016 & Nyman et al., 2010).

Studiens resultat mynnar ut i att kvinnorna anser att bemötandet spelar en avgörande roll. Halldórsdóttír och Karlsdóttír (2011) menar att barnmorskan skall ha förmågan att skraddarsy sitt bemötande utifrån patienten som finns framför hen. Barnmorskor behöver även förhålla sig till kvinnans stödperson/partner. En stödjande partner var av betydelse för kvinnorna och det var av vikt att barnmorskan mötte de födande kvinnornas partner med värme och respekt. Vikström och Barimani (2016) lyfter även detta i sin forskning där de såg att partnern önskade mer stöd ifrån barnmorskan både före, under och efter förlossningen.

Berg (2010) diskuterar vårdandet som både naturligt och professionellt. Det Berg beskriver som naturligt vårdande är de instinkter att vårda som finns i oss alla till skillnad från det professionella vårdandet som kräver utbildning. Det professionella yrkesutövandet rymmer både kunskap och etik. Som professionell yrkesutövare finns en egen personlig värdegrund som delvis styr hur val görs men inom professionalismen finns också yrkesetiska koder. Barnmorskan måste förhålla sig till ICM: s etiska kod (1999). Koden, som grundar sig på de mänskliga rättigheterna, belyser barnmorskans professionella ansvar och hens professionella relation till kvinnan. Barnmorskan har ett professionellt ansvar gällande rätten till att värna om kvinnans integritet och konfidentialitet och hen ska också respektera kvinnan och hennes val samt att stödja henne i hennes beslut. Koden understryker också vikten av att barnmorskan ska utforma vården tillsammans med kvinnan. Barnmorskan måste även förhålla sig till lagar och förordningar (SFS 2017:30). Barnmorskans roll är således komplex och styrs både av faktiska regler, riktlinjer och förväntningar. Berg, Ólafsdóttír och Lundgrens barnmorsketeori från 2012 synliggör denna komplexitet och visar på att det ställs teoretiska, tekniska och relationsskapande krav på barnmorskan men understryker också kvinnans delaktighet för att kunna bygga en ömsesidig relation. Dessa tre teman: *ömsesidig relation*, *förlossningsatmosfären* och *grundad kunskap* ska dessutom sättas i ett *kulturellt sammanhang* och är en svår *balansgång*. Detta samspel och barnmorskans komplexa arbete framkommer av föreliggande studies resultat där barnmorskan balanserar mellan yrkeskunskap, medicinska ingrepp och att skapa en förtroendefull relation. Studiens resultat visar på att det finns brister när det gäller bemötandet och kan förhoppningsvis öppna upp för ytterligare diskussion och forskning inom området.

Konklusion och implikationer

Av studien framkommer att barnmorskans bemötande både kan upplevas som professionellt och oprofessionellt. Det professionella bemötandet innefattar en kompetent, samspelt, närvarande och trygghetsskapande barnmorska medan den oprofessionellt bemötande barnmorskan utnyttjar kvinnans underläge, bland annat i form av brist på empati och närvaro, misslyckad kommunikation och osäkerhet. Hur barnmorskan beter sig spelar roll för hur kvinnan upplever bemötandet under förlossningen och kränkande behandling kan ha långtgående konsekvenser.

Studiens resultat kan bidra till att uppmärksamma vikten av bemötandet i förlossningsrummet och vikten av ett professionellt och individuellt bemötande. Genom att medvetandegöra det som görs bra men även det som inte är bra kan förhoppningsvis fler kvinnor känna sig trygga och få en positiv förlossningsupplevelse. Det hade varit önskvärt att arbetsgivaren gav personalen större möjlighet att avsätta tid för post partum-samtal och extra stöd för kvinnor som har det behovet. Vidare skulle negativ återkoppling ifrån missnöjda kvinnor kunna lyftas på arbetsplatsträffar så att personal får möjlighet att arbeta med kritiken genom team-träning och utbildning i bemötande.

Referenser

- Annborn, A. (2019). *Obstetriskt våld*. (Masteruppsats, Malmö Universitet, Malmö). Hämtad 2019-12-12 från <https://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/29640/Obstetriskt%20va%CC%8Ald.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Berg, M. (2010). *Vårdandets värdegrund vid barnafödande*. I: Berg, M. & Lundgren, I. (Red.) *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. (2. uppl., s. 29-43). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E., & Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12 (1), 11-15. doi: 10.1016/S0266-6138(96)90033-9
- Berg, M., Ólafsdóttir, O. A., Lundgren, I. (2012) A midwifery model of woman-centred childbirth care - in Swedish and Icelandic settings. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3(2),79-87. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.001
- Bohren, MA., Hofmeyr, GJ., Sakala, C., Fukuzawa, RK., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7). doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub
- Bossano, C., Townsend, K., Walton, A., Blomquist, J., Handa, V. (2017). The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(3), 235-386. doi: 10.1016/j.ajog.2017.04.027.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (2. uppl.). Malmö: Liber.
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A-K., Selboe, S-T., Torvik, H.M. & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and positive birth experience? The experiences of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7(7), 2-7. doi: 10.1016/j.srhc.2015.08.001
- Dean, R. A. & Major, J. E. (2008). From critical care to comfort care: the sustaining value of humor. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8):1088-95. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02090.x.
- Dietsch, E., Shackleton, P., Davies, C., McLeod, M., & Alston, M. (2010) "You can drop dead": Midwives bullying women. *Women and Birth*, 23(2), 53-59. doi:10.1016/j.wombi.2009.07.002
- Dykes, A-K. (2016). Den internationella etiska koden för barnmorskor. I: Lindgren H., Christensson K., Dykes A-K. (Red.) *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde*. (upplaga 1:2. s 31-35). Lund: Studentlitteratur.

- Egidius, H. (2019). *Psykologilexikon*. Stockholm: Natur&Kultur
- Fossum, B. (2019). Kommunikation och bemötande. I: Fossum, B. (Red.) *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. (3:1 uppl. s 27-76) Lund: Studentlitteratur
- Graneheim, U., Lindgren, B-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today* 56, 29-34. doi: 10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Halldórsdóttir, S., & Karlsdóttir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 807–817. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x
- Hildingsson, I. (2015). Women's birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal Swedish cohort study. *Women and birth*, 28(2), 7-13. doi: 10.1016/j.wombi.2015.01.011
- Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A. & Haines, H. (2018). Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual and Reproductive Health* 16, 50-55. doi: 10.1016/j.srhc.2018.02.006.
- Jepsen, I., Mark, E., Foureur, M., Nøhr, E. A., & Sørensen, E. E. (2017). A qualitative study of how caseload midwifery is experienced by couples in Denmark. *Women and Birth*, 30(1), 61-69. doi:10.1016/j.wombi.2016.09.003
- Johansson, C. & Finnbogadóttir, H. (2019). First-time mothers' satisfaction with their birth experience – a cross-sectional study. *Midwifery*, 79. doi: 10.1016/j.midw.2019.102540
- Karolinska Institutet (u.å.) Professionalism. I *Svensk MeSH*. Hämtad 2019-12-28, från <https://mesh.kib.ki.se/term/D000068616/professionalism>
- Kunskapsguiden (2017). *Om bemötande i hälso-och sjukvård*. Hämtad 2019-12-28 från <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/bemotande-i-halso-och-sjukvarden/Sidor/Om-bemotande-i-halso-och-sjukvarden.aspx>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lesser, J. & Flaskerud, J. (2017). A Woman's Right to Dignified, Respectful Healthcare During Childbirth: A Review of the Literature on Obstetric Mistreatment. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(6), 538-541. doi: 10.1080/01612840.2017.1368752.

- Lundgren, I. (2004). Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and child-birth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(4), 368-75. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00300.x
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 219- 234) Lund: Studentlitteratur
- Ny, P (2016). Barnmorskan i ett mångkulturellt samhälle. I: Lindgren H., Christensson K., Dykes A-K. (Red.) *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde*. (1:2 uppl. s. 49-54). Lund: Studentlitteratur.
- Nyman, V.M.K., Prebensen, Å.K. & Flensner, G.E.M. (2010). Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 26(2010), 424-429. doi:10.1016/j.midw.2008.10.008
- Nyman, V., Downe, S., & Berg, M. (2011). Waiting for permission to enter the labour ward: First time parents' experiences of the first encounter on a labour ward. *Sexual and reproductive healthcare*, 2(2011), 129-134. doi:10.1016/j.srhc.2011.05.004
- Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2018). Women's and men's negative experience of child birth - A cross-sectional survey. *Women and birth*, 31(2018), 103-109. doi:10.1016/j.wombi.2017.07.002
- Powell Kennedy, H. (1995). The Essence of Nurse-Midwifery. The Woman's Story. *Journal of Nurse-Midwifery*, 40(5), 410-417.
- Socialstyrelsen (2015) *Att mötas i vården - ett utbildningsmaterial för reflektion och bemötande på lika villkor*. Hämtad 2019-12-12 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-1-5.pdf>
- Socialstyrelsen (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2018-12-17 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>
- Socialstyrelsen (2018). *Övervikt och fetma*. (Artikelnummer 2018-4-27). Hämtad 2019-12-28 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20944/2018-4-27.pdf>
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2019-12-28 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2017:30. *Hälso-och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2019-12-28 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Svenska barnmorskeförbundet. *Den internationella etiska koden för barnmorskor* (1999). Hämtad 2018-12-18 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Vikström, A. & Barimani, M. (2016). Partners' perspective on care-system support before, during and after childbirth in relation to parenting roles. *Sexual & Reproductive Health-care*, 8, 1-5. doi: 10.1016/j.srhc.2015.11.008.

Vårdhandboken (2018). *Bemötande i vård och omsorg-värdegrund*. Hämtad 2019-12-28 från <https://www.varhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/>

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. & Rådestad, I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth*, 31(1), 17-27. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x

WMA - World Medical Association. (2013). *Helsingsforsdeklarationen*. Hämtad 2019-12-19 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

World health organization (2018) *Intrapartum care for positive childbirth experience*. Hämtad 2018-12-10 från <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=35364CC4D7853B4834C4A77432A406EF?sequence=1>

Arbetsfördelning

Författarna till föreliggande studie har bidragit med lika stor arbetsinsats även om delar av arbetet, vissa av intervjuerna och analysen, delades upp av tidsmässiga och geografiska skäl. Sammanställning av resultatet och diskussionen gjordes gemensamt. De delar av arbetet som gjordes enskilt kontrollerades av den andre författaren. Författarna har varit överens under arbetets gång.

Intervjuguide

Den som intervjuar börjar med att förklara syftet med studien och att vi vill att informanten ska beskriva och förklara så mycket som möjligt själv.

Namn

Ålder

Utbildningsnivå

Födelseort

Kan du berätta om din erfarenhet av bemötandet du fick av barnmorskan/barnmorskorna på förlossningen?

Hur/vad menar du?

Kan du utveckla?

Kan du ge exempel?