



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

BARNMORSKORS ERFARENHETER AV ATT BEMÖTA GRAVIDA KVINNOR MED FETMA VID INSKRIVNINGSSAMTALET PÅ MÖDRAVÅRDCENTRALEN

En kvalitativ intervjustudie

Isabell Kahnberg & Moa Malmqvist Winge

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	RPH100 Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2018
Handledare:	Elisabeth Jangsten
Examinator:	Marie Berg

Titel svensk:	Barnmorskors erfarenheter av att bemöta gravida kvinnor med fetma vid inskrivningssamtal på mödravårdscentralen
Titel engelsk:	Midwives' experiences in the encounter with pregnant women with obesity.
Uppsats/Examensarbete:	15hp
Program och/eller kurs:	RPH 100 Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2018
Handledare:	Elisabeth Jangsten
Examinator:	Marie Berg
Nyckelord:	Graviditet, barnmorska, övervikt, vårdrelation, stöd

Sammanfattning

Bakgrund: Enligt Socialstyrelsen (2018) har antalet kvinnor som med bodymassindex (BMI) över 30 fördubblats sedan mitten av 1990-talet. År 2014 hade 25 procent av kvinnorna vid inskrivningen på mödravårdcentralerna i Sverige en övervikt (BMI 25,0 - 29,9) och 13,1 procent var obesa (BMI \geq 30). Kvinnor med fetma löper en ökad risk för att utveckla graviditetsdiabetes, hypertoni, preeklampsi samt depression. Andra obstetriska komplikationer vid fetma är misslyckad induktion, skulderdystoci, sectio, barn som föds stora för tiden (LGA) och intrauterin fosterdöd. Det är även vanligt med ett förlängt öppningsskede samt ökad risk för stor postpartumblödning. Kvinnor med BMI $>$ 40 löper ökad risk för missbildningar hos fostret som exempel neuralrörsdefekter, hjärtfel samt läpp-käk-gomspalt (Lendahls, 2016). I Närhälsans riktlinjer för mödravårdcentralen (MVC) skall barnmorskan i samband med inskrivningsbesöket på MVC uppmärksamma eventuell övervikt. Barnmorskan har som skyldighet att erbjuda den gravida kvinnan extrabesök med fokus på livsstilssamtal

Syfte: Syftet med studien är att beskriva barnmorskors erfarenheter av att bemöta gravida kvinnor med fetma vid inskrivningssamtalen på MVC.

- Metod:** Metoden som valts är en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.
- Datansamling skedde i form av individuella intervjuer med öppna frågor. Informanterna bestod av barnmorskor som arbetade på MVC i Västra Götalandsregionen.
- Resultat:** I resultatet framkommer det att majoriteten av barnmorskorna upplever att det är en utmaning och en fin balansgång mellan att skapa en god vårdrelation och samtidigt informera om de risker som finns vid graviditet och fetma.
- Slutsats:** Resultatet ger ökad förståelse inför hur barnmorskan på MVC upplever mötet med gravida kvinnor med fetma. Utifrån dessa upplevelser identifieras hur barnmorskan kan skapa en vårdrelation där barnmorskan känner trygghet i att ge stöd och information och minska risken för att kvinnan känner sig kränkt.
- Nyckelord:** Graviditet, barnmorska, fetma, vårdrelation, stöd

Abstract

Background: According to the National Board of Health and Welfare (2015), the number of women with a body mass index (BMI) over 30 has doubled since the mid 1990`s. By 2014, 25 percent of women who enrolled in maternity care in Sweden had an obesity (BMI 25.0-29.9) and 13.1 percent had an obesity (BMI in excess of 30). Women with obesity are at an increased risk of developing pregnancy diabetes, hypertension, preeclampsia and depression. Other complications with obesity are failure induction, shoulder dystocia, sectio, major born babies (LGA) and intrauterine fetal death. It is also common for prolonged opening and increases the risk of high postpartum bleeding. Women with (BMI in excess of 40) are at an increased risk of malformations in the fetus, such as neural tube effects, heart failure, and lip-jaw gums (Lendahls, 2016). In the local health guidelines for maternity care, the midwife in connection with the visitation to a midwife at antenatal carecenter will pay attention to any obesity. Then the midwife has an obligation to offer the pregnant woman extra visits focusing on lifestyle conversations.

Objective: The purpose was to describe the midwives' experiences and experiences in caring for obese women who have obesity at antenatal care.

Method: The chosen method is a qualitative content analysis with an inductive approach. Data collection will take place in the form of individual interviews with open questions. The informants consist of midwives who work at antenatal carecenter (MVC) in Västra Götaland.

Results: In the results it appears that the majority of midwives feel that it is challenging and a good balance between establishing a good care relationship while informing about the risks associated with pregnancy and obesity.

Conclusions: The result gives a better understanding of how antenatalcare midwives experiences the encounter with pregnant women with obesity. Based on these experiences, it is identified how the midwife can create a care relationship where the midwife knows safety in providing support and information and reducing the risk of the woman feeling offended.

Keywords: Pregnancy, midwife, overweight, care relationship, support

Förord

Stort tack till de barnmorskor som blivit intervjuade, utan er hade inte studien varit möjlig. Tack för att ni delade erfarenhet och kunskap, vi har lärt oss mycket av att göra denna studie och hoppas kunna bidra med att föra vidare kunskap till blivande kollegor. Tack Tobias Pernler på Biomedicinska biblioteket vid Göteborgs universitet för din tid, tålamod och stöd i uppstarten av vår studie. Vi vill även rikta ett varmt tack till vår handledare Elisabeth Jangsten som glädjefyllt, engagerat och konstruktivt stöttat oss under hela skrivprocessen.

Göteborg, 25 maj 2018

Isabell Kahnberg
Moa Malmqvist Winge

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Mödrahälsovårdens arbete	2
Barnmorskans kompetensområde	3
Risker med övervikt och graviditet	4
Risker och komplikationer under förlossning och puerperium	4
Barnmorskors upplevelse i mötet med gravida kvinnor med fetma	4
Gravida kvinnor med fetma och deras erfarenheter av barnmorskans bemötande.....	5
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
Urval	8
Datainsamling	9
Dataanalys	9
Tabell 2. Exempel på analysprocessen	10
Forskningsetiska överväganden.....	10
Resultat.....	11
Vårdrelationens betydelse och rädslan för att kränka den gravida kvinnan	11
Skapa tillit	11
Vara lyhörd	12
Ha medkänsla.....	13
Strävan att stärka det normala	13
Hälsofrämjande åtgärder	13
Fokus på barnet	14
Barnmorskans upplevelse av komplexa möten	14
Känsla av utmaning.....	15
Känsla av maktlöshet	15
Motivera till livsstilsförändring	16

Ge råd och stöd	16
Kvinnor med självinsikt underlättar barnmorskornas arbete	17
Diskussion	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
Slutsats	21
Referenser.....	23
Bilaga 1	1

Inledning

Som blivande barnmorskor upplevde vi under verksamhetsförlagd utbildning (VFU) på MVC, svårigheter att bemöta kvinnor med fetma. Vi identifierade både hos oss själva och hos barnmorskorna en komplex situation där rädslan att kränka den gravida kvinnan fanns, samtidigt som det ingår i barnmorskans arbetsuppgifter att informera om risker med fetma under graviditet samt preventiva åtgärder. Flera gravida kvinnor med fetma reagerade negativt, när barnmorskan berörde deras övervikt. Då barnmorskan identifierar kvinnor med fetma redan vid det första mötet, krävs att barnmorskan har kompetensen att skapa en god vårdrelation eftersom samtal om övervikten kan upplevas obehagligt för kvinnan. Det gjorde oss nyfikna att undersöka vad det är barnmorskorna tycker är svårt i dessa möten, samt hur dem hanterar situationen på ett professionellt och respektfullt sätt.

Bakgrund

För att identifiera fetma räknas BMI ut. $BMI = \text{vikt(kg)} / \text{längd (m)}^2$. BMI delas in i olika grupper, se Tabell 1 (WHO 2017).

Tabell 1. Klassificering av BMI (WHO 2017).

Klassificering BMI	
<i>Undervikt</i>	<18,5
<i>Normalvikt</i>	18,5-24,9
<i>Övervikt</i>	25-29,9
<i>Fetma klass I</i>	30-34,9
<i>Fetma klass II</i>	35-39,9
<i>Fetma klass III</i>	≥ 40

Enligt World Health organisation (WHO, 2017) har fetma tredubblats sedan år 1975 runt om i världen. Fetma innebär en onormal ansamling fett på kroppen som kan leda till sjukdom. Enligt WHO (2017) orsakar fetma fler dödsfall i världen än vad undervikt gör. Med förhöjt BMI ökar riskerna för hjärt – och kärlsjukdomar, diabetes, artrit, och olika cancerformer.

Sedan mitten av 1990-talet har antalet kvinnor med fetma fördubblats i Sverige (Socialstyrelsen, 2015). Av de kvinnorna som blev inskrivna på MVC år 2014 hade 25 procent BMI ≥ 25 och 13 procent BMI > 30 .

Mödrahälsovårdens arbete

Enigt svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG, 2016) är målet för mödravårdens verksamhet är en god reproduktiv och sexuell hälsa för hela befolkningen. Det innebär bland annat möjlighet till ett tillfredsställande och tryggt sexualliv och frihet till planerat barnafödande. Tillgång till god hälso-och sjukvård medför att kvinnan kan genomgå graviditet på ett tryggt sätt samt ges bästa förutsättningarna till att få ett friskt barn. Alla besök och åtgärder som erbjuds av mödrahälsovården frivilliga och kostnadsfria. Barnmorskan på MVC har ansvar för hälsovård hos den friska, gravida kvinnan med normal graviditet. Hälsovård under graviditet innefattar provtagning och undersökning av alla gravida, samt stöd till den gravida kvinnan och partnern. MVC i Sverige arbetar utefter ett medicinskt basprogram vilket är utformat efter en frisk, gravid kvinna utan förväntade graviditetsrelaterade komplikationer. Basprogrammets syfte är att identifiera eventuella risker för mor eller barn under graviditet eller förlossning. Ungefär en fjärdedel av alla friska gravida kvinnor som får komplikationer senare i graviditeten upptäcks med hjälp av basprogrammet. Vid inskrivningssamtal på MVC gör barnmorskan en vårdplanering med hänsyn till kvinnans, sjukhistoria, hereditet, livsstil och sociala situation. Dessa uppgifter ligger till grund för om kvinnan kan följa basprogrammet eller om en individuell vårdplan krävs med till exempel extra besök för utökat stöd till kvinnan (SFOG, 2016). En normal viktuppgång under graviditet beräknat på vikten av placenta, foster, ökad blodvolym samt ökad bröstvävnad och fostervatten är cirka elva kilo. För en gravid kvinna med fetma rekommenderas en viktuppgång på ca sju kg (Linné, 2004). I samband med inskrivningsbesöket på MVC ska barnmorskan uppmärksamma eventuell övervikt. Gravida kvinnor med övervikt identifieras genom uträkning av BMI vid inskrivning på MVC. Om kvinnan har BMI ≥ 30 skall barnmorskan erbjuda den gravida kvinnan fysisk aktivitet på recept (FaR), kontakt med dietist i syfte att kartlägga kvinnans kostvanor och samtal om god kosthållning samt rekommendera stödstrumpor under graviditet och sex veckor post partum Viktkontroller, samt uppföljande samtal om kost och motion skall följas av barnmorskan under hela graviditeten. Hos gravida kvinnor med BMI ≥ 35 skall kvinnan förutom ovan nämnda riktlinjer även följas med provtagning på thyroidea stimulerande hormon då det finns en ökad risk för hypothyreos. Vid BMI ≥ 40 skall kvinnan dessutom bokas till läkare som kan skriva FaR, sam remiss till anestesi inför förlossningen. Vid bokning av rutinultraljud (RUL) och kombinerat ultraljud och blodprov (KUB) skall dubbeltid bokas på grund av eventuella svårigheter att utföra undersökningen. Antikoagulantia rekommenderas sex veckor post partum på grund av ökad risk för ven trombos (PM vid högt BMI under graviditet, Närhälsan, 2017).

Barnmorskans kompetensområde

Barnmorskan skall enligt kompetensbeskrivning för barnmorskor (Socialstyrelsen,2006) identifiera och aktivt förebygga hälsorisker samt vid behov motivera till hälsofrämjande livsstilsfaktorer i ett livscykelerspektiv.

Barnmorskans arbete ska oavsett verksamhetsområde och vårdform präglas av ett etiskt och holistiskt förhållningssätt samt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utföras i enlighet med gällande författningar och andra riktlinjer. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall visas omtanke och respekt. I barnmorskans yrkesutövning ingår förebyggande såväl som sjukvårdande åtgärder, vilka avgränsas av gällande författningar (Socialstyrelsen, 2006).

Barnmorskan har en central och betydelsefull roll i vårdandet med den gravida kvinnan (Berg, 2005). I mötet med gravida kvinnor med ökade risker under graviditet och barnafödande är det av stor betydelse att barnmorskan skapar en god vårdrelation. Detta för att bevara den gravida kvinnans värdighet samt skapa en balans mellan att tillfredsställa de medicinska behoven och samtidigt främja det naturliga och friskfaktorerna under graviditeten. I syfte att ge barnmorskan ett redskap att utveckla vårdande med god kvalitet har modellen ”*Genuint vårdande av det genuina*” arbetats fram. Modellen består av tre delar: Värdighetsbevarande vårdrelation, balanserande mellan det naturliga och det medicinska perspektivet samt förkroppsligad kunskap (Berg, 2005).

För att skapa en värdighetsbevarande vårdrelation där den gravida kvinnan vårdas som en unik individ beskrivs olika komponenter som är av betydelse. Ömsesidighet, som innebär att både barnmorskan och den gravida kvinnan är öppna inför varandra. Tillit sinsemellan barnmorskan och den gravida kvinnan innebär att barnmorskan har tilltro till den gravida kvinnans kapacitet och förmåga. Fortgående dialog är centralt och innefattar att hela tiden informera kvinnan om vad som händer. Tillgänglighet och att barnmorskan är närvarande anses som en nödvändig del i ett värdigt vårdande. Förkroppsligad kunskap är den andra grundläggande delen i modellen för genuint vårdande. Kunskapen är förkroppsligad innebär att den är djupt rotad och integrerad i barnmorskan. Det innefattar en god teoretisk kunskap, praktisk erfarenhet om komplikationer samt att barnmorskan använder sina sinnen. Detta är en viktig del för att kunna lyfta fram det normala i mötet med gravida kvinnor med ökad risk för komplikationer. Den tredje delen i modellen för genuint vårdande är balanserande mellan det naturliga och det medicinska perspektivet som innebär att barnmorskan vårdar kvinnan med bägge perspektiven närvarande. Det innebär att barnmorskan lyfter fram det friska, naturliga i vården av kvinnan samtidigt som hon bär med sig de medicinska riskfaktorerna (Berg, 2005).

Risker med övervikt och graviditet

Med stigande BMI ökar riskerna för mor och barn under graviditet, förlossning och puerperium. Kvinnor med fetma har ökad risk för att utveckla graviditetsdiabetes, hypertoni, preeklampsi samt ökad risk för venös tromboembolism (Ramsay, Greer, & Sattar, 2006; Sebire et al., 2001; Krishnamoorthy, Schram, & Hill, 2006). Sambandet mellan högt BMI och utvecklande av preeklampsi tros höra samman med ökad insulinresistens, genetiska faktorer, immunologi samt nutrition. (Marchi, Berg, Dencker, Olander, & Begley, 2015). Gravida kvinnor med BMI ≥ 30 har dubbelt så stor risk som gravida kvinnor med normalvikt att få ett barn med hjärtfel samt missbildningar hos fostret (Ramsay et al., 2006). Kvinnor med BMI ≥ 40 har en ökad risk för missbildningar hos fostret som exempel neuralrörsdefekter. Gravida kvinnor med fetma kan ha svårare att identifiera fosterrörelser och att uppmärksamma förändringar i fostrets rörelsemönster (Ramsay et.al 2006). Medicinskteknisk utrustning är anpassad för kvinnor med normalt BMI, till exempel Cardio Toco Grafi (CTG) och ultraljud. Det är större risk att barnmorskan inte lyckas identifiera fosteravvikelse eftersom att det är svårare att få en tydlig ultraljudsbild vid kraftigt buk fett (Marchi et al., 2015; Ramsay et.al 2006). För att följa fostrets tillväxt mäter barnmorskan från graviditetsvecka 25 kvinnans symfys-fundusmått för att kontrollera att fostret har normal tillväxt. Barnmorskan kan ha svårt att känna fundus om kvinnan har mycket buk fett. Många kvinnor kan uppleva en ökad oro och ångest på grund av vetskapen om de ökade riskerna för komplikationer under graviditeten och förlossning (Marchi et al., 2015).

Risker och komplikationer under förlossning och puerperium

Gravida kvinnor med fetma har en ökad risk för ett förlängt öppningsskede, misslyckad induktion, barn som föds stora för tiden- födelsevikt över 4000g (LGA) samt ökad risk för skulderdystoci. (Krishnamoorthy et al., 2006; Ramsay et.al 2006; Sebire et al., 2001). Det är vanligare att förlossningen avslutas med sugklocka eller kejsarsnitt (Marchi et al., 2015; Ramsay et.al 2006). Anledningen till ökad andel instrumentella förlossningar vid fetma tros vara de ökade nivåerna av kolesterol i myometriet som har negativ inverkan på värkarna, samt minskat gensvar på oxytocin. Post partum ses en ökad risk för blödningar (Krishnamoorthy et al., 2006; Sebire et al., 2001). Även postpartumdepression är vanligare i denna patientgrupp (Marchi et al., 2015).

Barnmorskors upplevelse i mötet med gravida kvinnor med fetma

Enligt en australiensisk kvalitativ studie (Schmeid et al., 2011) som genomförts med hjälp av enskilda intervjuer samt fokusgrupper upplever många barnmorskor osäkerhet i mötet med

gravida kvinnor med fetma. Det framkommer frågor om hur dem på bästa sätt ska informera och stödja den gravida kvinnan vad gäller vikt och kostråd under graviditet, förlossning och puerperium. Detta relaterat till rädslan att kränka den gravida kvinnans integritet. Barnmorskors förmåga att bygga upp en förtroendegivande vårdrelation, där både den gravida kvinnan och barnmorskan känner sig trygga är centralt för att kunna samtala om fetma och livsstilsförändringar. Det är också avgörande för att kunna samtala om orsakerna till fetman. (Schmeid et al., 2011). Det framkommer vidare att barnmorskorna är väl medvetna om den stigmatiserade bilden av människor med fetma som finns i samhället. Dem är därför rädda att kränka de gravida kvinnorna i samband med samtal om vikt och kostråd och därmed skada vårdrelationen med den gravida kvinnan (Schmeid et al., 2011). En tidigare svensk kvalitativ studie (Wennberg, Hamberg & Hörnsten, 2014) där 17 barnmorskor yrkesverksamma på MVC på olika platser i Sverige intervjuades om strategier vid kostrådgivning i mötet med gravida kvinnor. I studien framkommer att viktrelaterad rådgivning är svårare att ge än att prata om tobak- och alkoholkonsumtion. Barnmorskorna upplever det extra svårt att samtala om kost och fetma med de gravida kvinnor som inte själva var medvetna om sin fetma. Återkommande viktkontroller samt remiss till läkare eller dietist anses av flera barnmorskor som förnedrande mot den gravida kvinnan (McCann et al., 2017). Vidare visar Schmeid et al. (2011) att barnmorskorna har olika rutiner kring den gravida kvinnans viktuppgång under graviditeten. Några barnmorskor gör viktkontroll vid varje besök, medan vissa endast väger kvinnan vid några besök och andra överlåter viktkontrollerna helt till den gravida kvinnans eget ansvar. Barnmorskorna uttrycker svårigheter att palpera fostret, lyssna på fostrets hjärtljud samt att koppla CTG korrekt i samband med undersökningar under graviditeten och i samband med förlossning. Det framkommer även att många barnmorskor upplever tidsbrist som ett hinder att ge god vård och stöd till gravida kvinnor med fetma. Enligt McCann et al. (2017) upplever barnmorskorna svårigheter i att ge rekommendationer om hälsosam kost, näringsbehov samt risker i samband med den gravida kvinnans stigande BMI. Barnmorskorna uttrycker svårigheter att ge ingående information om kost och fysisk aktivitet eftersom de upplever att dem inte har tillräckligt med kunskap. Vid de tillfällen barnmorskorna möter omfödreskor som även under förgående graviditet haft fetma är det en utmaning att samtala om fetman, eftersom kvinnorna redan då ej upplevdes mottagliga för samtal om vikt och livsstilsförändringar. Relaterat till att föregående graviditet fortlöpt utan komplikationer var motivationen till förändring under nuvarande graviditet låg (McCann et al., 2017). En strategi för att stärka den gravida kvinnan och skapa inre motivation sätter barnmorskorna i samråd med kvinnan upp realistiska delmål för att underlätta livsstilsförändringar (Wennberg et al., 2014).

Gravida kvinnor med fetma och deras erfarenheter av barnmorskans bemötande

Många kvinnor med fetma upplever en stigmatisering av deras leverne och att mötet med barnmorskan är obekvämt, då kvinnan måste blotta kroppen. De flesta gravida kvinnor med fetma har varit överviktiga en längre tid innan graviditeten (Mills, Schmied, & Dahlen, 2013).

Många uttrycker en känsla av obehag i samband med viktkontroll inför barnmorskan och partnern. Även att tala om fetman är svårt och ger upphov till känsla av sorg och skamkänslor hos den gravida kvinnan (Nyman, Prebensen, & Flensner, 2010). Vid samtal med barnmorskan på MVC, förstår de flesta kvinnor att fetman är ett problem och är också motiverande att göra en livsstilsförändring. Dock uttrycker kvinnorna att det under graviditeten inte känns som rätt tid. En del kvinnor är motiverade att göra en livsstilsförändring så snart barnet är fött. Andra kvinnor uttrycker att barnets hälsa går före det egna behovet och är därför villiga att göra en förändring under graviditeten (Mills et al., 2013). Många kvinnor beskriver fysiska hinder och svårigheter att börja träna på grund av smärta i kroppen och känsla av obehag (Nyman et al., 2010). Det finns en konstant oro under graviditeten, att fetman påverkar både den egna och barnets hälsa negativt. Även rädsla för djup ventrombos, att få fel dos av läkemedel eller att behöva genomgå ett kejsarsnitt. Kvinnorna beskriver vidare känsla av sorg och ilska över att gå upp ytterligare i vikt och rädsla att inte kunna gå ner i vikt efter graviditeten. Det finns en konstant oro för att någon ska kommentera vikten (Nyman et al., 2010). Kvinnorna upplever att barnmorskorna på MVC använder sig av olika strategier att bemöta och informera kvinnorna om viktrelaterade frågor. Allt ifrån att fetman ignoreras, till att vara kritiska eller ha en öppen kommunikation. En del barnmorskor upplevs som skuldbeläggande och ohjälpsamma. Olika barnmorskor ger olika råd, som kvinnorna upplever förvirrande. Det är av betydelse att barnmorskan är öppen och talar om fetma med termer som kvinnan förstår, att barnmorskan är ärlig och saklig utan att vara dömande. Barnmorskans personliga känsla av att tala om fetma påverkar bemötandet av kvinnan (Mills et al., 2013) Det är av betydelse att barnmorskan är bekräftande och lyssnar på kvinnan. Kvinnorna hamnar i obekväma situationer när barnmorskan till exempel får leta länge efter fostrets hjärtljud, vilket för kvinnorna upplevs som kränkande, om kvinnans kropp glöms bort då fokus ligger på att utföra underökningen. Många kvinnor beskriver förståelse över att barnmorskan måste behandla gravida kvinnor med fetma annorlunda än gravida kvinnor med normalvikt samt följa de anpassade vårdrutiner som finns, eftersom kvinnorna utgör en riskgrupp. Dock belyses att de allra flesta kvinnor får ett bra bemötande av barnmorskan som är förstående och hjälpsam. Även dietist nämns av kvinnorna som en betydelsefull och stödjande person (Mills et al., 2013). Kvinnorna uppskattar en kontinuerlig kontakt med några få vårdgivare under graviditeten, för att undvika olika åsikter om graviditet och fetma. Risken för inkonsekvent information om viktuppgång i samband med graviditet är större vid möte med många olika barnmorskor (Furness et al., 2011). Som gravid kvinna med fetma innebär det en konstant medvetenhet om den egna kroppen och vetskapen av att kroppen kommer att undersökas och exponeras, skapar en känsla av obekvämheter och rädsla för kränkande behandling. Om barnmorskan skapar en trevlig och öppen atmosfär med utrymme för humor blir det lättare för kvinnorna att slappna av. Stödet från barnmorskan gör att kvinnan känner stolthet över att vara gravid och kunna föda ett barn (Nyman et al., 2010).

Problemformulering

Det finns flera studier som beskriver gravida kvinnor med fetma och deras upplevelse av mötet med barnmorskan. Barnmorskans upplevelse och erfarenhet av mötet med denna patientgrupp är mindre studerad. Då andelen gravida kvinnor med fetma ökat är det av stor vikt att ge relevant information och omvårdnad, för att i största möjliga mån minska riskerna för mor och barn i samband med graviditet. Barnmorskan på mödravårdscentralen har en viktig roll samt möjligheter att ge den gravida kvinnan stöd och information inför eventuella livsstilsförändringar för att undvika en för stor viktuppgång under graviditeten. Detta för att minimera risken för eventuella komplikationer. Då fetma många gånger kan vara känsligt att tala om, både för den gravida kvinnan och för barnmorskan är det av intresse att studera barnmorskans upplevelse och erfarenheter för att identifiera olika tillvägagångssätt i bemötandet av den gravida kvinnan.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva barnmorskors erfarenheter av att bemöta gravida kvinnor med fetma vid inskrivningssamtalet på MVC.

Metod

För att besvara syftet med studien valdes kvalitativ metod med induktiv ansats. Datainsamling skedde i form av semistrukturerade individuella intervjuer som analyserats med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004). Semistrukturerade intervjuer används när undersökarna vill få reda på mycket information inom ett specifikt område. Intervjumetoden är flexibel men ger samtidigt möjlighet till jämförelse mellan olika informanternas syn på samma frågor. Intervjuarnas uppgift är att stärka informanterna till att prata fritt och berätta sin historia. Därför anses semistrukturerade intervjuer lämpligt då studiens syfte är att undersöka barnmorskors erfarenheter av att bemöta gravida kvinnor med fetma vid inskrivningssamtalet på MVC (Pollit & Beck, 2017). Kvalitativ metod ser

omvärlden som subjektiv och därför ska texten analyseras i sitt sammanhang och hänsyn tas till barnmorskans tidigare erfarenheter (Graneheim & Lundman 2004). Studiens ansats är induktiv vilket innebär en förutsättningslös tolkning av texter, vilket i denna studie är transkriberat intervjumaterial. För att lyckas med en innehållsanalys är kodningsprocessen framstående. Dataanalys av transkriberade intervjuer görs lämpligen med hjälp av en tabell där intervjuerna numreras och meningsenigheter, kondenserade meningsenigheter, koder, subteman och teman framträder (Se tabell 2) (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen leder till en förståelse för den underliggande meningen av textmaterialet (Hsieh & Shannon, 2005). Det krävs att texterna läses ett flertal gånger för att analysformen ska bli tydlig (Danielson, 2015) Genom att skapa teman sammanbinds det underliggande budskapet i alla texter och dessa kan identifieras som en röd tråd (Lundman & Graneheim, 2017).

Urval

Ansvariga verksamhetschefer för fem MVC i Västra Götalandsregionen samt Halland informerades om studien och tillfrågades om tillstånd att intervjua barnmorskor inför studien (Se Bilaga 1). Verksamhetscheferna gav sitt godkännande till barnmorskornas deltagande och vidarebefordrade därefter förfrågan om att delta i studien till barnmorskorna. Efter svårigheter att få informanter kontaktades ytterligare 24 stycken MVC-centraler först via e-post och därefter via telefon. Därefter anmälde fem barnmorskor sitt intresse att delta i studien. Ålder samt yrkesverksamma år som barnmorska presenteras i tabell 1. Deltagarna fick både skriftlig och muntlig information om studiens syfte samt att de när som helst kunde avbryta deltagandet (Se Bilaga 1).

Tabell 1. Barnmorskornas ålder och antal år som yrkesverksam barnmorska

Barnmorskans ålder	Antal år som barnmorska
28	2
35	0,25
44	19
48	16
58	31
65	32

Datainsamling

Sammanlagt genomfördes sex intervjuer med barnmorskor på MVC i Västra Götaland. Intervjuerna genomfördes under april månad 2018. Fyra av intervjuerna genomfördes på informanternas arbetsplats och två intervjuerna genomfördes i informanternas bostäder. Intervjuerna varade mellan 16 och 34 minuter. Första intervjun genomfördes tillsammans för att säkerställa att intervjutekniken var likvärdig. Övriga intervjuer genomfördes därefter enskilt. Vid intervjuer är det av stor vikt att intervjuaren skapar en situation där informanten känner sig trygg och får förtroende för intervjuaren (Polit & Beck, 2004). Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Samtliga intervjuer inleddes med öppningsfrågan ”Hur bemöter du en gravid kvinna med fetma vid inskrivningsbesöket på mödravårdscentralen?”. Barnmorskan fick tala fritt om sina erfarenheter och upplevelser. Vid behov ställdes följdfrågor för att förtydliga barnmorskans upplevelse samt få en ökad förståelse. Exempel på följdfrågor kunde vara ” Kan du berätta mer om..?” ”Beskriv hur du kände då?” ”Vilka utmaningar mötte du” ”Kan du beskriva ett möte när det blivit bra/dåligt?” ” Kan du ge exempel?” ”Hur gick du tillväga för att stötta kvinnan?”. Barnmorskornas ålder och yrkesverksamma år som barnmorska tillfrågades i slutet av intervjun och presenteras i Tabell 1.

Dataanalys

Inspelade intervjuer transkriberades ordagrant och materialet lästes därefter igenom flera gånger. Vid genomläsning av materialet gjordes anteckningar i marginalen som därefter användes för att beskriva flera synvinklar av innehållet. Anteckningarna kodades och utifrån koderna skapades teman och subteman (Elo & Kyngäs, 2007). Teman och subteman kategoriserades i en tabell för innehållsanalys (Tabell 2). Denna tabell beskriver Graneheim & Lundman (2004) som ett bra instrument för att skapa en översiktlig bild av resultatet av intervjuerna.

Tabell 2. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningensighet	Kod	Subtema	Tema
Jag känner att det är lite jobbigt , för det känns som vi säger till henne att du är överviktig och du är inte okej.	Jobbigt, för det känns som att vi säger att du inte är okej.	Rädsla för att kränka	Medkänsla	Vårdrelationens betydelse och rädsla för att kränka den gravida kvinnan
Istället för att ta reda på vem man har framför sig så stövlar man bara på och ser på henens vikt, du vet väl att du väger för mycket och att du borde, risk risk risk. Hon bara slängde det på henne. I fullständig okänslighet där man är paragrafryttare. Det är en risk	Utan att ta reda på vem man har framför sig och bara ser kvinnans vikt och riskerna. Slänger det på henne i okänslighet.	Närma sig kvinnan med respekt	Förmåga att vara lyhörd	Vårdrelationens betydelse och rädsla för att kränka den gravida kvinnan
Största motivationen är ju att du har en bebis, och så trycker jag lite på det	Största motivationen är ju att du har en bebis	Kvinnans förmåga till att se utanför sig själv	Fokus på barnet	Förmågan att lyfta fram det normala

Forskningsetiska överväganden

För studier som faller inom ramen för högskoleutbildning på grund och avancerad nivå krävs ingen etikprövningsansökan enligt Lag (2003:460) i Svensk Författningssamling (SFS).

Informationsbrev om studiens syfte samt förfrågan om godkännande för att genomföra intervjuer med barnmorskorna skickades ut till verksamhetscheferna på fyra barnmorskemottagningar i Västra Götalandsregionen samt region Halland. Vidare gavs information om att deltagandet i studien var frivilligt samt att informanterna när som helst kunde välja att avbryta sitt deltagande utan motivering. Innan intervjuerna genomfördes fick informanterna lämna in ett skriftligt samtycke av sitt deltagande i studien. Allt intervjumaterial har behandlats konfidentiellt och deltagarnas personuppgifter har kodats för att aidentifiera informanterna. Även informanterna informerades om att deras identitet inte är synlig i resultatet.

Resultat

I analysen framkom nio subteman som kategoriserades i fyra teman; *Vårdrelationens betydelse och rädslan för att kränka den gravida kvinnan*, *Strävan att stärka det normala*, *Barnmorskans upplevelse av komplexa situationer*”, *Motivera till livsstilsförändring* (Tabell 3).

Tabell 3. Subteman och teman som framkommit i analysprocessen

Subtema	Tema
Skapa tillit	Vårdrelationens betydelse och rädslan för att kränka den gravida kvinnan
Vara lyhörd	
Ha medkänsla	
Hälsofrämjande åtgärder	Strävan att stärka det normala
Fokus på barnet	
Känsla av utmaning Känsla av maktlöshet	Barnmorskans upplevelse i komplexa situationer
Ge råd och stöd Kvinnor med självinsikt underlättar barnmorskans arbete	Motivera till livsstilsförändring

Vårdrelationens betydelse och rädslan för att kränka den gravida kvinnan

Under detta tema framkom att barnmorskornas första möte med kvinnan på MVC är centralt för att etablera en god kontakt. Barnmorskorna närmade sig med försiktighet för att undvika att kvinnan skulle känna sig kränkt. Lyhördhet samt förmågan att individanpassa vård och stöd ansågs viktigt. Barnmorskornas medkänsla inför den gravida kvinnan underlättade förmågan att bemöta med respekt.

Skapa tillit

Samtliga barnmorskor beskrev att det första mötet på MVC med den gravida kvinnan och paret är av stor betydelse. Etablering av en god relation gav större möjligheter till att kvinnan kände tillit till barnmorskorna. Vid inskrivningen talade barnmorskan inte mycket om fetman utan fokuserade på att kvinnan skulle känna trygghet och att etablera en god relation.

Tyngdpunkt lades på att kvinnan skulle känna sig bekväm. Om kvinnan hade tillit till barnmorskorna blev det naturligare att vid ett senare möte tala om kvinnans fetma.

Jag tar inte upp det direkt faktiskt, då finns risken att vi får en låsning med en gång (BM 5).

Barnmorskorna beskrev att det är viktigt att ta reda på kvinnans bakgrund, varför hon har fetma, för att på bästa sätt kunna bemöta och stötta kvinnan i frågor som berör graviditet och övervikt. Barnmorskorna uttryckte att det var viktigt att kvinnan skulle få en bra upplevelse av graviditeten. Det beskrevs att efter en etablering av relationen kunde barnmorskan lättare föra fetman på tal. Barnmorskorna beskrev att det är en fin balansgång mellan att skapa en god relation och samtidigt informera om riskerna som finns vid graviditet och fetma. Majoriteten av barnmorskorna hade som strategi att samtala om vikt, kost och fysisk aktivitet i slutet av första besöket eller vid andra besöket när kvinnan vant sig vid tanken på att bli förälder samt känslan av att vara gravid. Det fanns en rädsla av att kränka kvinnan vid första besöket. Barnmorskorna beskrev vidare att det är av fördel att hålla ett positivt fokus och lyfta fram det normala i graviditeten. Trots fetma fanns det goda möjligheter till en normal och bra graviditet. Det är viktigt att inte komma med pekpinningar eftersom risken då finns att relationen blir försämrad om kvinnan känner sig kränkt. Dock var det betydelsefullt att den gravida kvinnan blev medveten om riskerna med fetma i samband med graviditet och förlossning. Bemötandet av kvinnan kunde underlättas med hjälp av att tala om fetman på ett humoristiskt och avdramatiserat sätt. Medvetna ordval samt förmåga att uttrycka sig på ett respektfullt sätt är självklarhet vid bemötandet av alla gravida kvinnor oavsett vikt eller förutsättningar.

Nej, men det är väl det här att man vet ju ändå att ett högre BMI ger större risker för olika saker och så, alltså för både för barn och för mamma och ändå att försöka att berätta om det samtidigt som man inte ska ge dem skuldkänslor, för att de har en övervikt. Och det är ju sånt man får öva på tänker jag (BM 6).

Vara lyhörd

Samtliga barnmorskor uttryckte att de försökte närma sig kvinnan succesivt samt med lyhördhet. Genom att känna in var kvinnan befann sig kunde barnmorskan bemöta kvinnan utifrån vad hon själv ville och efterfrågade. Det ansågs viktigt att visa förståelse samt bemöta kvinnan med lyhördhet vid samtal om vikt och livsstilsfrågor. Genom att visa intresse för kvinnan och bekräfta den gravida kvinnans tidigare erfarenheter, samt orsaken till fetman ansågs risken för att kvinnan skulle känna sig kränkt minskad. Barnmorskorna uttryckte en rädsla för att upplevas som ”paragraf-ryttare”. Det ansågs viktigt att utgå från att den gravida kvinnan ansträngde sig utifrån sina förutsättningar vad gällde viktuppgång, samt vara noga med att inte ge kvinnan skuldkänslor.

Att som barnmorska inte ha förmågan att se och att inte ta reda på saker innan man säger någonting, det är en risk (BM 5).

Exempel på när mötet inte blivit bra, var tillfällena då barnmorskorna inte varit lyhörda inför kvinnan, samt haft för stort fokus på risker. Barnmorskorna berättade att de i mötet med de gravida kvinnorna samtalade om fetma, men undvek upprepning eftersom rädslan fanns för att kränka den gravida kvinnan. Det framkom exempel om en gravid kvinna med fetma som bytt barnmorska eftersom den tidigare barnmorskan endast fokuserat på vikten och talat om risker. Dock samtalade barnmorskorna fortsatt med kvinnan om vikten, riskerna och rekommendationer men närmade sig kvinnan med respekt, vilket resulterade i en respektfull vårdrelation där barnmorskorna kunde stödja kvinnan utifrån hennes behov.

Sen så gäller det ju att möta varje människa och det är det som jag tycker är viktigt. Att bemöta kvinnan utifrån vad hon själv vill och efterfrågar (BM 4).

Man måste vara lyhörd om man traskar rakt in, man vet inte varför en kvinna har en övervikt. I bemötandet försöker jag nog lyssna in vad själva grunden till övervikten är (BM 3).

Ha medkänsla

Barnmorskorna beskrev att deras egen empati och medkänsla väcktes i mötet med gravida kvinnor med fetma. Oro för att kvinnan inte skulle få njuta av graviditeten vid information om risker och fetma framhölls. Barnmorskorna beskrev en rädsla för att förstöra glädjen för paret som väntade barn samt att omedvetet förmedla till kvinnan att hon inte dög på grund av fetman. Om kvinnan trots information och stöd fick en stor viktuppgång visade barnmorskorna sin oro men var noga med att inte vara dömande.

Du ska inte få detta i ansiktet när du kommer och är lycklig och du ska komma på inskrivningssamtal (BM3).

Strävan att stärka det normala

I bemötandet av den gravida kvinnan med fetma framkom det i resultatet att barnmorskorna i första hand fokuserade på graviditeten och barnet

Hälsofrämjande åtgärder

Samtliga barnmorskor uttryckte att de i första hand fokuserade på att kvinnan var gravid och inte på hennes fetma. I början av besöket samtalade de om graviditeten och om kvinnans välmående, därefter kunde barnmorskan närma sig och samtala om kvinnans BMI och rekommendationer.

Vi måste ju fokusera, kvinnan är överviktig men hon är också gravid (BM 1).

Barnmorskorna belyste den gravida kvinnans sårbarhet och vikten av att låta kvinnan glädjas över graviditeten och inte fokusera på risker. Centralt var att inte göra situationen laddad samt att under tidens gång ge kvinnan fortlöpande information och motivering till barnmorskans handlingar. Barnmorskorna uttryckte att om de vid samtal om kostrelaterade till barnet i magen, upplevdes en ökad insikt och förståelse hos kvinnan. Några av barnmorskorna lade fokus på kvinnans blodsockervärden samt utifrån ett perspektiv av att göra hälsosamma val. Barnmorskorna framhöll vikten av att ge positiv feedback till de gravida kvinnorna, att lyfta både små och stora framsteg. Utgångspunkten var att vården var frivillig och att de gravida kvinnorna kom till mödrahälsovården för att få råd, stöd och för att kontrollera att graviditeten fortlöpte normalt. Det ansågs viktigt att inte enbart fokusera på riskerna utan istället försöka se på fördelarna med begränsad viktuppgång.

Jag upplever hela tiden att det handlar om riskbedömning, risk, risk, risk det är så negativt, kan man inte se på vinsterna istället (BM 5).

För att stödja och stärka kvinnan att få en positiv upplevelse av graviditeten var det en fördel om barnmorskorna visade genuint intresse för kvinnan. Det upplevdes lätt att kränka de gravida kvinnorna, då barnmorskorna skulle fånga upp alla riskbeteenden i och med det hälsofrämjande förhållningssättet som barnmorskorna utgick ifrån i sitt arbete. Barnmorskorna uttryckte att tidsbrist var ett problem för att hinna fokusera på det väntade barnet i magen, informera om förlossning och amning samtidigt som samtal om fetma kunde vara tidskrävande.

Jag tänker nog det att i första hand ska man ju se den gravida kvinnan, det är det jag ser och det jag lägger största vikten på i samtalet (BM 4).

Fokus på barnet

Barnmorskorna uttryckte att de upplevde större genomslagskraft för livsstilsförändringar om fokus var på det väntade barnets välmående eftersom kvinnan då var motiverad med omtanke för barnet.

Största motivationen du har är ju att du har en bebis, och så trycker jag lite på det (BM 3).

Barnmorskans upplevelse av komplexa möten

Rådgivning om kost och livsstilsförändringar var en komplex situation som kunde väcka olika känslor hos barnmorskorna. Samtliga barnmorskor hade en välvilja och önskan om att kunna motivera alla gravida kvinnor som var i behov av livsstilsförändring, för att ge bästa förutsättningar för kvinnan och barnet under och efter graviditeten. Dock beskrevs svårigheter

i att skapa insikt vid de tillfällen som kvinnan inte hade förståelse. Detta gav upphov till en känsla av utmaning och maktlöshet hos barnmorskorna.

Känsla av utmaning

Det var en utmaning att bemöta gravida kvinnor med fetma då dem var en känslig och utsatt grupp. Barnmorskorna beskrev det som en utmaning att inte kränka eller sårta kvinnan samtidigt som det ålåg dem ett ansvar att informera om riskfaktorer. Det kunde upplevas obehagligt. Barnmorskorna beskrev att det fanns en stigmatisering om personer med fetma i samhället vilket gjorde det svårare för de att beröra ämnet. Det var en utmaning att kunna samtala med kvinnan om fetman utan att skapa en känsla av att kvinnan blev kränkt. De kvinnorna som låg precis över gränsvärdet på BMI för övervikt var ibland svårare att bemöta eftersom de inte själva alltid upplevde sig som överviktiga.

Jag tycker det är svårt att säga det på ett sånt sätt så att man inte kränker, men det är också viktigt att man är ärlig (BM 4).

Av olika kulturella aspekter upplevde inte alltid kvinnan själv fetman som ett problem, det kunde tvärtom vara ett uttryck för välmående och rikedom. Barnmorskorna beskrev då en ytterligare utmaning att informera kvinnan om risker och rekommendationer. Barnmorskorna kände en skyldighet i att nå kvinnan, då det var kvinnan som hade för lite kunskap om riskerna för att förstå varför livsstilsförändring var viktig. Det handlade om fingertoppskänsla som kom med yrkeskunskapen och erfarenheten i mötet med många gravida kvinnor. Det var en utmaning för barnmorskan att känna trygghet i att förmedla informationen. En stor utmaning för barnmorskan var att informera om riskerna samtidigt som ett förtroende skulle byggas på kort tid. Öppenhet och ärlighet i mötet med de gravida kvinnorna beskrevs som egenskaper som underlättade mötet.

Känsla av maktlöshet

Barnmorskorna upplevde ibland känsla av otilträcklighet i mötet med gravida kvinnor med fetma. Känslor av frustration och maktlöshet framkom vid de situationer när barnmorskan upplevde att kvinnan inte tog till sig information som barnmorskan gav. Även vid de tillfällena då det upplevdes svårt att motivera kvinnan till livsstilsförändringar.

Man får ju bara backa, jag kan ju inte göra någonting egentligen mer än att försöka få henne att öppna ögonen (BM 1).

Ansvar kunde ibland upplevas tungt och flera barnmorskor uttryckte att livsstilsförändringarna samt viktnedgången borde skett innan graviditeten. Största utmaningen som upplevdes var att närma sig de kvinnorna som ej var mottagliga för samtal om fetma, kost och motion. Vid de tillfällena som barnmorskorna upplevde att hon inte kunde motivera kvinnan till livsstilsförändring framkom det att barnmorskan i vissa fall avstod ifrån att ge upprepad information och lät då kvinnan ansvara för det på egen hand.

Det är ju människor vi möter, we can't win them all, så är det ju (BM 5)

Barnmorskorna uttryckte en känsla av ilska vid de tillfällena. Ilska som egentligen grundade sig i maktlöshet över att försöka stötta en kvinna som inte var mottaglig för information och stöd. Frustration över kvinnans val, då barnmorskorna upplevde att de själva aldrig skulle handlat på det sättet.

Jag släppte faktiskt det, jag kände att jag ändå inte kan ändra hennes liv, jag kan inte göra någonting, ibland får man göra så (BM 3)

Motivera till livsstilsförändring

Barnmorskorna beskrev att det var en självklarhet att tala om livsstil i samband med graviditet. Både för att mor och barn skulle ha bra förutsättningar under graviditeten men också för att ge kvinnan verktyg att kunna göra sunda val när barnet var fött. Det var av vikt att barnmorskan tog reda på vilket stöd varje individuell kvinna behövde och önskade få. Tyngdpunkten lades vid att framhålla de positiva förändringarna som kvinnan lyckades göra.

Ge råd och stöd

Kostrådgivning och motionsrekommendationer var något som barnmorskorna hade som en naturlig del i inskrivningen och gavs till alla kvinnor oavsett vikt. Förmågan att anpassa stödet individuellt till varje kvinna sågs som en erfarenhetsrelaterad förmåga. Det var av betydelse att barnmorskan var påläst och kunde medvetandegöra de gravida om riskerna med övervikten samt belyste fördelarna om de inte gick upp mycket i vikt, motionerade och åt hälsosam kost. Tyngdpunkten lades vid fördelar och framsteg som kvinnan gjorde.

Hon har blivit gravid och då berömde jag henne för att hon har en fantastisk kropp som kan bli gravid. Då kände hon sig stolt över sin kropp (BM 3)

Barnmorskorna gjorde en vårdplan utifrån vad kvinnan uttryckte för behov av stöd samt på vilka sätt barnmorskan kunde stötta kvinnan. Om kvinnan kände förtroende för barnmorskan var chansen större att hon tog till sig informationen som gavs. Majoriteten av barnmorskorna upplevde att det blev ett intimare möte vid enskilt samtal med kvinnan. Trots att fetma ofta var gemensamt för paret ansåg barnmorskorna att kvinnan var mer öppen att tala om fetman vid enskilda samtal. Barnmorskorna beskrev att det var betydelsefullt att bekräfta kvinnan i framgångar genom att berömma henne och ge utrymme för hennes egen berättelse. Vid de tillfällena den gravida kvinnan upplevde ett misslyckande försökte barnmorskan att identifiera orsaken tillsammans med kvinnan, samt var noga med att ej skuldbelägga kvinnan.

Störst fokus tycker jag ändå är på förändringar, att stötta i det (BM 2).

Barnmorskorna upplevde att det fanns gott om resurser för att kunna stötta kvinnan i form av dietistkontakt, FaR, samt olika broschyrer och länkar att ge till kvinnan. De allra flesta kvinnorna upplevdes som väl mottagliga för stöd och information.

Kvinnor med självinsikt underlättar barnmorskornas arbete

Barnmorskorna beskrev att många gravida kvinnor var väl medvetna om fetman. Vid de tillfällen som kvinnan själv förde fetman på tal blev det en naturlig ingång att tala om det. Många kvinnor ansågs pålästa och väl medvetna, vilket underlättade barnmorskans arbete i att informera och stötta kvinnan.

Jag upplever att många är väldigt medvetna och pålästa (BM 2).

Om kvinnan själv tyckte att fetman var ett problem kunde barnmorskan ge stöd och information utifrån var kvinnan själv befann sig. För att kunna motivera kvinnan var det av betydelse att ta reda på kvinnans inställning och anpassa stödet efter det. Att motivera kvinnan genom att fråga vilka pusselbitar som fanns i kvinnans liv som kunde förändras och vad just hon behövde för att få stöd i det, upplevdes av många barnmorskor som en bra strategi att bemöta kvinnan. Förändringarna behövde komma från kvinnan själv och stödet fanns om kvinnan var mottaglig. Barnmorskorna upplevde att det var upp till kvinnan om hon ville göra en förändring eller inte, det kunde inte påtvingas.

Jag kan ju inte säga till henne vad som ska göras utan det måste ju komma från henne själv, vad hon är motiverad till (BM 1).

Diskussion

Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte valdes kvalitativ metod med induktiv ansats. Kvalitativ metod valdes framför kvantitativ metod eftersom studiens syfte var att undersöka erfarenheter där barnmorskorna själva kunde ge sin berättelse. Semistrukturerade enskilda intervjuer genomfördes på valfri plats utifrån vad informanten önskade. Vid intervjuer är det centralt att intervjuaren skapar en atmosfär där informanten känner sig trygg och får förtroende. Intervjuaren bör vara väl medveten om sitt eget förhållningssätt under intervjuerna för att inte begränsa eller leda informantens berättelser (Polit & Beck, 2017). Resultatet har analyserats med innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004). Metoden anses lämplig eftersom det innebar en förutsättningslös tolkning av informationsmaterialet som baseras på

människors berättelser om upplevelser och erfarenheter. I detta fall barnmorskors erfarenheter av att bemöta gravida kvinnor med fetma vid inskrivningssamtalet på MVC. Fyra intervjuer utfördes på informantens arbetsplats och två av informanterna intervjuades i hemmet enligt önskemål från informanterna. De två intervjuerna som genomfördes i barnmorskans hem visades sig bli längre än de som intervjuades på arbetsplatsen. Detta kan tolkas som att barnmorskan kände sig mer trygg i sitt eget hem samt avsaknad av stress från väntande arbetsuppgifter. Samtidig kan de intervjuer som utfördes på barnmorskans arbetsplats ses mer koncentrerade, eftersom där fanns en tydlig tidsram som kan ha bidragit till att barnmorskan medvetet eller omedvetet talade mer ämnesspecifikt. Målet från början var att intervjuar tio barnmorskor men på grund av svårigheter att rekrytera informanter genomfördes sex intervjuer. Vi tror däremot inte att det påverkat resultatet. Därimot skulle ett annat resultat kunnat ses om rekryteringen endast skett på specialmödravården eftersom dem har större erfarenheter av att möta gravida kvinnor med riskgraviditeter.

I stället för semistrukturerade individuella intervjuer hade studien kunnat genomföras med fokusgrupper. Studien önskade undersöka barnmorskors olika erfarenheter, därför ansågs semistrukturerade intervjuer mer lämpligt. Förmodligen hade resultatet blivit liknande vid fokusgrupper eftersom barnmorskorna trots olika lokalisering av arbetsplats svarat likvärdigt i sina erfarenheter vid vård av gravida kvinnor med övervikt på MVC. Det ses som en styrka att barnmorskorna som intervjuats har skilda arbetsplatser runt om i göteborgsområdet med olika socioekonomiska förutsättningar vilket kan ha resulterat i en bredare variation av barnmorskornas erfarenheter. Studiens syfte tros ej möjligt att besvara med enkätstudie eftersom syftet var att identifiera erfarenheter vilket ej kan uttryckas tillräckligt i enkäter. Författarnas oerfarenhet av att intervjuar kan ha påverkat resultatet. Dock fanns en medvetenhet vid intervjuerna att ställa öppna frågor och inte ledande frågor samt låta informanten prata fritt. Vid kvalitativ innehållsanalys identifieras mönster som beskriver variationer i textinnehållet. Likheter och skillnader identifieras och delas in i subteman och teman. Trovärdigheten i studien kan bedömas utifrån relationen mellan empiriska data och resultatets subteman och teman. Genom utdrag eller citat från intervjuerna samt genom en tydlig beskrivning av analysprocessen illustreras trovärdigheten. En röd tråd bör ses genom studien, från bakgrund och syfte, till resultat, diskussion och slutsatsen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). En förutsättning för ett bra resultat vid kvalitativ innehållsanalys är att deltagarna är med av fri vilja samt är villiga att berätta om sina erfarenheter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Informanterna till denna studie fanns genom förfrågan till vårdhetschefer på MVC som godkände studien samt vidarebefordrat information till de anställda barnmorskorna som frivilligt anmälde intresse. På grund av hög arbetsbelastning på mödravårdscentralerna blev utfallet endast en barnmorska. Efter upprepade mail och telefonsamtal blev informantantalet slutligen sex barnmorskor som anmälde sig. Barnmorskornas ålder varierade mellan 28 och 65 år vilket ansågs ge en god variation i datamaterialet. Arbetslivserfarenheten hos barnmorskorna varierade från 4 månader till 32 år, vilket anses vara positivt för resultatet eftersom det framkommer i intervjuerna att arbetslivserfarenhet har betydelse i bemötandet samt förmågan av att individanpassa stödet till

de gravida kvinnorna med fetma. Studiens syfte motiveras med de ökade riskerna som finns vid graviditet och fetma. Det anses positivt att alla informanter valde att delta frivilligt eftersom det då fanns en vilja att berätta om sina erfarenheter. En tanke innan studien genomfördes var att enbart barnmorskor som erfar oproblematiske möten med gravida kvinnor med fetma på inskrivningssamtalet skulle vilja delta i studien. Det skulle kunna påverka resultatets variation. Resultaten i de intervjuer som genomfördes visade att barnmorskorna delade liknande erfarenheter av att bemöta gravida kvinnor med fetma vid inskrivningssamtalet på MVC. Både negativa och positiva erfarenheter beskrevs vilket anses positivt för variationen i datamaterialet. Studiens giltighet kan styrkas genom att tabeller finns på hur analysen genomförts på en strukturerat sätt genom framtagning av subteman och teman ur intervjumaterialet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Resultatdiskussion

I resultatet framkommer det att majoriteten av barnmorskorna upplever att det är en fin balansgång mellan att skapa en god relation och samtidigt informera om riskerna som finns vid graviditet och övervikt. Samtliga barnmorskor betonar vikten av att bygga upp en förtroendeingivande relation för att minska risken för att den gravida kvinnan ska känna sig kränkt i samtal om övervikt och livsstilsförändringar. En viktig egenskap som lyfts fram är barnmorskans förmåga till lyhördhet. Genom att möta varje kvinna som en egen individ och anpassa stödet utifrån dennes behov och önskemål, upplever barnmorskorna att det skapas en bra vårdrelation. Vid en vårdrelation där relationen grundar sig i empati, icke dömande bemötande, gott samarbete, samt personcentrerad vård där varje individ ses utifrån sina möjligheter och förutsättningar har barnmorskan störst möjlighet att motivera den gravida kvinnan samt stärka hennes självförtroende inför möjlighet till förändring. Barnmorskor på MVC har en god möjlighet till att skapa dessa relationer eftersom de möter kvinnan kontinuerligt under hela graviditeten (Powell & Hughes 2012). Vid gott stöd från barnmorskorna under graviditeten resulterar det i att de gravida kvinnorna upplever styrka och kraft under graviditet och förlossning (Nyman et al., 2010).

Kvinnan kan uppleva informationen som givs på MVC som skrämmande och öka oron för den egna hälsan och det ofödda barnet (Dencker et al., 2016). Därför är det av stor vikt att barnmorskorna närmar sig den gravida kvinnan med lyhördhet och skapar en avspänd och öppen atmosfär i mötet (Nyman et al., 2008). Barnmorskorna i studien av Wennberg et al (2014) menar dock att då kvinnorna inte har insikt använder barnmorskorna som strategi att ändå lyfta riskerna med fetma i samband med graviditet. Detta för att om möjligt öka insikten samt möjligheten till livsstilsförändring. Ovan nämnda studier sammantaget med resultatet av denna studie visar att det är en balansgång av att ge adekvat information samtidigt som en god vårdrelation bibehålls. Gravida kvinnor med övervikt anser det mycket önskvärt att skapa en förtroendegivande relation med barnmorskorna. De uttrycker att det är av stor vikt att

barnmorskorna visar intresse inför kvinnan samt lyssnar in hennes behov för att känna sig bekväm med att samtala om övervikten (Dencker et al., 2016). I förekommande studie bekräftas detta genom att barnmorskorna också upplever att en god vårdrelation resulterar i att både kvinnan och barnmorskorna upplever trygghet att prata om övervikten. Det finns en viss rädsla hos de flesta barnmorskorna att stöta sig med kvinnan vilket också bekräftas av Foster & Hirst (2014) som menar att det blir hinder i kommunikationen vid samtal med kvinnor med övervikt eftersom dem ibland bygger upp barriärer för att skydda sig själva i rädsla för dåligt bemötande från barnmorskorna.

Barnmorskorna bör uppmärksamma bakgrunden till varför kvinnan är överviktig då det kan ligga både medicinska och psykosociala faktorer till grund. Många kvinnor kan ha varit överviktiga sedan barndomen och kan då också ha många misslyckade försök till vikttnedgång med sig, vilket kan upplevas som ledsamt för kvinnan att bli påmind om när hon helst önskar att fokusera på och glädjas åt graviditeten (Dencker et al., 2016). Det är en ständig utmaning för barnmorskorna att nå fram med budskapet om varför en livsstilsförändring är att föredra samtidigt som en fingertoppskänsla krävs för att inte gå över den gravida kvinnans gräns så att hon känner sig kränkt. Detta anses vara en ständig process som stärks genom arbetslivserfarenhet. Enligt Mc Cann et al (2017) är många barnmorskor oroliga för att kränka den gravida kvinnan genom att samtala om kvinnans övervikt och därigenom skada vårdrelationen. Barnmorskorna uttryckte att vikttnedgången borde skett innan graviditeten och det för tankarna till hur man med preventiva åtgärder kan nå dessa kvinnor till exempel genom ungdomsmottagningen.

Resultatet visar att barnmorskorna i samtal om vikt och livsstilsförändringar fokuserar på graviditeten samt på barnet i magen. Barnmorskorna upplever då att samtalet är lättare att föra eftersom fokus ligger på barnets välmående och inte på kvinnans övervikt. Kvinnorna upplevs ta till sig informationen bättre när barnets välmående betonas. Barnmorskornas huvudsakliga målsättning är att kvinnan skall stärkas i rollen som blivande förälder. Enligt Dencker et al, (2016) är barnets välmående den största motivationen för en livsstilsförändring. Samtidigt kan det anses skuldbeläggande att fokusera på barnet då kvinnan redan är gravid och överviktig vilket kan leda till negativa känslor hos den gravida kvinnan. Därför anses det ännu viktigare att barnmorskorna har förmågan till positiv förstärkning,

Vid de tillfällen som de gravida kvinnorna är medvetna om sin övervikt upplever barnmorskorna det lättare att initiera samtal om vikt och livsstil. Vid de tillfällen kvinnan ej är medveten om sin övervikt upplever barnmorskorna det som svårt och utmanande att initiera dessa samtal. Enligt Lavender & Smith (2014) uppger gravida kvinnor med övervikt att det har betydelse på vilket sätt barnmorskorna ger information om övervikt och livsstilsförändringar för att kvinnan skall vara mottaglig för rekommendationer och information. Enligt Foster & Hirst (2014) kan barnmorskornas kompetens i att ge kostrelaterad information variera efter arbetslivserfarenhet. Detta framkommer även i resultatet som visar att barnmorskornas arbetslivserfarenhet är av betydelse i bemötandet samt

förmågan att skapa förtroende och trygghet hos den gravida kvinnan med övervikt. Majoriteten av barnmorskorna i studien upplever en utmaning och frustration vid de tillfällen som kvinnan inte är mottaglig för information samt inte har vilja och förståelse till livsstilsförändring.

Tillförlitligheten anses god eftersom vi under hela processen varit medveten om vår förförståelse samt ställningstaganden. Då majoriteten av intervjuerna utfördes enskilt kan resultatet ha påverkats genom att informanterna fått olika följdfrågor utifrån var informanten berättade om (Lundman & Graneheim, 2017). Samtidigt enligt Lundman & Graneheim (2017) kan det innebära större möjligheter att fånga upp variationer i upplevelsen av att vårda gravida kvinnor med övervikt

Foster & Hirst (2014) menar att barnmorskans egen kroppsstorlek och upplevelse av övervikt är av betydelse i bemötandet och vården av gravida kvinnor med övervikt. I denna studie valdes att inte fokusera på den frågan men tanken väcktes ändå då en av informanterna själv talade om betydelsen av att hon själv haft en period av övervikt och då kändes det lättare att bemöta kvinnan då hon fick upplevelsen av att inte vara lika dömande. Alla informanter var vid intervjutillfället normalviktiga och på grund av begränsad studietid samt avgränsning till att få svar på studiens syfte valdes denna fråga bort. Dock i efterhand finns känslan av att det skulle varit intressant att studera. En annan tanke som uppkommit under arbetets gång är kvinnans möjligheter till stöd i livsstilsförändring efter avslutad graviditet. Kvinnor har i tidigare studier framhållit att stödet från barnmorskorna försvinner när de själva upplever att dem behöver det som mest (Dencker et.al, 2005). Efter avslutad graviditet är kvinnan hänvisad till vårdcentralen och då krävs en process för att skapa förtroende till en ny vårdpersonal som kvinnan ska känna stöd och trygghet med. Detta anses påfrestande för kvinnan som relativt nyligen genomgått den processen och samtidigt har en helt ny livssituation att anpassa sig till. Här ses möjlighet till förbättringsåtgärder för att skapa kontinuitet och trygghet i vården.

Resultatet anses kunna ha en god överförbarhet då det kan skapa en medvetenhet hos barnmorskorna i deras bemötande i vården av gravida kvinnor med övervikt på MVC. Studien anses kunna vara användbar även för barnmorskor som arbetar på ungdomsmottagningen eftersom det framkommer i resultatet olika tillvägagångssätt att samtala om övervikt.

Slutsats

Barnmorskornas förmåga att vara lyhörda samt ha fingertoppskänsla är av stor vikt för att kunna samtala med gravida kvinnor om övervikt och livsstilsförändringar på ett sätt som gör att kvinnan inte upplever situationen som kränkande. Det är av stor betydelse att skapa en

relation med förtroende med den gravida kvinnan innan samtal om övervikt. Strategier som barnmorskorna använder är att fokusera på barnets välbefinnande, fokusera på fördelarna med att begränsa viktuppgången samt att stötta och stärka kvinnan i både med och motgång. Kvinnan givs vid mötet utrymme att delge sina tidigare erfarenheter. Barnmorskan kan då aktivt lyssna och visa intresse och därmed bekräfta kvinnan och ge henne valmöjligheter om hur barnmorskan skulle kunna stödja på bästa sätt. Det skulle ses intressant att vidare studera hur barnmorskor kan arbeta preventivt på till exempel ungdomsmottagningen för att förebygga övervikt innan graviditet.

Referenser

- Berg, M. (2005). A Midwifery Model of Care for Childbearing women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine. *Journal Of Pherinatal Education*, 14(1), 9-21.
- Dencker, A., Premberg, Å., Olander, E., McCourt, C., Haby, K., Decker, S., Berg, M., (2016) Adopting a healthy lifestyle when pregnant and obese- an interview study three years after childbirth.
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande* (1. utg. ed.). Stockholm: Stockholm : Natur & kultur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107.
- Furness, P. J., McSeveny, K., Arden, M. A., Garland, C., Dearden, A. M., & Soltani, H. (2011). Maternal obesity support services: a qualitative study of the perspectives of women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11, 69-69. doi:10.1186/1471-2393-11-69
- Foster, C & Hirst, J. (2014). Midwives' attitudes towards giving weight-related advice to obese pregnant women. *British Journal of Midwifery*, 22(4), 254-
- Graneheim, & Lundman. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Hsieh, H., & Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.262.
- Höglund-Nielsen, B., & Granskär, M. (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (Tredje upplagan ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Krishnamoorthy, U., Schram, C., & Hill, Sr. (2006). Review article: Maternal obesity in pregnancy: is it time for meaningful research to inform preventive and management strategies? In (Vol. 113, pp. 1134-1140). Oxford, UK.
- Lavender, T., & Smith, D. (2016). Seeing it through their eyes: A qualitative study of the pregnancy experiences of women with a body mass index of 30 or more. *Health Expectations*, 19(2), 222-233.
- Linné, Y. (2004). Effects of obesity on women's reproduction and complications during pregnancy. *Obesity Reviews*, 5(3), 137-143.

- Marchi, J., Berg, M., Dencker, A., Olander, E. K., & Begley, C. (2015). Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. In (Vol. 16, pp. 621-638).
- McCann, M., Newson, L., Burden, C., Rooney, J., Charnley, M., & Abayomi, J. (2018). A qualitative study exploring midwives' perceptions and knowledge of maternal obesity: Reflecting on their experiences of providing healthy eating and weight management advice to pregnant women. *Maternal & Child Nutrition*, 14(2), N/a.
- Mills, A., Schmied, V. A., & Dahlen, H. G. (2013). 'Get alongside us', women's experiences of being overweight and pregnant in Sydney, Australia. *Maternal & Child Nutrition*, 9(3), 309-321. doi:doi:10.1111/j.1740-8709.2011.00386.x
- Sebire NJ., Jolly, M., Jp, H., Wadsworth, J., Joffe, M., Rw, B., . . . Robinson, S. (2001). Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287 213 pregnancies in London. *International Journal of Obesity*, 25(8), 1175. doi:10.1038/sj.ijo.0801670
- 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(4), 424-429. doi:10.1016/j.midw.2008.10.008
- PM Övervikt och fetma vid graviditet, Närhälsan (2017)
- Polit, D., & Beck, C. (2016). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Powell, Jenny, & Hughes, Clare. (2012). Antenatal interventions that support obese pregnant women. *British Journal of Midwifery*, 20(5), 325-331.
- Ramsay, J., Greer, I., & Sattar, N. (2006). Obesity and reproduction. *British Medical Journal*, 333(7579), 1159-1162.
- SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Schmied, V., Duff, M., Dahlen, H., Mills, A., & Kolt, G. (2011). 'Not waving but drowning': A study of the experiences and concerns of midwives and other health professionals caring for obese childbearing women. *Midwifery*, 27(4), 424-30.
- Socialstyrelsen . (2006). *Kompetensbeskrivning för barnmorskor*. Hämtad 2018-03-28, från

<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>

Socialstyrelsen (2015) *Övervikt och fetma hos gravida kvinnor*. Hämtad 2018-03-28, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20944/2018-4-27.pdf>

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2016) *Mödrahälsovård, sexuell och Reproduktiv Hälsa Rapport: nr 76*. Hämtad 2018-05-15 från <http://www.lul.se/Global/Kunskapsbanken/Sjukvård/Mödrahälsovården/Information%20till%20barnmorskor/ModravardSexuellReproduktivHalsa2016.pdf>

Wennberg, Hamberg, & Hörnsten. (2014). Midwives' strategies in challenging dietary and weight counselling situations. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(3), 107-112.

WHO (2017) *Overweight and obesity*. Hämtad 2018-03-28, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Information om forskningsstudie

Studiens bakgrund

Då övervikt många gånger kan vara känsligt för den gravida kvinnan att prata om är det av stor vikt att barnmorskan kan närma sig på ett respektfullt sätt utan att oroa eller skuldbelägga. Det finns flera studier som beskriver den gravida kvinnan med övervikts upplevelse av mötet med barnmorskan. Dock finns det få studier som beskriver barnmorskans upplevelse och erfarenheter av mötet med denna patientgrupp.

Antalet kvinnor med BMI över 30 har fördubblats sedan mitten av 1990-talet. År 2014 hade 25 procent av kvinnorna som skrev in sig på mödrahälsovården i Sverige en övervikt (BMI 25,0 - 29,9) och 13,1 procent var obesa (BMI \geq 30).

Med detta som bakgrund är det av stor vikt att ge överviktiga, gravida kvinnor relevant information och omvårdnad samt stöd till livsförändringar för att i största möjliga mån minska riskerna för mor och barn i samband med graviditet.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer av barnmorskor som är verksamma inom mödrahälsovården i Västra Götaland och Halland. Beräknad tid för samtalet är cirka 45 minuter. Intervjun kommer att bestå av öppna frågor som berör

barnmorskans upplevelse och erfarenhet i mötet med överviktiga, gravida kvinnor. Vid intervjun får barnmorskan med egna ord berätta om sina erfarenheter och tankar kring ämnet. Samtalet kommer att spelas in på band, efter avslutad intervju kommer författarna till studien att avskilt lyssna igenom konversationen samt skriva ut den i textformat för vidare analys.

Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Endast berörda undertecknade studenter samt handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias.

Deltagande i studien är helt frivilligt, de medverkande kan när som helst välja att avbryta medverkan utan att behöva specificera varför. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Ansvariga för studien

Isabell Kahnberg
Leg. Sjuksköterska,
Barnmorskestudent

Tel: 0707-682563

guskahis@student.gu.se

Moa Malmqvist Winge
Leg. Sjuksköterska,
Barnmorskestudent

Tel: 0735-780536

gusmalmob@student.gu.se

Handledare

Elisabeth Jangsten,
Universitetslektor

Tel:0723054710

Elisabeth.jangsten@fhs.gu.se



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Samtycke till deltagande i studie

Jag har erhållit muntlig tillika skriftlig information angående en studie om barnmorskors upplevelser samt erfarenheter i mötet med gravida överviktiga kvinnor. Jag har fått möjlighet att ställa frågor samt har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan välja att avbryta mitt deltagande. Härmed samtycker jag till att bli intervjuad.

Datum: _____

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvariga för studien

Isabell Kahnberg

Leg. Sjuksköterska,

Barnmorskestudent

Tel: 0707-682563

guskahis@student.gu.s

e

Moa Malmqvist Winge

Leg. Sjuksköterska,

Barnmorskestudent

Tel: 0735-780536

gusmalmob@student.gu.s

e

Handledare

Elisabeth Jangsten

Universitetslektor

Tel: 0723054710

Elisabeth.jangsten@fhs.gu.s

e

