EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2017:47

Barnmorskans upplevelse av att inte finna fosterljud i mötet med gravida kvinnor på barnmorskemottagningen

En kvalitativ innehållsanalys

Maria Svenningsson

HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Barnmorskans upplevelse av att inte finna fosterljud i mötet med gravida kvinnor inom barnmorskemottagningen - en kvalitativ innehållsanalys
Författare:	Maria Svenningsson
Huvudområde:	Sexuell och reproduktiv hälsa
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Barnmorskeutbildning
Handledare:	Åsa Larsson
Examinator:	Christina Nilsson

Sammanfattning

Barnmorskans främsta uppgift genom tiderna har varit att stå vid den gravida kvinnans sida genom graviditet och förlossning samt att förmedla trygghet i svåra situationer. En av de rutinmässiga åtgärder som barnmorskan utför inom mödrahälsovården är att avlyssna barnets hjärtljud, så kallad auskultation. Varje år drabbas omkring 440 blivande mödrar av att deras barn dör innan barnet lämnat livmodern, så kallad intrauterin fosterdöd, en händelse som även påverkar barnmorskan. Tidigare forskning finns kring hur barnmorskan upplever och bearbetar intrauterin fosterdöd i samband med förlossning men begränsad kunskap finns om hur barnmorskor verksamma inom barnmorskemottagningar bearbetar upplevelsen av intrauterin fosterdöd.
Studiens syfte var att belysa barnmorskan upplevelse av att upptäcka intrauterin fosterdöd hos den gravida kvinnan på barnmorskemottagningen. Metoden som valdes var kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Sex barnmorskor med erfarenhet av att möta kvinnor inom mödravården där fosterljud inte gått att auskultera intervjuades. I resultatet framkom fyra kategorier: *en föraning, känslor, tankar och handlande, behov av stöd* och *vikten av ett uppföljande samtal med kvinnan.*
Slutsatsen av den genomförda studien är att barnmorskorna som intervjuades kände att de genom sin erfarenhet fick en föraning om att något var fel. De ikläder sig sin yrkesroll på ett starkare sätt i den akuta situationen när hjärtljud inte går att avlyssna. Stödet från kollegor och arbetsledning är helt nödvändigt för att barnmorskan skall kunna bearbeta händelsen och utvecklas i sin yrkesroll. Barnmorskorna kände en oro över att ha brustit i sin vård till den gravida kvinnan och kände ett behov av att få ett uppföljande samtal med kvinnan både för sin egen skull men också för att hjälpa kvinnan i sorgeprocessen. En viktig slutsats av studien är att rutiner för hur svåra situationer skall hanteras på barnmorskemottagningen kan bli tydligare och därigenom säkerställa en hållbar arbetssituation för barnmorskan.

Nyckelord: *barnmorskan, upplevelse, auskultation fosterljud, intrauterin fosterdöd, barnmorskemottagning.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1
BAKGRUND 1
Barnmorskans roll genom historien 1
Barnmorskans professionella förhållningssätt inom sexuell och reproduktiv hälsa 1
Mödrahälsovårdens uppdrag 2
Auskultation av fosterhjärtljud 2
Intrauterin fosterdöd 2
Barnmorskors upplevelse av att vårda vid intrauterin fosterdöd 3
Riktlinjer för barnmorskemottagningar i Sverige och arbetsgivarens arbetsmiljöansvar 4
PROBLEMFORMULERING 4
SYFTE 5
METOD 5
Ansats 5
Urval/deltagare 5
Datainsamling 5
Dataanalys 6
Etiskt övervägande 7
RESULTAT 8
En föraning 8
Känslor, tankar och handlande 9
Upplevelse av stöd 10
Vikten av uppföljande samtal med kvinnan 11
DISKUSSION 11
Resultatdiskussion 11
Metoddiskussion 14
SLUTSATSER 15
REFERENSER 16
BILAGOR 19
Bilaga I 19
Bilaga II 20
Bilaga III 21

INLEDNING

Inom barnmorskans profession ingår att stödja kvinnor genom graviditet, förlossning och den första tiden som nybliven förälder, ett arbete som huvudsakligen förknippas med positiva händelser och livets början men som i enstaka fall även kan vara förenade med ett barns död redan innan det kommit till världen. Det ingår i barnmorskans arbetsuppgifter inom mödrahälsovården att efter graviditetsvecka 25 avlyssna och dokumentera fosterljud hos det ofödda barnet. Denna uppgift ses som en rutinmässig åtgärd, men blir i vissa fall mer komplicerad när fosterljud inte går att avlyssna. I dessa situationer behöver barnmorskan vara väl förberedd för att slutföra uppgiften men är beroende av stöd från ledning och kollegor för att bearbeta upplevelsen efteråt. Författaren har genom den praktik som genomförts under barnmorskeutbildningen, samt genom tidigare arbetslivserfarenhet, erfarit att arbetssätt skiljer sig markant ur flera aspekter mellan olika arbetsplatser. Detta förstärker misstanken att även omhändertagandet av barnmorskan och dennes upplevelser när svåra arbetsuppgifter förekommer torde skilja sig mellan olika arbetsplatser.

BAKGRUND

Barnmorskans roll genom historien

Barnmorskans stöd till den födande kvinnan finns dokumenterad så tidigt som 2500 f.Kr. (Lundgren 2010, ss. 17–18) inom den kinesiska förlossningskonsten och har sedermera vidareutvecklats i den grekiska antikens texter. Den tidens barnmorskor skulle följa kvinnan genom det förlossningsarbete hon gjorde och guida henne med den kunskap som barnmorskan tillskansat sig genom sin erfarenhet. Även inom den tidiga svenska förlossningsvården, innan införande av utbildning inom ämnet, fanns barnmorskor med. Dessa kvinnor benämns idag som traditionella barnmorskor, vilket innebar att de utövade sitt hantverk genom den reella kompetens de besatt (Lundgren 2016, s. 42). På 1600-talet övergick förlossningarna från att ha varit en kvinnornas ensak, där födande kvinnor får hjälp av kvinnliga barnmorskor och hjälpkvinnor, till att bli läkarkonstens utförande. Början till den formella kompetensen som barnmorskan får i sitt utövande kom med Johan von Hoorn som startade den första barnmorskeutbildningen i Sverige, och år 1711 tog de första barnmorskorna examen. Det fanns dock svårigheter att få acceptans hos befolkningen och det var få gravida kvinnor som vare sig ville eller hade råd att vårdas av en examinerad barnmorska (Lundgren 2016, s. 43). Det övergripande målet med att förstatliga förlossningsvården var att barnmorskan genom sin vård skulle påverka allmänhetens hälsa mot en friskare befolkning och därigenom minska mödra- och barnmortaliteten i samband med graviditet och förlossning (ibid.).

Barnmorskans professionella förhållningssätt inom sexuell och reproduktiv hälsa

I barnmorskan Louyse Bourgeois lärobok (Lundgren 2016, ss. 42–43) från 1600-talet beskrivs ett förhållningssätt som barnmorskan skall tillämpa i mötet med den födande kvinnan som bygger på att utgå från kvinnans situation. Hennes autonomi ska styra den vård som barnmorskan ger och genom öppenhet, flexibilitet och empati skapa en

förtroendefull relation till den kvinna som barnmorskan vårdar (ibid.). Denna professionella hållning är aktuell än idag. Den svenska hälso- och sjukvården av kvinnor i alla livets stadier ska vila på en humanistisk människosyn (Socialstyrelsen 2006, s. 12) där alla är lika mycket värda och skall ges möjlighet till vård på lika villkor (SFS 2017:30 3 kap 1§). Barnmorskans syn på människan som vårdas frångår den inom sjukvården traditionella synen där den vårdsökande människan omtalas som patient, vilket enligt latin betyder den lidande människan, till att fokusera på det friska och att stödja kvinnan i en naturlig transformation mot moderskap (Berg 2010b, s. 31). Det finns dock hela tiden en beredskap hos barnmorskan för att det salutogena vårdandet kan övergå till en vård av patogen karaktär. Hulter (2016, s. 65) menar att ett arbete med sexuell och reproduktiv hälsa som kompetensområde ställer krav på barnmorskan att vara medveten om sin egen syn på, och värderingar kring, olikheter hos människor som denne kan möta under arbetets gång. Denna medvetenhet hjälper barnmorskan i arbetet med att kunna bemöta människors olikheter med en öppenhet och acceptans samt skapar en plattform för det vårdande mötet och kan ge en förtroendefull vårdrelation (ibid.).

Mödrahälsovårdens uppdrag

Barnmorskans uppgifter i arbetet på en barnmorskemottagning har utvecklats under de senaste 100 åren från att enbart fokusera på den gravida kvinnans välbefinnande till att värna och vårda kvinnor i olika stadier av livet. Detta sker genom att skapa förutsättningar för varje kvinnas möjlighet att ha ett hälsosamt sexualliv med valet att vara reproduktiv när hon så önskar (Collberg & Ellis 2014, s. 141). Vidare bedriver barnmorskemottagningarna i Sverige ett hälsoförebyggande arbete som är frivilligt för gravida kvinnor att delta i. Barnmorskans uppdrag i samband med graviditetskontroller är att tidigt upptäcka komplikationer som kan ha negativ påverkan på kvinnans, eller det ofödda barnets, hälsa och som kan behöva behandlas. Besöken på barnmorskemottagningen inleds i samband med att kvinnan konstaterat graviditet då ett inskrivningssamtal hålls. Normalt kallas kvinnan inte under första och andra trimestern bortsett från när rutinultraljudet genomförs (Collberg & Ellis 2014, s. 144). Under den tredje trimestern intensifieras besöksintervallet då det visat sig att komplikationer är vanligast under senare del av graviditet.

Auskultation av fosterhjärtljud

Auskultation av fosterljud faller inom ramen för barnmorskans arbetsuppgifter på barnmorskemottagningen. Det är en åtgärd som alla gravida kvinnor inskrivna på barnmorskemottagningen genomgår efter framtagna rutiner (Socialstyrelsen 2014, s. 41). Syftet med undersökningen är att verifiera att fostret är vid liv och det kan göras med hjälp av Pinards stetoskop eller med en mekanisk doptone (Svenska barnmorskeförbundet 2016, s. 50). Vidare har doptonen en funktion som ger den gravida kvinnan möjlighet att själv lyssna på det ofödda barnets hjärtljud och därmed stärka anknytningen redan innan barnet är fött (ibid.).

Intrauterin fosterdöd

Intrauterin fosterdöd definieras som upphörd hjärtmuskelaktivitet hos ett foster då det fortfarande befinner sig i uterus (Rådestad 2016, s. 417). Världshälsoorganisationen

(WHO) tydliggör att en intrauterin fosterdöd sker då fostret passerat graviditetsvecka 22 eller om graviditetens längd är oviss, då fostret har en vikt över 500 gram eller en kroppslängd på minst 25 cm (Rådestad 2016, s. 417). Fastställandet av intrauterin fosterdöd görs med hjälp av realtids-ultraljud av person med adekvat kunskap om genomförandet av ultraljudsundersökningar och är således inte en uppgift som varje barnmorska har (Maršál 2002, s. 13). Dock kan barnmorskan vara den som upptäcker och först får misstanke om att det är en intrauterin fosterdöd. Varje år drabbas omkring 440 blivande mödrar i Sverige av att det väntade barnet dör i uterus (Rådestad 2016, s. 417). År 2016 var siffran 414 döda barn som föddes fram (Statistiska centralbyrån 2017). Cameron, Taylor och Greene (2006) gjorde i en studie en tillbakablick i brittiska läroböcker för barnmorskor för att ta reda på hur barnmorskor handlade vid intrauterin fosterdöd genom tiden. Cameron, Taylor och Greene (2006) kom fram till att både den maternella dödligheten och fosterdödligheten i samband med graviditet och förlossning var högst under 1937–1949. De fann knapphändig information om barnmorskans roll i eftervården av föräldrarna som mist sitt barn vilket de förklarar med att den intrauterina fosterdöden var vanligare förekommande och att tidsepoken spelade sin roll i det hela. Under 1939–1945 utspelades andra världskriget som skördade många offer och döden var en del av livet och något som alla i samhället hade en egen relation till (ibid). Det är starkt rekommenderat att kvinnan föder fram det döda barnet genom en vaginal förlossning, både för att minska risken för komplikationer p.g.a. sammanväxningar och ärr till följd av ett kejsarsnitt vid framtida graviditeter och förlossningar (Wolff & Swahn 2002, s. 83) men även då det är en fördel för kvinnans bearbetning av att ha förlorat sitt barn (Ryding 2015, s. 136).

Barnmorskors upplevelse av att vårda vid intrauterin fosterdöd

Fenwick, Jennings, Downie, Butt och Okanaga (2007) studerade barnmorskors upplevelse av vården de tillhandahöll kvinnor efter att intrauterin fosterdöd diagnostiserats. Artikeln syftade till att beskriva faktorer som barnmorskan upplevde som positiva eller negativa i vården av kvinnor med intrauterina fosterdöd. Det som ansågs positivt var att barnmorskan fick tid att finnas till hands för familjen och därför kunde skapa en djupare relation till familjen. Fenwick et. al. (2007) såg även att möjligheten till kontinuerligt stöd fick barnmorskor att känna en tillfredsställelse över det arbete som utfördes. Ett kontinuerligt stöd gav barnmorskan förutsättningar att skapa en trygg miljö för familjen och gjorde att barnmorskan kunde anpassa arbetet efter familjens behov i direkt anslutning till att behovet yttrades. Barnmorskorna gav uttryck för att stödet de fick från chefer inom sjukhuset var av betydande karaktär. I de fall där barnmorskan haft möjlighet att ägna sig åt det drabbade paret uttrycktes en högre grad av tillfredsställelse jämfört med tillfällen där barnmorskan inte i samma utsträckning hade tid att fokusera på ett par. Orsaker till att barnmorskan inte hade möjlighet att finnas hos paret kunde enligt Fenwick et al. (2007) vara att barnmorskan av organisatoriska skäl inte kunde frigöras från andra uppgifter på avdelningen eller att det fanns många patienter som var i behov av vård. Detta riktades som negativ upplevelse av organisationens resurser för att tillgodose barnmorskans professionella vårdande (ibid.). Leap och Hunter (2016 s. 177) tar upp stödet som barnmorskor ger kvinnor inom förlossningsvården när ett barn dör innan det fötts. I texten framkommer att barnmorskan känner sig helt handfallen inför den sorg och chock som kvinnan befinner sig i och att barnmorskan inte vet säkert hur kvinnan stöttas på bästa sätt. Vidare tar Leap och Hunter (2016 s. 189) upp teorin om det

känslomässiga arbetet i barnmorskerollen som en form av skådespel. Detta skådespel syftar till att inte störa eller oroa den födande kvinnan till exempel när förlossningen tar lång tid. Barnmorskans upplevda känsla håller hon för sig själv för att skydda dem hon vårdar, ett professionellt handlande. Detta menar Leap och Hunter (2016 s. 189) skapar ett arbetssätt styrt av känslor som är acceptabla givet situationen och samhällets normer. De känslor som barnmorskan visar är de barnmorskan väljer att visa, vilket Leap och Hunter (2016 s. 189) kallar displayed emotion.

Riktlinjer för barnmorskemottagningar i Sverige och arbetsgivarens arbetsmiljöansvar

Författaren av föreliggande arbete har gjort efterforskning kring i vilken utsträckning det finns riktlinjer och PM i den svenska vården av intrauterin fosterdöd inom mödravården. Genomgång av storregionernas websidor visade att en region har framtagna riktlinjer för barnmorskor inom mödravården som möter misstänkt intrauterin fosterdöd. En region har riktlinjer för andra områden men saknar riktlinjer som riktas till barnmorskor inom mödravården. Den tredje regionen publicerar inga riktlinjer på sin websida som riktas mot öppenvården varför författaren tog kontakt med verksamhetsutvecklare och en enhetschef inom regionen via mail och telefon för att klargöra om riktlinjer existerar. I mailsvar från enhetschefen framgick att det inte finns några riktlinjer inom barnmorskemottagningen i regionen.

Arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön styrs av lagar, förordningar, författningar och allmänna råd. De tidigare författningarna har huvudsakligen handlat om den fysiska arbetsmiljöns utformande för att värna och skydda den anställde från ohälsa och arbetsskador (SFS 1977:1160). Det framgår inte i denna författning om de psykologiska aspekterna på den anställdes arbetsmiljö varför Arbetsmiljöverket under 2015 tog en ny förordning i bruk. AFS 2015:4 riktar sig till den organisatoriska och sociala arbetsmiljön och har som syfte ”att främja god arbetsmiljö och förebygga risk för ohälsa på grund av organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön”. Det är arbetsgivaren ansvar att skapa förutsättningar så att arbetstagaren inte utsätts för onödig risk att drabbas av olycksfall eller skadlig psykisk påfrestning.

PROBLEMFORMULERING

Studier finns på barnmorskors upplevelser av intrauterin fosterdöd efter att den har konstaterats och om den vård som barnmorskan ger den födande kvinnan. Det behövs dock mer kunskap om barnmorskors upplevelser när de möter gravida kvinnor vid rutinmässiga besök på barnmorskemottagningen, när det ofödda barnets hjärtljud inte går att avlyssna samt kunskap om hur barnmorskor påverkas av dessa möten. Dessutom behövs mer kunskap om hur barnmorskorna kan utgöra stöd för varandra, samt hur arbetsgivaren kan stödja barnmorskan, vid dessa tillfällen.
Genom ytterligare kunskap om barnmorskors upplevelser i samband med avsaknad av fosterljud vid auskultation inom barnmorskemottagningen, kan tydligare rutiner och riktlinjer utformas som syftar till att förbättra barnmorskornas psykiska arbetsmiljö. För att veta hur en sådan utformning skulle ske behövs mer kunskap om vad det är som

påverkar barnmorskan och vilka känslor som väcks i mötet med en gravid kvinna där fosterljud inte går att avlyssna.

SYFTE

Syftet med arbetet var att belysa barnmorskans upplevelse av att upptäcka intrauterin fosterdöd hos gravida kvinnor under rutinbesök på barnmorskemottagningen.

METOD

Ansats

Studien genomfördes som en intervjustudie med en kvalitativ ansats. Valet av ansats föll på en induktiv innehållsanalys. Den induktiva innehållsanalysen är enligt Elo och Kyngäs (2007) en väl använd metod inom vårdvetenskaplig forskning. Den lämpar sig väl när det saknas eller förkommer begränsad mängd tidigare forskning inom området. Den induktiva innehållsanalysen gör det möjligt för författaren att genom tolkning se variationen i berättelserna (Lundman & Hällgren-Graneheim 2017, s. 212) men ändå kunna hitta gemensamma områden som för berättelserna samman.

Urval/deltagare

Urvalskriterier för att inkluderas i arbetet var att informanten skulle vara barnmorska verksam i, eller tidigare verksam inom, mödrahälsovården i Sverige, samt att barnmorskan varit med om att vid minst ett tillfälle i sin yrkesroll som barnmorska där hon/han vårdat en gravid kvinna inte kunnat finna hjärtljud hos det ofödda barnet vid rutinmässigt besök på barnmorskemottagningen.

De rekryterade informanterna var i åldrarna 50–61 år. Alla hade längre erfarenhet av barnmorskeprofessionen och har varit färdiga barnmorskor i 23 – 34 år med en median på 30 år. Barnmorskorna täckte in hela Sverige med upptagning från norr till söder.

Datainsamling

Information om arbetet e-postades till enhetschefer vid 15 barnmorskemottagningar i Västsverige mellan 2017-04-13 och 2017-05-23. E-postmeddelandet innehöll informationsblad om arbetet (*Bilaga I*) och en förfrågan om att vidareförmedla informationen till barnmorskorna verksamma på respektive mottagning. En enhetschef meddelade omgående att de saknade intresse för att delta. En enhetschef meddelade att informationen gått ut till medarbetarna med uppmaning att de själva skulle ta kontakt om intresse fanns för att vara med. En barnmorska tog kontakt som senare ledde till att en intervju genomfördes. En enhetschef förmedlade kontaktinformation till 4 barnmorskor som kontaktades via e-post men inte responderade. En enhetschef återkopplade med information om att det inte fanns någon barnmorska på mottagningen som varit med om att inte finna fosterljud och därmed inte kunde uppfylla kriterierna för att delta i arbetet. En enhetschef svarade med att godkännande för studien var tvunget att gå via

mödrahälsovårdsöverläkaren för ställningstagande till om barnmorskorna på mottagningen kunde tillfrågas om intresse för att delta i studien. Detta godkännande förankrades med mödrahälsovårdsöverläkaren men något vidare intresse återkopplades inte från mottagningen. Övriga enhetschefer responderade ej. Eftersom det föreföll svårt att rekrytera informanter via mottagningar lades en förfrågan in på Facebookgruppen barnmorska - aktuellt och intressant 2017-05-29 i hopp om att någon skulle var intresserad. Två barnmorskor tog kontakt efter att ha läst inlägget i Facebookgruppen och intervjuer kunde hållas. Tre barnmorskor rekryterades genom att författaren hade pratat och berättat för barnmorskor och studenter om arbetet där de senare hade berättat vidare om arbetet för barnmorskor som var intresserade av att vara med varför ytterligare tre intervjuer kunde genomföras.

Två intervjuer genomfördes via fysiska möten på barnmorskans arbetsplats. Fyra intervjuer genomfördes via telefon. Varje intervju spelades in med diktafon. Ljudupptagningen från intervjuerna transkriberades ordagrant. Intervjuerna genomfördes mellan maj 2017 och november 2017. Intervjuerna tog mellan 29 minuter och 46 minuter med en median på 32 minuter.

Studien inleddes med en pilotintervju för att kontrollera om frågan kunde svara mot syftet. Pilotintervjun ansågs innehållsrik och inkluderades därför i studiens resultat. Den inledande frågan var: Minns tillbaks på ett tillfälle då du vårdade en kvinna och inte kunde finna fosterljud vid auskultation. Vilka känslor väcktes hos dig? Utifrån en öppen fråga kring informantens upplevelse av ett fenomen kan författaren inte i förväg veta vad som anses vara viktigt. Följdfrågor om ämnen som kom upp i informantens berättelse ställdes och detta gjorde att berättelsen blev djupare. Intervjuerna genomfördes med hjälp av intervjuunderlaget i bilaga 3.

Dataanalys

Det transkriberade materialet lästes igenom flertalet gånger för att författaren skulle bli bekant med texten och därmed finna meningar som kunde leda till att kategorier skapades. Meningsbärande enheter identifierades genom öppen kodning som enligt Elo och Kyngäs (2007) är den inledande fasen för att kontrollera om kategorierna svarar mot syftet. Den öppna kodningen gjordes efter genomläsning av texten flertalet gånger och där text ströks över med överstrykningspenna och en kommentar skrevs i marginalen på pappret. Kommentaren i marginalen utgjorde en kod för den mening som identifierats i texten. Dessa textstycken fördes sedan över i ett gemensamt dokument för det område och kod de svarade mot. Vilka underkategorier och kategorier som framkommer är enligt Elo och Kyngäs (2007) något som författaren beslutar efter att ha läst texten och genom tolkning beslutat vilket innehåll som hör samman och därmed förs in i samma kategori. Dessa analyserades ytterligare och kunde kondenseras till att ge beskrivning av den fullständiga meningens innebörd. Kondenseringen gjordes genom att korta ner textens omfattning utan att innehåll gick förlorat och ledde fram till koder som abstraherades till att utgöra grunden för underkategorier och vidare kategorier inom samma område. I detta arbete tog författaren beslutet att underkategorier inte var nödvändigt på grund av den låga abstraktionsnivån inom kategorierna. Abstraheringen av innehållet i texten är enligt Elo och Kyngäs (2007) en generalisering av den framkomna meningen samlat under samma kategori. Abstraktionsnivån kan ha olika nivåer beroende på författarens tolkning och den

återspegling författaren gör av texten. Exempel på hur analysen genomförts visas nedan, i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocess

Meningsbärande enheter	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
och så la hon sig på britsen för att jag skulle mäta magen och jag minns att jag tänkte att när jag kände på magen att nu var det väldigt litet, det stämde inte riktigt med den veckan men det var ändå det som varit lite bekymret med henne över huvud taget …. också mätte jag i alla fall magen och fick ett ganska litet mått vet jag som jag reagerade på och sen så började jag försöka leta efter fosterljud med doptonen och letade och letade och letade	Barnmorskan känner på magen, reagerar på att något avviker, försöker att leta efter fosterljud	Känsla av avvikelse Vårdhandling	En föraning

Etiskt övervägande

Frågor inom ämnet intrauterin fosterdöd väcker starka känslor hos barnmorskor. Författaren har tagit detta i beaktande vid valet av studiemetod och frågeställning. Dock anser författaren att ämnet som sådant har ett stort värde för barnmorskeprofessionen för att kunna ge en bild av hur professionen och organisationen kan ge stöd åt barnmorskan som befinner sig i den aktuella situationen. Varje informant har visat ett eget intresse till

att delta i studien. Detta kan ses som ett tecken på att informanten har kunnat bearbeta den upplevda situationen på ett konstruktivt sätt och att informanten har en önskan om att bidra till vidare forskning inom ämnet. I samband med intervjun upptogs samtycke enligt bilaga II. Där framgår att informanten utan vidare förklaring kan dra tillbaka sitt deltagande i studien. Informanterna är även informerade om att författaren och dennes handledare finns att tillgå om ytterligare frågor eller behov av samtal skulle uppstå. Denna studie anses inte kräva något upptagande av etiskt tillstånd från en etikkommitté då den enligt lagen om etisk prövning för forskning som avser människor (SFS 2003:460) ingår i vad som klassas som högskolestudier inom avancerad nivå.

RESULTAT

Fyra kategorier framkom ur analysen, vilka var *En föraning, Känslor, tankar och handlande, Upplevelse av stöd* och V*ikten av uppföljande samtal med kvinnan.*

En föraning

Barnmorskorna säger i intervjuerna att de genom att lägga sina händer på kvinnans mage direkt kunde känna att det fanns något som avvek från det normala. Barnmorskorna förklarade på olika sätt vad det var som de kände men att den gemensamma nämnaren var att det gav en föraning om att det var något med den gravida kvinnan som inte stod rätt till.

> ”*…och så la hon sig på britsen för att jag skulle mäta magen, och jag minns att jag tänkte att när jag kände på magen att nu var det väldigt litet…*” (1)

Förklaringen som barnmorskorna hade till att de redan innan doptonen lagts på kvinnans mage hade en känsla av att barnet var dött är en erfarenhetsmässig kunskap som de tillskansat sig genom sina många år som verksamma barnmorskor. Med erfarenheten kommer en känsla av vad som kan betraktas som normalt genom den respons barnmorskan får i händerna när hon palperar kvinnans mage, ett hantverk som en barnmorska ansåg att alla fick inom sitt specifika område av expertis efter lång tids erfarenhet. En barnmorska berättar om hur hon genom sina erfarenheter som barnmorska kan känna skillnad i hantverket som hon utövar idag jämfört med tidigare vilket gör att hon känner sig tryggare i rollen som barnmorska. En barnmorska beskriver det som att för varje gång ett barns hjärta avlyssnas och allt är normalt läggs ett lager av erfarenhet till den professionella kunskapen. När barnmorskan möter en situation där det inte finns några fosterljud som överensstämmer med tidigare erfarenheter, eller saknas helt, blir hon känslomässigt naken inför den svåra händelsen. Denna känsla kvarstår en tid efteråt och barnmorskan upplever sig mer observant under kommande undersökningar.

> *”… alltså min långa erfarenhet sa ju det direkt och det jag kände med mina händer… mina händer är ju ett viktigt verktyg för mig i min profession… att koppla ihop det jag känner med min kunskap och erfarenhet…. Och så blir det ett resultat som omvandlas till också något känslomässigt…”* (2)

En barnmorska framhäver vikten av att behärska hantverket med att kunna avlyssna fosterljud med hjälp av Pinards stetoskop, ett instrument som enligt henne underlättar för barnmorskan när det är svårt att uppfatta fosterljuden med doptone.

Känslor, tankar och handlande

Barnmorskans initiala känslor i direkt anslutning till vårdmötet där den gravida kvinnan uttrycker en oro över det ofödda barnet, eller barnmorskans egen föraning om avvikelse från det normala, är att barnmorskan känner en stress över att detta kanske är tillfället då hon inte kommer att finna några hjärtljud hos barnet. Denna känsla kan yttra sig som en klump i halsen, att det knyter sig i magen eller en känsla av ren panik.

> *”att hjärtat börja slå* [barnmorskans hjärta] *och den här oroskänslan i magen och samtidigt så försöker också att tänka att man ska… hålla sig så lugn som möjligt inför patienten…”* (3)

En barnmorska beskriver situationen med auskultation av fosterljud som en rutinmässig åtgärd som barnmorskan utför flera gånger dagligen, men som för den enskilda kvinnan har större vikt än vad professionen tror och därför är ett uppdrag som bör hanteras med yttersta respekt.

I händelse av att hjärtljud saknas upplever barnmorskan sig bli mer fokuserad på sin arbetsuppgift och också ikläda sig sin roll som professionell yrkesutövare på ett starkare sätt för att ge den gravida kvinnan den bästa vården. Hennes mål blir då att bana väg för patienten till ett snabbt omhändertagande för att verifiera att det väntade barnet dött intrauterint. Barnmorskan tar på sig uppgiften att vara vikarierande drivkraft för kvinnan som befinner sig i chock och saknar handlingsförmågan att ta sig till förlossningen. Barnmorskan upplever ett ansvar för att kvinnan på ett säkert sätt skall kunna ta sig från mottagningen till förlossningen, och där barnmorskan kan uppleva att det säkraste sättet är om hon kör dit henne själv om inte partnern eller en nära anhörig finns i anslutning till mottagningen under besöket. En barnmorska hade möjlighet att följa kvinnan till förlossningen och fick då även kvarstanna tills att undersökningen utförts och läkare konstaterat med ultraljud att barnet inte levde och kunde därefter lämna över ansvaret för patienten till en kollega.

> *”…för mig handlar det inte om att gå in i något akutmode om man säger, men ändå att se till att saker ganska snart blir åtgärdade och att hon kommer dit där man kan säga såhär är det…”* (3)

När patienten lämnat mottagningen rannsakade barnmorskorna sig kring arbetet med kvinnan som ledde fram till att hjärtljuden inte längre kunde avlyssnas. Barnmorskorna gav uttryck för en oro för att ha missat något symtom eller tecken på att den intrauterina miljön skulle påverka barnet på ett negativt sätt. Barnmorskorna kände även en skuld gentemot kvinnan, att barnmorskorna skulle ha förutsett och därmed kunnat förebygga att barnet skulle ha dött intrauterint. Barnmorskorna berättar även om den egna känslan av sorg kring att ett barn har dött som kommer när situationen är över och barnmorskorna

kan träda ur sin roll som den som ska ha fullständig kontroll till att kunna släppa fram känslorna.

> *”…man tycker att man har så bra kontroller på allting och så att det borde inte hända någonting och så när det ändå händer så blir man ju… otroligt berörd och jag tror att den dagen man slutar att bli berörd av såna saker så ska man inte jobba nå mer…”* (6)

Upplevelse av stöd

Det kollegiala stödet framhäver barnmorskorna som en viktig faktor för att kunna hantera situationen på ett konstruktivt sätt. En barnmorska, nu verksam inom annan del av sjukvården, beskrev det känslomässiga utbytet med tidigare kollegor som betydelsefull i situationer som kan vara krävande. Det var viktigt att få möjligheten att prata om det som inträffat med någon som är införstådd med vad det konkreta arbetet med gravida kvinnor innefattar. En barnmorska berättar att det inte är tröst eller förminskande av situationen som hon efterfrågar i samtalet med kollegorna, utan en hjälp att bearbeta och lägga samman händelseförloppet som ledde fram till situationen där fosterljud inte längre kunde avlyssnas. En gemensam åsikt som barnmorskorna hade var att det var viktigt att samtalet skedde på arbetsplatsen då det inte var möjligt att samtala med de egna närstående då dessa oftast helt saknade insikt i vad arbetsuppgifterna handlade om. Ingen av barnmorskorna tar i sina berättelser upp om det fanns dokument eller andra handlingar som stöd i tillvägagångssättet för handläggningen av kvinnor och hur en eventuell krishantering av barnmorskan skulle se ut.

Barnmorskorna uppger att de i arbetet på mottagningen har tillgång till handledning med psykolog, men att det kan dröja innan barnmorskan får möjlighet att ta upp den svåra upplevelsen i handledningen då denna enligt de intervjuade barnmorskorna sker högst en gång per månad. Det som ger barnmorskorna mest stöttning efter en svår händelse är samtalet med kollegorna.

> *”Jag måste säga att jag tycker det är stöttningen av kollegorna är det nog som har gett mest… och det har nog kanske att göra med att de finns ju vid ens närhet hela tiden under arbetet…”* (5)

Barnmorskorna upplevde att de fick gott stöd av sin närmaste chef och att de i en svår arbetssituation kan vända sig till chefen och litar på att denne hjälper till att lösa det behov som barnmorskorna har. Det tydligaste behovet som framkom i intervjuerna var att få möjlighet till samtal i direkt anslutning till händelsen med de närmaste kollegorna.

> *”…så det här med att prata tillsammans i arbetsgruppen är jätteviktigt…”* (5)

Vikten av uppföljande samtal med kvinnan

Barnmorskorna tog det på sitt eget ansvar att ha ett uppföljande samtal med kvinnan eller det drabbade paret för att få veta vad som hänt efter att kvinnan lämnat mottagningen. Barnmorskan tyckte att det kändes skönt att ordna det avslutande mötet med kvinnan eller paret för att då låta kvinnan berätta om förlossningen och händelseförloppet ur sitt perspektiv. Barnmorskan kände även ett ansvar för att kvinnan inte skulle uppleva mottagningen som en hotfull plats att besöka, då barnmorskan ansåg att denna utgjorde en viktig funktion för kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa då mottagningen bedriver olika arbetsuppgifter som har hälsofrämjande effekter för kvinnor genom hela livet. Att få veta från kvinnan vad det var som låg till grund för att barnet dött intrauterint har flera fördelar. Dels att barnmorskan själv vill veta vad orsaken var även om det i vissa fall inte går att avgöra, och dels för att hjälpa kvinnan i sin bearbetningsprocess för att ta sig genom traumat som det är att förlora ett barn. Barnmorskorna beskrev hur de i vissa fall kunde ha svårt att få återkoppling från sjukhuset om vad det var som orsakat att barnet dog intrauterint och att detta till del kompenseras av informationen från kvinnan. I de fall barnmorskan inte kommit i kontakt med kvinnan efter besöket då fosterljuden inte kunde auskulteras, medförde detta en ökad känsla av misslyckande hos barnmorskan, vilket gör att det är svårare för barnmorskan att bearbeta händelsen.

För att barnmorskan skulle känna en tillfredsställelse med sitt arbete fanns ett behov av att få bekräftat att det inte fanns något som barnmorskan missat i sitt utövande av vård. Barnmorskan hade lättare att acceptera den intrauterina fosterdöden om det fanns en bakomliggande missbildning eller patologisk process som förklaring till att barnet dog.

> ”*…. Men det va ett välskapt barn… och man hittade ingenting … det va undersökningar som gjordes… orsaken till att det hade dött men man hittade inget, ingen infektion eller missbildning eller annat eller ingenting på moderkakan så…. Ja det va fruktansvärt…”* (2)

Barnmorskor som fick möjlighet att följa kvinnan till förlossningsavdelningen hade lättare att bearbeta händelsen och fick även bekräftat sin farhåga om att det var en intrauterin fosterdöd. Att fysiskt överlämna omhändertagandet av kvinnan till en kollega kändes som en positiv del för barnmorskan.

> *”…och att kunna följa med och göra ett slags avslut där…sen hade vi ett avslutande samtal några veckor senare… där vi pratade igenom vad som hade hänt…”* (2)

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Barnmorskans uppdrag har genom tiderna varit att stödja och stärka kvinnor genom graviditet, förlossning och barnsängstid. Barnmorskan skapar en förtroendefull relation till kvinnan genom öppenhet, flexibilitet och empati där barnmorskan med sin erfarenhet guidar kvinnor genom graviditet och förlossning (Lundgren 2016 ss.42–43). Denna

förmåga att kunna guida kvinnor genom graviditet och förlossning var förr något som lärdes från kvinna till kvinna men som idag är något som lärs ut på de olika barnmorskeutbildningarna i Sverige.

Barnmorskorna i föreliggande arbete beskriver hur de i vårdmötet med den gravida kvinnan fick en föraning om att något var fel genom att palpera kvinnans mage eller i samtalet med kvinnan fick känslan av att något avviker från det normala utifrån den erfarenheten barnmorskan har och det hantverk som barnmorskan tillskansat sig genom praktiska erfarenheter. Berg, Ólafdóttir och Lundgren (2012) har studerat barnmorskor inom förlossningsvården i Sverige och Island och kommer i sin forskning fram till att barnmorskors förkroppsligade kunskap förenas av tre områden. Den teoretiska, den erfarenhetsmässiga och den intuitiva kunskapen. För att barnmorskan skall kunna tillämpa denna förkroppsligade kunskap menar Berg, Ólafdóttir och Lundgren (2012) att barnmorskan måste komma till insikt med vilken kunskap de besitter genom reflektion både i ensamhet och tillsammans med kollegor. Det genuina vårdandet av det genuina är enligt Berg (2010a s. 150) en sammanflätning av områdena värdighetsbevarande vårdrelation, balanserande mellan det naturliga och medicinska perspektivet och förkroppsligad kunskap.

För att kunna tillämpa en värdighetsbevarande vårdrelation måste en grund för tillit mellan kvinnan och barnmorskan finnas. I komplicerade situationer som i detta arbete när fosterljud inte längre kan avlyssnas skulle en sådan tillit grunda sig i det välkända med att få vårdas av samma barnmorska under den initiala chockfasen. Att få en barnmorska som följeslagare som finns vid kvinnans sida under hela förloppet och att få kontinuerlig information om vad som händer kan vara av betydelse både för kvinnan och för barnmorskan. Detta är något som verifieras i Trulsson och Rådestad (2004) studie som såg att kvinnor som förlorade sitt barn intrauterint uttryckte en önskan om att ha en barnmorska som följde henne genom hela processen från diagnos tills att barnet var framfött. Detta bekräftas även i de intervjuer som genomförts i denna studie.

Arveklev, Berg, Wigert, Morrison-Helme och Lepp (2018) har studerat hur sjuksköterskestudenter genom rollspel kan lära sig sjuksköterskans arbetsuppgifter i vården. Arveklev et al. (2018) kom fram till att sjuksköterskestudenterna genom rollspel fick en föraning om hur de kan reagera i vårdsituationer och att rollspelet utgör en trygg miljö för personlig utveckling inom den blivande professionen. Genom sådan träning anser författaren av föreliggande studie att barnmorskan kan vidareutveckla sin förmåga att möta komplicerade arbetssituationer genom att testa sin kommunikativa förmåga och få en förberedelse även på ett praktiskt plan, vilket kan leda till en självkännedom i hur barnmorskan framstår i mötet med kvinnan. Genom att i rollspelet bli uppmärksam på vilka signaler som skickas med kroppsspråket kan barnmorskan finna möjliga sätt att själv styra vad som förmedlas till kvinnan.

Resultatet visar att barnmorskorna upplever hur de i mötet med kvinnorna ikläder sig sin roll som barnmorska starkare för att inte låta de egna känslorna i stunden få överhand. Detta känslomässiga arbete har beskrivits tidigare i arbetet där Leap och Hunter (2016 s. 189) i sin forskning beskriver emotion work ur ett barnmorskeperspektiv. För att stötta kvinnan anser författaren av föreliggande arbete att barnmorskorna sätter sina egna känslor åt sidan genom att starkare gå in i rollen för att inte oroa den gravida kvinnan

innan den intrauterina fosterdöden konstaterats, något som inte ingår i barnmorskans arbetsuppgifter. Utifrån Leap och Hunters (2016 s. 189) teori om emotion work där barnmorskan i detta arbete upptäcker att fosterljud inte längre går att avlyssna tar barnmorskan in den egna initiala känslan. Barnmorskan får snabbt värdera hur hon ska förhålla sig känslomässigt inför den situation hon befinner sig i och agera utifrån vad hon tror gagnar den drabbade kvinnan. Hur barnmorskan agerar styrs av de normer som finns i samhället och de attribut som är förknippade med barnmorskeprofessionen. Emotion work blir det arbete och den ansträngning som barnmorskan gör för att inte visa sina egna känslor inför det faktum att barnet dött utan fokuserar på att vara ett stöd för kvinnan. Hunter (2004) kommer i sin artikel fram till att emotion work ser olika ut beroende på i vilket vårdsammanhang barnmorskan befinner sig. Barnmorskor verksamma inom förlossningsvården visar sig i Hunters (2004) studie känna en tillfredsställelse om de efter ett arbetspass hunnit göra det som förväntas av dem utifrån verksamhetens målsättning med ett flöde i patientantalet på avdelningen. För vissa barnmorskor står det i konflikt med den egna känslan av vad barnmorskans uppdrag är, vilket de menar är att vara med den födande kvinnan och bedriva patientcentrerad vård. Emotion work blir för dem att dölja sin frustration inför sin arbetssituation för den födande kvinnan för att skapa en tillitsfull relation. Barnmorskor verksamma i hemvården kände en tillfredsställelse över att ha möjligheten att vara med kvinnan och ge henne det stöd hon behövde (ibid.).
I föreliggande studie uttryckte barnmorskorna på mödravården också denna önskan att följa kvinnan genom processen och utgöra ett stöd genom det förtroende som skapats.

I en studie gjord av Alghamdi och Jerrett (2016) undersöks barnmorskestudenters erfarenhet av att vårda kvinnor som genomgår förlusten av ett barn intrauterint. Alghamdi och Jerrett (2016) menar att det är i självreflektion och rannsakning av den egna arbetsinsatsen, i ensamhet eller tillsammans med andra, som strategin för att hantera svåra upplevelser skapas. Samtalet med kollegor och arbetsgruppen har därför stor betydelse och är något som författaren av föreliggande arbete anser bör prioriteras i händelser som barnmorskan upplever som svåra. Hunter och Warren (2014) har i sitt arbete studerat barnmorskors, verksamma inom slutenvården, upplevelse och erfarenhet av att finna strategier för att klara arbetsuppgifter som kan skapa en ökad stress hos den enskilda barnmorskan. Hunter och Warren (2014) kommer fram till att barnmorskorna upplevde det kollegiala stödet som viktigt och då framförallt utbytet mellan barnmorskor som ansågs likasinnade. Likt det barnmorskorna i föreliggande studie upplevde sökte barnmorskorna i Hunter och Warrens (2014) studie stöd hos kollegor, och vände sig i första hand till de som de hade stort förtroende för. Hunter och Warren (2014) fann även att det var betydelsefullt för barnmorskorna i studien att vara den som ger stöd och att detta skapade en motståndskraft i stressfulla arbetssituationer. Det framkommer i föreliggande studie att barnmorskorna upplevde det kollegiala stödet som viktigt men att det var ärligheten i samtalet som barnmorskorna ansåg vara av störst värde.

Barnmorskan påverkas av svåra händelser som att inte finna fosterljud, och vid dessa tillfällen har den närmaste chefen, som är en förlängning av den huvudsakliga arbetsgivaren, ett stort ansvar för att tillgodose barnmorskans behov av stöd för bearbetning. Det ligger dock på barnmorskans ansvar att förmedla behovet av stöd till närmaste chefen. Arbetsmiljöverket tar i föreskriften om organisatorisk och social arbetsmiljö fasta på arbetsgivarens ansvar för att skapa en god arbetsmiljö och att förebygga ohälsa som uppkommer till följd av organisatoriska eller sociala faktorer och

arbetsmoment (AFS 2015:4). Barnmorskorna beskriver i det föreliggande arbetet en upplevelse av att misstro sin arbetsinsats och känner en oro över att ha gjort något misstag i den vård som tillhandahållit kvinnan begåtts. Barnmorskorna upplever det som en viktig avslutande del både för sin egen skull och för kvinnans skull att ett möte hålls med kvinnan och hennes partner på barnmorskemottagningen. Detta möte syftar till att ge barnmorskan den uppföljning som hon eventuellt inte får från efterföljande vårdkedja samt en möjlighet för barnmorskan att stötta kvinnan i sorgeprocessen. Vid granskning av olika vårdgivares rutiner och PM avseende hur situationen med intrauterin fosterdöd skall hanteras inom barnmorskemottagningen avseende uppföljning kan konstateras att endast en av de undersökta vårdgivarna har tydlig styrning av detta något som borde ses som en självklarhet. Sett ur ett hållbarhetsperspektiv är den sociala hållbarheten ett betydande område för den enskilda barnmorskan och för barnmorskeprofessionen för att arbetet ska kunna fortgå och att barnmorskor ska orka med även svåra och komplicerade arbetsuppgifter. Som en del i begreppet hållbar utveckling inkluderas den sociala hållbarheten där människan ska ges möjlighet att kunna tillgodose sina behov av att känna rättvisa, trygghet och delaktighet i det sammanhang som individen befinner sig i, för att finna ett välbefinnande (Kungliga tekniska högskolan, 2016). I det åttonde målet i de globala målen för hållbar utveckling (United Nations Development Programme 2015) tas arbetsmiljön upp som ett förbättringsområde och ämnar att ”skydda arbetstagarens rättigheter och främja en trygg och säker arbetsmiljö”. Utifrån resultatet i föreliggande arbete anser författaren att barnmorskor förvisso fått stöttning av kollegor på sådant sätt som gör att den enskilda barnmorskan funnit kraft att bearbeta situationen men att arbetsgivaren bör utforma riktlinjer för att säkerställa att alla barnmorskor får stöttning när svåra eller komplicerade arbetsuppgifter uppstår för att värna om medarbetarens psykiska hälsa och välbefinnande. Genom detta uppnås en jämnare kvalitet i omhändertagandet av barnmorskan vilket bidrar till en hållbar arbetssituation och en bättre arbetsmiljö.

Metoddiskussion

Som metod för arbetet har valts en, inom området vårdvetenskap, väl beprövad analysmetod. Den induktiva innehållsanalysen är lämplig i detta fall eftersom arbetet utgår från en inledande huvudsaklig intervjufråga och sedan följs informanten i dennes berättelse. Genom analysmetoden bearbetas berättelsen och ett strukturerat innehåll skapas utifrån transkriberingen genom att identifiera och analysera meningsbärande enheter. Det finns dock en svårighet enligt Kvale och Brinkmann (2014, s. 32) i att använda en ostrukturerad intervjumetod då detta sätt att inhämta kunskap genom att utföra intervjuer ställer stora krav på författarens förmåga att intervjua.

Det föreligger svårigheter för författaren att förhålla sig helt opartisk då en intervju är ett möte mellan två människor och det finns alltid en viss form av förförståelse med i mötet. Även om författaren försöker att bevara en avvaktande hållning och följa informanten i dennes berättelse finns ändå det egna intresset för ämnet och den teoretiska kunskapen som författaren tillskansat sig under utbildningen med att förhålla sig till. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017, s. 222) kan en viss förförståelse underlätta den fortsatta intervjun med kompletterande resonemang och fördjupande frågor som kanske inte hade kunnat identifieras om inte författaren hade en viss förförståelse om ämnet. Detta gäller även för analysen av det transkriberade materialet. Att se likheter och skillnader i texten

som kan utgöra meningsbärande enheter i den stora textmassan som sedan kan kondenseras till kategorier. Lundman och Hällgren-Graneheim (2012 s. 222) beskriver att det kan finns en fara för att innebörder i berättelsen går förlorad om inte författaren kan känna igen dessa därför anser författaren av föreliggande studie att den eventuella förkunskap som finns inte har påverkat informanternas berättelse mer än att fördjupa områden som behövde förtydligas men författaren har inte ställt frågor, utifrån de egna erfarenheterna i ämnet, på områden som informanten inte redan vidrört i sin berättelse.

Styrkor i arbetets utförande är att den ostrukturerade intervjumetoden och den induktiva innehållsanalysen kan vara överförbar till andra områden inom barnmorskeprofessionen i Sverige, samt att den geografiska spridningen av informanter höjer resultatets trovärdighet avseende hur intrauterin fosterdöd hanteras inom olika regioner i landet. Överförbarhet innefattar enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2012 s. 224) även huruvida resultatet kan vara överförbart på andra sammanhang eller situationer vilket författaren anser att resultatet kan, då svåra eller komplicerade arbetssituationer som barnmorskan är med om kan väcka liknande känslor som de som framkom i föreliggande studies resultat.

SLUTSATSER

Syftet med arbetet var att belysa barnmorskans upplevelse av att upptäcka intrauterin fosterdöd hos gravida kvinnor vid rutinbesök på barnmorskemottagningen. De kategorier som framkom i resultatet var *en föraning, känslor, tankar och handlande, upplevelse av stöd* och *vikten av uppföljande samtal med kvinnan* Barnmorskorna som intervjuades i studien gav uttryck för att i mötet med gravida kvinnor där fosterljud inte går att auskultera starkare ikläda sig yrkesrollen för att orka vara ett stöd för kvinnan och hennes partner. Barnmorskan blev berörd av situationen men hon försökte att hålla en professionalitet i vårdmötet. Denna upplevelse påverkade barnmorskan i ett längre perspektiv genom en stress inför att ha brustit i sin yrkesroll och vården som givits den gravida kvinnan. För att få stöd för sitt yrkesutövande vänder sig barnmorskan till kollegorna och samtalet med kollegor och arbetsledning har stor betydelse i bearbetningen av en svår händelse. En viktig känsla för barnmorskorna var att på något sätt få återkoppling i dennes utförda arbete med kvinnan, både för att barnmorskan själv ska kunna bearbeta händelsen samt för att hjälpa kvinnan genom sorgeprocessen. Det bör innefattas av arbetsgivarens ansvar för en organisatorisk åtgärdsplan att varje barnmorska ska få handledning och uppföljning utifrån den enskildes behov efter en svår upplevelse som att upptäcka intrauterin fosterdöd kan vara.

REFERENSER

AFS 2015:4. *Organisatorisk och social arbetsmiljö*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Alghamdi, R. & Jerrett, P. (2016). Experiences of student midwives in the care of women whit perinatal loss: A qulitative descriptive study. *British Journal of Midwifery*, 24(10), ss. 715–722.

Arveklev, S. H., Berg, L., Wigert, H., Morrison-Helme, M. & Lepp, M. (2018). Nursing students experience of learning about nursing through drama. *Nursing Education in Practice*, 28, ss. 60–65. Doi: 10.1016/j.nepr.2017.09.007.

Berg, M. (2010a). Vårdande vid barnafödande med ökade risker. I Berg, M & Lundgren, I (red.). *Att stödja och stärka*. Lund: Studentlitteratur.

Berg, M. (2010b). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I Berg, M & Lundgren, I (red.). *Att stödja och stärka*. Lund: Studentlitteratur.

Berg, M., Ólafdóttir, Ó. A. & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centerd childbirth care- In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, (3), ss. 79–87. Doi:10.1016/j.srhc.2012.03.001.

Cameron, J., Taylor, J. & Greene, A. (2008). Representations of rituals and care in perinatal death in British midwifery textbooks 1937–2004. *Midwifery*, 2008, Vol.24(3), ss. 335–343. Doi: 10.1016/j.midw.2006.03.010

Collberg, P. & Ellis, J. (2014). Mödrahälsovården mål och innehåll. I Hagberg, H., Maršál, K. & Westgren, M. (red.). *Obstetrik*. Studentlitteratur: Lund.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), ss. 107-115. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.

Fenwick, J., Jennings, B., Downie, J., Butt, J. & Okanaga, M. (2007). Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth*, (20), ss. 153–160. Doi: 10.1016/j.wombi.2007.09.002.

Hulter, B. (2016). Sexuell hälsa. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K. (red.). *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur.

Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20, ss. 261-272. Doi: 10.1016/j.midw.2003.12.004

Hunter, B. & Warren, L. (2014). Midwives' experiences of workplace recilience. *Midwifery*, 30 ss. 926-934. Doi: 10.1016/j.midw.2014.03.010

Kungliga tekniska högskolan. (2016). *Social hållbarhet*. https://www.kth.se/om/miljo-hallbar-utveckling/utbildning-miljo-hallbar-utveckling/verktygslada/sustainable-development/social-hallbarhet-1.373774 [2018-02-07]

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

Leap, N. & Hunter, B. (2016). *Supporting Women for Labour and Birth- A toughtful guide*. London: Routledge.

Lundgren, I. (2010). Förlossningsvårdens historia. I Berg, M & Lundgren, I (red.). *Att stödja och stärka*. Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, I. (2016). Från hemförlossning till intuitionsförlossning. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K. (red.). *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund Nielsen, B. & Granskär, M. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. ss. 211-226.

Maršál, K. (2002). Diagnos av intrauterin död. I Svensk förenings för obstetrik & gynekologi Arbetsgrupp & referensgrupp för perinatologi. *Intrauterin fosterdöd- Rapport nr 47*. Stockholm: SFOG, ss. 13–17.

Pettersson, K. &Stephansson, O. (2015). Fosterdöd. I Hagberg, H., Maršál, K. & Westgren, M. *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur, ss.465–469.

Ryding, E-L. (2015). Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I Hagberg, H., Maršál, K. & Westgren, M. *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur, ss. 127–140.

Rådestad, I. (2016). Intrauterin fosterdöd. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K. (red.). *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur, ss. 417–425.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2003:460. *Lagen för etisk prövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 1977:1160. *Arbetsmiljölagen*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.

Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014). *Kunskapsstöd för mödrahälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statistiska centralbyrån. Befolkningsstatistik. Hämtat 2017-12-09 http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101I/DodFoddaAlderMorK1/?rxid=a75c933d-8108-4569-87da-16feee012ba9

Svenska barnmorskeförbundet (2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa.* Stockholm: SBF, SFOG och Mödrahälsovårdspsykologernas förening.

Trulsson, O. & Rådestad, I. (2004). The Silent Child- Mothers´ Experience Before, During, and after Stillbirth. *BIRTH* 31:3 ss189-195. Doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.00304.x.

United Nations Development Programme (2015). *Mål 8: Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt.* http://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-8-goda-arbeten-och-ekonomisk-tillvaxt/ [2018-02-07]

Wolff, K. & Swahn, M-L. (2002). Förlossningsinduktion vid IUFD. I Svensk förenings för obstetrik & gynekologi Arbetsgrupp & referensgrupp för perinatologi. Intrauterin fosterdöd- Rapport nr 47. Stockholm: SFOG, ss. 83–87.

BILAGOR

Bilaga I

HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Information om examensarbete i barnmorskans upplevelser av att inte finna fosterljud

Jag är sjuksköterska som studerar på barnmorskeutbildningen vid Högskolan i Borås. En del av utbildningen består av att skriva ett examensarbete. Med mitt examensarbete är syftet att beskriva barnmorskans upplevelse av att inte finna fosterljud vid auskultation. Urvalet är barnmorskor verksamma på barnmorskemottagningen för att därigenom få större förståelse och kunskap kring vården.

Jag frågar Dig om Du frivilligt vill bli intervjuad om Din upplevelse.
Intervjuerna kommer göras utav mig som student. Du får själv välja önskad tid och plats för intervjun som kommer ta ca 30–60 minuter. Den kommer att spelas in och ordagrant överföras till text. Allt material hanteras konfidentiellt och förvaras på så vis att ingen obehörig kan få tillgång till det. I resultatet avidentifieras dina personuppgifter. Intervjun är helt frivillig och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att motivera varför.

Om Du önskar delta i studien, vänligen meddela mig via e-mail, telefon eller SMS snarast. Jag kommer därefter kontakta Dig via telefon för att bestämma plats och tid för intervjun. Samtyckesformulär erhålles i samband med intervjutillfället. 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 Åsa Larsson, Universitetslektor vid Institutionen för Vårdvetenskap på Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är Du välkomna att kontakta henne på telefon: 0727-147574 eller e-mail: asa.larsson@hb.se

Med vänliga hälsningar
Maria Svenningsson
Tel: 0702–734035
Mail: maria@svenningsson.se

Bilaga II

HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av information angående intervjustudien om barnmorskans upplevelse av att inte finna fosterljud vid auskultation och är väl införstådd med informationen. Jag är även medveten om att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att behöva motivera mitt val. Jag har också fått information om vilka jag ska vända mig till för eventuella frågor kring studien.

Jag samtycker till att delta i studien

Namn .....

Namnförtydligande .....

Ort och datum .....

Med vänliga hälsningar

Maria Svenningsson
Tel: 0702–734035
Mail: maria@svenningsson.se

Bilaga III

Intervjuunderlag Inf:

Barnmorskans bakgrund ålder, antal år som bm och i BMM?

♥ Berätta om ett tillfälle när du jobbade och du inte kunde hitta några fosterljud hos barnet. Hur längesedan var detta?

♥ Vilka känslor väcktes hos dig?
Vad var det som kändes jobbigt?
Vad var det som kändes positivt?

♥ Hur kändes detta för dig?

♥ Kan du berätta mer om….

♥ Kan du vidare utveckla det mer?

♥ känner du att du har lärt dig något inför framtida möten med kvinnor?